

DM
AZEVEDO/M1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM RELAÇÃO DE AJUDA

O Cuidado de Si:
A Relação de Ajuda Promotora de Qualidade de Vida dos
Enfermeiros

Maria Manuela Gonçalves de Azevedo



17868

2008

ISPA Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Centro de Documentação

Registo: 17868
Data: 5/12/08

Tel: 21 891 17 50 - info@ispa.pt

Dissertação de Mestrado realizado sob orientação da Professora Doutora Isabel Leal, e apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, ISPA, para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Relação de Ajuda, conforme portaria nº 356/2005 de 1 de Abril, para dar satisfação ao ponto “b” do nº 2 do Artº 5 do Decreto-Lei nº 216/92 de 13 de Outubro.

*A Deus
(Ele sabe porquê).*

*Ao João, amigo e companheiro de viagem.
Às minhas pessoas queridas (elas sabem quem são).*

*Aos meus professores.
Aos meus pares.*

*E a todos os Outros,
que a seu tempo e a seu modo,
ajudaram à materialização deste trabalho,
expresso o meu agradecimento.*

ÍNDICE

RESUMO	VI
INTRODUÇÃO	1
A ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA E A RELAÇÃO DE AJUDA ...	12
Da Terapia Centrada no Cliente à Abordagem Centrada na Pessoa	13
<i>A Conceção Positiva da Natureza Humana</i>	18
<i>A Tendência Actualizante</i>	19
<i>O Conceito de Self</i>	21
<i>O Centro do Processo de Valorização (ou Locus de Controle)</i>	24
O Processo de Mudança Terapêutica da Personalidade	26
<i>As Condições Necessárias e Suficientes ou As Atitudes Facilitadoras</i>	27
<i>Congruência</i>	28
<i>Aceitação incondicional positiva/ Consideração Positiva Incondicional</i>	29
<i>Empatia e Compreensão empática</i>	31
A pessoa em funcionamento pleno	33
A Relação de Ajuda	35
Em síntese	38
OPÇÕES METODOLÓGICAS	41
Amostra do Estudo	48
Instrumento de Recolha de Dados	51
Condições de Aplicação e Considerações Éticas	53
Análise dos Dados	54
Validade	57
A RELAÇÃO DE AJUDA E OS ENFERMEIROS DE SAÚDE COMUNITÁRIA	59
A Penosidade do Exercício Profissional	60
<i>As Situações de Vida dos Utentes</i>	62
<i>A Escassez de Recursos</i>	66
<i>A Organização do Trabalho</i>	67
<i>A Vivência dos Sentimentos</i>	69
<i>A Construção de Defesas</i>	77
Significações de Relação de Ajuda	82
<i>A Dimensão dos Utentes</i>	84
<i>A Dimensão dos Enfermeiros</i>	86
Descrição Estrutural de uma Relação de Ajuda para os Enfermeiros	92
CONCLUSÃO	106

REFERÊNCIAS	112
ANEXOS	122
Anexo A: Guião da entrevista	123
Anexo B: Dados demográficos da amostra	124
Anexo C: Notas do trabalho de campo	125

RESUMO

O objectivo deste estudo qualitativo foi compreender a experiência vivida dos enfermeiros no âmbito da prestação de cuidados na comunidade e identificar estratégias promotoras de saúde deste grupo profissional, e a partir delas descrever a estrutura de uma relação de ajuda na perspectiva dos enfermeiros.

A amostra, intencional de voluntários, foi constituída por 7 enfermeiros, a quem, através de entrevista não estruturada, foi pedida a descrição de situações da sua prática profissional percebidas como impulsionadoras de uma relação de ajuda.

Utilizando-se o método de análise fenomenológica de Giorgi (1985, 1997, 2000) salientaram-se nos resultados dois temas major: “penosidade do exercício profissional” e “significações de relação de ajuda”, enquadrando-se neste último as dimensões “relação de ajuda/relação *aidante* dirigida aos utentes” e “relação de ajuda dirigida aos enfermeiros”.

Estes temas permitiram aceder a uma maior compreensão do significado de uma relação de ajuda construída no espaço do encontro enfermeiro-utente e no espaço da relação com os pares e outros profissionais, enraizando-se o significado da sua importância e utilidade na penosidade do exercício profissional dos enfermeiros, relacionada com as condições de trabalho e a organização do trabalho.

A descrição estrutural de uma relação de ajuda – como estratégia promotora de saúde e qualidade de vida dos enfermeiros – parece apontar no sentido de a relação de ajuda estar intimamente ligada com a comunicação, caracterizada através da atitude de escuta activa e da possibilidade de expressão e de partilha de emoções e sentimentos no seio de um espaço privilegiado, o da equipa de pares ou da equipa multiprofissional, funcionando como grupo de suporte ou de auto-ajuda.

INTRODUÇÃO

A incapacidade para sensibilizar-se
é um fenómeno patológico
Hannah Arendt

Creio que as razões que me levaram à realização deste estudo se prendem com o desejo, que me vem da infância, de ser útil e de ajudar as pessoas.

Desejo que é, simultaneamente, uma preocupação, e que me tem acompanhado ao longo dos anos de exercício profissional, uma vez que me apercebi bem cedo da importância que a presença dos enfermeiros parece ter na vida das pessoas a quem prestam cuidados de saúde e que estão a passar por situações complicadas no seu percurso de vida.

Esta percepção tem-me proporcionado uma sensação de realização e de bem-estar pessoal e profissional. No entanto, como qualquer moeda que contém em si mesma o seu reverso, a minha prática tropeçou muitas vezes com o sofrimento, as dúvidas, as dificuldades e o desencanto. Tendo acompanhado trajetórias humanas difíceis, sempre me interessou o modo como aqueles profissionais experienciam e gerem as emoções e os sentimentos que o confronto, com as situações de vida das pessoas de quem cuidam, pode desencadear.

Enquanto enfermeira, e na qualidade actual de gestora de recursos humanos de enfermagem, procuro, ao analisar as vivências de quem cuida, aprofundar a minha reflexão no que concerne à qualidade da intervenção da enfermagem, e ajudar a identificar as dificuldades com que os enfermeiros se debatem no âmbito da prestação de cuidados, contribuindo deste modo para a implementação de soluções que promovam a sua saúde numa perspectiva holística.

Consta que este grupo de profissionais da saúde reage de uma forma particular ao sofrimento humano, e também que, em algumas circunstâncias, sente dificuldade em gerir, no imediato e de uma forma satisfatória, as emoções e os sentimentos desencadeados pela partilha de algumas experiências vividas pelas pessoas de quem cuidam, e a que o contexto da relação enfermeiro/utente obriga.

O desconforto aparente causado pelo experienciar forçado de certas emoções e sentimentos, provoca inevitavelmente e comporta em si mesmo um certo grau de stress, que pode levar a uma situação de quebra temporária do equilíbrio do profissional, traduzida pela crise situacional ou pela crise maturacional (Erikson, 1959) vividas pelo enfermeiro; posteriormente, e na presença de estratégias adaptativas de resposta eficazes, a reorganização e a reequilibração das forças e energia de coesão do sistema “enfermeiro” tornam-se possíveis, ou pelo contrário, na ausência de coping eficaz pode ocorrer a exaustão do sistema.

A nível individual existe evidência teórica e empírica de que, situações de stress vividas de forma prolongada na profissão desencadeiam respostas negativas de forma repetida e levam a alterações fisiológicas – aumento da pressão sanguínea, do ritmo cardíaco e dos níveis hormonais – emocionais – aumento da insatisfação, da irritabilidade e do desinteresse – e comportamentais – deterioração das relações interpessoais – que favorecem a diminuição da saúde mental e física e, conseqüentemente, do bem-estar dos profissionais (Freudenberger & Richelson, 1980; Kets de Vries, 2001; Maslach, 1982; Maslach & Leiter, 1997; McGrath, 1970; Moraes & Kilimnik, 1994; Sells, 1970; Warshaw, 1979).

Não é de hoje o reconhecimento de que os contextos de trabalho podem interferir negativamente na saúde dos indivíduos (McGrath, 1970; Sells, 1970). Muitos trabalhadores apresentam um processo gradual de desgaste do humor e/ou desmotivação, que é geralmente acompanhado de sintomas físicos e psíquicos denotando um estado de exaustão (Freudenberger & Richelson, 1980).

O stress profissional afecta a personalidade, modificando percepções, sentimentos, atitudes e comportamentos, e o seu alcance ultrapassa largamente os efeitos nas suas vítimas mais directas, afectando a actividade de organizações políticas, sociais e laborais (Warshaw, 1979).

No entanto, só há alguns anos o estudo do stress profissional e as suas repercussões para a saúde dos trabalhadores adquiriu relevância, dada a importância das suas implicações na vida das organizações e na economia das sociedades.

Em 1979, Warshaw afirma que o crescente nível de stress nos locais de trabalho tem efeitos abrangentes e os custos sociais e económicos daí decorrentes – absentismo, conflitos relacionais, violência laboral, índices crescentes de doença física e mental (burnout), acidentes e respectivo tratamento e o aumento de reformas

antecipadas, a par da diminuição do desempenho e da produtividade – destacam-se como efeitos negativos do stress profissional para os indivíduos assim como para todo o sistema organizacional.

Mais recentemente Moraes e Kilimnik (1994) sustentam que para se alcançar o aumento da produtividade, da excelência de um produto ou da qualidade de um serviço é preciso, antecipadamente, estabelecer níveis mais expressivos de qualidade de vida no trabalho gerindo, inclusive, o stress e as suas manifestações negativas.

Em 1982, Maslach analisou a forma como os profissionais da saúde – enfermeiros e médicos – enfrentam a estimulação emocional no trabalho, debruçando-se particularmente sobre a utilização de estratégias cognitivas de adaptação como a despersonalização, que aponta para a forma como aqueles profissionais gerem a compaixão e o distanciamento emocional, evitando o envolvimento com o paciente e utilizando a "desumanização em defesa própria" na busca de auto protecção.

Maslach e Leiter (1997) afirmam que, actualmente, trabalhadores de todas as áreas profissionais experienciam "job burnout" em proporções epidémicas, sentindo-se stressados, inseguros, incompreendidos, subestimados no seu valor e alienados no local de trabalho. Definem "burnout" como "the index of the dislocation between what people are and what they have to do. It represents an erosion in values, dignity, spirit, and will - an erosion of the human soul." (Maslach & Leiter, 1997, p.24).

Kets de Vries (2001) refere-se à "insalubridade" organizacional assegurando que em muitas organizações actuais ocorrem processos de desequilíbrio trabalho *versus* família, liderança disfuncional, sobrecarga de trabalho, exigências de trabalho conflitantes, comunicação empobrecida, ausência de oportunidades para progressão na carreira, iniquidades nas avaliações de desempenho e nas remunerações, restrições ao comportamento e gasto excessivo de tempo em viagens, daí decorrendo problemas de absentismo, fraco desempenho, stress, reacções depressivas, alcoolismo, abuso de drogas, desordens do sono.

O autor conclui dizendo que, contudo, o trabalho não tem que ser stressante podendo, pelo contrário, "ser uma âncora para o bem-estar psicológico, um modo de estabelecer a identidade e manter a auto-estima. (...) As organizações são modos ideais para ajudar os seus participantes a lidar com o stress e seus sintomas na vida quotidiana" (p.101) e fazendo a apologia da tese segundo a qual o grande desafio das

organizações do novo milénio é criar espaços realmente salutarés para os indivíduos que nelas trabalham. As suas concepções são atravessadas pela ideia de que a saúde das organizações é condição *sine qua non* da saúde dos seus membros, e vice-versa.

McGrath (1970) e Sells (1970) sustentam que o stress profissional resulta da existência de um desajuste, real ou percebido, entre as exigências da situação e as capacidades ou os desejos do trabalhador para enfrentar essas exigências.

Genericamente, consideram que o stress profissional aparece quando as exigências da situação excedem os recursos, desejos ou capacidades do trabalhador, existindo uma falha na adequação entre a pessoa e as exigências colocadas pela organização. No entanto, este desequilíbrio pode ocorrer porque objectivamente as exigências do contexto excedem os recursos do trabalhador ou porque este as percebe como tal.

Segundo Buunk, De Jonge, Ybema e Wolf (1998) apelidam-se de “stressores” os factores e as condições que desencadeiam stress, “strain” a resposta do indivíduo a esses estímulos, sendo “stress” um termo mais abrangente utilizado para descrever as situações nas quais stressores e strain estão presentes.

Selye (1936, 1956) contribuiu de forma decisiva para o avanço do conhecimento sobre a interacção mente-corpo com a elaboração da teoria sobre o Síndrome Geral de Adaptação ou Síndrome do Stress. A ideia principal subjacente é a de como o corpo se transforma sob o efeito do stress e o autor definiu o conceito como sendo a resposta inespecífica a qualquer exigência que lhe é feita, ou o conjunto de reacções que um organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige esforço de adaptação.

Em busca da conquista de qualidade de vida, o ser humano depara-se com inúmeras condições que se tornam obstáculos e são causadoras de stress, podendo ter uma origem tanto externa – relacionada com situações ou com pessoas com as quais temos de lidar rotineiramente e que podem ser perdas, acidentes, trabalho excessivo, conflitos familiares e laborais – como interna – relacionada com a maneira como se imagina e se interpreta uma situação que pode ser perspectivada como perigosa ou ameaçadora (Lipp, 1996).

Existindo em todas as situações causadoras de stress um elemento de adaptação, a doença, ou desequilíbrio, ou crise, são respostas possíveis a esse esforço defensivo e adaptativo do corpo que varia entre uma excessiva defesa ou excessiva submissão e

que envolve tanto o biológico como o psíquico. O organismo coloca-se em situação de alerta sempre que necessário, provocando uma série de modificações fisiológicas nesses momentos (Lipp, 1996; Lipp & Tanganelli, 2002; Selye, 1956).

Sendo um fenómeno universal e inerente à vida, o stress resulta habitualmente da luta que o organismo trava para preservar a sua homeostasia, existindo “um grupo de doenças de adaptação, de defesa ou de submissão, geradas por reacções exageradas do organismo” (Selye 1956, p.253). Originalmente o conceito contém em si mesmo o sentido positivo de *eustress*, quando serve de meio impulsionador da acção sem perturbar o equilíbrio da pessoa, ou quando a leva a encontrar um novo equilíbrio, e o sentido negativo de *distress* quando ocorre o contrário (Selye, 1975).

No desenvolvimento do processo o autor considerou as fases de *alerta* – a pessoa sofre uma descarga de adrenalina preparatória para a adaptação e tendo êxito experiencia uma sensação de “eustress” – *resistência* – o indivíduo tenta lidar com os stressores mas se aqueles persistirem em frequência ou intensidade e se existirem dificuldades de adaptação apesar do recurso a estratégias de enfrentamento, pode ocorrer uma quebra da resistência da pessoa – e *exaustão* – durante a qual os órgãos com maior fragilidade genética são mais facilmente atingidos por distúrbios podendo surgir doenças graves – identificando-se a gradação do processo através das características de cada fase (Selye, 1956).

Em 2000, ao construir o seu Inventário de Sintomas de Stress, Lipp identificou uma quarta fase que se situa entre a fase de resistência e a fase de exaustão. A fase de “quase exaustão” ocorre quando a pessoa está enfraquecida e sente cada vez mais dificuldade em adaptar-se ou resistir ao stressor. Como consequência as doenças podem surgir embora num nível menos grave do que na fase de exaustão.

Considerada como um processo normal de desenvolvimento da personalidade, a crise foi definida por Caplan em 1966 como sendo “a perturbação do equilíbrio, que ocorre no indivíduo, quando as suas estratégias de resolução de problemas são ineficazes ou desajustadas face à situação ou ao problema que desencadeou a perturbação.” (pp.49-50). Representa uma transição ou ponto de viragem que tem profundas implicações no ajustamento/adaptação de um indivíduo e na sua capacidade de enfrentar crises futuras. As transições de vida e crises confrontam a pessoa com pontos de viragem críticos (Moos, 1986).

O modelo da Crise de Vida de Moos e Tsu (1977), focalizando-se no significado, nos aspectos práticos ou nas emoções ligadas a uma crise, integra abordagens psicológicas do stress e enfatiza a apreciação cognitiva do indivíduo, estabelecendo tarefas adaptativas a que “skills de coping” podem ser aplicados.

Nos recursos intra pessoais que afectam a realização das tarefas de adaptação encontram-se os “skills de coping”, que podem ser organizados em três domínios: *coping focalizado na apreciação* – refere-se a tentativas de compreensão e de encontro de finalidade numa crise em que o processo de apreciação e reapreciação serve para modificar o sentido e compreender a ameaça que a situação produz – *coping focalizado no problema* – que procura confrontar a realidade de uma crise e pós crise lidando com as consequências tangíveis e tentando construir uma situação mais satisfatória – e finalmente, *coping focalizado na emoção* – tem como finalidade gerir sentimentos provocados por uma crise e manter o equilíbrio afectivo (Moos, 1986).

Moos (1998) divide as estratégias em formas activas de aproximação – referem-se aos esforços cognitivos ou de comportamento para lidar com o evento stressante – ou de evitamento – que consistem na não confrontação e na redução da tensão através da adopção de condutas de fuga.

Lazarus e Folkman (1984a) definem “estratégia” ou “coping process as constantly changing cognitive and behavioural efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person” (p.141), ou seja, todos os esforços cognitivos e comportamentais utilizados pelo indivíduo para enfrentar a situação de stress que excede os seus recursos pessoais. Nele está incluído quer o “coping” defensivo quer o adaptativo.

Os autores realçam a subjectividade da apreciação no aqui e agora, colocando a ênfase no que a pessoa pensa e faz diante da situação stressante, e não no que ela pensaria ou faria. A mobilização de recursos pretende manter o equilíbrio diminuindo a resposta de “distress”, e a maneira como a situação é encarada e manipulada tem mais influência no desgaste sofrido pela pessoa do que a intensidade da situação propriamente dita (Lazarus & Folkman, 1984).

As estratégias estão inseridas num contexto não podendo ser generalizadas, contudo, sendo acções propositadamente aprendidas, usadas e/ou rejeitadas, podem

acionar padrões de comportamento que se repetem ao longo da vida do indivíduo e que não são necessariamente conscientes (Folkman & Lazarus, 1980).

Este modelo de compreensão divide o *coping* em duas categorias funcionais: o *coping focalizado no problema* – que constitui um esforço para mudar a situação geradora de stress, alterando a relação da pessoa com o ambiente gerador de tensão; esta tarefa pode socorrer-se de uma fonte externa, o que inclui estratégias como negociação ou pedido de ajuda a outras pessoas para resolver o problema, ou direccionar-se para uma fonte interna, o que geralmente inclui reestruturação cognitiva em relação à percepção do elemento stressor – e o *coping focalizado na emoção* – que tem como intuito alterar e regular o estado emocional associado ao stress ou que pode ser o resultado de acontecimento stressantes, diminuindo a sensação de desconforto, agindo quer a nível somático quer ao nível dos sentimentos (Folkman & Lazarus, 1980).

O conceito de saúde tem evoluído e a Organização Mundial da Saúde (OMS) define-a actualmente como sendo “(...) um estado de completo bem-estar físico, mental, social e não apenas a ausência de doença”. Apesar de ser alvo de críticas, este conceito aproxima-se um pouco mais da visão do homem integral, pois considera já as influências bio psicossociais.

Morin (2002) defende que o homem está em relação com o seu ecossistema, sofre as suas influências e influencia-o. Assim, é necessário respeitar a singularidade do homem no seu ecossistema complexo, tendo em conta, simultaneamente, os seus processos biológicos, psicológicos, sociológicos e culturais.

Vasconcellos (1998) lembra que segmentos mais avançados da abordagem psicossomática exigem que o bem-estar do indivíduo não seja apenas considerado numa perspectiva bio psicossocial, como refere a OMS, mas que abranja também as suas dimensões espiritual e ecológica, enfatizando a influência das cinco dimensões no equilíbrio homeostático do organismo humano.

Assim a saúde e a doença sofrem constantemente a influência destas dimensões, não tendo uma etiologia única e possuindo uma dinâmica variada.

Volich (2000) aponta também a abordagem psicossomática como herdeira da concepção de Hipócrates que assenta no pressuposto da unidade corpo-alma e considera a psique como reguladora do todo, não devendo portanto analisar-se o corpo separado da alma. “O corpo humano é um todo cujas partes se interpenetram.

Ele possui um elemento interno de coesão, a alma; ela cresce e diminui, renasce a cada instante até a morte. É uma grande parte orgânica do ser” (p.23). A sua busca está enraizada na visão integrada do homem, perseguindo a compreensão da existência humana, da saúde e da doença, através das manifestações da unidade do indivíduo e estruturando ações terapêuticas sobre essa focagem.

Rogers (2001) baseia a sua abordagem psicoterapêutica no pressuposto da positividade da natureza profunda do ser humano e afirma que o ser humano é, intrinsecamente, um “organismo” digno de confiança, que tende para o seu desenvolvimento, procurando a diferenciação e a cooperação no caminho que leva à autonomia; é um ser dotado de complexos mecanismos de auto regulação, buscando a harmonia e a coerência que possibilitam a sua conservação e evolução, necessitando apenas de um meio favorável e facilitador para fazer eclodir as suas potencialidades.

É uma visão profundamente otimista e generosa da natureza humana, que “possui características aparentemente específicas que palavras tais como positiva, progressiva, construtiva, realista, fiável (...) parecem descrever de forma conveniente.” (Rogers, 2001, p.431).

A reflexão sobre a sua experiência conduziu Rogers (1977, 1987) à convicção de que as pessoas são, na sua essência, seres que progridem, movidos (motivados) pelo desejo de realizar a sua natureza criativa, de aceder à sua verdade e de assumir as suas responsabilidades no mundo. Este conhecimento profundo da natureza humana foi adquirido no seio de uma relação que alicerçou na segurança e na ausência de ameaças – ideias *à priori*, preconceitos, juízos de valor – uma relação caracterizada por uma completa liberdade de ser e de escolher (Rogers, 1999).

Considera que o ser humano, motivado pela busca de um bem-estar orgânico global, holístico, tem a capacidade de se auto-direccionar e de crescer, de se auto-regular, procurando a adequação à realidade em cada situação (Rogers, 1977, 1999).

“O substrato de toda a motivação é a tendência do organismo para a auto-realização. Há uma fonte central de energia no organismo humano (...) é uma função que pertence ao sistema como um todo e não apenas a uma das suas partes. É (...) entendida como uma tendência dirigida para a realização, para a actualização, envolvendo, não só a sobrevivência, mas também o crescimento do organismo” (Rogers, 1987, pp.43-44).

A Tendência Actualizante é um conceito fundamental das teorias rogerianas. É uma tendência inata do indivíduo; é a tendência do organismo humano para actualizar as suas potencialidades e para crescer em direcção à sua autonomia e à sua liberdade interna. É um princípio motivacional e direccional, em busca de uma vida com saúde, com qualidade. (sublinhado nosso)

Atendendo à consciencialização crescente dos indivíduos relativamente à qualidade de vida nas sociedades actuais, o Grupo de Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da OMS definiu o conceito como sendo "a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações" (Whoqol Group, 1994).

Baseando-se no pressuposto de que "qualidade de vida" é um constructo subjectivo e multidimensional, composto por dimensões positivas como a mobilidade (entre outras), e negativas como a dor (entre outras), foram desenvolvidos até ao momento dois instrumentos gerais de avaliação de Qualidade de Vida: o Whoqol-100 e o Whoqol Bref, sendo o primeiro instrumento composto por 100 questões que avaliam as dimensões Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações sociais, Meio-ambiente e Espiritualidade/Crenças Pessoais.

Neste sentido, qualidade de vida seria a aspiração dos indivíduos ou grupos em satisfazer as suas necessidades fundamentais, aproveitando as oportunidades para alcançar um estado de bem-estar e de realização pessoal, ou um estado de saúde. (sublinhado nosso)

Petrone (1994) defende que a qualidade de vida de uma pessoa está baseada, entre outros aspectos, na maneira como o indivíduo flexibiliza e conduz as suas atitudes perante situações stressantes a fim de alcançar um melhor relacionamento consigo e com os outros. Identificar o seu sistema de crenças – como actuam na sua vida e, particularmente, como podem alterar a sua harmonia – assim como identificar as suas potencialidades, é fundamental para a melhoria da sua saúde como um todo.

Referindo-se ao papel das emoções, Fineman (2004) sustenta que as descrições feitas pelas organizações são frequentemente brandas e *do not paint a picture* da [importância] da componente emocional na vida laboral. Sugere que o estudo das emoções no local de trabalho permite a emergência das pessoas – os seus comportamentos e os efeitos desses comportamentos salientam-se e tornam-se foco

de análise – e das emoções – que são percebidas como sendo o principal meio através do qual as pessoas agem e interagem.

Murray Parkes (1998) afirma que os membros das profissões ligadas à prestação de cuidados de saúde são afectados *by grief* durante o seu trabalho com diferentes tipos de perda e *chronic sorrow*, mas que raramente admitem os seus sentimentos e os efeitos que estes podem ter na sua prática ou neles próprios.

É por considerarmos importante compreender o que sentem os enfermeiros, o modo como são afectados pelas condições decorrentes da sua prática profissional, e encontrar estratégias que os ajudem, que nos propomos realizar o presente estudo. Acresce a este facto o de não termos encontrado no nosso país estudos sobre esta temática.

Como se sentem perante o sofrimento daqueles a quem dirigem os seus cuidados? Como lidam os enfermeiros com essas emoções e com esses sentimentos de forma a preservar um certo grau de bem-estar, que parece ser indispensável a uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade? Como cuidam de si próprios e como são cuidados os enfermeiros que cuidam do Outro?

Estas são algumas das questões que nos inquietam e partindo da presunção de que quem se sente cuidado cuida melhor, consideramos que a realização deste trabalho tem como finalidade colaborar na promoção da saúde e do bem-estar dos enfermeiros que intervêm na comunidade e melhorar a qualidade do seu desempenho profissional.

Creemos que, se lhes for proporcionada a oportunidade de se libertarem e de gerirem de forma mais satisfatória a carga emocional que decorre do exercício profissional, permitindo-lhes a compreensão necessária para agirem de uma forma mais adequada às exigências de cada situação humana particular, e contribuindo de forma mais eficaz para a melhoria da sua própria qualidade de vida, os enfermeiros sentir-se-ão mais aptos e capazes. Mais gratificados.

Assim, à partida, coloca-se a seguinte questão de investigação: na perspectiva dos enfermeiros que integram as equipas de prestação de cuidados na comunidade, quais os componentes essenciais da estrutura de uma relação de ajuda?

Decorrente desta questão, pretendemos compreender a experiência vivida dos enfermeiros no âmbito da prestação de cuidados na comunidade e identificar

estratégias promotoras de saúde deste grupo profissional, numa perspectiva de relação de ajuda.

Face a esta questão de investigação e principais objectivos e ao carácter eminentemente exploratório deste estudo, a nossa opção metodológica enquadrar-se-á no âmbito do paradigma naturalístico ou construtivista, qualitativo, de abordagem fenomenológica.

Filosoficamente o presente estudo encontra-se na tradição fenomenológica existencial, baseando-se no pressuposto de que o conhecimento tem uma base ontológica, não se podendo compreender o homem de outra forma que não seja a partir da sua existência, privilegiando a consciência do vivido, pré-reflexiva, a descoberta do sentido do objecto da experiência para a consciência, sendo necessário um olhar que possa compreender o homem em sua complexidade e inteireza, um olhar que contemple o ser-homem existencialmente-no-mundo (Heidegger, 2000; Sartre, 1972).

A ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA E A RELAÇÃO DE AJUDA

*"Se eu deixar de interferir nas pessoas,
elas encarregam-se de si mesmas.
Se eu deixar de comandar as pessoas,
elas comportam-se por si mesmas.
Se eu deixar de pregar às pessoas,
elas aperfeiçoam-se por si mesmas.
Se eu deixar de me impor às pessoas,
elas tornam-se elas mesmas."*
Lao Tseu

Pretende-se destacar os pilares fundamentais que suportam a Abordagem Centrada na Pessoa e a relação de ajuda no contexto deste modelo.

Carl Rogers (1902-1987) foi, segundo Kaplan (citado por Hipólito, 1999), provavelmente, o mais influente teórico no campo das teorias humanísticas da personalidade.

Em consonância, Hipólito (1999) afirma não haver dúvida de que “a sua pessoa e a sua obra marcaram de maneira indelével não só a psicologia e a psicoterapia americana, mas também a psicologia e a psicoterapia em geral” e realça “o valor e a importância do seu contributo no campo científico.” (p.14)

Inserindo-se na corrente da Psicologia Humanista, a Abordagem Centrada na Pessoa desenvolve-se a partir da década de 40 nos Estados Unidos da América, e surge como reacção às práticas e aos modelos teóricos predominantes na Psicologia e na psicoterapia (viz., o Comportamentalismo e a Psicanálise).

Partindo da observação directa e da reflexão sobre a sua experiência como psicólogo e psicoterapeuta, Rogers explicitou a sua abordagem terapêutica numa perspectiva que considerou de forma genérica como “as novas” ou “mais recentes terapias” (Hipólito, 1999).

Ao considerar o ser humano sob uma perspectiva diferente e contrastante – com a ideia que o reduz a uma existência fatalmente determinada por factores exteriores (e.g. pressões sociais ou culturais) e interiores (e.g. impulsos inconscientes ou

características herdadas) que condicionam o seu livre arbítrio –, Rogers (1974, 1977) encara-o como um ser inerentemente dotado de liberdade e de poder de escolha.

Mesmo nas circunstâncias mais adversas, e sob as condicionantes mais severas, o indivíduo pode preservar e desenvolver a sua capacidade de autonomia e auto-determinação (Rogers, 1974, 1977).

Sem subestimar o impacto negativo que as mais diversas situações podem ter sobre o desenvolvimento e o bem-estar do indivíduo, (Rogers, 1974, 1977) mantém a firme convicção de que o ser humano preserva, em algum grau, a capacidade de não se limitar a reagir aos acontecimentos e a ser por eles conduzido, podendo, apesar de tudo, ser um agente criativo na realidade que o rodeia.

Simultaneamente, Rogers (1974, 1977) vê o ser humano como sendo intrinsecamente motivado para um processo construtivo. Considerada como uma espécie de sabedoria do organismo, é esta motivação que o leva a sobreviver, a manter a sua organização, a sarar, se for necessário, e a evoluir na direcção de uma progressiva complexidade e autonomia.

A visão de Rogers traz para a psicoterapia uma forma diversa de encarar, quer a pessoa que pede ajuda, quer a relação terapeuta/cliente, materializando-se numa abordagem não-directiva da relação terapêutica, sendo a partir daqueles princípios gerais que a terapia não-directiva se vai fundamentar.

Da Terapia Centrada no Cliente à Abordagem Centrada na Pessoa

Pondo em suspenso a crença no valor dos juízos, conceitos e teorias a respeito do outro, a terapia centrada no cliente enfatiza a importância fundamental da experiência subjectiva e pré-reflexiva como critério de conhecimento.

Decorrente desta atitude fenomenológica, o papel do terapeuta será o de, a partir do ponto de vista fenomenal do cliente, procurar a compreensão da consciência vivencial da experiência que o cliente tem de si e do mundo.

Rogers (1974) propõe, para que tal aconteça, que o terapeuta tente ver através dos olhos da outra pessoa, perceber o mundo tal como lhe aparece, aceder, pelo menos parcialmente, ao quadro de referência interno da outra pessoa e chama a esta forma de estar com o cliente “compreensão empática”.

A este respeito, Bozarth (1999) refere que esta atitude do terapeuta é, para Rogers, o alicerce em que se apoia a expressão “centrado no cliente”. É a experiência global do indivíduo que constitui o foco da atenção do terapeuta.

Esta tentativa de compreensão por parte do terapeuta representa, para Shlien (1998), o meio que lhe permite aproximar-se de um "tipo particular de compreensão distinto de outros tipos de compreensão resultantes de enquadramentos exteriores, tais como diagnósticos, ou julgamentos, ou esclarecimento de suposições." (p.48)

Rogers afirma que, de entre as suas atitudes e concepções, existe uma que deve ser levada em conta de modo particular na avaliação das suas teorias. “É a minha fé inquebrantável na primazia da ordem subjectiva. O homem vive, essencialmente, num mundo subjectivo e pessoal. As suas actividades, mesmo as mais objectivas representam a expressão de fins subjectivos e de escolhas subjectivas.” (Rogers & Kinget, 1977, p.152).

Consistente com esta afirmação “abandona progressivamente uma orientação directiva ou interpretativa” no seio da relação terapêutica, e opta “por uma perspectiva mais pragmática de escuta dos clientes” – em que a compreensão do quadro de referências do outro é adquirida através da mais intensa, contínua e activa atenção dada à expressão dos seus sentimentos – “numa posição precursora do que mais tarde estruturará como Orientação Não Directiva em terapia.” (Hipólito, 1999, p.16).

Relativamente a esta característica Scheeffter (1976) esclarece que o aconselhamento psicológico [ou a relação terapêutica] não segue uma orientação teórica única, existindo fundamentalmente três orientações distintas: Orientação directiva, orientação não directiva e orientação eclética. (parêntesis nosso)

No método directivo o conselheiro [ou terapeuta] age como dirigente, selecciona os tópicos que serão discutidos, define os problemas, descobre causas, sugere soluções ou planos de acção ao cliente. O centro do processo, o poder e a responsabilidade são do conselheiro. A ênfase é colocada no conteúdo intelectual sendo o histórico do caso mais importante do que as vivências do cliente. (parêntesis nosso)

O método não directivo é centrado na pessoa. Visa o crescimento pessoal e não apenas a solução de problemas. A ênfase é dada ao conteúdo emocional expresso pelo cliente e não tanto ao conteúdo factual e intelectual. É neste método que se

baseia qualquer intervenção no âmbito da abordagem centrada na pessoa e que representa um dos fundamentos do modelo.

O método eclético faz uso de conceitos e técnicas dos diferentes métodos, de acordo com a natureza do problema e a necessidade do cliente. Requer que o conselheiro [ou terapeuta] domine várias técnicas e reconheça as mais eficientes para a situação apresentada pelo cliente. (parêntesis nosso)

Em simultaneidade com a adopção e o desenvolvimento progressivo de uma intervenção não directiva, Rogers (1977) utiliza técnicas de reformulação e de clarificação dos sentimentos, que se baseiam numa atitude de maior aceitação dos sentimentos do cliente por parte do terapeuta.

Define a sua abordagem terapêutica, por oposição às “antigas” terapias, como sendo centrada sobre a expressão de sentimentos do cliente, a tomada de consciência, a auto-aceitação e a relação terapêutica, e não sobre a análise do passado, a sugestão ou a interpretação (Hipólito, 1999).

A este propósito Mahfoud (1987) refere que, no aconselhamento psicológico [ou na relação terapêutica] centrado na pessoa existe uma real disponibilidade para acolher a experiência do cliente no aqui e agora da relação ao invés de focalizar o seu problema, o que se traduz na disponibilidade para atender a uma gama bastante ampla de situações e pedidos porque é o próprio referencial do cliente que define a relação terapêutica e não a especialização do conselheiro/terapeuta. No fundo, o aconselhamento centrado na pessoa é uma forma de relação de ajuda que coloca a ênfase no potencial individual de cada um.

De acordo com este autor, estabelecer que é “o referencial do próprio cliente a definir a direcção do processo” de ajuda “não significa ausência ou passividade do conselheiro, pelo contrário, é a sua presença clara e atenta que permite ao cliente uma clarificação maior do seu referencial” (Mahfoud, 1987, p.81).

Em consonância com este posicionamento Prouty (2001) afirma que “a atitude não-directiva consiste em acreditar na auto-determinação” do cliente “ao longo do processo terapêutico.” (p.5).

Relativamente a esta orientação, Shlien e Zimring (1970) consideram que a transição da noção de “não directiva” para a noção de “centrada no cliente” denota uma clarificação de perspectiva.

A terapia não directiva pretende usar esta orientação como um catalisador para o desenvolvimento de insight. Centrar-se no cliente sugere que o terapeuta, para além

da assunção de um papel mais activo no seio da relação, considere o cliente como o foco da sua atenção.

Se anteriormente assumia um papel mais passivo na relação terapêutica, agora é levado a comprometer-se na busca do sistema de referências da outra pessoa através de um processo de compreensão empática. Prevalece a subjectividade, mas a objectividade continua sendo valorizada.

O terapeuta “descobre” o cliente, valoriza mais a sua subjectividade, mas a relação é ainda dialógica. A filosofia subjacente é a de que o indivíduo possui uma tendência inata para o desenvolvimento das suas capacidades, mas a atitude do terapeuta é agora condição *sine qua non* para pôr em prática e desenvolver uma relação de ajuda terapêutica de forma mais completa com a totalidade do seu “self”.

Hipólito e Nunes (2000) referem, a propósito, que a primeira designação atribuída à teoria rogeriana foi terapia não directiva, denominação que concerne à atitude dos terapeutas, ao seu estilo de resposta terapêutica.

Os autores alegam ainda, que o facto de a atitude não directiva de Rogers ser habitualmente “mal compreendida e mal assimilada, e quantas vezes confundida com uma atitude demissionária e de *laissez-faire*, de facilidade e de comodismo”, totalmente oposta ao “acompanhamento quantas vezes bem doloroso, do percurso do cliente-companheiro, na busca de uma solução que seja verdadeiramente sua, adaptada às suas necessidades, e fonte de crescimento, de aumento da sua auto-estima e de enriquecimento da sua experiência” (p.99), levou a que a designação fosse progressivamente substituída por teoria centrada na pessoa e posteriormente por abordagem centrada na pessoa.

Rogers (1999) afirma que a nova abordagem visa directamente a realização, uma independência e uma integração maior do indivíduo, sendo o seu objectivo não o de resolver um problema em particular, mas o de ajudar o indivíduo a atingir o amadurecimento que lhe permitirá fazer face ao problema actual, e aos problemas que mais tarde possam surgir, de uma maneira mais bem adaptada, enraizando-se muito mais fortemente no movimento espontâneo do indivíduo em direcção à maturidade, à saúde e à adaptação.

Salienta ainda que “esta nova terapia enfatiza mais o vivido, o aspecto afectivo e emocional da situação, do que o aspecto intelectual (...) dá maior ênfase à situação actual, imediata, do que ao passado do indivíduo” e sublinha que “ esta abordagem

considera a relação terapêutica em si mesma como uma experiência de maturação.” (Rogers, 1999, pp.42-43) e apelida-a de **Terapia Centrada no Cliente**.

O cerne do seu modelo evolui, passando da importância conferida às técnicas (viz., a reformulação) para a ênfase colocada nas atitudes de compreensão empática, de aceitação incondicional positiva do cliente, de congruência do terapeuta, de confiança nas capacidades do cliente para a auto-actualização das suas potencialidades e para a sua auto-organização. Simultaneamente, as potencialidades terapêuticas da relação são também valorizadas (Hipólito, 1999).

A este propósito, Bozarth (2000) afirma que a Abordagem Centrada na Pessoa coloca muitas exigências ao conselheiro/terapeuta no que concerne a “um maior desenvolvimento pessoal do terapeuta, especialmente no que respeita ao auto-olhar incondicional positivo, mais do que às competências, técnicas e formas de fazer terapia.” (p.36)

Em concordância, Hipólito e Nunes (2000) realçam que ser-se conselheiro/terapeuta centrado no cliente implica “um saber fazer (...) uma interiorização de conceitos e atitudes, exigindo do terapeuta uma adesão profunda a uma filosofia de vida «*a way of being*», como Carl Rogers lhe chamou, tendo como princípio uma postura de respeito pelo Outro e de investimento no projecto pessoal que dá sentido à vida, inscrevendo-se na tradicional corrente fenomenológico-existencial.” (p.99)

De acordo com Larga (2001), a conduta do conselheiro [ou do terapeuta] “não assenta em técnicas, mas sim em atitudes” que sendo “mais do que o resultado de uma aprendizagem, são o reflexo de um trabalho de desenvolvimento pessoal que lhe permite ser acrítico, criando um clima de confiança e de segurança que serve para incrementar o crescimento e encetar a mudança” (p.74).

A autenticidade, o respeito, a confiança, a aceitação e a tolerância são fundamentais no processo de aconselhamento. Rogers (1985) defende que se estas atitudes estiverem presentes na relação terapêutica, o cliente entra num processo de aceitação de si próprio e dos seus sentimentos, torna-se mais consciente de muitas das suas motivações e atitudes reais e consegue aceitá-las como parte de si mesmo. Assim, vai voluntariamente seleccionar objectivos e fazer escolhas conscientes e ponderadas no sentido de uma maior satisfação.

Na perspectiva rogeriana, o “terapeuta não tem de ser um perito que compreenda o problema e decida a maneira de o resolver, mas deve sim libertar a capacidade do cliente para resolver os seus próprios problemas” (Zimring, 2000a, p.9).

O trabalho do terapeuta centrado na pessoa encaminha-se “no sentido de facilitar ao cliente uma visão mais clara de si mesmo e da sua perspectiva ante a problemática que vive e que gera um pedido de ajuda” (Mahfoud, 1987, p.76).

Os princípios da terapia centrada no cliente são entretanto aplicados a outras áreas de intervenção do humano – pedagogia, arte, relações interpessoais, relações familiares, comunicação intergrupar, mediação e gestão de conflitos, gestão organizacional – e Rogers (1977) apresenta a sua **Abordagem Centrada na Pessoa** não só como um modelo psicoterapêutico, mas também como uma filosofia de vida, uma “maneira de ser” (“a way of being”), com “profundas implicações e aplicações em todos os domínios do humano” (Hipólito, 1999).

A abordagem esteia-se em três pilares – a **Concepção positiva da natureza humana**, a **Tendência Actualizante** e as **Condições Facilitadoras** – fundamentais para a compreensão do modelo terapêutico.

A orientação não directiva constitui, também ela, um dos seus sustentáculos.

O arcabouço teórico rogeriano suporta-se ainda na concepção de “vida plena” e integra o conceito de *self*, conceito basilar que prepara e subjaz à compreensão da sua Teoria do Funcionamento Pleno da Personalidade.

Na perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa, Rogers (1977) assume como princípio básico que todas as pessoas possuem em potencial a capacidade de resolverem, elas próprias, as suas dificuldades desde que lhes seja proporcionada uma oportunidade e atmosfera adequadas. É nesta convicção e crença optimistas sobre a natureza humana que Rogers baseia a sua intervenção no campo do aconselhamento e da psicoterapia.

A Concepção Positiva da Natureza Humana

A filosofia de vida e a abordagem psicoterapêutica de Rogers (1977) baseiam-se no pressuposto da positividade da natureza profunda do ser humano.

A análise da sua experiência conduziu-o à convicção de que as pessoas são, na sua essência, seres que progridem, movidos [motivados] pelo desejo de realizar a sua

natureza criativa, de aceder à sua verdade e de assumir as suas responsabilidades no mundo (Rogers, 1977).

Afirma que “um dos conceitos mais revolucionários (...) foi o reconhecimento progressivo de que o centro mais íntimo da natureza humana, as camadas mais profundas da sua personalidade, a base da sua *natureza animal*, tudo isso é naturalmente positivo – fundamentalmente socializado, dirigido para diante, racional e realista.” (Rogers, 1977, p.91).

O conhecimento profundo da natureza humana foi adquirido no seio de uma relação que alicerçou na segurança e na ausência de ameaças (ideias *à priori*, preconceitos, juízos de valor), uma relação caracterizada por uma completa liberdade de ser e de escolher (Rogers, 1977).

Para o autor, o ser humano é, intrinsecamente, um organismo digno de confiança, que tende para o seu desenvolvimento, procurando a diferenciação e a cooperação no caminho que leva à autonomia; é um ser dotado de complexos mecanismos de auto-regulação, buscando a harmonia e a coerência que possibilitam a sua conservação e evolução; é um ser que necessita apenas de um meio favorável e facilitador para fazer eclodir as suas potencialidades (Rogers, 1977).

É uma visão profundamente optimista e generosa da natureza humana, que “possui características aparentemente específicas que palavras tais como *positiva, progressiva, construtiva, realista, fiável* (...) parecem descrever de forma conveniente.” (Rogers, 2001, p.431).

A Tendência Actualizante

A tendência actualizante é um dos pilares da abordagem de Rogers e representa “o único conceito motivacional na teoria rogeriana.” Brodley (1998). É uma tendência inata do indivíduo, consistindo na disposição do organismo humano para actualizar as suas potencialidades e para crescer em direcção à sua autonomia e à sua liberdade interna. É um princípio motivacional e direccional.

Rogers afirma que “o substracto de toda a motivação é a tendência do organismo para a auto-realização” e que “há uma fonte central de energia no organismo humano”. Essa fonte de energia “é uma função que pertence ao sistema como um todo e não apenas a uma das suas partes”. É simplesmente entendida como “uma

tendência dirigida para a realização, para a actualização, envolvendo, não só a sobrevivência, mas também o crescimento do organismo.” (Rogers & Kinget, 1977, p.44)

Rogers (1974, 1977) defende que dadas determinadas condições, as pessoas fazem opções positivas e construtivas, escolhem vias que contribuem para o seu desenvolvimento enquanto pessoas. Todo o ser humano, motivado pela busca de um bem-estar organísmico global, holístico, tem a capacidade de se auto-direccionar e de crescer, de se auto-regular, procurando a adequação à realidade em cada situação.

A razão para tais opções tem origem na tendência actualizante e todas as motivações, necessidades ou impulsos, são uma expressão da tendência do organismo para a actualização das suas capacidades e potencialidades. Sendo sensível às condições do meio, que podem facilitar ou dificultar a sua expressão, a tendência actualizante actua, no entanto, de forma permanente e inerentemente construtiva.

Brodley (1998) considera a tendência actualizante como uma meta motivação na teoria rogeriana, uma vez que todas as motivações específicas, necessidades e impulsos se exprimem através dela; o que equivale a dizer, que a tendência actualizante é um princípio orientador, globalizante e integrador.

A tendência actualizante, caracterizada pelas definições de Rogers em inúmeros dos seus trabalhos, é evidenciada por Brodley (1998) como sendo:

- **Individual e universal**, inerente a cada ser humano na sua singularidade e unicidade e, ao mesmo tempo, comum a todos eles;
- **Holística**, funcionando através de todos os sistemas e subsistemas da pessoa, mantendo a sua integridade global e organização;
- **Ubíqua e constante**, intrínseca à vida dos indivíduos, actuando em todas as condições, favoráveis ou não, sendo a motivação de toda e qualquer actividade, a qualquer nível de funcionamento interno da pessoa;
- **Um processo direccional construtivo**, sempre dirigido para a preservação da integridade e organização da pessoa, apontando sempre para a realização, desenvolvimento e aperfeiçoamento das capacidades e das potencialidades inatas e adquiridas do indivíduo;
- **Impulsionadora de tensões**, sendo o processo direccional dominante o de aumento de tensão, no sentido da expansão, do crescimento e do desenvolvimento das capacidades inatas;

- **Virada para a autonomia da pessoa**, favorecendo a sua evolução no sentido da auto-regulação, rejeitando todas as situações em que tende a ser controlada;
- **Sensível às condições do meio circundante**, estando sempre presente e actuante em todos os sistemas da pessoa, quer as condições do meio sejam favoráveis quer sejam desfavoráveis, conduzindo sempre o indivíduo para o melhor funcionamento possível atendendo às circunstâncias existentes;
- **O conceito de auto-actualização** que, na teoria rogeriana, é manifestado através do *self*, ou, dito de outra forma, a manifestação da tendência actualizante no *self* reveste a forma de auto-actualização;
- **O conceito de consciência**, ou melhor, a consciência de si, é um importante canal aberto à actuação da tendência actualizante;
- **Orientadora de comportamentos sociais**, a tendência actualizante direcciona os indivíduos – enquanto seres sociais – para um comportamento social construtivo (Brodley, 1998, pp.38-40).

No que concerne a esta última característica, Brodley (1998) refere que a natureza social dos seres humanos reveste um carácter fundamental para a sua própria conservação e evolução, e abrange uma série de capacidades inatas que promovem e facilitam a vida de relação.

A autora destaca a **capacidade de identificação com o outro** – que desperta a compaixão e a preocupação com o seu bem-estar, despoletando impulsos de protecção e de cuidado –, a **capacidade de empatia** – que torna possível “vestirmos a pele do outro” –, a **necessidade de associação** – que estimula a tendência para a cooperação social e a colaboração dirigida a metas comuns – e a **capacidade para elaborar regras morais** que leva os indivíduos a reger-se e a viver de acordo com elas.

O Conceito de Self

O conceito de “self” ocupa um lugar fundamental nas teorias rogerianas constituindo o pilar da sua teoria da personalidade. É um conceito essencial, quer para a compreensão do desenvolvimento normal da personalidade, quer para a compreensão do desenvolvimento das perturbações psicológicas.

Kinget (1977) define-o como sendo uma estrutura perceptual, um conjunto de percepções – feito de características, atributos, qualidades e defeitos, capacidades e limites, valores e relações – organizado e mutável, que o indivíduo reconhece como descritivo de si próprio e como fazendo parte da sua identidade.

A autora afirma ainda que o self é parte integrante, e central, da estrutura perceptual total, que engloba todas as experiências do indivíduo em cada momento da sua existência.

Fazendo parte integrante do organismo, está, por isso mesmo, sujeito à acção da tendência actualizante, sendo o comportamento do indivíduo determinado pela conjugação do factor dinâmico – a energia ou tendência actualizante – com o factor regulador – a direcção ou noção de self (Kinget, 1977).

Em 1977, Kinget sustenta que a tendência à actualização do self do indivíduo será tanto mais eficaz quanto maior for o carácter realista da sua noção de self, ou, quanto mais congruente, mais concordante for a ideia que o indivíduo tem de si próprio (do seu *eu*) com aquilo que ele na realidade é, ou ainda, quanto menor for a discrepância entre o seu self real e o seu self ideal.

Para que a sua noção de self seja o mais realista possível, o indivíduo deve basear-se na sua experiência autêntica, deve basear-se naquilo que vivencia, que experiencia realmente, na sua “experiência organísmica” (Kinget, 1977).

Contudo, esta capacidade de viver a sua experiência organísmica só se concretizará, se a pessoa for capaz de se sentir verdadeiramente livre para *experienciar* as suas experiências, *vivenciar* as suas vivências, *sentir* os seus sentimentos, em total harmonia com os seus estados internos.

Nas palavras da autora, esta capacidade de viver a sua experiência organísmica só poderá ocorrer, se o indivíduo se sentir verdadeiramente “livre para reconhecer e elaborar as suas experiências e os seus sentimentos (...) como entender (...) não se sentindo obrigado a negar ou a deformar as suas opiniões e atitudes mais íntimas” (Kinget, 1977, pp.46-47), de forma a poder manter o afecto ou a admiração das pessoas significativas, ou ainda, de forma a manter-se dentro dos padrões de conformidade moral e social.

Rogers (1977) realçou este «estado de liberdade» apelidando-o de “liberdade experiencial”. A experiência de um indivíduo que se encontre a viver este estado, acede livremente à sua consciência, ficando aquela isenta dos mecanismos de defesa e de repressão de que esta se serve para manter um mínimo de equilíbrio interno.

No que concerne ao conceito de self, o autor aponta algumas noções como a “experiência de si”, a “ideia” ou “imagem de si” (ou do *eu*) e o “eu ideal”, com as quais aquele conceito se encontra em estreita relação (Rogers, 1977, pp.164-168).

Assim, a experiência de si reporta-se a todos os factos e acontecimentos do campo fenomenal (ou quadro de referências) do indivíduo que ele reconhece como estando relacionado com o seu self, como fazendo parte integrante do seu vivido.

A ideia ou imagem de si refere-se ao conjunto de percepções – assim como à sua valorização – que o indivíduo tem de si próprio e das relações que mantém com o outro, com o meio circundante e com a sua própria existência, caracterizando-se o self ideal (ou *eu ideal*) como o conjunto de atributos que o indivíduo gostaria de apontar como constitutivos e descritivos de si próprio, como tudo aquilo que ele gostaria de ser.

Estas noções ou conceitos correlacionados revestem-se de extrema importância, se quisermos compreender os fenómenos [mudanças] que ocorrem na personalidade do indivíduo no decorrer do processo terapêutico.

A este propósito, Rogers (1977) sustenta que num contexto que reúna determinadas condições favoráveis – como o da terapia centrada no cliente – a noção de self do indivíduo se modifica de forma notória, não revelando o cliente outra aspiração senão a de [atingir] e tornar-se o seu «verdadeiro eu».

Afirma ainda que “ o eu se revela (...) como uma Gestalt que se modifica (...) por meio de organização e de reorganização”, facto que aponta para uma estrutura fluida, maleável e mutável, capaz de integrar os dados da vivência imediata num todo mais harmonioso e coerente para o indivíduo (Rogers, 1977, pp.164-168).

Referindo-se às noções de defesa e de repressão, Rogers (1977) advoga também, que na busca de coerência interna o self parece ajudar o organismo a seleccionar as experiências, interditando o acesso à consciência de todas aquelas que, sejam elas de natureza positiva ou negativa, confrontam o indivíduo com a imagem que ele tem de si mesmo, com o seu auto conceito.

Todas as experiências sem significado para o self e que ele sente como ameaçadoras para a sua coerência interna, porque não as reconhece como suas, são rejeitadas.

O Centro do Processo de Valorização (ou Locus de Controle)

O ser humano é um organismo que valoriza a sua experiência, vivendo num universo povoado de valores e de valorizações, que podem ser mais ou menos contraditórios, mais ou menos satisfatórios, dependendo estes aspectos da maior ou menor discrepância existente entre o self real e o self ideal do indivíduo.

Rogers (1991) afirma que, durante a infância, “o ser humano (...) tem uma perspectiva clara dos valores”, escolhendo determinado tipo de experiências e rejeitando outras, demonstrando através do seu comportamento, “preferir as experiências que mantêm, aumentam ou efectivam o seu organismo”, optando por todas aquelas que são, de alguma forma, gratificantes e que contribuem para a sua auto-conservação e auto-realização.

Descreve este fenómeno como um “processo organísmico de valorização”, no qual cada elemento é, de alguma forma, sopesado, sendo posteriormente seleccionado ou rejeitado, dependendo uma ou outra situação do facto de, no imediatismo da experiência, ser ou não ser permitida a realização do organismo.

Rogers (1991) refere ainda que “esta ponderação complexa da experiência é (...) uma função organísmica”, que se efectiva através de “valores operativos”, sendo estes definidos por Morris, (cit. por Rogers, 1991) como a tendência de todo o ser vivo para demonstrar, através do seu comportamento, a sua preferência por um tipo de objecto ou de objectivo, em detrimento de outro.

Tudo se passa assim como se o organismo soubesse o que é melhor para ele, optando pelas experiências que lhe permitem caminhar para a realização de si, para a sua conservação e autonomia, para a realização do seu potencial.

Rogers (1991) lembra ainda que durante a infância, “a fonte ou local do processo de avaliação” se encontra no interior do organismo, ou seja, o centro do processo de valorização ou *locus* de controle é interno.

A questão recai desde logo sobre os fenómenos que ocorrem durante o processo de socialização do indivíduo, e que estão na origem do processo de transferência do *locus* de controle do interior para o exterior, contribuindo para que, progressivamente, a pessoa vá deixando de *se ouvir*, deixando de ter confiança na sua experiência organísmica, e se vá afastando de si, caminhando para o desencontro consigo própria.

Através do processo de socialização, e porque tem necessidade do amor e do afecto que reforçam a sua auto-estima, o indivíduo interioriza os valores dos outros, principalmente dos outros significativos, acabando por integrá-los na estrutura do self, aceitando-os como se fossem seus. Passa a ser o eu que querem que ele seja e não o eu que ele de facto é (Rogers, 1991).

Afastando-se da sua experiência organísmica, adopta como referência um *locus* de controle externo, contribuindo este facto para o aparecimento da “discrepância fundamental” que, nas palavras de Rogers (1991), consiste no afastamento ou alheamento de si próprio, na perda de contacto com a sabedoria do seu organismo e na conseqüente perda de confiança em si mesmo e na sua experiência organísmica.

A percepção da realidade é influenciada pelo seu auto conceito, sendo o seu comportamento adequado ou inadequado, de acordo com o carácter realista ou não realista do seu eu.

Numa tentativa de receber e conservar amor, aprovação e consideração, o indivíduo renuncia ao centro de avaliação que possuía inicialmente, e coloca-o nos outros. Aprende a ter uma desconfiança básica na sua experiência, como guia do seu comportamento. Aprende com os outros um grande número de valores pensados e adopta-os como seus, embora possam ser muito discordantes com o que está sentindo. Como os seus conceitos não se baseiam na sua [própria] valorização, tendem a ser fixos e rígidos, em vez de [serem] fluidos e mutáveis (Rogers, 1991, p.19)

Segundo Pagès (1970), são estas duas características – a tendência actualizante e o sistema de avaliação da experiência – que explicam que o indivíduo tenha o poder de se controlar a si mesmo e também o poder de reorganizar a sua concepção de self, se esta estiver afastada da experiência total do organismo, da sua experiência organísmica.

A atitude não-directiva encontra aqui o seu fundamento teórico. Ao terapeuta cabe apenas criar as condições para que, através de uma relação particular, o indivíduo possa reorganizar-se e reencontrar a sua própria direcção. O poder que lhe é atribuído, e a inerente responsabilização pelo seu próprio processo de mudança, representam um estímulo à sua autonomia.

O Processo de Mudança Terapêutica da Personalidade

A relação terapêutica pretende reverter o estado de incongruência do cliente – que se caracteriza pela vivência de sentimentos de insatisfação, de incapacidade e de desajustamento, decorrentes da assunção de opções inadequadas para a resolução das suas dificuldades –, ao restabelecer o acordo perdido entre a experiência total da pessoa, a sua experiência organísmica, e a experiência consciente do self, libertando o cliente para um amadurecimento e um desenvolvimento gratificantes, ou, segundo Rogers (1974, 1977), facilitando o desaparecimento da “discrepância fundamental”.

No âmbito da Abordagem Centrada na Pessoa, Rogers (1974, 1977) define o terapeuta/conselheiro como um agente capaz de fornecer as condições necessárias e suficientes e de focalizar as suas habilidades na criação de uma atmosfera na qual o cliente possa trabalhar (clima psicossocial não ameaçador), de forma a propiciar o desencadeamento de um processo criativo de desenvolvimento junto àqueles a quem se dirige: clientes, grupos ou instituições.

A função do terapeuta é substanciada pela sua capacidade de vivenciar e traduzir em palavras e gestos as atitudes básicas, capacidade que o converte no facilitador do crescimento e desenvolvimento do cliente, mas que não lhe permite curar – embora sendo uma pessoa activa e significativa – só podendo ajudar a criar condições em que actuem as forças regenerativas naturais (Gendlin, 1991; Gobbi & Missel, 1998; Morato, 1999; Schmid, 1999).

O terapeuta recebe muitas vezes a designação de facilitador porque se o processo de relação de ajuda é visto como um processo de crescimento, o papel do terapeuta é o de criar as condições para que o cliente se possa ver a si próprio e às suas reacções com maior clareza e aceitar as suas atitudes de uma forma mais completa, sendo capaz, com base neste insight, de ir ao encontro dos seus problemas de vida de um modo mais adequado, mais independente e mais responsável (Rogers, 1974, 1977).

Nesta perspectiva, Nye (2002) sustenta que o papel do conselheiro/terapeuta é o de um esclarecedor e de um organizador das expressões do cliente, como pessoa que se importa com, e aceita, o cliente. Ao ajudar a libertar as suas capacidades de realização, o terapeuta ajuda o cliente no seu desenvolvimento de forma profundamente compreensiva, mas sem interferir.

Segundo Schmid (1999), o facto de a Abordagem Centrada na Pessoa não utilizar técnicas ou métodos pré-concebidos, que não se escorem na experiência imediata da relação, faz com que o único “meio” ou “instrumento” utilizado seja a pessoa do terapeuta.

No que concerne às características e à formação do terapeuta, Rogers e Rosenberg (1977) e Wood (1994) referem que, na formação do terapeuta se reconhece um número e uma complexidade crescentes de tópicos a considerar e a aprofundar para uma boa compreensão do campo, constatando-se por outro lado, paradoxalmente, que a obtenção de efeitos psicológicos benéficos tem uma correspondência muito menor com a capacidade académica do terapeuta do que com certas atitudes suas no relacionamento interpessoal estabelecido.

As Condições Necessárias e Suficientes ou As Atitudes Facilitadoras

Em 1957, Rogers afirma ter observado algumas condições que lhe parecem *necessárias* para iniciar o processo de mudança terapêutica da personalidade, e que, se tomadas em conjunto, lhe parecem também *suficientes* para encetar aquele processo.

Segundo o autor, para que, no âmbito da relação terapêutica, ocorra uma mudança construtiva [terapêutica] da personalidade, é *necessário e suficiente* que – as duas pessoas estejam em contacto psicológico; o cliente se encontre num estado de incongruência (desacordo interno) sentindo-se vulnerável ou ansioso; o terapeuta se encontre num estado de congruência ou integrado na relação; o terapeuta experiencie uma consideração incondicional positiva pelo cliente; o terapeuta experiencie uma compreensão empática do quadro de referência interno do cliente e se esforce para comunicar essa experiência ao cliente; o cliente tenha a percepção (se aperceba) das atitudes de compreensão empática e de consideração incondicional positiva por parte do terapeuta –, uma vez que, se estas condições estiverem presentes e persistirem durante um certo período de tempo, o processo de mudança construtiva da personalidade seguir-se-á (Rogers, 1957/1992).

Consistente com a sua experiência, cria um ambiente psicológico e terapêutico favorável através da vivência e da expressão, por parte do terapeuta, das condições

ou atitudes facilitadoras, atribuindo especial relevo à congruência, à aceitação incondicional positiva e à compreensão empática.

Em consonância, Prouty (2001) defende que a aceitação positiva incondicional, a compreensão empática e a congruência são princípios fundamentais na relação terapêutica apresentada por Rogers. São fundamentais para a criação de uma «relação de ajuda» e constituem uma ajuda na facilitação do acesso a “esse mundo interior” quer por parte do terapeuta quer por parte do cliente.

Schmid (1999) acrescenta que, de uma forma global, as atitudes enfatizadas por Rogers implicam uma abertura incondicional para a relação dirigida à pessoa do outro num dado momento.

Rogers (1974, 1977) realça que as atitudes facilitadoras não têm sentido, a não ser num contexto de grande respeito pela pessoa e pelas suas potencialidades, e destaca que o principal resultado de todos os estudos é que os clientes – em relações marcadas por um alto nível de congruência, compreensão empática e consideração positiva incondicional do terapeuta/conselheiro –, apresentam mudança e desenvolvimento construtivos da personalidade, o que permite a confirmação dos factos e segurança na teoria desenvolvida.

Congruência

No âmbito da Abordagem Centrada na Pessoa, este conceito aparece muitas vezes associado e até como sinónimo de autenticidade, genuinidade, transparência, espontaneidade, sinceridade.

A “congruência é um estado de consistência ou harmonia” por oposição ao estado de incongruência que “é um estado de discrepância ou de desarmonia.” Durante o processo terapêutico procura-se que os clientes se vão movimentado “de um estado de incongruência entre os seus auto conceitos e as suas experiências do organismo, para um estado de congruência cada vez maior entre esses aspectos de si mesmos”, sendo “uma das principais metas da terapia centrada no cliente permitir que o cliente atinja um estado de congruência” (Nye, 2002, 11).

Justo (2002) define congruência como a autenticidade, a harmonia entre o que se é, o que se sente, o que se deseja, o que se quer, e o ser, o sentir, o desejar, o querer de verdade nas profundezas do ser.

A expressão “congruência na relação” é igualmente utilizada querendo significar que o terapeuta é congruente no relacionamento. Existe uma harmonia entre o que o terapeuta sente e o que é comunicado ao cliente.

Segundo Bozarth (2000) congruência ou genuinidade significa o estado de prontidão do terapeuta que lhe permite experienciar melhor o cliente, com uma compreensão empática do seu quadro interno de referências, e experienciar o olhar incondicional positivo face ao cliente.

Rogers (1974, 1977) afirma que congruência na relação significa que os sentimentos que o terapeuta está vivenciando são acessíveis à sua consciência, sendo capaz de comunicá-los, se isso for adequado; significa que o terapeuta entra num encontro pessoal directo com o cliente, encontrando-o de pessoa para pessoa.

A autenticidade ou congruência significa que “na relação com o seu cliente, o terapeuta é transparente, fluído, não se nega a si mesmo” (Gusmão, 1998, 53).

Quanto mais o terapeuta for ele mesmo na relação com o outro, quanto mais puder remover as barreiras profissionais ou pessoais, maior será a probabilidade de que o cliente mude e cresça de modo construtivo. Ocorre assim uma grande correspondência, ou congruência, entre o que está sendo vivido a um nível profundo, o que está presente na consciência e o que está sendo expresso pelo cliente (Rogers, 1974, 1977).

Aceitação incondicional positiva/ Consideração Positiva Incondicional

Rogers (1974, 1977) afirma ser fundamental que o terapeuta tenha uma consideração integral e não condicional pelo cliente, e que a aceitação, o interesse ou a consideração – aquilo a que chama de «aceitação incondicional» – é uma atitude importante na criação de um clima facilitador da mudança.

A consideração positiva incondicional é uma das condições necessárias e suficientes facilitadoras do processo terapêutico, e significa que o terapeuta aceita e aprecia o cliente, qualquer que seja o seu comportamento específico no momento; significa que o terapeuta se interessa pelo cliente como uma pessoa com potencialidades.

Rogers (1974, 1977) defende ainda que quando o terapeuta tem uma atitude positiva, aceitante, em relação ao que quer que o cliente seja naquele momento, a probabilidade de ocorrer um movimento terapêutico ou uma mudança aumenta.

Afirma que a relação será tanto mais eficiente – sendo mais provável a ocorrência de mudança e desenvolvimento construtivos no cliente – quanto mais incondicional for a consideração positiva, sendo esta uma apreciação não valorativa no encontro terapeuta-cliente, um sentimento aberto e positivo sem reservas e sem avaliações, sem julgamentos.

Em consonância, Gobbi e Missel (1998) sustentam que, no âmbito da Abordagem Centrada na Pessoa, a aceitação positiva incondicional consiste numa postura ou atitude de consideração irrestrita, numa atitude de abstenção de julgamentos, o que implica que o terapeuta não aprova ou desaprova, ou mesmo se oponha a qualquer elemento expresso, verbal ou não verbal, directa ou indirectamente.

Não se trata de um conceito abstracto mas de uma atitude que traduz o modo de agir do conselheiro na relação com o cliente e que é vivenciada através do respeito pelo modo de ser, agir e pensar do outro.

A consideração positiva está normalmente associada a sentimentos e atitudes de calor, acolhimento, simpatia, respeito e aceitação, sendo imprescindível a aceitação do terapeuta para que o cliente vivencie a liberdade experiencial no decorrer do processo terapêutico (pp.49-50).

Prouty (2001) defende que a aceitação positiva incondicional é “uma das atitudes interiores que importa que seja natural e deve ser trazida para a relação terapêutica”, e que, de acordo com a descrição de Rogers, “não há qualquer condição para a aceitação; não está sujeita a qualquer juízo” (p.8).

Destacando o papel essencial desta atitude no relacionamento terapêutico, Nye (2002) afirma que o terapeuta precisa de sentir que o seu cliente é merecedor de respeito, independentemente dos seus sentimentos e dos seus comportamentos, e que, quando o cliente é aceite pelo que é, pode começar a baixar as defesas contra, e a negação de, auto-experiências que foram desfavorecidas devido a uma exposição anterior à aceitação positiva condicional, em vez de incondicional.

Por sua vez, Justo (2002) declara que, em qualquer processo de relação de ajuda no âmbito da Abordagem Centrada na Pessoa, a pessoa deve sentir-se valorizada, aceite e acolhida simplesmente por ser pessoa.

Numa proposta de reconceptualização das condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica de personalidade, Bozarth (2000) vê o “olhar incondicional positivo” como o primeiro agente de mudança – através do qual as necessidades de olhar positivo e auto-olhar positivo do cliente são reconhecidas, resultando na congruência entre a sua experiência organísmica e o seu auto-conceito –, e como agente promotor da tendência actualizante.

O autor afirma que o factor curativo ou promocional fundamental é a percepção que o cliente tem da experiência de olhar incondicional positivo do terapeuta, não podendo ser de outra forma na teoria de Rogers.

Empatia e Compreensão empática

No campo da psicologia e da filosofia a empatia é o processo de identificação em que o indivíduo se coloca no lugar de outra pessoa e, com base nas suas próprias suposições ou impressões, tenta compreender o comportamento do outro. Assume o significado de acto de reassumir intuitivamente os sentimentos de outrem.

No âmbito da Abordagem Centrada na Pessoa, a empatia consiste em apreender, com tanta exactidão quanto possível, as referências internas e as componentes emocionais do outro com quem se está em relação.

Rogers (1974, 1977) define empatia como a capacidade de captar o mundo particular do cliente, a capacidade de perceber o quadro de referência interno do outro com precisão e com os componentes e significados emocionais que a ele pertencem, como se aquele que percebe fosse a outra pessoa, mas sem jamais perder a condição do “como se”, e que parece essencial no decorrer do processo terapêutico para que o crescimento ocorra.

Shlien (1998) defende que a empatia não “é em si mesma «uma condição» da terapia mas é provavelmente uma pré-condição” e que sendo “um factor importante e talvez essencial ao serviço da compreensão, não é em si mesma a esperança absoluta de se conseguir a compreensão”, porque “a compreensão é um esforço de vontade e um serviço que a empatia não é; se existe compreensão «empática» então é a compreensão que promove a cura a partir de dentro. A tarefa difícil é a compreensão.” (pp.40-44)

Rogers sente a necessidade, desde o início dos seus trabalhos, de encontrar uma expressão que reflecta a “sintonia relacional” que caracteriza o encontro terapeuta-cliente no âmbito da abordagem centrada na pessoa.

Inicialmente fala em simpatia, depois utiliza a expressão emoção simpática, introduz o conceito de empatia e, finalmente, surge a expressão compreensão empática que “é uma espécie de corolário, uma vez que é esta a atitude que permite ao cliente perceber o acompanhamento que é feito pelo terapeuta” (Larga, 2001, 74).

Rogers (1974, 1977) descreve a compreensão empática como uma das três atitudes facilitadoras da relação e do crescimento do cliente. Afirma que, com esta atitude, o terapeuta capta com precisão os sentimentos e significados pessoais que o cliente está vivendo e comunica essa compreensão ao cliente, e que este tipo de escuta activa, com real empatia, é uma das forças motrizes mais poderosas que conhece.

Define-a como uma “capacidade de se imergir no mundo subjectivo do outro e de participar na sua experiência, na extensão em que a comunicação verbal ou não verbal o permite. É a capacidade de se colocar verdadeiramente no lugar do outro, de ver o mundo como ele o vê” (Rogers & Kinget, 1977, 104).

Rogers (1974, 1977) acredita que quando o conselheiro pode apreender a vivência que ocorre de momento em momento no mundo íntimo do cliente, como este o compreende e sente, sem que, nesse processo empático, perca o sentido de sua identidade separada, é provável a ocorrência de mudança.

A compreensão empática “significa que o terapeuta é capaz de entrar no mundo fenomenológico do cliente, com sensibilidade, captando os significados subjectivos do mesmo”. Um dos elementos importantes “na relação empática é a possibilidade de auto-correcção e de aproximação da realidade subjectiva do cliente” (Gusmão, 1998, 53-54).

Prouty (2001) defende a ideia de que é a posição fenomenológica de Rogers que conduz à forte valorização da atitude empática. Segundo este autor, é possível fazer um esboço da estrutura psicológica de empatia, de modo a que os terapeutas possam encontrá-la dentro de si próprios. Afirma que a empatia é passível de percepção – uma vez que o terapeuta pode observar directamente o rosto do cliente e ver a emoção do cliente – a empatia é um estado emocional – dado que o terapeuta pode

sentir a emoção do cliente – a empatia é comunicativa, o que significa que o terapeuta pode verbalizar rigorosamente a experiência vivida pelo cliente.

Bozarth (2000), numa proposta de reconceptualização das condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica de personalidade, define a compreensão empática como o estado de acção do terapeuta, no qual o mundo do cliente é aceite da forma como ele está a experienciar, num dado momento, sendo este o melhor meio para o cliente perceber a experiência de olhar incondicional positivo do terapeuta face a si.

Relativamente à atitude de compreensão empática e aos benefícios da relação terapêutica dela resultantes, Zimring (2000) sustenta que o elemento comum na maior parte das abordagens – e que parece ainda não ter sido percebido – é a crescente e duradoura convicção por parte do cliente de que a sua experiência subjectiva é compreendida pelo terapeuta, afirmando, em consequência, que é esta compreensão de *per se* que produz os benefícios terapêuticos.

“*Walking in the other's shoes*” é a expressão utilizada por Rogers (1957) para descrever o processo de compreensão empática, que Buber (1937), de forma mais poética, expressa como “*in order to look at the mountain you are standing on, you have to move across to the other mountain and look back*”.

A pessoa em funcionamento pleno

Há muito que os filósofos se preocupam em encontrar a resposta a uma questão fundamental no contexto da existência humana, procurando descobrir em que consiste, ou qual o significado que tem para o indivíduo comum, viver uma “vida plena” ou uma “vida boa”, ou uma vida com qualidade. (sublinhado nosso)

Este questionamento encontrou expressão na Teoria do Funcionamento Pleno da Personalidade de Rogers, que trouxe à luz as características e as etapas do processo de transformação a que estão sujeitas todas as pessoas quando buscam a realização de si mesmas.

Segundo Rogers (1977), o conceito de vida plena enraíza-se na convicção profunda de que todo o indivíduo tende para a realização de si, tende para a realização do seu potencial, e a sua busca existencial não tem outro objectivo senão o

da realização do seu *eu* global, como um todo harmónico e coerente, no interior e no exterior de si.

O autor formula o conceito de “pessoa em funcionamento pleno” a partir da sua experiência como terapeuta centrado no cliente e afirma que a definição das características da “pessoa em funcionamento pleno” – baseada nos aspectos comuns evidenciados por aqueles que progrediram no contexto do processo terapêutico, ou seja, aqueles em que Rogers verificou uma mudança terapêutica da personalidade no contexto de um processo terapêutico bem sucedido – resulta de uma extrapolação efectuada a partir da observação concreta dos seus clientes (Rogers, 1977).

Rogers (1977) afirma que a experiência adquirida e as suas ideias sobre o significado da vida plena, se basearam no trabalho desenvolvido com indivíduos numa “relação muito íntima e estreita” e na “orientação particular” dada a essa relação. A sua terapia “seguiu linhas” que, no dizer de Rogers, lhe pareceram mais eficazes para ajudar o cliente a atingir a vida plena.

Na descrição do conceito de pessoa em funcionamento pleno Rogers (1977) enfatiza três importantes dimensões – a abertura crescente à experiência, o aumento da vivência existencial e a confiança crescente no seu organismo – que por si só caracterizam o processo de mudança terapêutica da personalidade, e que surgem nas pessoas no decorrer da terapia.

O autor caracteriza a abertura crescente à experiência pelo abandono progressivo da atitude defensiva, que ocorre quando o cliente deixa aceder à sua consciência sentimentos e atitudes anteriormente negados ou deformados, porque vividos como ameaçadores para a integridade do self e para a preservação do seu auto conceito.

O indivíduo torna-se progressivamente mais capaz de se ouvir a si mesmo, de experienciar o que se passa no interior de si, ficando mais aberto à vivência dos seus sentimentos negativos assim como dos seus sentimentos positivos.

Torna-se livre para *sentir* os seus sentimentos, tal como eles se apresentam à sua consciência, e mais apto para vivenciar a sua experiência orgânica, libertando-se dos “muros” que a impediam de aceder livremente à sua consciência.

A sua imagem de si torna-se mais realista, aproximando-se mais da sua experiência orgânica, reduzindo a discrepância fundamental causadora de ansiedade e de mal-estar (Rogers, 1977).

O aumento da vivência existencial implica “uma tendência crescente para viver plenamente cada momento”. O indivíduo desenvolve uma aptidão que lhe torna

possível viver cada momento como se fosse o único, como se fosse um momento sempre novo, sempre renovado e irrepitível.

Viver plenamente cada momento da existência significa a emergência (i.e., o renascimento) do *eu* e da personalidade em cada momento, uma vez que estes se fazem e se refazem na vivência de cada nova experiência. Significa também flexibilidade e capacidade de adaptação, fluidez, maleabilidade do self e das suas estruturas. Viver o momento significa, ainda, experienciá-lo tal como ele se nos apresenta, naquele preciso instante, abrindo o espírito àquilo que se está a passar, naquele preciso instante (Rogers, 1977).

Rogers (1977) sustenta ainda que uma confiança crescente no seu organismo, o aumento da confiança na sua experiência orgânica, torna possível ao indivíduo aceder a um comportamento cada vez mais adequado e satisfatório em cada situação.

À medida que se torna mais capaz de confiar nas reacções do seu organismo descobre que, se fizer aquilo que sente como sendo o melhor para si, se seguir a sua intuição, a resposta face às exigências de cada situação é sempre a mais adequada, traduzindo-se esta resposta num comportamento cada vez mais ajustado, cada vez mais em harmonia com o interior e o exterior de si.

A pessoa psicologicamente livre caminha em direcção ao funcionamento pleno da sua personalidade, tende para a realização de si procurando concretizar todos os “humanos possíveis”, nas palavras de Jacques Salomé, sendo o mesmo dizer que, caminha para a realização das suas potencialidades.

Abrindo-se à sua experiência, torna-se um ser mais compassivo e mais tolerante, mais respeitador da diferença e da singularidade do outro. Vive de um modo mais pleno cada momento, utilizando de uma forma fluida e criativa toda a informação que colhe no interior e no exterior de si.

Vivencia-se em sintonia, plenamente, em cada instante.

A Relação de Ajuda

Rogers (1977) define relação de ajuda como uma relação na qual pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida.

O outro, neste sentido, pode ser, quer um indivíduo, quer um grupo. Por outras palavras, a relação de ajuda pode ser definida como uma situação na qual um dos participantes procura promover numa ou noutra parte, ou em ambas, uma maior apreciação, uma maior expressão e uma utilização mais funcional dos recursos internos latentes do indivíduo. (...) [O seu] objectivo geral é facilitar o crescimento. (p.43)

Nunes (1999) afirma que, na perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa, estabelecer uma relação de ajuda não significa fornecer soluções ou indicar estratégias previamente elaboradas por parte do técnico. Significa, sim, criar condições relacionais que permitam ao outro (o que pede ajuda) descobrir o caminho que, em sintonia com a sua subjectividade, lhe permite ser criativo e coerente nas soluções que descobre para ultrapassar as dificuldades ou os problemas.

Segundo a autora, este processo de auto-descoberta dos seus próprios recursos e potencialidades, permite à pessoa adquirir maior confiança em si própria, ser mais autónoma e, conseqüentemente, mais responsável; permite-lhe ainda, ao descobrir as suas capacidades e limitações, adquirir uma maior consciência de si como pessoa e uma maior preparação para enfrentar situações difíceis no futuro.

Estabelecer uma relação de ajuda com o outro implica uma atitude de empatia e de compreensão do seu quadro de referências, implica uma atitude de escuta atenta, que permita a cada uma das pessoas presentes na relação sentir-se ouvida e respeitada, sendo importante para o técnico "saber escutar" e "saber observar" para poder "captar" a situação tal como ela é vivenciada pelo outro e de acordo com o significado exacto que a experiência tem para ele (Nunes, 1999).

Esta forma de estar na relação remete-nos para a noção de não directividade, sendo o objectivo do profissional de ajuda não o de conduzir ou guiar a pessoa em função daquilo que o técnico acha ser o melhor para ele, mas sim o de ajudá-la a descobrir dentro de si, a resposta ou a solução que naquele momento é a melhor para si, é a mais coerente com o seu "estar-no-mundo" (Nunes, 1999).

Em concordância, Morato (1987) alega que, no âmbito da Abordagem Centrada na Pessoa, ajuda significa proporcionar ao outro as condições necessárias para o seu desenvolvimento; pormo-nos à sua disposição, mas contando com o seu esforço para que ele nos ajude a ajudá-lo; oferecermo-nos como um meio para que, através dessa relação mantida connosco, o indivíduo encontre modos de viabilizar o seu processo de ajuda.

A autora acrescenta ainda que falar de relação de ajuda pressupõe falar-se de Abordagem Centrada na Pessoa, da qual é indissociável, e que falar da facilitação nessa relação pressupõe também falar-se das condições básicas que favorecem esse processo. Falar de relação de ajuda subentende ainda, falar-se da visão do homem e dos pressupostos filosóficos que fundamentam a abordagem.

Do mesmo modo, Larga (2001) sustenta que a relação de ajuda, ao desenvolver-se numa situação de comunicação que congrega as condições necessárias e suficientes, permite restabelecer o ajustamento entre a experiência do indivíduo e o seu “self”, contribuindo para uma melhoria na percepção deste último, e consequentemente, constituindo-se como uma experiência de crescimento para o cliente.

A este propósito Gordon (1998) defende que, quando uma pessoa vivência um problema, a ajuda será mais eficaz se o profissional mantiver uma atitude de escuta que permita ao outro, por um lado, reduzir a sua tensão emocional, e por outro lado, criar as condições internas que lhe possibilitem descobrir as estratégias adequadas para a resolução dos seus problemas.

O autor desenvolveu e sistematizou um conjunto de competências comunicacionais que facilitam a relação interpessoal e afirma que a “escuta activa” constitui um método poderoso para ajudar a outra pessoa a resolver determinado problema, desde que, quem escuta seja capaz de aceitar que o problema é do outro e permita à pessoa de forma consistente encontrar as suas próprias soluções.

Segundo Nunes (1999) esta forma de escuta, que Gordon designou de escuta activa e que Carl Rogers considerou uma vertente implícita da compreensão empática, é um processo activo que para o profissional envolve dois momentos: ouvir de modo efectivo – o terapeuta/conselheiro “esforça-se” no sentido de compreender o conteúdo cognitivo e emocional da mensagem do outro –, e expressar o compreendido para sintonizar – o profissional vai aferindo essa compreensão, expressando à outra pessoa o que entendeu, no sentido de confirmar se a sua compreensão é exacta, se está de acordo com os seus sentimentos, segundo o seu quadro de referências interno.

Esta relação com o cliente estabelece-se num clima aceitante e caloroso que permite ao indivíduo uma melhor compreensão de si mesmo. O cliente é tido como alguém que é capaz de entender e actuar sobre a sua própria situação, como alguém

que possui potencialmente a competência necessária para a resolução dos seus problemas (Rogers & Kinget, 1977, p.193).

Em síntese

Rogers (1974, 1977, 2001) baseia a sua abordagem psicoterapêutica no pressuposto da positividade da natureza profunda do ser humano e afirma que o ser humano é, intrinsecamente, um “organismo” digno de confiança, que tende para o seu desenvolvimento, procurando a diferenciação e a cooperação no caminho que leva à autonomia; é um ser dotado de complexos mecanismos de auto regulação, buscando a harmonia e a coerência que possibilitam a sua conservação e evolução, necessitando apenas de um meio favorável e facilitador para fazer eclodir as suas potencialidades.

A Abordagem Centrada na Pessoa extrapolou o campo restrito da intervenção psicoterapêutica, sendo os seus conceitos aplicados em variados contextos como a educação, as relações sociais, as relações de trabalho, a arte, a saúde e a política.

Referindo-se ao legado de Rogers, Wood (1995) afirma que independente da época, ou do contexto no qual tenha ocorrido a intervenção, a abordagem manteve-se essencialmente a mesma, variando apenas quanto à forma como encontrava expressão e se transformava em novas práticas.

Numa perspectiva rogeriana, a função do terapeuta/conselheiro numa relação de ajuda é a de criar as condições que permitam a quem pede ajuda encontrar a sua própria "auto-direcção", o que requer do profissional a responsabilidade de manter presente todo um conjunto de atitudes relacionais que possibilitem um clima de confiança, conducente com a "auto-descoberta" de quem pede ajuda (Nunes, 1999).

O foco da relação centra-se na pessoa e não no problema, existindo uma confiança autêntica nas suas capacidades que lhe permite experienciar, de facto, um clima de aceitação autêntica e de interesse por si como pessoa, possibilitando-lhe "prescindir" das suas defesas e assumir-se como realmente é.

Nesta atitude de respeito pela pessoa, o profissional abstém-se de sugerir orientar, interpretar ou fazer julgamentos, procurando antes criar um clima de confiança, não ameaçador, permitindo-lhe total liberdade para expressar os seus sentimentos e vivências pessoais.

Sempre conduzida pela orientação não directiva, a compreensão empática não tem outro fim que não seja o de transmitir ao cliente os elementos e as condições que promovem o exercício do seu poder de auto-direcção e de auto-actualização.

Baseando-se no pressuposto de que “qualidade de vida” é um constructo subjectivo e multidimensional, a Organização Mundial da Saúde (1994) define o conceito como sendo a percepção, por parte do indivíduo, da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações

Neste sentido, qualidade de vida seria a aspiração dos indivíduos ou grupos em satisfazer as suas necessidades fundamentais, aproveitando as oportunidades para alcançar um estado de bem-estar e de realização pessoal.

A qualidade de vida de uma pessoa está baseada, entre outros aspectos, na maneira como o indivíduo flexibiliza e conduz as suas atitudes perante situações stressantes a fim de alcançar um melhor relacionamento consigo e com os outros. Identificar o seu sistema de crenças – como actuam na sua vida e, particularmente, como podem alterar a sua harmonia – assim como identificar as suas potencialidades, é fundamental para a melhoria da sua saúde como um todo (Petroni, 1994).

O exercício da enfermagem coloca os seus profissionais em situações de particular dificuldade – enfrentar conflitos éticos, obter adesão a propostas terapêuticas, evitar conflitos, comunicar más notícias, procurar apoio emocional e ajudar quem sofre –, comportando muitas vezes um elevado grau de stress.

Os membros das profissões ligadas à prestação de cuidados de saúde são afectados *by grief* durante o seu trabalho com diferentes tipos de perda e *chronic sorrow*, mas raramente admitem os seus sentimentos e os efeitos que estes podem ter na sua prática ou neles próprios (Murray Parkes, 1998).

As descrições feitas pelas organizações são frequentemente brandas e *do not paint a picture* da [importância] da componente emocional na vida laboral. O estudo das emoções no local de trabalho permite a emergência das pessoas – os seus comportamentos e os efeitos desses comportamentos salientam-se e tornam-se foco de análise – e das emoções – que são percebidas como sendo o principal meio através do qual as pessoas agem e interagem (Fineman, 2004).

É por considerarmos importante compreender o que sentem os enfermeiros, o modo como são afectados pelas condições decorrentes da sua prática profissional,

como lidam com as suas emoções e com os seus sentimentos de forma a preservar um certo grau de bem-estar, e encontrar estratégias que os ajudem, que nos propomos realizar o presente estudo. Acresce a este facto o de não termos encontrado no nosso país estudos sobre esta temática.

Partindo da presunção de que quem se sente cuidado cuida melhor, pretende-se com este trabalho iniciar um processo de reflexão teórica e de produção de informação empírica, que contribua, ainda que modestamente, para uma melhor compreensão da vivência profissional dos enfermeiros e do modo como são afectados pelas condições decorrentes da sua prática, por acreditarmos que uma maior compreensão desta experiência pode influenciar a qualidade de vida destes profissionais da saúde e a qualidade das suas interacções no âmbito do desempenho profissional.

Assim, à partida, coloca-se a seguinte questão de investigação: na perspectiva dos enfermeiros que integram as equipas de prestação de cuidados na comunidade, quais os componentes essenciais da estrutura de uma relação de ajuda?

Decorrente desta questão, pretendemos compreender a experiência vivida dos enfermeiros no âmbito da prestação de cuidados na comunidade e identificar estratégias promotoras de saúde deste grupo profissional, numa perspectiva de relação de ajuda.

OPÇÕES METODOLÓGICAS

Face ao objecto do estudo e ao facto de, na literatura disponível no nosso país, não termos encontrado qualquer trabalho sobre o tema da vivência da relação de ajuda como estratégia promotora de saúde dos enfermeiros que prestam cuidados na comunidade, impõe-se um estudo exploratório e de natureza descritiva, pois o principal designio de um estudo descritivo é “pintar um quadro” de uma situação, descrevendo com exactidão os factos e os fenómenos de determinada realidade (Helmstadter, 1970).

A problemática do presente estudo levou-nos a situá-lo no âmbito do paradigma naturalístico ou construtivista, qualitativo/fenomenológico.

Um paradigma é uma perspectiva, é um modo de olhar para o mundo e de compreender os seus fenómenos. É um quadro conceptual composto por pressupostos filosóficos que guiam e dirigem o pensamento e a acção. É constituído por “um conjunto de asserções, conceitos, proposições, logicamente relacionadas e que orientam o pensamento e a investigação” (Bogdan e Biklen, 1994, p.52).

É um modelo, um referencial, é a percepção geral e comum de ver determinada coisa, seja um objecto, um fenómeno ou um conjunto de ideias. Ao ser aceite, serve ao mesmo tempo como um critério de verdade, de validação e de reconhecimento nos meios onde é adoptado (Kuhn, 1962, 1970).

Ontologicamente o paradigma naturalístico (Lincoln & Guba, 1985) ou construtivista (Guba & Lincoln, 1994) assume a existência de múltiplas construções mentais da realidade, que ao ser interpretada pela pessoa em busca do significado da experiência adopta múltiplas visões, algumas das quais podem ser conflitantes, na culminância de uma rede de interacções entre as pessoas e das pessoas com o seu meio cultural. É propósito do investigador compreender a forma como os indivíduos constroem a realidade dentro do seu contexto social (Guba & Lincoln, 1994; Ingers,

1994), compreender “o mundo complexo da experiência vivida do ponto de vista daqueles que a vivem” (Schwandt, 1994, p.118).

Epistemologicamente investigador e investigado relacionam-se num processo interactivo, influenciando-se mutuamente, elegendo-se uma via de recolha de dados mais pessoal e interactiva e explanando os valores que influenciam o investigador (Creswell, 1997; Guba & Lincoln, 1994; Mertens, 1998). O conceito de confirmabilidade paralela o de objectividade e são propostos critérios de autenticidade (Guba & Lincoln, 1994, p.114). Assume-se que os dados, significados e resultados se inserem em contextos e pessoas estranhos ao investigador e não são “filamentos da imaginação”, podendo a informação ser confrontada com as fontes e explicitado na narrativa o método utilizado para agrupar os significados (Guba & Lincoln, 1994; Mertens, 1998).

Metodologicamente prevalecem os meios qualitativos como as “entrevistas, observação participante e revisão documental” (Schwandt, 1994, p.119), aplicados em concordância com o pressuposto sobre a construção social da realidade segundo o qual – e dada a natureza variável e pessoal dos significados atribuídos às construções mentais – a investigação só pode ser desenvolvida no seio de um processo interactivo entre investigador e respondentes que torne possível a obtenção e aprofundamento desses significados (Guba & Lincoln, 1994).

Em conformidade com o objectivo do estudo e de entre as metodologias qualitativas seleccionou-se o método de análise fenomenológica descrito por Giorgi (1985, 1997, 2000).

A investigação qualitativa é frequentemente a forma inicial de descobrir fenómenos e de documentar factos desconhecidos, acontecimentos ou locais de vida das pessoas em estudo, e sendo a experiência vivida eminentemente subjectiva “os métodos de investigação qualitativa e os modelos de análise qualitativa estão bem adaptados para a obtenção de informação sobre experiências de vida subjectivas, místicas, religiosas e filosóficas (...) para descobrir essências, sentimentos, atributos, valores e significados.” (Leininger, 1985, p.23).

É uma crença fundamental do investigador qualitativo a ideia de que múltiplas realidades existem e têm significado para os indivíduos estudados (Streubert e Carpenter, 1995), resultando desta assunção a implicação metodológica de que as

questões de investigação não podem ser estabelecidas definitivamente antes do estudo se iniciar; antes, desenvolver-se-ão e mudarão à medida que o estudo progride (Guba & Lincoln, 1994).

Embora tendo em mente um determinado tema quando procede à colheita de dados, não dirige a sua investigação para responder a questões específicas ou para testar hipóteses, estando apenas interessado em compreender a experiência vivida a partir do ponto de vista do sujeito em estudo (Bogdan & Biklen, 2003).

A investigação enraíza-se em duas características fundamentais assentando a primeira na fonte dos dados, que são os significados da experiência vivida pelo próprio sujeito, e a segunda na qualidade dos dados explorados e no modo de tratá-los e processá-los.

O elemento comum da investigação qualitativa é a recolha de dados na forma de palavras e imagens as quais são analisadas por métodos que não incluem estatísticas ou quantificação (Strauss & Corbin, 1990); *qualitativa* implica a ênfase sobre as qualidades das entidades [fenómenos estudados] e sobre os processos e significados que não são experimentalmente examinados ou medidos (enquanto medidos na sua totalidade) em termos de quantidade, soma, intensidade e frequência (Denzin & Lincoln, 1994).

Os autores afirmam que os fundamentos teóricos, ou *background*, da pesquisa qualitativa são os da fenomenologia (Denzin & Lincoln, 1994; Bogdan & Biklen, 2003).

Um dos pressupostos básicos da fenomenologia reside na convicção de que verdades essenciais acerca da realidade são baseadas na experiência (Bogdan & Biklen, 2003); a experiência é definida como “experiência vivida”, designando esta uma vida presente que forma uma unidade segundo o significado que lhe é atribuído, sendo este o modo como a pessoa compreende, interpreta e atribui valor aos factos que enfrenta no seu quotidiano. A experiência vivida é condicionada tanto objectivamente como associada à interpretação que lhe é conferida (Parse, Coyne & Smith, 1985).

Realçando a importância da experiência tal como ela se nos apresenta, e não o que possamos pensar, ler ou dizer acerca dela, a fenomenologia coloca a ênfase na experiência vivida no mundo do dia a dia da pessoa (Bogdan & Biklen, 2003) e na

sua compreensão a partir da forma como ela apreende e sente a sua realidade interior e exterior, a partir do seu mundo fenomenal (Watson, 1985).

Procura revelar o significado dos fenómenos experienciados pelos sujeitos através da análise das suas descrições, sendo por intermédio daquela que a natureza de um fenómeno é revelada e compreendido o significado da experiência. A sua principal tarefa é a de tornar claras as essências do fenómeno sob investigação, usando as descrições apresentadas pelos sujeitos como matéria-prima e tendo em conta a participação do ser humano numa dada situação, o que inclui não apenas o fenómeno em si próprio como também o contexto da situação na qual o fenómeno se manifesta (Parse, Coyne & Smith, 1985).

A tradição fenomenológica sublinha que o significado é contextualmente construído como um fenómeno inter subjectivo. Os seres humanos criam o significado na interacção com os outros, sendo o propósito da fenomenologia descrever e compreender a experiência vivida pelas pessoas (Anderson, 1991).

Fenomenológico diz respeito ao fundamento epistemológico do saber experienciado investigado. O real tema da fenomenologia é a forma pela qual o conhecimento do mundo se nos revela (Bogdan & Biklen, 2003).

Sartre (1996) defende que toda a investigação sobre a realidade humana difere dos outros tipos de investigação pelo feito privilegiado de a realidade humana ser “eu próprio”. A compreensão não é uma qualidade vinda do exterior à realidade humana, mas a sua própria maneira de existir. Para a consciência, “existir é aparecer a si próprio”. Desta forma, a realidade humana que “eu sou” assume o seu próprio ser, compreendendo-o, “essa compreensão é minha”.

O fundamento da fenomenologia consiste em ir até “às coisas em si mesmas”, ir até à essência das coisas, reconhecendo que só as essências permitem classificar e examinar os factos [os fenómenos], a experiência, a realidade do sujeito (Sartre, 1972, pp.46-50).

Esta filosofia complexa e multifacetada desafia a caracterização simples porque não é um ponto de vista filosófico unificado. Inclui a filosofia transcendental de Husserl (1859-1938), as formas existenciais de Merleau-Ponty (1908-1961), Sartre (1905-1980) e a fenomenologia hermenêutica de Heidegger (1889-1976), como referem Ray (1985) e Schwandt (2001).

Insistem na descrição cuidadosa da experiência consciente habitual da vida de todos os dias (o mundo da vida, “life world”) uma descrição das “coisas” (as estruturas essenciais da consciência) tal como cada pessoa as experiencia. Estas “coisas” que experienciamos incluem a percepção, o acreditar, lembrar, decidir, sentir, julgar, avaliar, todas as experiências da acção corporal, etc. As descrições fenomenológicas de tais coisas são possíveis apenas passando das coisas para o seu significado, daquilo que é, para a natureza do que é. Esta passagem só pode ser realizada através de uma certa redução fenomenológica ou *epoché* que requer “colocar entre parêntesis” ou suspender aquilo a que Husserl chama “atitude natural”, que é o assumir quotidiano da existência independente daquilo que é percebido e pensado sobre (Schwandt, 2001).

Em 1982, Oiler afirma que a fenomenologia é “uma filosofia, uma abordagem e um método. Reverenciando a experiência, harmoniza-se com os valores da enfermagem” (p.178) uma vez que nos permite descobrir e compreender o significado da experiência humana vivida, o que também constitui um dos propósitos da enfermagem.

Spiegelberg (1971) reconhece que a fenomenologia revela muitas diferenças nas suas manifestações considerando que, apesar das diferenças, o que há nela de mais característico é o seu método – de acordo com a maioria dos fenomenologistas – agrupando o que considera caracteristicamente o método fenomenológico em alguns passos sequenciais, que são aceites de forma praticamente unânime por todos aqueles que trabalham com o método. Em cada um deles existe um procedimento e um resultado específicos.

A I) **investigação de fenómenos particulares** – que consiste em três operações distintas: a) a “percepção intuitiva” do fenómeno que requer grande concentração sobre o objecto intuído sem perder a capacidade crítica, b) o seu “exame analítico” que procura identificar os elementos e as estruturas obtidos pela intuição e busca distinguir os constituintes do fenómeno, bem como explorar as suas relações e conexões com fenómenos adjacentes, e c) a sua “descrição” que deve seguir-se às etapas de intuição e de análise, pois a descrição é predicção, mas esta pressupõe a experiência pré predicativa – II) **a investigação de essências gerais** – a intuição de essências gerais deve ser precedida pela intuição de fenómenos particulares, seja

através da percepção, da imaginação, ou da combinação de ambas; os fenómenos particulares devem ser encarados como exemplos da essência geral, que é então o universal; as essências são concebidas como algo que está nos fenómenos particulares, e no entanto diferem deles; a “ideação” é a operação pela qual avançamos do particular para o universal e deve ser seguida pelas mesmas operações de análise e de descrição que são realizadas no caso de fenómenos particulares – e

III) **a apreensão de relações fundamentais entre as essências** – o estudo fenomenológico das essências inclui a descoberta de relações ou conexões básicas entre elas; pretende-se descobrir se os componentes são ou não necessários para que a essência continue a ser o que é, ou se apenas são compatíveis com ela; para responder a esta questão, é necessário proceder à “variação imaginativa livre”, operação que envolve tanto o total abandono de alguns componentes, como a sua substituição por outros; a omissão ou a substituição poderá levar-nos de uma situação onde a estrutura não é afectada – o componente não toma parte na essência – até uma situação em que a omissão ou a substituição destroem completamente a essência, porque o componente é parte obrigatória da essência (Spiegelberg, 1971).

Giorgi (1985, 2000) declara que o método fenomenológico é qualitativo e é científico. O método qualitativo de raiz fenomenológica tem como característica fundamental explorar, o mais exaustivamente possível, os significados da experiência vivida sendo fundamental desvelar os aspectos psicológicos com a profundidade necessária para a sua compreensão, uma vez que as descrições “ingénuas” [pré-reflexivas] dos sujeitos expressam, através de um caminho oculto, múltiplas realidades. Assume que as transcrições das entrevistas ou as descrições narrativas compõem as fontes básicas de dados para a análise fenomenológica.

Para aplicá-lo às ciências humanas e sociais foi necessário introduzir-lhe algumas modificações (Giorgi, 1997).

O autor esboça três etapas – a descrição, a redução e a compreensão fenomenológicas – para a sua metodologia, estruturando o processo analítico em quatro estadios cada um comportando aquelas etapas (Giorgi, 1985, p.10).

A etapa de **descrição fenomenológica** consiste na exposição do que foi vivenciado sendo o seu objectivo comunicar (Oiler, 1982). A revelação progressiva do fenómeno dá-se mediante o exercício da descrição. Uma atitude descritiva

implica que alguém descreve aquilo que se apresenta precisamente como se apresenta, sem adicionar ou subtrair nada (Giorgi, 1992); segue-se-lhe a **redução fenomenológica** que se funda na identificação e suspensão dos preconceitos através dos quais vemos o mundo. Exige a assunção por parte do investigador de uma atitude fenomenológica, que consiste em desconectar-se do conhecimento acerca do fenómeno de maneira a que este possa ser descoberto tal como o indivíduo o descreve. Para desvelar a experiência vivida o investigador tem que suspender ou pôr de lado conhecimentos, factos e teorias acerca dela, olhando para a experiência com uma atitude aberta (Oiler, 1982), adoptando um estado de nudez psicológica, de neutralidade (Streubert & Carpenter, 1995), e por último a **interpretação fenomenológica**, que torna possível, à medida em que as descrições são comparadas e contrastadas, a identificação de elementos recorrentes, o que permite reconhecer os ingredientes do fenómeno e o modo como se relacionam entre si (Oiler, 1982).

O processo de análise comporta as fases de

1) **Visão global** que consiste na “leitura integral da descrição de cada sujeito procurando apreender o sentido do todo” (Giorgi, 1985, p.10), i.e., obter uma visão global do conjunto do depoimento, procurando entender a sua linguagem e captar o sentido diante do objecto da pesquisa (Amatuzzi, 1996);

2) **Divisão das descrições em unidades de sentido**, durante a qual e “tendo já captado o sentido do todo, o investigador lê novamente o relato com o objectivo específico de discriminar as “unidades de sentido” que são analisadas através de uma perspectiva psicológica centrada no fenómeno em estudo” (Giorgi, 1985, p.10). Segundo Amatuzzi (1996), a elaboração das unidades de sentido consiste numa divisão do texto mais ou menos equivalente a uma divisão em parágrafos;

3) **Transcrição em linguagem psicológica de cada unidade de sentido**, no decorrer da qual se procede à transformação das expressões de linguagem dos sujeitos para linguagem psicológica com relevância no fenómeno investigado. A intenção é a de chegar a um ou mais temas gerais partindo das expressões concretas dos participantes. “Tendo delineado as unidades de sentido, o pesquisador percorre-as novamente expressando de forma mais directa os significados psicológicos ou insights nelas contidos, especialmente nas mais reveladoras do fenómeno em

consideração” (Giorgi, 1985, p.10) ou “compreensão do pesquisador” (Amatuzzi, 1996);

4) **Síntese das unidades de sentido** durante a qual “o investigador sintetiza todas as unidades de sentido transformadas numa descrição formal consistente da experiência dos sujeitos” (Giorgi, 1985, p.10) e da estrutura psicológica do fenómeno, uma descrição representativa da "estrutura da experiência" que inicialmente é específica, e seguidamente geral, extraindo a estrutura do vivido. A categorização das sínteses específicas pode facilitar a tarefa de síntese geral (Amatuzzi, 1996).

Assim o presente estudo segue o modelo descrito por Giorgi (1985, 1997, 2000) cujo objectivo principal é a revelação da essência [compreensão da estrutura] do fenómeno pesquisado, através da obtenção de “unidades de sentido” a partir das descrições dos participantes.

Amostra do Estudo

A selecção dos sujeitos participantes neste estudo alicerçou-se no seu desejo de transmitirem a sua experiência, sendo esta uma das condições para que indivíduos sejam incluídos em estudos fenomenológicos (Jasper, 1994). Assim, a amostra deste estudo não foi aleatória mas intencional e aquele foi o primeiro requisito para a sua constituição.

Relativamente à importância da selecção da amostra em estudos qualitativos Morse afirma, em 1991, que a selecção de uma amostra tem um efeito profundo na qualidade final da pesquisa, sendo uma operação crítica que deve contemplar os critérios de “apropriabilidade” e “adequação”, salientando que a melhor forma de assegurar o cumprimento destes critérios é proceder à selecção de uma amostra intencional.

Define “apropriabilidade” como sendo “o grau em que a escolha dos informantes e o método de selecção serve o objectivo do estudo determinado pela

pergunta de investigação” e “adequação” como sendo “a suficiência e a qualidade dos dados” (Morse, 1991, p.134).

Esta autora refere que a amostra seleccionada deve garantir ao investigador a obtenção de informação de qualidade e em quantidade suficiente, sendo esta geralmente fornecida pelos melhores respondentes, indivíduos que devido às suas características ou à sua vivência do fenómeno podem ser considerados “peritos no assunto” (Morse, 1991).

Um “bom” informante é alguém que vivenciou ou está a vivenciar a experiência e que é capaz de reflectir e de fornecer informação experiencial detalhada sobre o fenómeno, alguém que está disposto a examinar criticamente a experiência e a sua resposta à situação e que, ao mesmo tempo, está disposto a partilhar a experiência com o investigador (Morse, 1991).

Morse (1991, 2000) defende ainda que o método ideal para a eleição de uma amostra intencional é a selecção primária, estratégia que permite ao investigador através de informação obtida junto de informantes privilegiados, entrevistar os melhores sujeitos e controlar a qualidade da composição da amostra, permitindo-lhe desta forma trabalhar com uma amostra pequena, dependendo a sua dimensão da quantidade e da qualidade da informação fornecida por cada participante, do alcance do estudo, da natureza do tópico sob investigação e do número de entrevistas por participante.

No que concerne às dimensões das amostras em estudos qualitativos as decisões são mais dinâmicas do que na investigação quantitativa. O investigador decide sobre a adequação das observações com base no facto de ter identificado os aspectos salientes e verificado que os temas e exemplos se repetem ao invés de aumentarem (Mertens, 1998; Morse, 1994); a meta a atingir é a saturação dos dados, estadio que é alcançado quando deixa de emergir nova informação relevante para o estudo e os temas estão encontrados (Holloway & Wheeler, 2002; Morse, 1994).

As autoras referem no entanto algumas estimativas do número de observações necessárias para diferentes tipos de investigação qualitativa. Assim, no caso da fenomenologia mencionam o número aproximado de 6 a 10 participantes (Holloway & Wheeler, 2002; Mertens, 1998).

Numa fase inicial de desenvolvimento dos procedimentos para a selecção da amostra solicitou-se autorização formal para a realização da pesquisa e da recolha de dados, através de requerimento interno dirigido à Coordenação da instituição de saúde onde desenvolvo a minha actividade profissional, ao qual de anexou carta elaborada pela Professora orientadora e o Guião de Entrevista. (vidé “Requerimento “Anexo II)

Autorizado o estudo formalmente, procedeu-se ao contacto pessoal com as enfermeiras chefes das instituições (7) de cuidados de saúde primários solicitando a sua colaboração na divulgação do estudo, seu objectivo e objecto das entrevistas.

Seguidamente estabeleceram-se contactos telefónicos com aquelas profissionais, no sentido de apurar quais os enfermeiros das suas equipas dispostos a participarem no estudo.

Assim a amostra foi antes de mais constituída por enfermeiros que se voluntariaram a participar no estudo e a sua selecção assentou nos seguintes critérios fundamentais: 1º) Enfermeiros que integrassem a equipa de Cuidados Continuados há pelo menos 1 ano, a partir da data da primeira entrevista, de forma a assegurar o relembrar de situações de interacção significativas e a sua descrição o mais exaustiva possível e 2º) que autorizassem a gravação da entrevista.

Obtida informação sobre os enfermeiros que se haviam voluntariado para participar, foi feito um primeiro contacto telefónico com cada potencial participante, no sentido de validar o seu acordo em participar no estudo assim como, nos casos em que tal se confirmasse, marcar o local, data e hora da entrevista segundo as suas preferências e disponibilidade.

Nesse contacto além da apresentação pessoal do investigador, cada enfermeiro foi de novo informado do tema do estudo e seu objectivo, objecto da entrevista, necessidade de autorização para audio-gravação das entrevistas, garantia da manutenção de anonimato e duração provável da entrevista. Foi dada abertura para que colocasse as questões que julgasse necessárias naquele momento, de forma a tomar uma decisão mais informada.

Todos os enfermeiros contactados telefonicamente (7) concordaram em participar na investigação, sendo 6 do género feminino e 1 do género masculino. As idades estão compreendidas entre os 27 e os 48 anos, situando-se a moda das idades

das enfermeiras nos 40 anos e a dos enfermeiros nos 45 anos. No que concerne às habilitações académicas, 4 enfermeiros são detentores do grau de licenciado e 3 enfermeiros do grau de bacharel.

Relativamente ao número de anos de experiência profissional a média situa-se entre os 17 e os 18 anos.

Estes dados de caracterização foram recolhidos no decorrer de contacto telefónico e anotados pelo investigador num pequeno formulário. (vidé Anexo III)

Instrumento de Recolha de Dados

A totalidade da experiência humana num determinado momento constitui o campo fenomenal da pessoa, o seu quadro de referência para a vida que apenas por ela pode ser percebido integralmente, e enquanto única, a sua experiência só pode ser explicada na forma como ela a vivencia, sendo no entanto passível de compreensão por parte de outros através de um processo de comunicação empática (Watson, 1985).

Na estruturação deste projecto a entrevista face-a-face revelou-se desde logo como recurso fundamental à compreensão da vivência do fenómeno da relação de ajuda como estratégia promotora de saúde dos enfermeiros que prestam cuidados na comunidade, por permitir aceder ao universo fenomenal a que os significados dizem respeito.

O instrumento é o artifício utilizado para colher dados sobre o fenómeno que se pretende compreender. Dado que o caminho que se deseja seguir é o da descrição da experiência vivida, pretende-se um instrumento que a priorize e “entrevistar é o modo predominante de colheita de dados” dos investigadores qualitativos fenomenológicos (May, 1991). A entrevista qualitativa é uma forma de descobrir o que os outros pensam e sentem sobre os seus mundos (Morse, 1991, 1994), sendo possível através dela compreender experiências e reconstruir acontecimentos em que o investigador não participou (Rubin & Rubin, 2004).

Ao facultar a entrada no mundo de outra pessoa a entrevista aberta é uma excelente fonte de dados, permitindo ao investigador clarificar coisas ou ideias – através de perguntas que facilitem a expressão da experiência vivida pelo respondente ou que o ajudem a explicar coisas ou ideias mais detalhadamente – e ao mesmo tempo seguir a direcção imprimida pelo sujeito, acabando normalmente quando este acredita ter esgotado o assunto (Streubert & Carpenter, 1995).

Este artifício tem características específicas: tratando-se de uma entrevista semi-estruturada pautada por uma pergunta norteadora ou "disparadora", pode estar subdividida em duas ou três, visando essencialmente compreender o significado da experiência vivida a ser explorada (Amatuzzi, 1993; Wengraf, 2001).

Tendo em conta que o grau de estrutura da entrevista está intrinsecamente relacionado com o seu propósito e tipo de questionamento, classificando-se em estruturadas e não estruturadas (Lincoln & Guba, 1985), mas também com o posicionamento teórico do investigador, optámos pelo desenvolvimento de entrevista semi-estruturada, em que é nos participantes que reside a identificação e explicação do que é importante e em que aquilo que é importante e significativo para os respondentes deverá emergir no decorrer da entrevista (Mathieson, 1999).

À semelhança de outros estudos, como o de Riemen (1997) sobre a estrutura essencial de uma relação de cuidar, em que foi pedido aos participantes a descrição da sua experiência, a descrição de situações constituiu também aqui, o objecto fulcral das entrevistas.

Assim, após uma fase introdutória que teve como principal objectivo reiterar a obtenção de consentimento informado dos enfermeiros para participação neste estudo, foi-lhes pedida, já na fase de desenvolvimento da entrevista, a descrição de experiências de interacção particularmente significativas na prestação de cuidados, que de acordo com a sua percepção se inseriram numa estrutura de relação de ajuda. (vidé “Guião de Entrevista” Anexo I)

Condições de Aplicação e Considerações Éticas

Questões éticas relativas à prática da entrevista andam a par com as que aludem à investigação humana em geral, ou seja, agregam-se em torno da necessidade de equilibrar os benefícios da descoberta científica com os riscos potenciais para o informante.

Dado que a entrevista pode estimular auto-reflexão, reapreciação ou catarse, assim como considerável *self-disclosure*, o investigador necessita antecipar estas possibilidades e considerar o que deve ser feito em prol do bem-estar do informante (Morse, 1991, 1994).

Embora sendo elementos padrão para o planeamento e implementação de qualquer projecto, independentemente da estratégia de recolha de dados utilizada, a ocorrência de algumas situações no decorrer da entrevista pode deixar antever tomadas de decisão mais delicadas.

Assim foi tido o cuidado de garantir o consentimento informado dos participantes em dois momentos: (1) através de contacto telefónico estabelecido com cada enfermeira(o) que se voluntariou a participar no estudo, e cujo conteúdo já foi atrás referido e (2) em contacto face-a-face no início de cada entrevista, facultando assim ao potencial participante a possibilidade de declinar a sua participação.

Todos deram o seu consentimento à participação e confessaram ter a esperança de que a partilha e divulgação do seu testemunho contribuísse para alertar e sensibilizar os gestores de recursos humanos para as dificuldades sentidas pelos profissionais de enfermagem, e facilitasse a implementação de estratégias promotoras de saúde, como se evidencia nos seguintes excertos:

“A ideia do estudo que está a fazer (...) é bem aceite que possa existir, porque era bom que nos Centros, na parte de enfermagem, não nos exigissem só coisas, trabalho, trabalho, trabalho, é um stress... mas que também nos dêem algo, nem que seja só um espaço que sirva para nos ajudar, onde possamos estar e reflectir, e pensar, porque eu, a um certo momento do dia, necessito de estar resguardada comigo mesma, e pensar... (...) e ajuda bastante, porque o emprego é um local de trabalho mas também devia ser transformado num espaço de alegria e de bem-estar (...)” (R6)

“O que eu quero dizer é que é ótimo, é ótimo e é muito bom haver este, estes trabalhos neste campo, porque até aqui nunca me apercebi que alguém tenha pensado nisto. (...) e esta grande necessidade de ajuda como profissional foi crescendo, e agora, ouvir que alguém vai trabalhar isto, e que há possibilidade de as coisas mudarem, (...) eu fico contentíssima (...) e Deus queira

que sim, que faça alguma coisa, que aconteça alguma coisa diferente (...) por isso, acho muito bom este tipo de trabalho e muitos parabéns por ter escolhido este tema tão importante, que parece que estava esquecido, e que nos vai ajudar bastante, a nós todos, enfermeiros.” (R7)

Na fase de introdução da entrevista todos os participantes foram informados de que poderiam interrompê-la, em qualquer momento, e se assim o considerassem necessário.

Contudo, no decorrer de algumas entrevistas e em momentos de maior emoção, questionei verbalmente os informantes quanto ao seu desejo de interromper a gravação.

As entrevistas decorreram no período de 21 de Fevereiro a 22 de Março de 2007, e tiveram uma duração média de 1 hora.

Todas as entrevistas foram realizadas em data, hora e local da preferência (local de trabalho) dos enfermeiros conforme já referido anteriormente.

Os nomes dos participantes assim como qualquer outra informação identificadora foram ocultados ou alterados para preservar o seu anonimato e garantir confidencialidade.

Todos os participantes foram informados do modo e local de acesso aos dados finais do estudo.

Análise dos Dados

O verbatim das transcrições das entrevistas, com os 7 enfermeiros da nossa amostra, constituíram os dados a ser analisados seguindo o processo analítico, tal como já referido, o modelo operacionalizado por Giorgi (1985, 1997, 2000) que a seguir se apresenta.

1) Aprender o sentido do todo

Ler e reler as transcrições várias vezes procurando criar uma intimidade com a sua linguagem e obter uma visão global da descrição de cada informante, com o intuito de captar o seu sentido face ao objecto da pesquisa.

Neste primeiro estadió da análise é importante ler e reler atentamente cada transcrição, na medida em que cada leitura pode despoletar o aparecimento de novos *insights*, sendo estes elementos facilitadores da apreensão do sentido do todo.

Toda a transcrição é tratada como fonte potencial de dados e não é feita nenhuma tentativa para omitir ou seleccionar passagens particulares para atenção especial.

Como recurso prático utiliza-se uma das margens, regra geral a esquerda, para anotações preliminares ou comentários – associações, conexões, tentativas de sumarização ou até interpretações prévias – acerca de tudo o que impressiona o investigador como interessante ou significativo na descrição do informante.

2) Divisão das transcrições em unidades de sentido

No decurso das leituras os fragmentos que contêm uma ressonância especial vão sobressaindo do texto, e tendo já captado o sentido do todo o investigador discrimina as unidades de sentido que são analisadas através de uma perspectiva centrada no fenómeno em estudo.

As unidades de sentido são identificadas através de uma reflexão indutiva conservando-se deste modo a linguagem e os recursos retóricos que os participantes utilizam para descrever as suas vivências, evitando-se assim os pressupostos ou viéses do investigador.

A margem direita da transcrição é normalmente utilizada para anotações que têm como objectivo identificar os possíveis significados encriptados, documentar títulos de temas emergentes, utilizando palavras-chave – que neste momento podem ter um carácter provisório – para capturar a qualidade essencial daquilo que se está a evidenciar no texto.

3) Transcrição em linguagem psicológica de cada unidade de sentido

Procede-se à transformação das expressões de linguagem dos sujeitos para linguagem com relevância no fenómeno investigado. Tendo delineado as unidades de sentido, o pesquisador percorre-as novamente expressando de forma mais directa os significados psicológicos ou os *insights* nelas contidos.

A intenção é a de agrupar as unidades de sentido em unidades temáticas ou categorias mais gerais, partindo das expressões concretas dos participantes. Alguns

temas emergentes podem ser vistos como de ordem superior ajudando a organizar categorias iniciais identificadas.

Para sistematizar o processo analítico os temas emergentes são listados e procuradas as semelhanças entre eles, elaborando-se uma tabela mestra de temas ordenados coerentemente, indicando a unidade temática, as unidades de sentido no texto, o tema geral e uma descrição simples do mesmo.

Neste estadio alguns temas major – porque parecem concentrar as preocupações do respondente sobre o tópico investigado – terão sido identificados e recorre-se a alguns conceitos psicológicos que facilitam a compreensão de algumas unidades, tendo o cuidado de assegurar que cada tema esteja representado no verbatim da transcrição e não deixando que os viéses do investigador distorçam o processo selectivo.

À medida que novos grupos de temas emergem reportam-se às transcrições no sentido de assegurar a sua conformidade com a fonte, com aquilo que o respondente realmente disse. Podem também identificar-se sub-temas que integram temas de ordem superior.

Nesta fase alguns temas podem ser excluídos, ou por não serem muito ricos em evidência na descrição ou por não se enquadrarem bem na estrutura de temas e sub-temas.

A análise de cada tema e a respectiva descrição são ilustradas com fragmentos extraídos das entrevistas. Este tipo de análise implica uma estreita interacção entre o investigador e os textos num esforço de compreensão e assenta nos seus recursos interpretativos.

Estes procedimentos foram seguidos na análise de cada uma das descrições, tendo sido elaborada uma lista mestra de temas para cada entrevista.

4) Síntese das unidades de sentido

O investigador sintetiza todas as unidades de sentido transformadas numa descrição formal consistente da experiência dos sujeitos e da estrutura psicológica do fenómeno, uma descrição representativa do significado e da "estrutura da experiência" baseada nas palavras dos participantes.

Procede-se à leitura conjunta das listas mestras de temas de cada entrevista, construindo-se uma lista mestra de temas final para todo o grupo.

Os temas são seleccionados com base na riqueza das passagens particulares que os elucidam, no modo como ajudam a esclarecer outros aspectos do relato e na sua prevalência nos dados.

Finalmente, os temas partilhados são organizados e integrados numa declaração geral consistente e esclarecedora que contribui para um relato do significado e essência da experiência dos participantes baseado nas suas próprias palavras.

Validade

Em 2002, referindo-se às questões da validade e da fidelidade da investigação qualitativa, nomeadamente a de abordagem fenomenológica, Giorgi defende que os critérios pelos quais é julgada sejam apropriados na medida em que a validade no contexto da "phenomenological philosophy of science", não sendo menos importante, não se rege pelos mesmos significados que configura no contexto da ciência empírica ou quantitativa, uma vez que tem raízes epistemológicas diferentes.

Dado que a fenomenologia tem como critério a "fidelidade ao fenómeno", investiga directamente a experiência dos sujeitos em relação fenómeno estudado. Ao despoletar o surgimento de insights genuínos relativamente à experiência vivida, a abordagem fenomenológica utiliza tal conhecimento na análise do fenómeno sob investigação, procurando os fenomenologistas situações [de vida] tão fiéis quanto possível às situações [fenómenos] que tentam compreender e de onde podem emergir estruturas que nos revelam a forma como os sujeitos realmente viveram a experiência (Giorgi, 2002).

Relativamente aos aspectos da subjectividade *versus* objectividade, o autor esclarece que a abordagem fenomenológica afirma que apenas o sujeito humano pode compreender o objecto [a experiência] como ele realmente é ou se apresenta [à consciência], reconhecendo que "subjectivity and world" estão estreitamente relacionados e não podem ser separados, mas ao mesmo tempo defendendo que a

solução para evitar desvios não está na eliminação ou encobrimento da subjectividade, acusada de distorcer todos os fenómenos experienciais, está antes na clarificação das condições através das quais os sujeitos humanos [os investigadores] obtêm realmente conhecimento válido, condições que são implementadas pela aplicação do método fenomenológico descritivo.

“Consequently, qualitative research seeking the meaning of experiences, poses no special threat to the advance of science, because meanings can be objectively discriminated. Indeed, it is an extension of the very spirit of science.” (Giorgi, 2002, p.17).

Em concordância com o espírito do paradigma construtivista convém salientar que os procedimentos, não têm, nem tiveram no presente estudo, a intenção de produzir uma leitura única definitiva, mas antes verificar se a análise particular apresentada foi alcançada de forma sistemática e está suportada nos dados, pois a finalidade dos procedimentos no trabalho qualitativo é assegurar que o relato particular apresentado é justificado pelos dados e não prescrever um relato único verdadeiro do material.

A RELAÇÃO DE AJUDA E OS ENFERMEIROS DE SAÚDE COMUNITÁRIA

É preciso atribuir um lugar ao silêncio e ao segredo,
ao não-dito, e, assim, à passagem entre
o não-dito e a formulação ou a enunciação.
Christophe Dejours

A identificação e a descrição de situações de interação, percebidas pelos enfermeiros das equipas de cuidados continuados, como relação de ajuda, foram-se revelando ao longo de todas as entrevistas, e de cada uma delas, de forma gradual e integrada na sua história profissional.

Assim, à medida que os enfermeiros construíam as suas narrativas, essas vivências de interação com os utentes e com outros profissionais foram emergindo, e tendo partido para este estudo e para o trabalho de campo com a assunção prévia da natureza multidimensional do fenómeno relação de ajuda, vários modelos de análise podem revelar-se com potencial enquanto recurso para a compreensão, apesar de asestarmos com maior incidência o nosso olhar na dimensão interpessoal e relacional dos enfermeiros no contexto da sua prática.

Fomos acedendo a uma maior compreensão da experiência de relação de ajuda dos enfermeiros na relação com os utentes e com outros profissionais à medida que:

- ao longo das narrativas os enfermeiros nos davam conta do sentido e da importância da relação de ajuda no contexto do seu exercício profissional,
- e, à medida que, após as transcrições das entrevistas e no decurso do contínuo processo de análise e de interpretação, temas relativos aos significados da relação de ajuda para os enfermeiros se revelavam à compreensão do que, na sua relação com os utentes e com outros profissionais, a promovia ou inibia.

Assim, também não nos é possível dar, aqui, conta das condições passíveis de promover ou de inibir a estruturação de uma relação de ajuda para os enfermeiros, sem apresentar os temas que emergiram dos seus relatos relativos a essas significações de relação de ajuda. Significações construídas pelos participantes deste

estudo no decorrer da sua vivência pessoal e profissional, assinaladas de forma indelével nas suas histórias de vida, fragmentos, apenas, a que foi possível aceder.

Muitos dos excertos das entrevistas apresentados são longos, mas tal revelou-se nos como necessário ao fornecimento de evidência empírica dos temas identificados, e a uma maior compreensão do contexto em que se integram e das interpretações sugeridas.

No sentido de uma maior compreensão da sua leitura referem-se aqui alguns códigos utilizados:

- Rn – refere-se à identificação do respondente, com “n” variando de 1 a 7, correspondente ao número de cada entrevista
- E – refere-se ao entrevistador, no caso presente a autora deste estudo
- (...) – refere-se a excertos do discurso não relevante para o tema em apresentação
- [] – refere-se a palavras ou frases que ajudam a dar sentido ao discurso
- ... – refere-se a pausa no discurso.

No processo de análise e compreensão dos relatos dos enfermeiros emergiram dois temas major que parecem configurar, dificultando e favorecendo, a construção de um processo de relação de ajuda, como estratégia promotora de saúde e qualidade de vida, e o seu significado. São eles a penosidade decorrente do exercício profissional, e significações de relação de ajuda, enquadrando-se neste último a relação de ajuda/*relation aidante* dirigida ao utente e a relação de ajuda dirigida aos enfermeiros.

A Penosidade do Exercício Profissional

A enfermagem é uma profissão que, quer pela natureza do seu exercício e das funções que tem de desempenhar, quer pelas condições de trabalho, está exposta a riscos de vária ordem, que ultrapassando as atribuições normais e inerentes aos sadios preceitos de respeito pelo profissional tanto no aspecto físico como no aspecto psicológico, podem desencadear processos patológicos que comprometem a qualidade de vida dos enfermeiros.

A evidência científica mostra que a saúde mental e física dos enfermeiros é, repetidamente, sujeita a riscos decorrentes do trabalho, e que muitos são aqueles que sofrem problemas sérios que resultam com alguma frequência em perda de emprego ou em incapacidade permanente (Rogers & Salvage, 1988).

Segundo Dejours (1980, 1994), o conceito de penosidade é mais amplo do que as simples condições de levantamento de peso, dizendo respeito à psicodinâmica da relação pessoa/trabalho e analisando os factores ligados ao desgaste mental ou psíquico do profissional.

A penosidade pode advir tanto do esforço físico requerido em certas actividades como da vivência quotidiana de situações de sofrimento psíquico, dada a existência de factores stressantes – carga de trabalho excessiva, tempo insuficiente para a complementação do trabalho, escassez de recursos, falta de uma descrição inequívoca das tarefas a realizar, falta de reconhecimento do desempenho profissional, falta de diálogo e possibilidade de expressão das insatisfações, falta de cooperação no âmbito do local de trabalho, falta de controle dos resultados do trabalho, insegurança no emprego, imposição de condições físicas de trabalho incómodas ou perigosas – no ambiente de trabalho (Dejours, 1980, 1994).

Por sua vez, o legislador português reconhece que

(...) na Administração Pública existem determinados grupos ou sectores de pessoal que, por razões inerentes ao respectivo conteúdo funcional, nomeadamente a sua natureza, meios utilizados ou factores ambientais, ou por razões resultantes de factores externos, exercem a sua actividade profissional em situações susceptíveis de provocar um dano excepcional na sua saúde que deve ser adequadamente compensado. (...) [os elementos] que caracterizam as situações de penosidade e insalubridade estão intrinsecamente ligados à execução da actividade. Assim, as condições de trabalho tornam-se penosas quando exigem uma sobrecarga física ou psíquica e são insalubres quando as condições ambientais ou os meios utilizados no exercício da própria actividade podem ser nocivos para a saúde do trabalhador. (...) o risco, a penosidade e a insalubridade não são condições inerentes às próprias profissões ou actividades profissionais, mas sim dependentes das condições concretas do seu exercício. (Decreto-Lei n.º 53-A/98, de 11 de Março)

e define os conceitos de risco, penosidade e insalubridade, considerando a) condições de risco as que, devido à natureza das próprias funções e em resultado de acções ou factores externos, aumentem a probabilidade de ocorrência de lesão física, psíquica ou patrimonial, b) condições de penosidade as que, por força da natureza das próprias funções ou de factores ambientais, provoquem uma sobrecarga física ou psíquica e c) condições de insalubridade as que, pelo objecto da actividade, pelos

meios utilizados ou pelo ambiente, sejam susceptíveis de degradar o estado de saúde (nº1, Artigo 4.º, Decreto-Lei n.º 53-A/98, de 11 de Março).

Assim, a penosidade está relacionada com as situações do ambiente de trabalho com as quais os enfermeiros têm de lidar, que decorrem obrigatoriamente da sua prática profissional – sendo disso exemplos o trabalho por turnos, o contacto permanente com a dor, o sofrimento e a morte, a elevada responsabilidade, o medo de errar e das consequências que esses erros podem ter na vida do outro, a necessidade de estar em constante aprendizagem e adaptação –, e que são situações que comportam uma carga física e psicológica perturbadora, desconforto e alteração dos ritmos biológicos, exigindo um esforço físico, psicológico, social, espiritual, permanente e suplementar.

As Situações de Vida dos Utentes

Os excertos das entrevistas que se seguem, e que se reportam às situações de vida dos utentes a quem os enfermeiros prestam cuidados, integrando a dimensão condições de trabalho, também parecem dar conta do que os autores e o legislador referem, na vivência dos enfermeiros:

“Estou a lembrar-me de uma senhora (...) que vive sozinha, (...) vive aqui em Lisboa, numa casa de... (...) uma pequenina entrada que dá imediatamente para um pequeno salão (...) muito reduzido, um quarto mais pequeno do que esse ainda, e com uma cozinha, sem casa de banho. A sua higiene é feita no lava-loiça (...) está a viver sozinha, (...) tem uma filha e um filho (...) as relações são conflituais, não sei exactamente porquê, nunca quis verdadeiramente aprofundar, até porque a senhora (...) dificilmente fala sobre situações inerentes a essa problemática (...) sente-se sozinha, sente-se abandonada, (...) vive os seus problemas sozinha, sem contacto com a família, e com os amigos pouco também, porque (...) há uma relação difícil com ela, não de relação aberta (...) tem dificuldade em mobilizar-se, mora num 1º andar com escadas íngremes, (...) pouco sai de casa; o contacto com as pessoas (...) no seu meio mais próximo é muito pouco, (...) sofre de úlceras venosas, de um neo também, (...) presume-se até que haja já um efeito metastático” (R1)

“Foi numa altura em que estava desperta para (...) o tema dos maus-tratos aos idosos (...) e tínhamos uma utente [doente de Alzheimer] completamente dependente dos nossos cuidados e do esposo, mas eu comecei a perceber (...) que alguma coisa ali não se adequava, comecei a perceber que se calhar era

vítima de maus-tratos do esposo, (...) e nas atitudes e na relação e na comunicação que eles tinham (...) notava-se que ele era agressivo (...) psicologicamente era de certeza (...) e eu que estava desperta para este assunto e sabia que tinha que denunciar todas estas situações, pensei... e agora o que é que eu faço? (...) Isto é complicado porque o único apoio que ela tinha, 24 horas por dia, era aquele esposo. Então o que é que eu ia fazer?” (R2)

“Era uma doente que conheci a andar, (...) teve um AVC, (...) vi-a a degradar-se de dia para dia, começou por ficar acamada, depois por ficar escariada, depois acabou por ser amputada ao nível de uma das coxas, mais tarde acabou por ser amputada da outra coxa, e depois acabou por falecer... mas isto demorou alguns meses, e a relação que eu estabeleci com ela... (...) ela era uma doente completamente consciente, orientada, completamente orientada no tempo e no espaço, e criou-se ali (...) com ela e com a filha também, (...) estabeleceu-se ali com ela alguma relação de amizade” (R3)

“Uma senhora com 102 anos, que está sozinha e vive sozinha (...) o filho já morreu, tem uma nora que dá algum apoio ao fim de semana mas... a maior parte do tempo a senhora está sozinha, os vizinhos (...) não estão lá sempre, e tocou-me imenso... a senhora tremia de frio porque estava toda urinada na cama, (...) ficou encantada quando nos viu, porque eu fui lá com os alunos, ficou encantada, ficou felicíssima, só dizia que tinha fome... olhe, tanto eu como os alunos estávamos estarecidos, (...) fomos mudá-la, fomos ver se procurávamos roupa quentinha, a casa estava gelada, (...) entretanto chegaram as ajudantes familiares, lá lhe foram fazer o pequeno-almoço, a senhora chorava encostada a nós, foi assim uma situação que nos custou muito, a mim custou-me... eu já tinha passado por muitas situações que me tocaram muito, mas esta tocou-me imenso.” (R4)

“Uma senhora de 79 anos que não tinha ajuda, (...) estava uma familiar presente que também era idosa e que não podia ajudar, (...) e vi-me deparada com o assunto, pela primeira vez, múltiplas escaras, sozinha e sem ter apoio... (...) Foi uma situação que me marcou imenso, e normalmente nos cuidados continuados é uma carência que eu noto...” (R5)

A “com-vivência” com as situações de vida dos utentes torna penoso o exercício profissional dos enfermeiros – penosidade que “não é [uma] condição inerente à própria profissão ou actividade profissional, mas [está] sim dependente das condições concretas do seu exercício” (Decreto-Lei n.º 53-A/98, de 11 de Março) – porque os interpela e os confronta na sua própria humanidade e os obriga, por força das circunstâncias, a experienciar emoções e sentimentos diversos causadores de sofrimento.

“Ajudar os outros a acompanhar o familiar na morte, ajudar os outros a aceitarem a morte, é um processo muito difícil, e estas situações (...) fazem-

me reflectir, e interiormente até me fazem sofrer um bocadinho, porque me confrontam (...) com a minha própria morte, com a minha própria reacção enquanto familiar... em relação à morte de um familiar meu.” (R2)

“ (...) às vezes são doentes que nós estamos a cuidar, está a correr tudo bem, e depois um dia chegamos lá a casa e um familiar diz-nos: olhe, morreu. E nós ficamos assim... morreu!? (...) mas ninguém estava à espera que morresse! Essa era outra das situações que às vezes me deixava... não era em choque, porque eu... já são tantos anos que já não posso dizer que entre em choque com estas situações, mas sentia tristeza, porque eu não estava à espera, (...) essa parte chocava-me a mim um bocadinho, ficava triste.” (R3)

“Tristeza, muita tristeza... angústia... muito mau estar mesmo, muito mau estar, uma pessoa [a enfermeira] fica doente mesmo, fica mesmo doente... porque... não se consegue fazer nada, porque a pessoa que está ali quer ajuda e uma pessoa [a enfermeira] não consegue... se não conseguimos [ajudar a] melhorar e se não temos mais ninguém com quem fazer essa partilha ficamos muito doentes mesmo, psicologicamente abaladas, há que partilhar estas coisas com alguém, mesmo que seja só para nos ouvir, senão isto é angustiante... é um medo... não é medo... eu não sei se é medo... dúvidas, angústia... sim, angústia, porque quando uma pessoa começa a pensar... será que quando eu for mais idosa também vou ficar numa situação destas?... Será que alguém também me vai ajudar? Será que... e é triste, é muito triste.” (R6)

“Eu senti-me um pouco perdida porque tinha que ir [acudir] à mãe, era o menino que estava a fazer o penso ao pé, era o aluno que não estava lá muito bem... e eu fiquei a pensar... e agora o que é que eu faço, a mãe que chorava muito, agarrada a mim, e eu a pensar e quase a chorar também, porque tenho filhos e isto tudo nos emociona quando reflectimos um bocadinho sobre isso, (...) e senti-me um pouco... nesse dia fiquei um pouco triste mesmo, andei um pouco abalada, (...) foi uma situação que me marcou, (...) toda aquela emoção, o dar apoio, o que é que vou dizer, (...) foi um bocadinho difícil de esquecer aquilo tudo... a mãe, o choro, o miúdo... não foi fácil... mas já passou.” (R7)

Da mesma forma, o confronto com vivências de contradição, moral *versus* prática, que negue princípios éticos e valores pessoais pode levar ao sofrimento ético (Dejours, Abdoucheli & Jayet, 1994).

“ (...) e isso é um conflito muito grande, entre o tratar uma ferida, porque a senhora precisa de ser tratada, e ela deseja-o, e ao mesmo tempo um finalizar de tratamento, com o parar (...) das nossas visitas (...), sabendo que ela vai estar desamparada, sendo nós um dos poucos apoios que ela tem, (...) é uma situação conflitual que nos leva a uma reflexão que não é fácil de fazer” (R1)

“Levamos a senhora para outro sítio? Ela perde as referências.... Foi o que aconteceu, perdeu as referências todas.... Era a casinha dela, tinha lá as

fotografias da família, daquilo que lhe era querido, não é? Estava lá tudo... Algumas coisas a gente mostrava a fotografia, ela ainda se ria, lembrava-se... Tiraram-na dali e pronto... foi para o lar e morreu passados dois dias. Em vez de tornarmos o sítio [a casa] confortável, levámos a senhora.... Em vez de a ajudarmos a viver ali... isso não aconteceu, e eu sinto-me muito limitada por isso.” (R4)

“ (...) eu estou a fazer o meu trabalho, portanto, não me posso sentir culpada por não estar a ser feita mais alguma coisa, ou por o doente não estar, efectivamente, como eu achava que ele devia estar. Não me posso sentir culpada com isso, mas é um trabalho muito moroso, muito mesmo. Levei muito tempo a aceitar a maneira como eu agora lido com as coisas, levei muito tempo para chegar aqui... [tem lágrimas nos olhos].” (R4)

O sofrimento descrito pelos enfermeiros é experienciado enquanto conjunto de emoções e de sentimentos, um estado vivencial, penoso, desagradável, causador de mal-estar, mas não de doença, ainda, aspectos que parecem consistentes com o posicionamento da abordagem psicodinâmica do trabalho, que considera o sofrimento não como um estado patológico mas como uma vivência no continuum entre a doença mental e o bem-estar psíquico dos profissionais (Dejours, 1980, 1994).

Na perspectiva desta abordagem, o sofrimento passa a ser compreendido como uma vivência individual, e/ou partilhada, frequente e permanente, muitas vezes inconsciente, de experiências dolorosas como a angústia, o medo e a insegurança, proveniente dos conflitos entre as necessidades de gratificação das pessoas e as condições impostas no contexto de produção do trabalho.

Decorrente da relação da pessoa com o trabalho, e estando presente na maioria das relações de trabalho, o sofrimento pode ser amenizado ou transformado, mas não eliminado (Dejours, 1980; Dejours, Abdoucheli & Jayet, 1994).

“Nós trabalhamos, trabalhamos, trabalhamos e parece que nem nos apercebemos muito bem de que precisamos de ajuda, (...) eu trabalhei numa Unidade de Cuidados Intensivos (...) e apanhei muita criança mal, que falecia, e sofri muito, e daí eu pedir transferência para um sítio mais calmo, porque tenho dois filhos e não conseguia gerir muito bem estes sentimentos, (...) trabalhava, trabalhava, chorava, envolvia-me naquilo tudo, mas parece que eu não pensava nisto, que eu precisava de ajuda como profissional. Talvez [agora] por ser mais velha, por ter mais tempo agora para me aperceber de tudo isto, e porque mudamos, felizmente mudamos, não é, para melhor, esperamos... e esta grande necessidade de ajuda como profissional foi crescendo...” (R7)

A Escassez de Recursos

Integrando a dimensão “condições de trabalho”, a escassez de recursos, sejam eles de ordem material, disponibilidade de tempo ou humanos, é apontada pelos enfermeiros como um stressor que dificulta o seu exercício profissional, uma vez que, no âmbito de uma abordagem holística da pessoa, numa perspectiva de cuidado da pessoa, limita a sua capacidade de resposta às múltiplas necessidades dos utentes, despoletando a vivência de sentimentos desagradáveis, como a impotência, a culpa, a insatisfação, sobrecarregando os profissionais com “fardos” difíceis de transportar.

“É sempre uma relação de queixa, de azedume (...) que esta senhora tem para conosco, porque no fundo deposita em nós demasiadas esperanças, que nós não podemos alcançar, e temos dificuldade de direccionar a nossa atitude para um plano mais emocional ou mais terapêutico, no sentido de relação de ajuda (...) e vamos apenas por vezes fazer-lhe o penso à ferida, e não sabemos até que ponto é que ela necessita verdadeiramente que esta ferida seja curada, porque ela necessita muito da nossa companhia. (...) Sinto que as pessoas não necessitam apenas da nossa ajuda, de nós enfermeiros, (...) carecem também de ajuda a nível psicológico e de assistência social, a nível de apoio doméstico, que atenua o seu sofrimento geral” (R1)

“ (...) é que nós, nós, enfermeiros nos Cuidados Continuados somos um pouco de tudo e até psicólogos, essencialmente psicólogos, porque quando vamos a casa dos utentes, onze, doze, treze por dia, em cada casa onde entramos temos de ouvir os problemas das pessoas e nós é que temos que dar força às pessoas e (...) chegamos ao fim do dia e é uma carga em cima de nós muito grande, psicologicamente estamos arrasados, é fisicamente e psicologicamente arrasante, isto é uma carga muito forte em cima de nós, as pessoas não têm noção do que é chegar ao fim do dia com os problemas de cada família, e nós a tentar resolver os problemas...e depois quem é que resolve os nossos? [risada]” (R3)

“Senti-me impotente, sobretudo, porque... o que é que se faz numa situação destas? A quem é que eu recorro? (...) o que eu podia fazer directamente era muito pouco, até porque tenho limitações de tempo também... estive lá um bocadinho, fiz o que pude até chegarem as ajudantes familiares (...) senti-me perfeitamente impotente... mas o que é que eu faço a esta situação? (...) Como é que eu posso dar conforto a esta senhora? (...) eu não consigo resolver isto, e foi um assunto de que eu depois falei (...) com a Assistente Social (...) mas elas também têm muitas limitações” (R4)

“ (...) tento sempre ver se há algum voluntário disponível, ou se a situação é adequada para a rede de voluntariado, é muito difícil, é tudo muito difícil neste contexto... e depois o colchão anti escara para a senhora aonde é que eu o

arranjo? Quem é que mobilizamos? (...) mobilizamos, tentamos mobilizar tudo o que é possível, e mesmo assim, isso em muitos casos não chega... (...) o meu trabalho é uma gotinha, é uma gotinha mas não... não resolve a situação. E isso, isso é penoso. A gente vai fazer uma coisa e sabe que há (...) mais nove por fazer, e essas nove não estão nas nossas mãos... (...) não estamos a conseguir resolver o problema do doente... é muito pouco...” (R4)

“ (...) A pessoa termina o turno com a sensação Ai, eu tenho aquele utente a quem devia ter feito isto, e isto, e isto, mas não posso fazer tudo, e no dia seguinte a pessoa lá vai, às vezes pede ajuda, continua, e são situações em que as respostas devem ser dadas o mais urgente possível, porque a situação exige essa urgência, e não há [recursos].” (R5)

A Organização do Trabalho

O estudo das repercussões da organização do trabalho sobre o funcionamento psíquico foi impulsionado pela abordagem psicodinâmica do trabalho de Dejours (1980, 1987, 1992, 1993, 1994) que procura compreender de que forma os trabalhadores conseguem manter um certo equilíbrio psíquico, mesmo estando submetidos a condições de trabalho desestruturantes.

Visando a colectividade de trabalho e não os indivíduos isoladamente, depois de diagnosticado o sofrimento psíquico em situações de trabalho, a abordagem busca intervenções voltadas para a organização do trabalho a que os indivíduos estão submetidos e não actos terapêuticos individuais (Dejours, 1993).

Os conceitos ergonómicos de “trabalho prescrito” e de “trabalho real” são referências fundamentais da abordagem, reportando-se a organização prescrita ao conjunto de regras e normas ligadas à lógica da produtividade – que tende a estar desconectada das necessidades e desejos das pessoas e das actividades reais de trabalho –, e a organização real ao universo das situações imprevistas que continuamente ultrapassam o domínio técnico e o conhecimento científico, e que revelam o fracasso da normatização diante da incessante modificação da realidade, estabelecendo desafios constantes à compreensão e ao fazer humanos.

A relação entre a organização real e a organização prescrita do trabalho é sempre conflituosa e, segundo Dejours (1980, 1993, 1994), o trabalhador opõe-se, invariavelmente, à segunda.

Como referido anteriormente, o campo de pesquisa da psicodinâmica do trabalho é o do sofrimento e do seu conteúdo, da significação e das formas desse sofrimento, situando-se a sua investigação no campo do pré-patológico.

Para o autor o sofrimento é um espaço clínico intermédio que marca a evolução de uma luta entre funcionamento psíquico e mecanismos de defesa por um lado e pressões organizacionais desestabilizantes por outro lado, com o objectivo de reagir contra a descompensação e conservar, apesar de tudo, o equilíbrio possível, mesmo se este ocorre ao preço do sofrimento (Dejours, 1980, 1993, 1994).

Os enfermeiros deste estudo revelam, através das suas enunciações, necessidades não satisfeitas pela organização do trabalho onde desenvolvem a sua actividade profissional, nomeadamente a necessidade de se sentirem tratados como pessoas e a necessidade de comunicação e de partilha.

“Nós somos pessoas e sentimo-las [as situações das pessoas de quem cuidam] e precisamos de desabafar os nossos sentimentos, e isso é importante. (...) Não podemos dizer que saímos do serviço e colocamos a nossa bata no vestiário; nós levamos a nossa bata para fora [tal] como trazemos o nosso casaco da rua para o serviço, nós somos a mesma pessoa e é a nossa pessoa que está no dia a dia a contactar com o doente, é aquilo que nós somos que faz de nós o que nós somos, quer a título pessoal quer a título profissional. É tudo isso que faz de nós uma pessoa completa. (...) Não somos só profissionais, quando somos profissionais somos também pessoas; não somos só pessoas, quando somos pessoas somos também profissionais.” (R1)

“Talvez não me sinta mais apoiada porque temos pouco tempo para estarmos uns com os outros, (...) eu ando muito na rua, (...) não estou com ninguém. Quando estou aqui com a colega (...) se temos um bocadinho falamos. Quando vamos almoçar, normalmente é o espaço em que estamos um bocadinho livres disto, porque aqui é frequente estarmos sempre a ser solicitados, portanto é muito mais difícil a pessoa estar a falar de alguma coisa; (...) falar de outras situações que nos ficaram cá mais dentro, mais gravadas e que nos incomodam mais, isso normalmente é à hora do almoço ou quando acabamos o serviço, às vezes ficamos mais um bocadinho a conversar e falamos sobre isso. Até porque há alturas em que não temos espaço físico, em termos de horário, (...) temos o tempo todo preenchido, não há lá um espacinho que diga: reordenamento das ideias e das emoções (...) por isso acho que fazia falta.” (R4)

“Era bom que nos Centros, na parte de enfermagem, não nos exigissem só coisas, trabalho, trabalho, trabalho, é um stress... mas que também nos dêem algo, nem que seja só um espaço que sirva para nos ajudar, onde possamos estar e reflectir, e pensar, porque eu, a um certo momento do dia, necessito de estar resguardada comigo mesma, e pensar... mesmo no local de trabalho, (...)

e ajuda bastante, porque o emprego é um local de trabalho mas também devia ser transformado num espaço de alegria e de bem-estar, e que nós pudéssemos dizer todos os dias “Vou trabalhar”, com um sorriso na cara...” (R6)

“Comigo é assim, eu não me consigo libertar daquilo que vi, ou daquilo que presenciei ou daquilo que fiz... o dia todo, e à noite, e às vezes chego a andar alguns dias a pensar... vem à cabeça aquela situação que eu presenciei, aquela família, aquela pessoa... e quero-me libertar e não consigo. Se calhar é porque precisava de ter falado com alguém, porque também não é justo eu ir para casa e estar sempre a falar com o meu marido sobre isto, coitado, porque também é cansativo e ainda por cima não é um tema muito agradável, não é, é sobre doença, problemas... e às vezes não me consigo libertar disso... é impressionante.” (R7)

A este propósito, Dejours (1993) e Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) defendem que falar e ser ouvido parece ser o modo mais poderoso de reflectir sobre a própria experiência, e que somente a enunciação da experiência permite a sua elaboração. A palavra faz nascer o que não existia antes de ser pronunciada e o espaço de discussão possibilita que os problemas sejam falados e depois compreendidos e, talvez, solucionados.

A Vivência dos Sentimentos

A vivência dos sentimentos é um fenómeno transversal no contexto da prática dos enfermeiros, e merece-nos especial atenção dada a carga emocional de desgaste, e as consequências para a saúde, que pode comportar.

Os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros geram-se na partilha das situações de vida dos utentes,

“E eu, e mais um colega e dois alunos (...) éramos um ponto catalizador (...) um ponto pivot na discussão, no entendimento (...) entre as duas irmãs, e eu muitas vezes levei para casa esse sentimento de desconforto, face ao sofrimento da senhora e ao conflito existente entre essas duas irmãs, e na minha incapacidade face a isso de direccionar os cuidados no sentido certo. E enquanto isso a senhora ia sofrendo e iam sofrendo todos.” (R1)

“Uma [outra situação] que me marcou [inspira profundamente e suspira] foi uma senhora também, porque (...) a população com que trabalho é uma população idosa, foi uma senhora que me telefonou depois do meu turno de

trabalho, eu já tinha relação com ela já há bastante tempo, e ela queria falar comigo, e eu disse-lhe que já estava fora do meu horário de trabalho, e que já estava em casa (...) e não podia lá ir, só no dia seguinte (...) eu iria lá para ouvir o que tinha para me dizer... quando lá cheguei no dia seguinte ela tinha falecido. Marcou-me um bocado... [sussurra e tem os olhos rasos de água; chora silenciosamente. Pausa acentuada] pareceu-me que ela me queria dizer qualquer coisa... [voz embargada pela emoção] e não cheguei a tempo de ouvi-la... [soluça baixinho; pausa] Ela tinha o meu telemóvel do serviço, eu (...) fora do meu horário de trabalho tenho o telemóvel sempre ligado e às vezes consigo ajudar pelo telefone, mas nesta situação não pude ajudar [voz comovida, no limiar das lágrimas] porque a senhora dizia-me que eu tinha que estar presente, porque ela queria falar comigo estando eu presente, e eu não podia porque a minha situação familiar também não me permitia sair àquela hora. E no dia seguinte, quando lá cheguei, já não fui a tempo, não ouvi o que ela tinha para me dizer... e que de certeza era importante [voz embargada pela emoção]. Pronto, perante esta situação lá me reorganizei, me recompus... mas sempre que me lembro causa-me tristeza [voz embargada pela emoção; pausa].” (R5)

geram-se na constatação da carência de recursos,

“É uma senhora amarga (...) e não tem a capacidade, talvez, de receber o apoio quando lhe é fornecido ou quando lhe é proposto, e nós também temos por vezes pouco tempo para lhe poder fornecer algum apoio mais sustentado, (...) com mais tempo (...) mas o tempo também escasseia (...) isso careceria obviamente de outros recursos, e não os temos por vezes também (...) já deu para entender (...) algumas das dificuldades em que os nossos utentes (...) vivem, (...) dificuldades para as quais nós somos preparados mas a que custa dar resposta, e custa-nos a dar resposta a título profissional e pessoal também, (...) embora sejamos mais levados a fazê-lo a título profissional (...) temos uma certa tendência a levar esses problemas para casa.” (R1)

“O facto foi o de ir a um domicílio, não tinha qualquer experiência, e isto sozinha, (...) e era uma senhora já de idade com bastantes escaras, que era cuidada pela filha, e a filha começou-se a ligar bastante à enfermeira, como se [a enfermeira] fosse o salvador... (...) dei apoio, mas [a filha] agarrava-se muito à enfermeira, parecia que seríamos nós o salvador da sua mãe, e isso custou-me bastante porque (...) não conseguia melhorar a situação e não tinha com quem partilhar...” (R6)

“Ser enfermeira é um trabalho difícil, em termos de relação com as pessoas, nós funcionamos muito como enfermeira, como assistente social, como técnica da farmácia, é um bocadinho de tudo, o que nós fazemos, e é difícil, e tem que se ter muito cuidado quando se fala com o utente, tudo o que se lhe diz, o que se lhe transmite, a nossa maneira de ser, se falamos muito ou não, o ir chateado com problemas de casa e estar lá e não falar, o doente apercebe-se e pergunta porquê, e tem que se falar, e é difícil às vezes, porque também somos pessoas,

temos os nossos problemas, e tudo isto se transmite na conversa com o doente”
(R7)

tornam-se difíceis de gerir pela ausência de apoio emocional,

“Os grupos de suporte (...) nos Cuidados Primários de Saúde, é nulo, não existem. E é muito importante porque nós vivenciamos situações na casa das pessoas muito, muito, muito confusas, muito dolorosas.” (R5)

“Foi isto que faltou depois... faltou mais qualquer coisa, para depois falar sobre isso mesmo, para saber se eu realmente fiz bem ou se devia ter tido outra atitude com aquela mãe, que estava a precisar de mim, porque era essencialmente de mim que ela ia ter apoio, porque ficou triste com o facto do filho estar naquela situação, e olhou para o aluno e verbalizou mesmo “o meu filho podia ser este aluno, têm os dois 21 anos, e podia ser este estudante”... e custa muito, custa muito ouvir isto e querer ajudar e ao mesmo tempo já não sabia o que devia fazer, porque queria ajudar a todos, e acabei por ficar.... Penso que fiz tudo, penso que fiz tudo... mas depois senti-me foi um pouco fraca, (...) e precisava de partilhar tudo isto, de falar sobre isto e dizer: aconteceu-me isto, não sei se fiz bem, mas fiquei triste, ... e essa é a parte que depois não tive, pelo contrário, tive que ser forte porque o aluno precisava também que eu o ajudasse.” (R7)

Na opinião de Maisonneuve (1969), o vocábulo *sentimento* emprega-se reiteradamente e o seu significado está enraizado na alma humana, designando estados interiores, frequentemente intensos, mas difíceis de exprimir, que cada um experiencia de acordo com as circunstâncias da vida, residindo a dificuldade de captação desse significado no facto de ser usado de uma forma tão abrangente.

Assim, a sua utilização parece reportar-se não apenas a estados interiores simples ou complexos, mas também a opiniões pessoais sobre determinado assunto ou fenómeno, adquirindo neste contexto o cariz de uma atitude individual em face de problemas que deixam de ser especificamente “sentimentais” para passarem a ser também intelectuais, sociais ou morais (Maisonneuve, 1969, p.5).

“Eu senti-me, de certa forma, impotente. Impotente (...) porque é por vezes difícil de distinguir (...) a parte da saúde física e a parte da saúde emocional ou mental, ou social, (...) não me senti confortável, porque senti-me com dificuldade em poder assumir (...) as atitudes profissionais (...) de relação de ajuda [psicoterapêutica] de que essa senhora necessitaria. (...) E isso fez-me sentir desconfortável, (...) e é no fundo essa sensação de desconforto que eu levo [para casa]. (...) O desconforto que sinto é esse sentimento de não ter conseguido ajudar a pessoa na sua globalidade, naquilo que ela pede e precisa,

(...) somos (...) tentados a querer ajudá-la, nem que seja (...) pelo apoio emocional, e sentimo-nos por vezes muito... com muitas dificuldades nesse apoio... (...) Quando digo que me sinto desconfortável é no sentido de nos sentirmos insatisfeitos com a prestação que damos, (...) sentimos que não é uma prestação completa no sentido de total, daquilo que nós poderíamos de facto dar ao utente. (...) Esse desconforto é no sentido da incapacidade de podermos prestar mais ajuda a essa utente, pela falta de ajuda que essa utente tem para além de nós.” (R1)

“Como é que a pessoa chega a esta idade e está ali abandonada? ... abandonada em todos os aspectos, aquela senhora estava completamente sozinha e a sofrer... quer física quer emocionalmente... e isso tocou-me muito. (...) No início revoltava-me imenso, ia falar com a Assistente Social, ia falar com a minha chefe (...) mas isto não pode ser, não tenho nada para tratar as pessoas, como é que é?... o diabético tem que comer de duas em duas horas, mas quem é que lhe dá comida de duas em duas horas?... as pessoas diabéticas que eu tenho em casa e que não conseguem comer assim, não têm essa possibilidade, não se conseguem levantar, não têm essa autonomia...” (R4)

“Senti-me impotente porque, quando fui para pedir ajuda à pessoa de família, que era uma idosa também, que estava lá presente, e que, que à partida era a que me podia ajudar, a posicionar, a... olhei para os olhos dela, e os olhos disseram-me, foi a leitura que fiz, eu não te posso ajudar embora eu saiba que precisas de ajuda, e perante essa situação, vi que tinha de fazer tudo sozinha.” (R5)

Face a toda esta abrangência de significados pergunta-se se não existirá um fio condutor que caracterize de forma única este conceito tão comumente usado, e Maisonneuve (1969) afirma que, justamente, a sua característica essencial e única se encontra no facto de – quer exprima um estado interior ou uma opinião – se tratar sempre de estados ou de opiniões imediatos e pessoais, e que apesar de definição difícil não comporta em si mesmo, na sua significância, um equívoco ou uma ambiguidade grave, uma vez que assume universalmente uma “tonalidade subjectiva e espontânea” que é a representação da sua “qualidade específica”. (p.6)

Neste contexto, as crenças, os valores, as percepções, que apelidamos de sentimentos, são precisamente aqueles estados ou aquelas opiniões que não explicamos ou que não somos capazes de explicar e justificar através de uma argumentação racional e objectiva; adoptamo-los ou recusamo-los através de uma espécie de atracção ou repulsão espontâneas que estão intimamente ligadas às nossas disposições interiores, ao nosso sentir, ao nosso eu interior profundo (Maisonneuve, 1969).

O autor sustenta que a característica de objectividade de um sentimento justifica as diversas facetas que este pode revestir e que, dependendo em grande parte da subjectividade da pessoa que o vivencia, depende também do modo como a pessoa objectiva o sentimento no contexto de uma determinada experiência. O sentimento seria como que o resultado de uma osmose entre o *eu* e o mundo, um estado subjectivo certamente, mas não obstante e porque em contacto com o *não-eu*, um estado também ele parcialmente determinado do exterior, um estado também ele certamente objectivo (Maisonneuve, 1969, p.23).

No mesmo sentido, Janet (cit. por Maisonneuve, 1969) define sentimento como uma reacção organizada e adaptada a uma dada situação, deixando antever uma concepção regularizadora na sua estrutura. Do seu ponto de vista, o sentimento é composto por duas faces: uma interior, subjectiva, ligada às tendências, à imaginação e ao temperamento do sujeito, e outra exterior, objectiva, ligada às situações concretas em que o sujeito se encontra implicado.

As verbalizações de alguns enfermeiros ilustram esta dualidade subjectiva/objectiva de que nos falam Janet e Maisonneuve.

“Senti sempre, e essencialmente, uma sensação de impotência, muita impotência, porque nós não conseguimos fazer nada. Se calhar, foi mais o apoio psicológico à filha do que o que fiz à doente, porque a situação era completamente incontrolável, por mais que eu quisesse fazer, não conseguia, não conseguia fazer, porque estava sempre a piorar, a piorar, a piorar... é uma situação de impotência... de impotência total. (...) Senti-me frustrada, uma frustração total, porque não consegui curar aquela senhora, por mais que eu tentasse via-a sempre a piorar, foi muito frustrante para mim. Profissionalmente foi muito frustrante... para a filha, é engraçado... foi uma grande ajuda. A filha (...) só tinha confiança em mim, (...) em tudo o que eu dizia, em tudo o que eu fazia, (...) sentiu que eu lhe dei uma grande ajuda, e eu, interiormente sentia-me frustrada (...) porque não consegui salvar a senhora. Eu queria, eu fiz tudo e mais alguma coisa para conseguir salvar aquela senhora e não consegui. Ela faleceu. (...) Eu vi-a a andar e depois tive que a ver a morrer, (...) uma senhora completamente independente, e depois acamou e ficou naquela desgraça, e eu sem ter armas.” (R3)

“Eu senti depois foi que (...) fiquei fraca, senti-me fraca, porque eu precisava também (...) de ter um apoio, uma conversa, e quando saí de lá e me sentei no carro senti... parecia que as minhas pernas tremiam todas, tremiam e fiquei sentada, falei com o aluno... mas depois fiquei ali uns tempos a pensar... mais a sentir... porque a vontade era de chorar e (...) sair dali, e querer ajudar mais... mas não podia, senti-me assim um bocado fraca, (...) fiquei um bocado

sentada a respirar fundo, a pensar no que fiz, tudo o que devia fazer... mas por agora também tinha que ser forte porque o aluno estava ali ao meu lado, e também convinha ajudá-lo porque ele também estava num estado... e senti-me perdida, senti-me um bocado perdida” (R7)

O sofrimento evidenciado nos testemunhos dos enfermeiros, e como já referido anteriormente, remete para um estado vivencial composto por uma amálgama de emoções e de sentimentos – impotência, desconforto, insatisfação, frustração, revolta, culpa, tristeza, conflito ético e moral, mal-estar, angústia, medo – que está intrinsecamente relacionado com as condições de trabalho e também com a organização do trabalho (Dejours, 1980, 1994).

No que concerne à dimensão organizacional, enquanto geradora de sofrimento proveniente dos conflitos entre as necessidades de gratificação das pessoas [profissionais e utentes] e as condições impostas no contexto de produção do trabalho (Dejours, 1980, 1994), os excertos das entrevistas que se seguem também parecem dar conta do que o autor refere, na vivência dos enfermeiros:

“Eu tive de ir interiorizando isso, e tive de pensar: eu estou a fazer o que eu consigo... o resto não está nas minhas mãos... Mas isso não tem sido fácil, tem sido ao longo dos anos, tenho tentado não me sentir muito mal por não estar... não conseguir fazer mais. Mas não é fácil, não é fácil. (...) Tenho de ter a certeza de que fiz tudo, e aí pronto, aí fiz o meu papel (...) não me sinto mais descansada por isso, a revolta continua cá (...) de facto, não só precisamos de mais apoio a nível pessoal [como] se estruturalmente as coisas funcionassem de outra maneira, eu própria já não me sentia tão mal, nem ia precisar de tanto apoio, portanto (...) estou a ser levada pela sociedade que está mal organizada, é isso que eu acho (...) tenho um doente que está mal e que precisa disto, disto e daquilo, eu não consigo as coisas, como é que é? a culpa é de quem? É do apoio social... portanto, no fundo são eles que me estão a dar mau estar, como pessoa e como profissional.” (R4)

“ (...) às vezes era difícil, não era agradável, eu desabafava... aconteceu, e eu sei que aconteceu, às vezes não estar bem no trabalho porque... estes conflitos que depois não ficamos bem... e chegar aqui e às vezes desabafamos com os colegas da pior maneira, é... aquela primeira que fala é a primeira que acaba por ser um bocado desagradável, ser refilona, ou não gostar e responder mal... tinha sido o dia todo de trabalho que custou a passar, e em que foi difícil controlar os sentimentos... e isso também é mau, e sem dúvida que fazia falta um grupo para falarmos sobre isso..., porque é que falei assim, o que é que aconteceu, porque é que agora estou agressiva?... E era bom se tivéssemos alguém que nos ajudasse nesse aspecto, porque isto... eu melhorei porque foi assim à minha custa, a chorar, a perguntar porquê, e será que fiz bem no outro dia voltar a falar nisto? Porque achava que isto não era muito normal... É

muito mais complicado do que trabalhar num hospital, muito mais. No hospital acabava-se o turno, vinha-me embora, e fiz isto e isto; aqui parece que o problema vai connosco para casa, a situação do doente em casa..., lembra a família, ou o pai ou a mãe, e eu levava isto para casa, arrastava isto tudo, e eu achava que isto complicava muito a vida, e... houve uma altura em que eu me fui muito abaixo, muito... não consegui gerir muito bem tudo isto... depois... o tempo passa e começa-se a aprender, começa-se a aprender, começa-se a evoluir, a ficar mais madura, e consegui dar a volta, mas...” (R7)

Contudo, e ainda na perspectiva da psicodinâmica do trabalho, Dejours (1980, 1994) defende que o trabalho pode ser, simultaneamente, gerador de prazer, estando também este pólo relacionado de forma indissociável com as dimensões “organização do trabalho” – processo inter subjectivo resultante da interacção das pessoas com as situações de trabalho que produzem significações psíquicas e a construção de relações sociais – e “condições de trabalho” – circunstâncias intrinsecamente ligadas à execução da actividade –, sendo no quotidiano do trabalho e nas situações vivenciadas durante a sua realização, que sofrimento e prazer podem ser apreendidos.

Da mesma forma que o sofrimento, definido anteriormente, o autor caracteriza o prazer como uma vivência individual ou colectiva de experiências de gratificação, decorrente da satisfação dos desejos e necessidades das pessoas nas situações de trabalho, quando ocorre uma mediação bem sucedida dos conflitos e contradições resultantes da organização do trabalho (Dejours, 1980, 1994).

“ (...) e uma das coisas com que eu me deparo no meu dia adia enquanto enfermeira de Cuidados Continuados, é com um sentimento gratificante, (...) é uma riqueza imensa de experiências e de relações. (...) É muito gratificante sentir que ajudamos alguém, não apenas pelo curativo, pelo penso, pela ligadura, não apenas por isso, é pela relação que se estabelece, (...) acho muito gratificante, e acho que é uma coisa que se tem que trabalhar dia após dia, reflectir sobre isso” (R2)

“ (...) deixei a filha a preparar-se, mostrei-me disponível para que ela pudesse falar e desabafar quando necessitasse, e a verdade é que a senhora acabou por falecer dois dias depois (...) eu despedi-me dela na altura, não sabia se ia acontecer ou não, (...) mas despedi-me da senhora, interiormente, e fiquei satisfeita, (...) bem comigo própria, por ter ajudado aquela filha a pensar e a preparar-se para o que poderia vir a acontecer (...) isto é uma coisa que me traz bem-estar como pessoa e como enfermeira, sinto que ajudei alguém a preparar-se para o luto (...)” (R2)

“A senhora faleceu e a filha veio-me agradecer, (...) eu não fiz nada, acabei por não fazer nada, mas a filha agradeceu-me por tudo o que eu tinha feito à mãe. Ainda hoje, (...) não esquece o que eu lhe fiz a ela, o que eu fiz à mãe, não esquece, não esquece...” (R3)

“Tive que virar-me sozinha, marcou-me, mas por outro lado fiquei bem comigo própria porque consegui accionar todos os meios que estavam ao meu alcance para ajudar a senhora.” (R5)

A experiência do prazer por parte dos enfermeiros remete, também ela, para um estado vivencial caracterizado por um conjunto de sentimentos de gratificação e de bem-estar devido ao retorno imediato do reconhecimento e valorização do seu papel, proporcionando-lhe prazer na realização do seu trabalho e equilibrando as situações de sofrimento.

Este reconhecimento, que dá prazer, advém sobretudo das suas interacções com os utentes e as suas famílias, e reveste o duplo aspecto de auto-reconhecimento e de reconhecimento por parte do outro.

Contudo, o ser considerado como pessoa – e o conseqüente reconhecimento da importância da satisfação das suas necessidades – por parte da organização, contribui também para a vivência de sentimentos gratificantes, como ilustram os relatos de alguns enfermeiros:

“Eu estava tão mal nesse dia, que saí daqui do Centro de Saúde, fardada, e fui direitinha à Sub-Região falar com a Senhora Enfermeira Directora, e disse-lhe que não saía dali sem falar com ela, e que se ela não me pudesse ouvir, no dia seguinte eu apresentava-lhe a minha demissão... eu estava mesmo mal nesse dia... e ela ouviu-me e isso ajudou-me... Como vê, ainda aqui estou...” (R5)

“E sem dúvida nenhuma que nós precisamos muito, muito de ajuda, e na minha última avaliação falou-se muito disso, e não imagina a ajuda que me deu ouvir (...) as palavras da Enf^a X, porque falou nisso, (...) ela disse: “Sim é uma equipa que precisa de ajuda, de apoio”, eu acho que isso me deu logo (...) aquela ajuda de que eu estava mesmo a precisar para poder falar, (...) foi bom porque só o facto de ela dizer: “Sim, a equipa dos continuados é uma equipa que tem que ser ajudada, trabalhada, as pessoas têm que falar nas suas frustrações”, e eu pensei... afinal alguém que me compreende, que realmente falou do que nós precisávamos de ouvir.” (R7)

“Não imagina a ajuda que, só aquelas palavras, deram para eu poder falar, dizer o que é que gostava de fazer [o projecto profissional] porque às vezes este desgaste faz-nos parar e dizer: agora paro e não me apetece fazer nada. Mas (...) isto dá uma ajuda, foi só uma palavra ou duas, mas é reconhecer que alguém já se apercebeu dos problemas que temos, da necessidade que temos

em ser ajudadas, e para mim foi muito, muito importante, (...) alguém falou naquilo de que eu estava à espera já há muito tempo.” (R7)

Numa perspectiva de contexto organizacional, e de acordo com a abordagem psicodinâmica do trabalho, o reconhecimento é descrito como uma dinâmica viabilizada pela “mobilização subjectiva” dos profissionais, e é constituído pela retribuição simbólica que as pessoas recebem pela sua contribuição e envolvimento nos objectivos do colectivo da organização do trabalho (Dejours, 1980; Dejours, Abdoucheli & Jayet, 1994).

O conceito de mobilização subjectiva é definido pelos autores como o processo que permite às pessoas utilizar a sua subjectividade, recursos intelectuais e criatividade para transformar os aspectos da organização do trabalho que causam sofrimento e, assim, vivenciar o prazer (Dejours, 1980; Dejours, Abdoucheli & Jayet, 1994).

A Construção de Defesas

É consensual para muitos pesquisadores, enfermeiros e não só (Bianchi, 2000; Caregnato, 2002; Chaves, 1994; Lautert, 1995; Lima, 1997; Massaroni, 2001; Pagano, 1995), que o exercício profissional dos enfermeiros é uma actividade stressante, por todas as razões apontadas até aqui.

Bianchi (2000) afirma que a enfermagem é reconhecida, mundialmente, como uma profissão stressante, tendo havido nos últimos anos um aumento significativo de estudos – focalizados quer nos aspectos físicos quer nos aspectos psicológicos – vinculando a qualidade de vida à actividade profissional e às condições de trabalho.

Desenvolvendo o seu exercício profissional num contexto de dificuldades de vária ordem, o enfermeiro sente-se muitas vezes desamparado face às situações, face aos utentes e face a si próprio. Esta sensação de desamparo, que advém da consciência sobre a complexidade das situações, causa profundo desconforto interior, como sugere o excerto seguinte:

“Foi uma situação difícil de gerir e poderia ter sido ajudada a gerir com apoio psicológico por parte de um técnico especializado; se tivéssemos tido alguém

com quem falar sobre isso, ter-nos-ia sido mais fácil, e aí eu falo por mim... teria gerido esta situação de uma maneira mais ligeira, no sentido de também não estarmos a... não direi em sofrimento, mas em desconforto, eu repito o termo porque acho que sofrimento é um termo demasiadamente forte, mas desconforto é, e desconforto já é um conjunto de muitas coisas.” (R1)

Os trabalhos de Dejours (1980), no âmbito da psicopatologia do trabalho, evidenciaram que, apesar do sofrimento originado pelas exigências e pressões organizacionais e pelas condições de trabalho, os profissionais não se mostravam passivos, mas antes capazes de se proteger dos efeitos nefastos para a sua saúde mental. Eles sofriam, mas a sua liberdade exercia-se, mesmo que de forma limitada, na construção de sistemas defensivos, fundamentalmente colectivos.

Neste sentido, a mobilização subjectiva anteriormente mencionada, dadas as suas características, configura-se como uma estratégia de mobilização colectiva dos profissionais – modos de agir colectivo –, viabilizada pela cooperação e pelo “espaço público de discussão” (Dejours, 1980; Dejours, Abdoucheli & Jayet, 1994).

“A relação de ajuda relativamente aos profissionais, (...) a ajuda aos profissionais face aos seus problemas quotidianos, eu sou-lhe franco, foi um tema sempre tão pouco falado em toda a minha vida profissional, que nós somos obrigados, eu por mim falo, a criar estruturas de (...) auto-ajuda. (...) A relação de ajuda de um técnico especializado para com um profissional eu nunca aqui vi, eu nunca tive, também sou franco, nunca pedi, talvez porque (...) no dia a dia, tenha sido levado a compreender ou a ter-me sentido ajudado pela conversa (...) com os colegas.” (R1)

“A partilha com os outros é importante, porque acho que nos desculpabiliza um bocadinho, saber o que é que os outros... ah, ele também não conseguiu fazer, então pronto, já não me sinto mal. As comparações ajudam, e a partilha de experiências, porque no fundo a gente fica sempre com a dúvida... será que eu podia ter feito mais alguma coisa? Mas porque é que eu me estou a sentir mal com isto? Porque é que eu me preocupo tanto com esta situação?... (...) Partilhar as coisas é bom, porque sinto de facto que explorei todas as soluções... e, evidentemente, sinto-me mais descansada... não quer dizer que me sinto propriamente muito melhor...” (R4)

“Relação de ajuda para os profissionais... isso... olhe... eu já sou enfermeira há catorze anos, só tive grupo de suporte, na acepção da palavra, quando trabalhei nos Capuchos, (...) era um serviço que estava disponível para as enfermeiras quando nós quiséssemos ir lá para desabafar, para falar do nosso dia a dia, (...) e era bom, porque a pessoa sentia que tinha ali algo que a podia ajudar caso necessitasse.” (R5)

“É ótimo sentir que está ali alguém para nos ouvir, partilhar as nossas emoções, os nossos problemas, e há outros que têm os mesmos problemas, e que em comum nós conseguimos saber que existem, e isso é uma grande ajuda, porque sentimos que não somos únicos no mundo, há mais pessoas como nós, porque nós pensamos que só nós é que temos problemas, mas os outros também têm, e saber isso e poder partilhar isso, é muito bom. A partilha de interesses e de experiências ajuda-nos muito. É muito importante.” (R6)

O “espaço público de discussão” é caracterizado pela fala colectiva do sofrimento (Dejours, 1980, 1994).

É um espaço de partilha no seio do qual as opiniões, mesmo contraditórias, podem ser publicamente declaradas. Fortalecendo a identidade psicológica e social dos profissionais, reafirma as referências internas e a convivência com a diversidade e a adversidade, de forma a produzir acções com mais poder de transformação do que as acções individuais (Dejours, 1980; Dejours, Abdoucheli & Jayet, 1994).

Em concordância com os autores parecem estar as falas dos enfermeiros, que consideram o espaço da comunicação e da partilha como uma importante estratégia “defensiva” (Dejours, 1980), ou “adaptativa” (Lazarus & Folkman, 1984a), de “enfrentamento” (Moos, 1998):

“No âmbito da Enfermagem, no âmbito profissional, eu acho que devíamos ter um grupo, multidisciplinar, onde pudéssemos partilhar as nossas experiências, dificuldades, sentimentos, reacções, porque temos determinados problemas ou necessidades, temos os mesmos problemas ou problemas idênticos, e partilhando informações e experiências podíamos ajudar-nos mutuamente. Penso que é extremamente necessário, em qualquer serviço” (R2)

“Mas os profissionais também precisam de ajuda. Posso falar na minha equipa, quando uma pessoa tem problemas há alguém que ajuda o outro (...) de uma maneira informal; há pessoas mais sensíveis, há outras menos sensíveis ou que já arranjam armas para se defenderem contra a morte ou contra o sofrimento dos outros; há outras pessoas que (...) não conseguem arranjar as mesmas armas e sofrem mais, (...) e se falarmos todos no grupo, ajudamo-nos uns aos outros. Cada um fala das suas experiências, de como é que consegue resolver o problema em determinada situação, a equipa funciona como um grupo de suporte, um grupo de entreajuda, de uma maneira informal.” (R3)

“Mas eu acho que, se é útil, se é bom, para um doente falar com alguém, desabafar e pôr os problemas, é útil para quem ouve os problemas dessa pessoa e que fica com eles, também ir falar com outras pessoas e expor também, eu senti isto desta maneira, (...) falar das coisas eu acho que (...) desdramatiza-as (...) Quanto mais se fala menos carga emotiva as coisas têm em nós, carga emotiva negativa, claro. Portanto, eu acho que é muito importante a gente falar

e partilhar as coisas, (...) eu acho que é importante fazermos isso aqui uns com os outros. (R4)

“É poder estar a ouvir o outro, e saber que a outra pessoa está a partilhar connosco tudo aquilo que lhe vem à cabeça e que está à vontade, e ter um elo de ligação com alguém. Para mim ajudar é ouvir, é transmitir carinho, alegria... mesmo nos momentos mais tristes, é partilhar, poder mudar de assunto, falar de coisas mais alegres, (...) é saber ouvir, é ouvir e transmitir... Gosto imenso de estar a ouvir, claro que também gostaria que alguém me ouvisse e também gosto de ouvir os outros, fico sempre disponível, (...) gosto de ter alguém para me ouvir no meu dia a dia e também gosto de estar a partilhar isso com as outras pessoas.” (R6)

No âmbito da psicodinâmica do trabalho, as estratégias defensivas são comportamentos construídos como resposta às adversidades no trabalho, elaboradas em acordos do grupo, mais ou menos explícitos, e sustentadas colectivamente para neutralizar e amenizar o sofrimento, preservar a saúde das pessoas e mantê-las produtivas. Favorecem a adaptação às situações de desgaste emocional, mas podem mascarar o sofrimento provocando estabilidade psíquica artificial, configurando neste caso uma situação patológica (Dejours, 1980; Dejours, Abdoucheli & Jayet, 1994).

Em consonância estão os resultados do estudo de Mendes e Linhares (1996), sobre a construção de estratégias defensivas colectivas para enfrentar o sofrimento gerado na relação com o paciente, realizado com enfermeiros de uma UCI, ao indicarem a despersonalização no contacto com o paciente, o distanciamento emocional, o evitamento da comunicação e a valorização dos procedimentos técnicos como estratégias que favorecem o equilíbrio psíquico ao minimizar o contacto com o sofrimento – numa actividade profissional que conduz ao confronto permanente com os conteúdos de vida e de morte –, tendo contudo efeitos patológicos ao interferir na qualidade dos cuidados e na vida privada dos enfermeiros.

Lazarus e Folkman (1984a) definem estratégia ou “coping process” como todos os esforços cognitivos e comportamentais utilizados pelo indivíduo para enfrentar a situação de stress que excede os seus recursos pessoais. Nele está incluído quer o “coping” defensivo quer o adaptativo.

Moos (1998) divide as estratégias de coping em formas activas de enfrentamento – referem-se aos esforços cognitivos ou de comportamento para lidar com o evento

stressante – ou de evitamento – que consistem na não confrontação e na redução da tensão através da adopção de condutas de fuga.

A nível individual existe evidência teórica e empírica de que, situações de stress vividas de forma prolongada na profissão desencadeiam respostas negativas de forma repetida e levam a alterações fisiológicas, emocionais e comportamentais que favorecem a diminuição da saúde mental e física e, conseqüentemente, do bem-estar dos profissionais (Freudenberger & Richelson, 1980; Kets de Vries, 2001; Maslach, 1982; Maslach & Leiter, 1997; McGrath, 1970; Moraes & Kilimnik, 1994; Sells, 1970; Warshaw, 1979).

“Uma senhora que acompanhei (...) ficou completamente dependente da filha e dos nossos cuidados, (...) e eu, na última visita, achei que a senhora não estava bem e comecei a preparar a filha (...) para a eventual morte da mãe. Foi uma coisa que me custou, a filha não estava preparada nem nunca tinha sido confrontada com a eventual morte da mãe, e eu senti-me, tinha uma relação muito próxima com elas, mas senti-me fria, extremamente fria, fria por estar a falar naquele assunto, é uma coisa normal de que nós temos que falar com normalidade, mas que provoca dor, e eu senti-me muito mal, eu sei o que estava a fazer e devia fazer, mas senti-me muito fria, muito mesmo.” (R2)

“A questão da morte sempre me abala um bocadinho, e na questão da morte eu penso que a reacção das pessoas é sempre fria, exactamente para não sofrerem com este fenómeno, (...) eu acho é que as pessoas se desligam um bocadinho e tentam não abordar o assunto exactamente para não sofrerem.” (R2)

“É isto que eu sinto, e às vezes o que é que a gente faz para nos defendermos, se nós não formos um grupo coeso, se não nos dermos bem entre todos, e se não desabafarmos, o que é que os enfermeiros fazem, no fundo é o que acontece com a maioria, criamos defesas, e quais são as nossas defesas?... É a distância, criamos aquele distanciamento do sofrimento dos outros, eles até nos estão a dizer as coisas e nós até estamos ali a dar força, mas se calhar aquilo não nos toca cá dentro, não nos pode tocar tudo cá dentro, é que senão nós não aguentamos também com tanto sofrimento, tornamo-nos frios (...) em relação ao sofrimento do outro; poderá haver um ou outro que nos toque mas [os doentes] não nos podem tocar todos, a gente não aguenta. (...) Tornamo-nos frios, não mostramos é claro, não somos assim tão insensíveis, temos que ter alguma sensibilidade para com o doente e para com o cuidador, mas interiormente somos completamente pedra e gelo às vezes, estamos a ouvir mas não nos toca, não nos pode tocar tudo.” (R3)

“Se não existem grupos de suporte, temos que criar as nossas defesas, porque se nós formos sensíveis a tudo, chega a uma certa altura e também não ajudamos, (...) a relação de empatia é importante, pois é, mas temos que criar

a tal distância para podermos cuidar, para podermos ensinar, porque senão estamos ali a chorar, o doente chora e eu também choro e não faço nada, (...) não posso fazer isso. Estas são as minhas defesas.” (R3)

Significações de Relação de Ajuda

Os enfermeiros têm, na pessoa de quem cuidam, simultaneamente, o seu cliente e o objecto directo da sua actividade profissional, sendo indispensável que, para além de desenvolverem as competências cognitivas do saber e as competências técnicas do saber-fazer, desenvolvam também as competências da dimensão relacional, as competências da esfera do saber-ser.

Pode pois dizer-se que a enfermagem – enquanto profissão de relação, e de ajuda – é uma profissão exigente, obrigando a que se ofereça ao cliente e à família este imprescindível elemento da competência que é a capacidade de estabelecer, no momento do encontro entre duas pessoas, «uma relação “eu” e “tu”» (Buber, 1969).

Peplau (1952), no âmbito da sua teoria centrada no relacionamento interpessoal, considera a enfermagem como um processo interpessoal terapêutico e significativo que funciona em cooperação com outros processos humanos, a fim de tornar a saúde acessível aos indivíduos e à sociedade.

A prestação de cuidados ao paciente-cliente, de acordo com Travelbee (1982), é uma interacção planeada com objectivos definidos entre duas pessoas, e deve concretizar-se através do relacionamento entre essas duas pessoas: uma que precisa de ajuda – o paciente, um ser humano único que em determinado momento requer apoio – e outra que proporciona ajuda – o enfermeiro, um ser humano único, que adquiriu conhecimentos e habilidades específicas para cuidar dos outros e que se dispõe a fazê-lo, sendo através da comunicação interpessoal que ambos poderão atingir os seus objectivos.

Segundo Lazure (1994), a relação de ajuda é o eixo no qual gravita o conjunto dos cuidados de enfermagem, e os enfermeiros não podem contentar-se em aplicar técnicas de forma automática junto dos seus clientes, sem ter, de imediato, um

sentimento de alienação, devendo os cuidados prestados encontrar um ponto de apoio sólido em todas as dimensões da relação de ajuda.

A autora afirma ainda que, independentemente do campo de actuação dos enfermeiros, tanto o cliente como a família têm o direito de esperar que a relação de ajuda seja a base do exercício profissional da enfermagem, permitindo-lhes ser cada vez mais eles próprios, crescer na alegria, no sofrimento e, algumas vezes mesmo, no momento da morte (Lazure, 1994).

Mucchielli (1994) define relação de ajuda como um contacto profissional no âmbito do qual o cliente deve ser apoiado no sentido de conseguir o ajustamento pessoal a situações em que a adaptação se revela difícil, competindo ao profissional compreender o problema nos termos em que ele se coloca para o cliente, segundo a sua perspectiva e “existência singular”, e ajudá-lo a evoluir e a crescer como pessoa, em direcção a uma melhor adaptação social.

A relação exige solidariedade e cooperação, e sendo “uma forma de intercomunicação onde se cria uma ponte entre quem ajuda e quem é ajudado” deverá ser desprovida de preconceitos e de ansiedade, procurando construir acções conjuntas para resolver o problema.

Sendo dinâmica, “representa a construção de um novo meio ambiente para o cliente, graças ao qual ele procura mais eficazmente a solução do seu problema”, concretizando-se no apoio que recebe e que o ajuda a encontrar um melhor desenvolvimento, favorecendo assim uma evolução progressiva em que o cliente aprende a “assumir a responsabilidade de si mesmo”. (Mucchielli, 1994, p.14).

Nesta perspectiva, o profissional deve permitir ao indivíduo que pede ajuda, desenvolver um caminho no sentido da sua autonomia e do conhecimento de si próprio, esperando-se que o enfermeiro promova um ambiente favorável, onde o indivíduo sinta tranquilidade e confiança para expressar-se, pois o objectivo da relação de ajuda é dar ao indivíduo a possibilidade de identificar, sentir, saber, escolher e decidir se deve mudar (Lazure, 1994; Mucchielli, 1994).

Para Rogers (1977), a relação de ajuda é uma relação na qual pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e maior capacidade para enfrentar a vida, pretende-se “ajudar o outro a ajudar-se a si mesmo” (Rogers, 2000, p.11).

A Dimensão dos Utentes

Consistente com o posicionamento dos autores parece estar a vivência dos enfermeiros deste estudo, que consideram estabelecer uma relação de ajuda com os utentes em todas as situações de interacção em que promovem e atendem à satisfação das suas reais necessidades – necessidades que podem revestir o carácter de promoção do auto-cuidado e da autonomia, por exemplo –, configurando, nesta perspectiva, uma relação terapêutica (Lazure, 1994; Mucchielli, 1994; Peplau, 1952; Rogers, 1977; Travelbee, 1982).

“Sinto que é o melhor que se pode fazer a qualquer pessoa (...) sinto que é uma relação [a relação de ajuda] que se estabelece na base da confiança, da empatia, do respeito, do respeito pela dignidade do outro, (...) fundamentalmente importante quando se trata dos nossos utentes, das pessoas a quem prestamos cuidados, dos cuidadores (...)” (R2)

“Relação de ajuda é tentarmos satisfazer algumas necessidades de pessoas que estão numa situação de dependência e que não conseguem fazê-lo sozinhas, (...) é uma relação que poderá tornar uma pessoa, através dos nossos ensinamentos, (...) o mais autónoma possível, fazer com que ela não esteja dependente, ensiná-la a fazer. (...) Não é só substituir a pessoa naquilo que ela não consegue, porque isso torna-a dependente de nós, e eu prefiro tornar a pessoa independente. (...) Fazer com que ela numa situação de urgência (...) saiba resolver o problema, porque eu ensinei, isto para mim se calhar é mais importante do que substituí-la.” (R3)

“Para mim isso é que é uma relação de ajuda, tornar aquela pessoa o mais independente possível e saber que na minha ausência ela resolve o problema, ela ou o cuidador, (...) fazer mas também ensinar, e saber, que chega o sábado e o domingo, em que nós não trabalhamos, e aquela pessoa não entra numa ansiedade tremenda porque tem ali um penso e o penso descolou, e porque está repassado e ela não o sabe fazer. Nós temos que preparar as pessoas para actuar... é a grande relação de ajuda para mim.” (R3)

“É uma relação que vai favorecer as duas partes, tanto quem ajuda como quem é ajudado, e tem que ser uma relação que traga resultados efectivos, em que uma pessoa está numa determinada situação, desagradável, e há alguém que consegue ajudá-la a superar... é uma relação próxima...” (R4)

A fim de tornar efectiva a relação de ajuda, o enfermeiro deve comprometer-se com o utente, interessando-se por ele, pelos seus pensamentos, pela sua situação de vida, pelo seu sofrimento, e deve estar disposto a ajudá-lo a encontrar respostas para

situações passíveis de resolução, sendo também capaz de apoiá-lo nas situações que escapam ao seu controle e não podem ser modificadas (Travelbee, 1982).

“Quando digo nós, eu por mim falo, é porque falamos abertamente com os colegas, é uma situação que (...) está presente em todos os colegas (...) que vão tratá-la, e (...) que nós levamos para casa porque vemos o sofrimento dessa senhora, costumamos dizer que (...) precisa de um penso na alma, também, mas nós nem sempre podemos dar-lhe esse penso para a alma. (...) Lidar com estas situações mexe sempre muito conosco; não há nenhuma técnica que nos permita ajudar o outro destacando-nos inteiramente da situação.” (R1)

“A relação de proximidade com o doente é complicada, porque eles atiram-nos muito as vivências deles, os problemas, as dores, tudo para cima de nós, pronto, partilham, não digo que atiram, eles não atiram, eles partilham, e claro que a pessoa [a enfermeira] também começa a fazer parte desses problemas e disso tudo, e no meio daquilo tudo tenta dar o apoio (...) tentamos ser um suporte e ajudar o outro a sentir-se melhor também, na situação em que está.” (R4)

“Como enfermeira há áreas em que eu não consigo ajudar e então encaminho, e quando estabeleço essas relações sinto-me bem, sinto que consegui ajudar, que consegui fazer com que a pessoa adquira a sua autonomia e consiga tocar o seu dia a dia.” (R5)

“Os familiares ligam-se muito a nós e até os próprios doentes também, porque aqueles que têm capacidade para isso também se ligam bastante a nós, é como se fossemos, talvez, uma visita, um amigo, um familiar, que por vezes eles próprios não têm... é quase que... à espera que nós possamos lá ir visitá-los noutro dia...” (R6)

“Ao mesmo tempo sinto que, a maior parte das vezes, para eles [os utentes] o penso não vale nada, vale sim é aquilo de que eu lhes vou falar, o que lhes vou contar, como é que eu estou nesse dia, isso sim, é o que eles querem, perceber como é que eu estou fisicamente, acredite, se estou bem ou não, porque o penso... mais hoje ou amanhã é feito” (R7)

Mas os enfermeiros também têm a noção de que o conceito de relação de ajuda tem, na sua origem, uma abordagem psicoterapêutica, de ajuda estritamente psicológica.

“A relação de ajuda nós confundimo-la (...) o que nós fazemos no dia a dia é uma relação *aidante*, (...) uma relação de ajuda não no sentido terapêutico. A relação de ajuda no sentido terapêutico obriga a técnicas específicas, obediência a critérios muito especiais, a uma formação (...) que nós não temos.” (R1)

Têm também consciência de que, apesar de todas as dificuldades com que se confrontam, procuram centrar a sua atenção no utente, no aqui e agora da relação, tentando compreender o que ele comunica, identificar as suas necessidades e agir procurando ampará-lo nas suas decisões, orientando quando necessário, sendo terapêuticos.

“Eu encaro a morte como uma coisa natural, que faz parte do ciclo natural da vida, (...) e no Serviço de Urgência eu (...) não me alheava, eu envolvia-me muito, e ainda hoje isso acontece, e com os meus utentes em Cuidados Continuados acontece ainda mais porque há uma relação de proximidade, há uma relação de confiança, de respeito, uma relação de ajuda” (R2)

“Sinto uma vontade e uma disponibilidade de ajudar, mas às vezes dado o stress do trabalho, (...) é muito difícil estabelecer uma relação terapêutica (...) como devia ser, porque estamos sobrecarregadas de trabalho, e ter que chegar a todos, e ter aquele período [de tempo] para distribuir a todos, é um bocado complicado, (...) mas tento manter uma relação de proximidade profissional de forma a poder ajudar a pessoa no seu todo.” (R5)

A Dimensão dos Enfermeiros

Chalifour (1989) afirma que qualquer encontro entre duas pessoas, por mais rápido e banal que seja, gera em cada um dos intervenientes uma impressão e que a enfermeira em relação com o utente vive uma série de sensações psicológicas muito variadas.

A relação com os utentes e famílias coloca o profissional em situações de particular penosidade, como já referido anteriormente, que é sentida como um estado de desarmonia causado pela dificuldade em gerir a catadupa de sentimentos, muitas vezes ambíguos e contraditórios, que experiencia.

Os excertos das entrevistas que se seguem dão conta das dificuldades e da necessidade de apoio, na vivência dos enfermeiros:

“Os Cuidados Continuados têm uma componente muito específica, lida-se com sentimentos, com reacções, com dificuldades, dificuldade dos próprios cuidados, inerente aos Cuidados Continuados, e eu penso que é uma coisa fundamental, e é uma necessidade, é uma necessidade de todos [a partilha de sentimentos e de dificuldades] (...) e devíamos ter um psicólogo também, a

fazer parte da equipa, para ajudar a lidar com determinados sentimentos e emoções; para além do facto de a partilha de sentimentos e de dificuldades entre os elementos da equipa [de enfermagem] ser importante, eu acho que por vezes é necessária uma ajuda complementar, e um técnico especializado, um psicólogo, seria extremamente benéfico. (...) Portanto eu acho que é importante, exactamente, a formação de um grupo de suporte no seio da equipa, e especialmente nos Cuidados Continuados, que era importante a sua formação, para a abordagem de qualquer assunto.” (R2)

“As pessoas que não se conseguem defender tão bem, são mais sensíveis, sofrem muito, sozinhas, interiormente, entram em stress, e se tiverem alguém com quem desabafar conseguem libertar-se desse sofrimento que guardam interiormente e que não deitam cá para fora. E se houver alguém que nos apoie, alguém com quem possamos desabafar...” (R3)

“ (...) e precisamos, de facto, de ter alguém que nos apoie, porque nós não podemos sempre só dar, temos também de receber alguma coisa. Dar, dar, dar sempre..., não podemos. Há que ter alguém por detrás onde possamos ir buscar uma certa energia.” (R6)

“Estou aqui há 6 anos e quando vim para aqui tive alguma dificuldade na parte relacional com este tipo de doentes, de entrar em casa [deles], e não estava habituada, e ser um pouco eles que mandavam na situação, a casa é deles; (...) e então tive de me ir adaptando para não dizer aquilo que pensava... aprender a pôr-me no lugar do outro, porque aquele doente que está em casa sozinho e que não tem mais ninguém, e que está à minha espera, o meu atraso significa muito para ele; e às vezes eu chegar e ele ter uma resposta de que eu não gosto... se calhar ele tem razão, e tudo isto foi um processo de aprendizagem para mim, para me relacionar com as pessoas, e aprender que não era eu que tinha razão mas... que eles estão doentes e que está alterado o seu comportamento e que tem que se pensar um pouco mais neles, (...) e penso que hoje sou uma melhor enfermeira, sou uma melhor pessoa...” (R7)

“ (...) temos que dar muito de nós, e nem sempre é fácil, nem sempre estamos bem, temos os nossos problemas, e o que eu sinto é isso mesmo, é um dia de trabalho com estes problemas... e já tenho tido alguns conflitos com utentes, conflitos que se resolveram, (...) mas isto vai fazendo moossa, magoa, ficamos tristes...” (R7)

O acto de ajudar impõe exigências como dar do seu tempo, dar da sua competência, dar do seu saber, dar do seu interesse, dar da sua capacidade de escuta e compreensão, “dar um pouco de si”, porque não podemos dissociar a relação de ajuda das intervenções de enfermagem, visto que cuidar é ajudar e a principal razão da relação terapêutica é a ajuda que decorre da mesma (Lazure, 1994).

O enfermeiro encontra-se numa situação privilegiada para compreender a experiência do sofrimento, devendo seleccionar estratégias apropriadas para lidar com ele e controlá-lo (Benner & Wrubel, 1989), mesmo se esse sofrimento for o sofrimento próprio.

De acordo com Watson (1985), a satisfação da necessidade de exprimir os sentimentos está intimamente ligada com a promoção de uma vivência de bem-estar nos enfermeiros e com uma filosofia de cuidar humano que vê na pessoa uma entidade cujas múltiplas dimensões interagem de forma subtil, influenciando-se mutuamente e influenciando globalmente o seu estado de saúde e a sua qualidade de vida.

A autora refere que os afectos, as emoções e os sentimentos estão relacionados com os aspectos cognitivos e comportamentais das relações interpessoais que o enfermeiro estabelece, e que a inconsistência entre o que pensa e o que sente pode conduzir a estados de ansiedade, de stress, de confusão e até de medo, susceptíveis de alterar a compreensão, influenciar as atitudes e afectar o comportamento, comprometendo a qualidade das relações, e considera que os sentimentos devem ser tidos em consideração e a sua expressão permitida numa relação de cuidado humano (Watson, 1985).

Ao permitir-se e aceitar a expressão de sentimentos positivos e negativos o enfermeiro ajuda-se a si próprio na medida em que desenvolve a sua capacidade de auto-conhecimento e tende a criar um equilíbrio entre emoções, pensamentos e comportamentos. Por outro lado, esta abertura a si próprio é propiciadora da abertura aos outros, ajudando-o a desbravar os caminhos da tolerância e da compreensão (Watson, 1985).

Neste sentido, a importância da comunicação e da partilha como estratégia de coping com grande potencial de bem-estar, como estrutura de suporte emocional, é realçada pelos enfermeiros do estudo, e pode concretizar-se com os pares,

“É o conversar com o colega, é o dialogarmos entre nós, é o tentarmos compreender o porquê das situações, (...) é o tentarmos procurar no outro, no colega que está mais próximo de nós, o seu próprio sentimento da situação para pormos em pé de comparação com o nosso, e compreendermos o nosso ponto da situação.” (R1)

“ (...) e isso tocou-me muito, e aos alunos também, eles depois falaram sobre isso, nós depois falamos sempre, quando saímos da casa do doente, falamos sempre um bocadinho sobre o que se passou, sobre o que sentimos, sobre o que é que podíamos fazer ou não fazer (...) e evidentemente tento sempre falar com algum colega, e dizer, olha passa-se isto com este doente, para ver se ele tem alguma ideia mais que possa ajudar, alguma coisa de que eu não me tenha lembrado e que possa ser feita, ou então, algum consolo, que me diga: estás a fazer tudo o que é preciso... para eu ficar mais descansada... mas não é fácil.” (R4)

“Aproveitamos quando vamos almoçar, quando estamos um bocadinho juntos, desabafamos, falamos daquilo que sentimos, falamos daquilo que passámos (...) refiro-me aos nossos colegas mesmo, aos enfermeiros, (...) falar exactamente assim do que eu sinto quando vou almoçar, com alguma situação mais emotiva, isso falo com os colegas.” (R4)

“ (...) e com quem é que eu partilhava era com a Enfermeira Chefe, que de vez em quando lá ia e falava, e até cheguei a pôr a hipótese de desistir, porque (...) não estava habituada, (...) no hospital havia aquela equipa e nós podíamos pedir logo ajuda no momento, em qualquer situação grave, e ali no domicílio [do utente] não, teríamos que aguardar até ao final do turno... custou-me um bocadito, foi muito puxado não haver essa partilha, ter alguém para partilhar no momento (...)” (R6)

com os utentes,

“Às vezes a minha vontade é ficar na rua, porque na rua falo com as pessoas, (...) e as pessoas são humildes mas são muito humanas, são muito humanas nas relações, abertas a falar, sem outras pretensões, (...) são pessoas muito simples que pedem aquilo de que precisam, que falam naquilo que sentem, simplesmente, sem estarem a pensar no que podem obter através da conversa; e dou por mim a falar com idosos, eu que pensava que (...) ia ser cansativo falar com idosos, (...) e tem sido uma surpresa para mim, muito boa, muito enriquecedora, muito, muito, muito... não imagina quanto! Falar e simplesmente ouvi-los (...) ouvir e pensar... aquelas emoções todas que eles estão a ter ao contar-me isto tudo, é extraordinário estar a ouvir isto... E eu tenho uma doente que já pouco me tem para fazer, mas eu vou lá e sei que vou perder tempo, e tenho montes de coisas para fazer, mas não consigo sair de lá assim à pressa, porque ela conta-me as coisas com uma emoção tão grande, tão grande, de como é a vida dela... parece que sou eu que estou a sentir aquilo...” (R7)

com os seus familiares,

“Eu conversei com o meu marido, que é o que eu costumo fazer, desabafo muito com ele... ele também está a terminar a licenciatura em Enfermagem, também compreende, sabe escutar... e desabafei com ele que é o que faço sempre (...) tentei desabafar com a pessoa que me era mais próxima.” (R2)

“Não falei com mais ninguém... o dia passou... acabei por contar ao meu marido, porque eu não estava bem e ele perguntou-me o que é que se passava, e acabámos por conversar os dois, e no fundo desabafei com ele e falei-lhe um bocado daquilo que eu senti (...) porque é que tinha sido tão importante para mim aquela situação, (...) deu para ficar mais aliviada, por falar sobre o que se tinha passado.” (R7)

Na perspectiva dos enfermeiros o estabelecimento de uma relação de ajuda em benefício próprio, não só é desejável, como é útil e importante:

“Eu penso que seria útil, (...) não posso dizer que seria útil (...) no sentido de “sei do que falo”, mas penso que seria útil porque há situações difíceis, (...) situações de fim de vida (...) que vivemo-las de uma forma muito intensa, porque nos toca a todos nós. (...) Eu penso que uma relação de ajuda em certos casos, ter-me-ia certamente sido de ajuda, no sentido de ter gerido mais facilmente algumas situações, que demoraram (...) algum tempo, não direi que não foram resolvidas, mas que poderiam ter sido resolvidas mais facilmente, ou (...) talvez compreendidas de uma forma mais fácil e, levar a que o caminho tivesse sido mais breve.” (R1)

“Não é que nós não possamos geri-los [os sentimentos] enquanto profissionais e enquanto pessoas, mas uma ajuda é sempre uma ajuda. E é favorável sempre.” (R1)

“Se houvesse um grupo formal devia ser um grupo multiprofissional, devia haver alguém especializado em relação de ajuda, acho eu, que nos possa ouvir, (...) alivia um bocado o stress dos profissionais. (...) Eu tenho os meus problemas profissionais, e também tenho os meus problemas pessoais, e não posso desabafar com ninguém, portanto, era importante que alguém nos ouvisse também” (R3)

“Para mim a relação de ajuda era haver uma pessoa, que tivesse noções sobre isto, que trabalhasse, sobretudo que tivesse experiência de comunidade, muita experiência na relação com pessoas, pessoas difíceis, e experiência em trabalhar numa relação de ajuda, ter esse alguém que conseguisse falar comigo, que me conseguisse ouvir, pelo menos ouvir, e ajudar-me, ajudar-me simplesmente quando eu quisesse falar dos meus sentimentos, porque é que eu chorei, (...) porque é que eu respondi mal (...) que me ajudasse... (...) eu falava, eu desabafava, no dia seguinte... penso eu, de certeza absoluta que tinha mais força para voltar a ir ao mesmo sítio, tinha mais força psíquica também, não física, mas sim psíquica, para conseguir ajudar os outros também...” (R7)

Frequentemente, a ajuda efectivamente importante, naquele momento, é ser ouvido e aceite, sem julgamentos, sem juízos de valor e se isto acontece a pessoa

experiencia um sentimento de confiança e de partilha com alguém que a respeita enquanto pessoa na sua singularidade.

É este processo que designamos de relação de ajuda, e que “é tão gratificante e tranquilizador quando se tem alguém que no momento certo nos dá a ajuda de que necessitamos” (Nunes, 1999, p.69).

Também ajuda, na perspectiva dos enfermeiros, ser tratado como pessoa,

“Com estas pequenas palavras senti que alguém reparou em mim e que viu que eu estava a precisar também de ajuda. Só isto... e isto é muito confortável, muito, muito confortável pensar que alguém nos está a ajudar também e que existimos como pessoas, não simplesmente como enfermeiro que chega e tem que arranjar o material e tem que ir embora trabalhar... Mas há alguém que olhou e que pensa que temos que olhar pelos enfermeiros também. É bom... é bom sentirmo-nos cuidados.” (R7)

e que a organização do trabalho contribua para minorar as dificuldades do exercício,

“ (...) e depois a Chefe fez uma nova organização e assim já se vai em equipa, duas a duas, mesmo que vamos ao domicílio só uma, mas temos logo a outra, sabemos que falamos, e se de vez em quando temos uma situação em que a família está agarrada, bastante, pedimos logo ajuda no momento à outra colega para não ficarmos psicologicamente cansadas, agoniadas até, sem conseguir dar aquilo que nos querem... que eles estão a querer que nós façamos.” (R6)

“agora ultimamente andamos sempre acompanhadas, duas a duas, podemos partilhar as informações, dar apoio, mas naquele momento não... (...) Agora (...) gosto imenso de ir prestar cuidados no domicílio, adoro os cuidados continuados, adoro, pelo facto talvez de ter uma nova organização de trabalho, de partilha, e uma nova equipa, neste momento estou a gostar... estou a gostar bastante, como vê, ou falamos com a colega ou é com a Chefe com quem desabafo.” (R6)

“Por acaso agora, até temos, com a equipa como está, até conversamos mais, até por telefone, acredita? Até por mensagens.... Mandar uma mensagem eh pá, hoje o dia não foi lá muito bem, aconteceu isto mas já está resolvido... é um escapezinho até, só dizer isto, porque dantes nem isso, (...) porque aquilo que eu passo todas passam, penso eu, porque apanhamos as mesmas coisas, e nota-se que, quem trabalhou na rua, na comunidade, mal começamos a falar de tudo isto é como que abrir a torneira e deixar sair tudo, e falamos, e parece que estamos ali a desabafar agora, a aproveitar agora que podemos conversar sobre isso.” (R7)

de forma a que, ao sentirem-se cuidados, possam também eles cuidar melhor dos utentes, dos colegas, de si próprios.

“Ter-me-ia ajudado ter falado com alguém mais credenciado para poder (...) direccionar as minhas competências para aquelas pessoas de forma mais completa, o que nem sempre aconteceu. (...) Uma ajuda é sempre uma ajuda e quando nós estamos bem connosco próprios é muito mais fácil de ajudar o outro.” (R1)

“Trabalharmos numa equipa assim era muito importante, conversarmos muito, e a nossa equipa acho que precisava, precisava muito de conversarmos uns com os outros, com a Chefe, naquela atitude mais só de ouvir e de tirar as partes que marcaram, que magoaram mais, (...) e não valorizar outras situações sem importância; acho que sim, melhorávamos em todos os aspectos, como pessoas, como enfermeiras, como colegas, e faz muita falta trabalhar na equipa, sobretudo estas situações, para estarmos bem uns com os outros, enfermeiros, para podermos ajudar os doentes...

E o que eu sinto é que precisávamos muito de conversar sobre estas coisas, para nós melhorarmos e também para ajudarmos os colegas novos; (...) ainda há pouco aconteceu, veio uma colega nova que teve um episódio parecido com este; eu acho que nós estarmos ao pé dela e falarmos: olha, não te preocupes, isso resolve-se, aconteceu assim, não fiques triste, não tiveste culpa... ajuda muito, ajuda porque nos liberta um bocado do sentimento de culpa que... que pensamos que temos mas que não tivemos.

Porque se eu não estiver bem também não consigo ajudar muito... faço um esforço, o esforço é o dobro... para chegar ao pé dos doentes bem disposta, com um sorriso nos lábios, e a vida corre-me bem (...) mas no fundo, nós não estamos muito bem, e a vontade às vezes é de não vir trabalhar...” (R7)

Concluída a apresentação dos componentes essenciais que, na perspectiva dos enfermeiros que integram as equipas de prestação de cuidados na comunidade, constituem a estrutura de uma relação de ajuda, propomos uma tentativa de descrição estrutural geral, porque temos a consciência de que não pode haver uma leitura única e definitiva do material, e passaremos seguidamente a tecer algumas considerações no seu conjunto.

Descrição Estrutural de uma Relação de Ajuda para os Enfermeiros

Uma relação de ajuda é uma relação que se estabelece na base da confiança, da empatia, da compreensão, da aceitação e do respeito pela dignidade do outro e de si.

É uma relação que permite a liberdade de expressão e a partilha de sentimentos, de opiniões, de valores, de afectos, e onde se aprende a lidar com a diferença.

É uma relação que permite descobrir estratégias que ajudam a pessoa a gerir a sua forma de estar no mundo e que promove o bem-estar.

É uma relação que promove o auto-conhecimento proporcionando um olhar diferente na sua auto-estima que ajuda a afirmar-se como pessoa.

É uma relação que visa a satisfação das necessidades reais das pessoas e que promove a qualidade de vida.

É uma relação em que o enfermeiro trata o outro como pessoa, e se sente tratado como pessoa.

É uma relação em que o enfermeiro cuida do outro e se sente cuidado.

A relação de ajuda é uma relação de cuidado humano.

A relação de ajuda, na perspectiva dos enfermeiros deste estudo, assume um carácter dicotómico, o da relação em benefício dos utentes e o da relação em benefício dos profissionais, emergindo dos seus relatos os factores que, estando presentes favorecem a criação de uma relação de ajuda, e que estando ausentes a dificultam.

Da análise dos dados recolhidos, a relação de ajuda percebida pelos enfermeiros parece estar intimamente relacionada com o cuidado: cuidado para com o outro e cuidado para consigo próprio.

Porque ambos são pessoas, e o cuidado releva da atenção, atenção dirigida à pessoa, com intenção de ajuda, na situação que é a sua, dada a sua circunstância. (Hesbeen, 1997).

A arte de cuidar é uma actividade eminentemente humana transmitida através da cultura e da educação. É a actividade humana por excelência pois surge no seio da relação dialógica eu-tu, faz do homem aquilo que ele é, um ser de relação. O ciclo do cuidado percorre toda a nossa existência, somos cuidados, cuidamo-nos e zelamos pelo cuidado do outro.

Cuidar é actuar sobre o poder de existir, é possibilitar a libertação das capacidades de cada ser humano para existir, para viver, cuidar é definitivamente uma forma de promover a vida (Collière, 1996).

O processo evolutivo humano desenvolveu o sentimento, a capacidade de emocionar-se, de envolver-se, de afectar e de se sentir afectado.

Construiu o mundo a partir de laços afectivos que tornam as pessoas e as situações preciosas, portadoras de valor. Preocupamo-nos, dedicamo-nos, sentimos

responsabilidade pelo laço que cresceu entre nós e o outro, [“tornamo-nos responsáveis por aquilo ou aquele que cativamos”, nas palavras da raposa de Saint-Exupéry]. O cuidado abrange todos estes modos de ser.

Não temos cuidado, somos cuidado, e isso significa que o cuidado possui uma dimensão ontológica que entra na constituição do ser humano. Mostra como funcionamos enquanto seres humanos (Boff, 2001).

Erikson (1998) afirma que a necessidade de cuidado do ser humano é uma questão de sobrevivência e funciona como base de sustentação da personalidade. Sem cuidado não se sobrevive.

De acordo com Boff (2001) a palavra cuidado tem a mesma raiz da palavra cura, sendo usada, na sua forma mais antiga, num contexto de relações de amor e amizade, e surge apenas quando a existência de alguém adquire para a pessoa uma importância pessoal. Há dois modos básicos de “ser-no-mundo”: o trabalho e o cuidado, e no seu entender, o modo-de-ser-no-mundo que se realiza pelo cuidado não se opõe ao trabalho, mas confere-lhe outra tonalidade, pois a relação não se dá entre sujeito-objecto, mas entre sujeito-sujeito.

Boff (2001) salienta que o cuidado é uma constituição ontológica sempre subjacente a tudo o que o ser humano empreende, projecta e faz, sendo “a constituição ontológico-existencial padrão do ser humano, aquilo que entra na sua definição essencial e estrutura a sua prática.” (Heidegger, 2000). Se não nos basearmos no cuidado não conseguiremos compreender o ser humano.

O autor defende a existência de uma relação entre cuidado e compaixão, compreendendo o ser humano como um ser de cuidado e de compaixão (Boff, 2000, 2003).

Cuidar tem a sua raiz no interesse, na responsabilidade, na preocupação e no afecto e tem como desígnio o crescimento da pessoa.

É um processo que pode ser entendido como um conjunto de acções e comportamentos realizados no sentido de favorecer, manter ou melhorar a condição humana no processo de viver ou de morrer. É um processo interactivo, de desenvolvimento, de crescimento, que se dá de forma contínua ou num determinado momento, e que tem o poder de conduzir à transformação (Waldow, 1999).

Cuidar refere-se ao conjunto das actividades (processos e decisões directas ou indirectas de apoio), e das habilidades que visam assistir as pessoas (reflectindo atributos comportamentais de empatia, de compaixão, de protecção, de socorro, de educação e outros), e que deve ser adequado às necessidades, problemas, valores e metas das pessoas ou dos grupos a quem se dirige (Leininger, 1991).

Cuidar sublinha a atenção particular que se dá a si mesmo ou a outrem, a um objecto ou tarefa que se pretende realizar. No âmbito da saúde o cuidado designa essa atenção particular que se dá a uma pessoa que vive uma situação particular, com finalidade de ajuda, com o propósito de contribuir para o seu bem-estar, de promover a sua saúde (Hesbeen, 1997).

A expressão “cuidar de si”, que aparece na obra tardia de Foucault (1994), remete para a relação de ajuda, nomeadamente, a ajuda a si próprio como pessoa.

O cuidar de si mesmo refere-se ao cuidado que os cuidadores devem dedicar à sua própria pessoa, dado o desgaste que a função cuidar do outro provoca.

Foucault (1994) salienta que, para os gregos da Antiguidade, o preceito “tomar conta de si mesmo” era uma das regras de conduta da vida social e pessoal, um dos fundamentos da arte de viver.

Entende com isto, que o conselho “conhece-te a ti mesmo” só tem sentido se esta injunção estiver associada ao princípio moral “cuide de si mesmo”, uma vez que, estes dois princípios básicos da tradição neoplatónica precisam de ser resgatados para que haja uma ética de liberdade para o ser humano.

Para que este exercício da liberdade assuma a forma de um *ethos* belo, bom, louvável e que possa servir de exemplo, considera que é necessário todo um trabalho do sujeito sobre si mesmo. Ser livre significa não ser escravo nem de si mesmo, exercendo sobre si uma relação de domínio, poder, ou mando. Quem cuida de modo adequado de si mesmo, encontra-se em condições de relacionar-se, de conduzir-se adequadamente na relação com os demais (Foucault, 1994).

Na cultura greco-romana o conhecimento de si aparece como consequência do cuidado de si. No mundo moderno o conhecimento de si constitui o princípio fundamental.

O cristianismo actual baseia-se na máxima “conhece-te a ti mesmo e cuida do outro” com todas as implicações dela decorrentes, e que se concretizam na falta de

cuidado dos profissionais para consigo mesmos somada ao cuidado constante ao outro ou aos outros. Esta modalidade de cuidado “bem intencionada” não só priva as pessoas [os cuidadores] envolvidas dos seus potenciais de auto-ajuda, como também as conduz à vivência de crises conhecidas como burnout e similares (Foucault, 1994).

O autor relembra, como exemplo equilibrado do cuidado de si e do cuidado aos outros, os terapeutas de Alexandria, uma comunidade austera do início da era cristã, de cultura hebraica e periférica da cultura helenística, que se consagrava à leitura, meditação, preces individuais e colectivas, e a banquetes espirituais denominados *ágape*. Dedicavam-se ao cuidado do corpo assim como ao cuidado da alma ou do espírito pois consideravam a pessoa como um todo, de acordo com a antropologia semita. Dedicavam-se ao cuidado de si como condição para o cuidado de outros. (Foucault, 1994).

Steinkamp (2003) aprofunda a tese de Foucault no que concerne à máxima cristã “conhece-te a ti mesmo e cuida do outro”, salientando que a questão do conhecimento de si e do cuidado aos outros acarretou consequências, pois este tipo de actuação tornou-se paradigmático para todas as profissões de ajuda.

A este propósito, referindo-se ao não-cuidado de si subjacente naquela injunção, Boff (2001) descreve três patologias do cuidado: a negação, a obsessão e o descuido.

Na negação do cuidado, o cuidador trabalha frequentemente num ritmo frenético, desprezando os cuidados básicos consigo mesmo (e.g., alimentação, sono, lazer e descanso), simplesmente porque não se dá conta das suas próprias necessidades, situação que, *a la longue*, conduz a um embrutecimento pessoal e à consequente desumanização das relações interpessoais.

No cuidado excessivo, ou obsessão que leva ao narcisismo, o cuidador perde a perspectiva entre o cuidado de si mesmo e o do outro, passando a proteger-se de tal forma que prejudica o seu exercício profissional e as suas próprias relações. A relação de ajuda acontece de forma impessoal, técnica e comercial. O excesso impede a espontaneidade nas relações, pois o foco passa a ser a própria pessoa do cuidador e não o outro.

Boff (2001) afirma que um dos grandes desafios para a pessoa é justamente combinar trabalho com cuidado, compondo um modo-de-ser integral.

No descuido, ou na carência do cuidado, não se avalia o todo, o cuidador não se percebe como fazendo parte integrante do processo de cuidar. Não se dá conta de que, não estando bem, compromete o seu trabalho. Muitos profissionais, embora conscientes do seu cansaço, não alteram o ritmo, assumindo tarefas e responsabilidade para além das suas possibilidades, porque têm noção das necessidades e se empenham profundamente no que fazem, tratando-se a si mesmos com displicente descuido (Boff, 2001).

Nesta perspectiva do descuido consigo próprio, Remen (1993) refere que o papel de cuidador é mantido muitas vezes à custa de um alto preço para a pessoa, apontando para o facto de a incidência de doenças provocadas pelo stress, assim como o índice de divórcios e de suicídios, serem muito mais elevados entre os profissionais da saúde do que entre profissionais de outras áreas e o público em geral.

Na base está o facto de muitos profissionais assumirem com frequência uma postura reprimida, por acreditarem ser preciso suprimir determinados aspectos da sua natureza humana. A humanidade perde-se em prol da profissão, pois temem mostrar determinadas emoções e sentimentos, a dúvida, a fragilidade, os desejos e interesses estritamente pessoais ou tudo quanto possa ser visto pelos outros como uma falha (Remen, 1993).

Segundo a autora, os profissionais de saúde são pessoas que passam por profundas transformações resultantes do seu nível de conhecimentos, de uma preparação especializada e da sua experiência, são pessoas que se encontram diariamente expostas ao sofrimento, à dor, à doença e à morte, e para quem essas experiências não são mais conceitos abstractos, mas sim, realidades comuns, aspectos que representam uma oportunidade incomparável na obtenção de um profundo conhecimento e maior compreensão da natureza humana (Remen, 1993).

Convém contudo lembrar que o ser humano não foi “configurado” como uma máquina que pode despir-se dos seus desejos e necessidades (Remen, 1993), e que os profissionais da saúde são também seres humanos que possuem uma vida pessoal e familiar, dificuldades e alegrias, como todos os outros trabalhadores da nossa sociedade (Oliveira & Souza, 2001).

Assim sendo, é importante recuperar as várias dimensões da pessoa e melhorar a auto-estima e a qualidade de vida dos profissionais, possibilitando a sua adaptação a circunstâncias favoráveis e desfavoráveis, utilizando os seus recursos internos e facilitando a reflexão sobre o seu papel profissional, vínculos afectivos e mudanças necessárias (Oliveira & Souza, 2001).

Todavia e apesar da crescente consciencialização nesta matéria, Oliveira e Souza (2001) observam que continua a conceder-se pouca atenção às necessidades psicológicas dos profissionais de saúde.

As instituições de saúde encaram as perdas e o stress vividos pelos profissionais como um risco da profissão, [como “os ossos do ofício”] e não como um problema que pode e deve ser acompanhado. Implicitamente fica assumido que os profissionais não devem manifestar necessidades de preparação [formação para cuidar de si] e de suporte para poderem enfrentar as penosas condições do exercício profissional, tanto preventivamente como terapêuticamente (Oliveira & Souza, 2001).

As defesas psicológicas acabam por ser o principal meio, senão o único, utilizado na tentativa de resolução das dificuldades, ficando prejudicada a procura de estratégias mais eficientes e produtivas para abordar o sofrimento no local de trabalho. Salientam que poucos são os profissionais que têm disponibilidade para procurar ajuda de carácter pessoal (leituras, estudo, psicoterapia), e menos ainda os que mencionam a possibilidade de receber ajuda institucionalmente (Oliveira e Souza, 2001).

De acordo com Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) e Oliveira e Souza (2001), o ambiente de trabalho constitui um espaço vital, uma rede de significações individuais e colectivas, um conjunto de reacções contidas. A actividade profissional, sendo fonte de satisfação de necessidades das pessoas, não é apenas um modo de ganhar a vida, é também uma forma de inserção social onde aspectos psíquicos e físicos estão fortemente relacionados.

Sendo imprescindível para qualquer pessoa, pois determina a própria sobrevivência e condicionamento social do indivíduo, o trabalho pode constituir-se também como um factor de equilíbrio e de desenvolvimento, assumindo neste caso um poder estruturante, tanto ao nível mental como físico, sendo fonte de prazer e

mediador da saúde. Pode ser também factor de equilíbrio quando fornece a tensão mínima para manter os indivíduos vinculados e motivados (Dejours, Abdoucheli e Jayet, 1994; Oliveira & Souza, 2001).

Contudo o aumento desta tensão pode provocar a quebra de vínculos familiares, sociais e profissionais, e neste caso, o trabalho assume um carácter patogénico constituindo-se como vector de deterioração, de envelhecimento e de doenças graves (Dejours, Abdoucheli e Jayet, 1994; Oliveira & Souza, 2001).

Perante o exposto, parece então ser consensual para muitos autores, alguns dos quais já nomeados nesta pesquisa, e face aos resultados deste estudo assim como à nossa prática de enfermagem, que os contextos de trabalho na área da saúde impõem aos profissionais, e em particular aos enfermeiros, uma rotina carregada de elevado grau de stress, tornando penoso o exercício profissional.

O enfermeiro é um cuidador sob constante tensão e no que concerne às condições de trabalho, podemos dizer, com razoável segurança, que não são as mais favoráveis para a maioria dos profissionais. Os meios humanos e materiais escasseiam e o enfermeiro sabe que não tem os recursos adequados para satisfazer, de forma integral, as necessidades dos utentes.

Os enfermeiros partilham o ambiente organizacional, as condições de trabalho e o cuidado com o outro.

Todos têm como objecto de trabalho o ser humano, que é frequentemente uma pessoa doente, alguém atingido na sua integridade física, psíquica e social, alguém que expressa sofrimento.

Todos são obrigados a confrontar-se com a realidade diária da doença e da morte que lhes aponta a irremediável finitude.

Todos são obrigados a conviver com emoções e sentimentos (a frustração, a impotência, a revolta, a culpa, a tristeza, o mal-estar, a dor) e conflitos intensos presentes nos utentes, nos familiares e neles próprios.

Todos são compelidos a superar-se, carregando “fardos”, como forma de obter resultados satisfatórios.

Todos são desafiados na sua auto-estima perante expectativas de onnipotência que não têm.

Referindo-se ao cuidado que prestamos ao outro, São Borromeu (1538-1584) alerta-nos para o excesso ao recomendar “ (...) não descuides por causa disso o cuidado de ti mesmo, e não te dês aos outros até ao ponto de não restar nada de ti, para ti próprio”.

Afinal, como cuidam de si os enfermeiros?

Os testemunhos dos enfermeiros deste estudo fornecem uma forte argumentação acerca da forma como estes profissionais, no seu dia-a-dia, arranjam estratégias para gerir as emoções, os sentimentos e os conflitos decorrentes da sua prática, falam dos meios de que se socorrem para enfrentar o sofrimento do outro e o seu próprio, dão conta de como conseguem, e a que preço, “favorecer a transformação do sofrimento, e não a sua eliminação, em criatividade” (Dejours, Abdoucheli & Jayet, 1994, p.128).

Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) consideram que prazer e sofrimento são vivências subjectivas que implicam, num ser de carne, um corpo onde se exprimam e se experienciem, da mesma forma que a angústia, o desejo, o amor, aspectos que remetem para um sujeito singular, portador de uma história, sendo portanto vividos por qualquer um de tal forma que não pode ser, em nenhum caso, a mesma de um sujeito para outro.

Salientam que, *malgré tout*, vários sujeitos experimentando, cada um por si, um sofrimento único, são capazes de unir os seus esforços para construir uma estratégia defensiva comum, e defendem – para que o sofrimento possa ser transformado em iniciativa e mobilização criativa – ser fundamental a criação de um espaço de discussão, onde as opiniões se tornem públicas (Dejours, Abdoucheli & Jayet, 1994).

Na falta deste espaço público de discussão, facto amplamente sublinhado, os enfermeiros buscam o apoio, o suporte necessário, nos pares, nos familiares e amigos e nos próprios utentes, viabilizando a mobilização subjectiva através da comunicação e da partilha com o outro, aspectos que nos remetem para a clarificação do conceito de suporte social.

Dunbar, Ford e Hunt (1998) defendem que o suporte social é, actualmente, um dos principais conceitos na psicologia da saúde, tendo como objectivo aliviar o distress em situação de crise, prevenir o desenvolvimento de patologias e ajudar na recuperação quando a pessoa está doente.

Sarason, Levine, Basham e Sarason (1983) definem suporte social como a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam conosco, nos valorizam e gostam de nós.

Segundo Dunst e Trivette (1990), refere-se aos recursos ao dispor das pessoas e das unidades sociais (e.g., a família) como resposta aos pedidos de ajuda e de assistência.

Por sua vez, Cobb (1976) define suporte social como comunicação pertencente a uma de três classes: comunicação que conduz a pessoa a acreditar que é amada e que as pessoas se preocupam com ela; comunicação que leva a pessoa a acreditar que é apreciada e que tem valor; comunicação que leva a pessoa a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e de obrigações mútuas.

Na visão de Vaux (1988), embora o conceito seja amplo e abrangente mais parecendo um meta-conceito, identificam-se nele alguns aspectos comuns e básicos, como a existência de interações sociais e o objectivo de promover o bem-estar.

As interações sociais podem concretizar-se numa relação pessoa a pessoa (com um familiar ou confidente) ou numa rede social (grupos ou comunidades), e o bem-estar promovido parece advir do sentimento de protecção e de apoio e repercute-se na resistência aumentada aos efeitos do stress. Assim sendo, o suporte social é uma forma de relacionamento interpessoal, grupal ou comunitário que dá às pessoas um sentimento de protecção e apoio capaz de propiciar a redução do stress e o bem-estar psicológico.

Nesta perspectiva, Benner e Wrubel (1989) consideram que os enfermeiros constituem o melhor grupo de suporte social para os seus pares, na medida em que partilhando significados e expectativas comuns e encontrando-se submetidos ao mesmo tipo de stress, estão mais aptos a compreender e a acompanhar todas as vivências que decorrem do exercício profissional.

Rogers (1976) compreendeu profundamente que os indivíduos no seio de um grupo se deixam envolver mais fortemente por um clima terapêutico, e que o grupo, em si mesmo, é um organismo, um sistema auto-regulador, onde cada indivíduo é parte fundamental constituinte do todo, sendo simultaneamente um todo em si mesmo.

A atmosfera que caracteriza o grupo é semelhante à experimentada na Psicoterapia Centrada na Pessoa. Existe uma confiança no auto direcionamento do grupo, como a que se observa na relação terapeuta-cliente, e as pessoas têm toda a liberdade para exprimirem aquilo que sentem, havendo também "um maior feedback de uma pessoa para a outra, de tal modo que cada indivíduo aprende de que maneira é visto pelos outros e que efeito tem nas relações interpessoais" (Rogers, 1976, p.17).

Rogers (1976) considerava haver uma maior possibilidade de vivenciar a experiência do encontro [da relação de ajuda] num contexto de grupo, uma vez que acreditava que a necessidade psicológica que leva as pessoas para um grupo é "uma fome de qualquer coisa que a pessoa não encontra no seu ambiente" de vida, "é uma fome de relações próximas e verdadeiras, onde sentimentos e emoções possam manifestar-se espontaneamente, sem primeiro serem cuidadosamente censurados ou dominados". (p.21)

Caracteristicamente, todos os grupos de encontro possuem um clima de segurança psicológica que encoraja a expressão de sentimentos, sendo esta estimulada pelos membros do próprio grupo, e abrange sempre o envolvimento afectivo como um todo. O modo como o grupo se desenvolve é quase sempre imprevisível, mas segue, via de regra, um percurso auto-regulador e auto-dirigente revelador de grande criatividade, levando eficazmente a uma actuação terapêutica e catártica grupal, ligando os indivíduos do organismo colectivo, mesmo que haja uma ampla amálgama de sentimentos díspares em momentos críticos do encontro colectivo. Os grupos de encontro pretendem acentuar o crescimento pessoal e o desenvolvimento, o aperfeiçoamento da comunicação e das relações interpessoais (Rogers, 1976).

Segundo Rogers (1976), quando o material afectivo significativo emerge, as pessoas começam a exprimir os seus sentimentos imediatos, tanto positivos quanto negativos. Quanto mais expressões emocionais vêm à tona, maior é o desenvolvimento da capacidade terapêutica do grupo auto-regulador. As pessoas começam a fazer coisas que parecem ser de grande auxílio, que ajudam os outros a tomar consciência de sua própria experiência de uma forma não ameaçadora. O que o terapeuta bem treinado aprendeu a fazer durante anos de supervisão e prática, começa a emergir, de modo espontâneo, da própria situação.

Para terminar, não podemos deixar de nos deter também e de relembrar, a importância concedida pelos enfermeiros à experiência de ser tratado como pessoa, como “experiência que realmente ajuda” e que releva do reconhecimento, da atenção demonstrada por parte da organização do trabalho para com as necessidades destes profissionais, do cuidado, uma vez que cuidar representa mais que um momento de atenção, cuidar é, na realidade, uma atitude de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afectivo com o ser cuidado (Boff, 2000; Remen, 1993; Waldow, 1998).

Watson (1985) lembra que a necessidade de realização pessoal está relacionada com a auto-aprovação no desempenho de tarefas a um nível de competência que promove a auto-satisfação. Está igualmente relacionada com o reconhecimento e as reacções de outras pessoas, com o reconhecimento social das suas capacidades, assim como com a sensação interior de satisfação, encontrando-se ainda intimamente ligada ao conceito de motivação.

A realização profissional, como vertente da necessidade de realização da pessoa, constitui-se como um factor favorável na promoção da qualidade de vida dos enfermeiros, uma vez que sentir-se realizado e satisfeito com o seu trabalho, conduz a uma diminuição considerável dos níveis de stress, fenómeno benéfico e promotor de um estado de bem-estar (Watson, 1985).

Neste sentido, e de acordo com Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), o verdadeiro problema enfrentado pela organização do trabalho não consiste na eliminação do sofrimento, [causado pela organização do trabalho e pelas condições de trabalho], mas sim em propiciar condições aos profissionais para gerirem o seu sofrimento em proveito de si próprios – favorecendo o surgimento de sentimentos que promovem o bem-estar – e da organização, através da sua produtividade.

O desafio real consiste em definir as acções susceptíveis de modificar o destino do sofrimento [sob todas as suas formas] e favorecer a sua transformação (e não sua eliminação) em criatividade, uma vez que, se a organização do trabalho conseguir criar um ambiente favorável ao desenvolvimento da criatividade isso beneficiará não apenas o conjunto organizacional em termos de potencial inovador e a capacidade de enfrentar desafios e incertezas, como também será fundamental para o bem-estar psíquico da pessoa como ser organizacional.

Terminamos com a partilha de um texto que espelha a vivência dos enfermeiros.

A casa dos outros

“A D. Maria tem 47 anos... e um cancro do ovário. O marido, já reformado, quis satisfazer-lhe o desejo de não morrer no hospital. Têm uma filha, a acabar o curso na universidade: boa aluna, em altura de exames... precisa de estudar e a sua mãe está a terminar os seus dias de vida no quarto ao lado.

A D. Maria está em cuidados paliativos... e sabe disso! Já não quer comer, bebe apenas alguns goles de água. Tem um soro para que lhe possamos dar a medicação. Tem uma perfusão permanente de morfina, cuja eficácia não é total. A barriga... como descrever? Tem uma colostomia, que mal funciona... está inchada, como um balão que vai rebentar... e de facto, começa a rebentar: abrem-se fístulas espontaneamente e as fezes saem por todo o lado. O cheiro? Não consigo descrever! O corpo? Pele e osso, para ser mais exacta! Há metástases no fígado, no pulmão... a respiração é ofegante... já lá vão 5 semanas...

Diariamente desloco-me a casa da D. Maria, duas ou três vezes: para dar medicação, para cuidar daquela barriga... para falar com ela, para dar o apoio possível ao marido que tenta fazer o que sabe e o que pode.

O sofrimento? É grande... de todos! Mas eu sou enfermeira: não é suposto que me seja difícil ver o sofrimento dos outros!

Tudo se torna mais difícil quando estou a sós com a D. Maria, que me agarra na mão e me pede insistentemente... que termine com a vida dela! Os apelos são cada vez mais frequentes, mais desesperados: “Por favor! Se tem compaixão de mim, injecte-me qualquer coisa para terminar de vez com esta agonia! Pela sua felicidade, por favor, acabe com a minha vida...”

E eu tenho compaixão... mas nada posso fazer! A dor não se consegue controlar, é impossível cuidar dela sem lhe provocar ainda mais dores.

O que faz uma enfermeira? Vai-se embora, para casa, a sentir-se inútil... A sentir-se incapaz... A ouvir repetidamente aquele apelo... e a desejar, embora lhe custe muito, que a eutanásia fosse possível! Mas, se fosse possível... e a praticasse, como iria para casa?

Mas para quê falar disto?... Os enfermeiros não têm sentimentos!

Saio dali, continuo o meu trabalho domiciliário: agora entro numa barraca, onde chove dentro, onde há ratos, pulgas, lixo... onde o cheiro nos faz perder o apetite... O Sr. José tem 87 anos e vive sozinho. Tem uma úlcera varicosa. Tenho que fazer o penso. Não há água... nem sequer as mãos posso lavar. Passo-as por álcool à saída e lavo-as na casa do próximo utente.

Chove desalmadamente. Volto para o carro, pelo meio da lama. Carrego as malas do material para os cuidados.

Mas para quê falar disto?... A minha profissão não é penosa!...

Próxima paragem: D. Joaquina, 92 anos, vive numas águas furtadas, 5º andar, sem elevador. Subo as escadas de madeira, apodrecidas, obscuras, com medo que alguma tábuca se parta. Carrego com as malas do material...

A D. Joaquina vive com uma irmã, naquele espaço exíguo. Teve uma trombose. Tem úlceras de pressão. O tecto é baixo, inclinado, a cama está encostada à parede. Para lhe prestar cuidados tenho que me pôr de joelhos no chão e ficar inclinada.

Quando me tento endireitar as minhas costas doem... tenho as pernas dormentes... pego nas malas, desço as escadas... continua a chover... procuro o carro que tive que estacionar a 500 metros!

Mas, para quê falar disso? Os enfermeiros não se queixam...

Próximo desafio: a Helena! Toxicodependente... tem SIDA, continua a consumir... com sorte, ainda lá encontro o traficante em casa... mas as enfermeiras não têm medo!

Continuo: o Sr. Manuel é diabético, divorciado, tem 50 anos, foi amputado de uma perna, vive sozinho num 3º andar. Há 2 anos que não sai de casa: como fazer? Das poucas pessoas, com quem convive, são as enfermeiras! Precisa de conversar... como lhe dizer que ainda tenho mais 4, ou 8 pessoas e que não tenho tempo para estar ali a ouvi-lo? Mas para quê falar disso? Os enfermeiros só dão injeções e fazem pensos... tudo o resto é supérfluo!

Para quê falar da solidão do outro, da minha impotência, do pedido de eutanásia, da chuva, do frio, do sol, do calor, do mau cheiro, das minhas dores nas pernas, do material do penso a conspurcar o meu carro (a seguir vou buscar a minha filha à escola!), das dores nas costas, do medo, da insegurança, do ventre desfeito, da tristeza, da compaixão... Não, a penosidade e o risco devem ser uma ilusão minha... Não, as enfermeiras não choram! Mas sabem?... as lágrimas que mais doem são aquelas que não correm!”

In Histórias do quotidiano – Risco, Penosidade e Insalubridade – Uma realidade na profissão de enfermagem (2000)

CONCLUSÃO

L'homme de bien n'exige pas de l'autre qu'il soit parfait,
il l'aide à accomplir ce qu'il a en lui de meilleur.
Lao Tseu

A enfermagem é uma profissão que pela natureza da sua prática está exposta a riscos de vária ordem, que ultrapassando as atribuições normais e inerentes aos sadios preceitos de respeito pelo profissional, tanto no aspecto físico como no aspecto psíquico, podem desencadear processos patológicos que comprometem a qualidade de vida dos enfermeiros.

A penosidade relacionada com as situações do ambiente de trabalho, decorre obrigatoriamente do exercício profissional e comporta uma carga física e psicológica perturbadora, exigindo um esforço físico, psicológico, social, espiritual, permanente e suplementar.

A resiliência dos enfermeiros face a essas condições e os modos como confrontam os desafios a que estão expostos diariamente, constituíram a motivação geral para que, do universo de processos individuais e sociais relacionados com a adaptação a circunstâncias adversas, nos propuséssemos estudar o tema da relação de ajuda como estratégia favorecedora de cuidado humano.

Por acreditarmos que a compreensão desta experiência complexa pode influenciar a qualidade de vida dos profissionais e a qualidade das interações dos enfermeiros com os utentes, e por existirem lacunas na literatura disponível sobre a vivência de experiências de relação de ajuda por parte dos enfermeiros, e no mesmo sentido, sobre a sua percepção acerca dos componentes essenciais da estrutura de uma relação de ajuda, colocou-se a seguinte questão de partida da nossa investigação: na perspectiva dos enfermeiros que integram as equipas de prestação de cuidados na comunidade, quais os componentes essenciais da estrutura de uma relação de ajuda?

Pelo facto de a relação de ajuda ser conceptualizada como um fenómeno multifacetado partimos para este estudo com a assunção prévia da natureza multidimensional do fenómeno relação de ajuda, e com a percepção de que vários modelos de análise poderiam revelar-se com potencial enquanto recurso para a compreensão, apesar de colocarmos com maior incidência o nosso olhar na dimensão interpessoal e relacional dos enfermeiros no contexto da sua prática.

A descrição de situações de interacção com influência percebida na construção de uma relação de ajuda constituiu o objectivo das entrevistas realizadas com 7 enfermeiros seleccionados, e foi-se revelando ao longo de todas as entrevistas, e de cada uma delas, de forma gradual e integrada na sua história profissional.

Fomos também acedendo a uma maior compreensão da experiência de relação de ajuda dos enfermeiros na relação com os utentes e com outros profissionais à medida que, ao longo das narrativas os enfermeiros nos davam conta do sentido e da importância da relação de ajuda no contexto do seu exercício profissional, e à medida que, após as transcrições das entrevistas e no decurso do contínuo processo de análise e de interpretação, temas relativos aos significados da relação de ajuda para os enfermeiros se revelavam à compreensão do que, na sua relação com os utentes e com outros profissionais, a promovia ou não favorecia.

Assim, no processo de análise e compreensão dos relatos dos enfermeiros emergiram dois temas major que parecem configurar, dificultando e favorecendo, a construção de um processo de relação de ajuda, como estratégia promotora de saúde e qualidade de vida, e o seu significado.

São eles a penosidade decorrente do exercício profissional, e significações de relação de ajuda, enquadrando-se neste último a relação de ajuda/*relation aidante* dirigida ao utente e a relação de ajuda dirigida aos enfermeiros.

No âmbito daquilo a que chamámos penosidade decorrente do exercício profissional, emergiram os seguintes temas:

- As situações de vida dos utentes – em que a “com-vivência” com essas situações de vida torna penoso o exercício profissional dos enfermeiros, porque os interpela e os confronta na sua própria humanidade e os obriga, por força das circunstâncias, a experienciar emoções e sentimentos diversos causadores de

sofrimento. A penosidade não é uma condição inerente à própria profissão ou actividade profissional, mas depende sim das condições concretas do seu exercício.

- A escassez de recursos – integrando a dimensão “condições de trabalho”, a escassez de recursos, sejam eles de ordem material, disponibilidade de tempo ou humanos, é apontada pelos enfermeiros como um stressor que dificulta o seu exercício profissional, uma vez que, no âmbito de uma abordagem holística da pessoa, numa perspectiva de cuidado da pessoa, limita a sua capacidade de resposta às múltiplas necessidades dos utentes, despoletando a vivência de sentimentos desagradáveis, como a impotência, a culpa, a insatisfação, sobrecarregando os profissionais com “fardos” difíceis de transportar.

- A organização do trabalho – concerne ao não reconhecimento e às necessidades não satisfeitas pela organização do trabalho onde desenvolvem a sua actividade profissional, conforme revelam os enfermeiros deste estudo, nomeadamente a necessidade de se sentirem tratados como pessoas e a necessidade de comunicação e de partilha de emoções, sentimentos e experiências, como forma de suporte emocional.

- A vivência dos sentimentos – pela sua transversalidade no contexto da prática dos enfermeiros, merece especial atenção dada a carga emocional de desgaste, e as consequências para a saúde, que pode comportar. Os sentimentos (relacionados com o sofrimento sob todas as suas formas) vivenciados pelos enfermeiros geram-se na partilha das situações de vida dos utentes, geram-se na constatação da carência de recursos, geram-se no confronto com vivências de contradição, moral *versus* prática, que nega princípios éticos e valores pessoais levando ao sofrimento ético, tornam-se difíceis de gerir pela ausência de apoio emocional. Contudo, o ser considerado como pessoa – e o conseqüente reconhecimento da importância da satisfação das suas necessidades – por parte da organização, assim como a consciência de ser útil e de dar o seu melhor em prol da satisfação das necessidades dos utentes, contribui também para a vivência de sentimentos gratificantes, como referem alguns enfermeiros.

- A construção de defesas – decorre da vivência de experiências num contexto de dificuldades de vária ordem no âmbito do exercício profissional, o que leva os enfermeiros a sentirem-se muitas vezes desamparados face às situações, face aos

utentes e face a si próprios. A sensação de desamparo, que advém da consciência sobre a complexidade das situações, causa profundo desconforto interior, causa sofrimento, e os enfermeiros socorrem-se quer de estratégias de enfrentamento, adaptativas – comunicação e partilha com os pares, familiares, utentes – quer de estratégias de evitamento, defensivas, como o distanciamento emocional.

O segundo tema major identificado foi, como se referiu, o das “significações de relação de ajuda” onde se enquadra a relação de ajuda/relação aidante dirigida ao utente e a relação de ajuda dirigida aos enfermeiros.

- A relação de ajuda/relação aidante dirigida ao utente – os enfermeiros referem que a sua prática profissional tem como função promover a satisfação das necessidades dos utentes, recuperar, curar se possível, e ajudar no sentido de aliviar a dor, o trauma e o sofrimento, promover o auto-cuidado e a autonomia, e perspectivam a sua intervenção no contexto de uma abordagem holística da pessoa, que atende às necessidades da pessoa nas suas várias dimensões. Os enfermeiros deste estudo sentem que sempre que intervêm neste sentido junto dos utentes, estabelecem com eles uma relação de ajuda, não confinando a interação ao campo psicoterapêutico.

- A relação de ajuda dirigida aos enfermeiros – refere-se ao reconhecimento, por parte da organização do trabalho, da penosidade do exercício profissional e da importância da satisfação das necessidades dos enfermeiros, que resulta no sentimento gratificante de ser tratado como pessoa e não como máquina de prestação de cuidados; refere-se à possibilidade de comunicar e partilhar emoções e sentimentos positivos ou negativos, experiências, de reflectir sobre a prática, de ouvir e ser ouvido; refere-se à concretização desse reconhecimento através da criação de um espaço de suporte emocional. Em suma, a relação de ajuda em prol dos enfermeiros deste estudo refere-se a todas as estratégias que podem ser implementadas pela organização do trabalho de forma a tornar menos penoso o seu exercício profissional. A relação de ajuda é uma atitude de cuidado.

A compreensão a que acedemos no processo interpretativo dos relatos dos enfermeiros, permitiu elaborar uma descrição estrutural percebida como relação de ajuda, descrição que tem um carácter de tentativa em face da natureza da abordagem

ao fenómeno, permanecendo em aberto a possibilidade de outras interpretações dado não ser possível a existência de uma leitura única e definitiva do material.

Em jeito de síntese apraz-nos lembrar que:

Os profissionais de enfermagem convivem diariamente com desafios como a doença e a morte, que exigem para além do conhecimento científico e técnico e do domínio de um conjunto de habilidades, preparação e competência emocional para lidar com os sentimentos e a tensão que deles decorrem.

Os enfermeiros sabem-no.

Quando se faz uma análise tendo a pessoa como foco, as condições do trabalho em que ela está inserida são também foco de atenção e de análise. Assim é possível apurar a interferência das questões organizacionais no bem-estar dos trabalhadores.

A organização do trabalho sabe-o.

Ao terminarmos este relatório ficamos com a impressão de que a tarefa não está completa, de que muito há ainda a explorar e a conhecer. A isso obriga a complexidade dos fenómenos humanos, mas Morin (2000), ao afirmar que conhecer e pensar não é chegar a uma verdade absolutamente certa, mas dialogar com a incerteza, e que o conhecimento não é algo fechado e absoluto, mas aberto e recorrente, provisório, uma vez que a natureza em si mesma está em constante renovação/evolução, relativiza a nossa impressão.

Terminamos com a partilha de um texto, que em nosso entender, ilustra a profissão de enfermagem.

LENDA DA CRIAÇÃO DA ENFERMEIRA

Quando Deus criou a enfermeira, teve de fazer horas extraordinárias. Era o sexto dia e um anjo disse-lhe:

- Senhor, há muito tempo que trabalhais na construção deste modelo!

Deus respondeu-lhe:

- Já reparaste na longa lista de requisitos especiais inscritos na nota de encomenda?... O modelo tem de ser entregue sob a forma masculina e feminina, deve ser fácil de desinfetar, não necessitar de despesas de conservação e não pode ser de plástico. Ela deve ter nervos de aço, costas que resistam a toda a provação, sendo ao mesmo tempo dócil e graciosa, para se poder movimentar à vontade em quartos de serviço demasiado pequenos. Deve poder fazer cinco coisas ao mesmo tempo, tendo o cuidado de manter sempre uma mão disponível...

O anjo abanou a cabeça e disse:

- Seis mãos!... Isso é uma coisa impossível.

E Deus respondeu-lhe:

- A dificuldade não está aí. O que me preocupa são os três pares de olhos que deve ter o modelo padrão; dois olhos para ver à noite através das paredes, durante as velas, e para vigiar duas unidades; dois olhos atrás, na cabeça, para ver aquilo que não gostariam que ela visse, mas de que tem que ter absoluto conhecimento e, seguramente, dois olhos à frente que olham para o paciente e lhe dizem: “ - Eu compreendo-o, estou aqui consigo, não se preocupe.”.

O anjo puxou-lhe gentilmente pelo braço e disse-lhe:

- Senhor, ide descansar... amanhã de manhã continuareis.

- Não posso..., respondeu o Senhor; já consegui que raramente adoeça e que saiba tratar-se a si própria; que aceite que dez quartos duplos acolham quarenta pacientes, mas nunca que dez postos de trabalho sejam apenas providos com cinco enfermeiros; que goste da sua profissão, que exige muito dela, e não é nada bem paga; que saiba viver com horários irregulares e aceite ter poucos tempos livres...

O anjo andou lentamente à volta do modelo da enfermeira e suspirou:

- O material é demasiado mole...

Deus replicou:

- Mas é tenaz. Tu não imaginas tudo o que ela pode suportar...

- Sabe pensar?... Perguntou o anjo.

- Não só sabe pensar como sabe avaliar as situações e assumir compromissos, disse o Senhor.

O anjo inclinou-se sobre o modelo e passou-lhe o dedo pelo rosto.

- Tem aqui um defeito... Já vos disse Senhor que fazeis demasiadas experiências com o vosso modelo.

- É o sulco para a lágrima, explicou o Senhor. A lágrima que corre nos momentos de alegria e de tristeza, nos momentos de decepção, de dor e de desamparo. Essa lágrima única é a válvula de escape.

Autor desconhecido
Tradução livre

REFERÊNCIAS

- Amatuzzi, M. (1993). Etapas do processo terapêutico: Um estudo exploratório. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 9, 1-21.
- Amatuzzi, M. (1996). Apontamentos acerca da pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, 13, 5-10.
- Anderson, J. (1991). The Phenomenological Perspective. In J. Morse (Ed.), *Qualitative Nursing Research: A contemporary dialogue* (pp.25-38). Newbury Park: Sage Publications.
- Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness*. New York: Addison-Wesley Publishing Company.
- Bianchi, E. (2000). O enfermeiro hospitalar e o stress. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 4, 390-394.
- Boff, L. (2000). *Princípio de compaixão e cuidado* (3ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Boff, L. (2001). *Saber Cuidar: Ética do humano – compaixão pela Terra* (7ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Boff, L. (2003). *Ética e eco-espiritualidade*. Campinas: Verus.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação. Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Lisboa: Porto Editora.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (2003). *Qualitative Research for Education. An Introduction to Theories and Methods*. Boston: Ally & Bacon.
- Bozarth, J. D. (1998). *Person-centered therapy: a revolutionary paradigm*. Ross-On-Wye: PCCS Books.
- Bozarth, J. D. (2000). Quarenta anos de diálogo com as hipóteses rogerianas. *A Pessoa como Centro: Revista de Estudos Rogerianos*, 6, 22-42.
- Brodley, B. (1998). O conceito de tendência actualizante na teoria centrada no cliente. *A Pessoa como Centro: Revista de Estudos Rogerianos*, 2, 37-49.
- Brodley, B. (2000). Compreensão empática e sentimentos na terapia centrada no

- cliente. *A Pessoa como Centro: Revista de Estudos Rogerianos*, 5, 71-87.
- Brodley, B. (2000a). A presença na terapia centrada no cliente. *A Pessoa como Centro: Revista de Estudos Rogerianos*, 6, 48-77.
- Buber, M. (1937/1969). *Je et Tu*. Paris: Aubier.
- Buunk, B.P., De Jonge, J., Ybema, J.F. & Wolf, C.J. (1998). Psychosocial aspects of occupational stress. In P.J. Drenth, H. Thierry, P.J. Willems & C.J. Wolf (Eds.), *The Handbook of Work and Organizational Psychology* (2nd ed., Vol. 2, pp.145-182). Brighton: Psychology Press.
- Caplan, G. (1966). *Princípios de Psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers: une perspective holistique-humaniste*. Paris: Éditions Lamarre.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Collière, M.-F. (1996). *Promouvoir la vie :De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris: Masson
- Creswell, J.W. (1997). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among Five Traditions*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Dejours, C. (1980). *Travail: Usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*. Paris: Le Centurion.
- Dejours, C. (1993). *Travail: usure mentale. De la psychopatologie à la psychodynamique du travail*. Paris: Bayard.
- Dejours, C., Abdoucheli, E. & Jayet, C. (1994). *Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas.
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (1994). *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage Publications.
- Dunbar, M., Ford, G., & Hunt, K. (1998). Why is the receipt social support associated with increased psychosocial distress? An examination of three hypotheses. *Psychology and Health*, 13, 527-544.
- Dunst, C. & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In: S. Meisels & J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp.326-349). New York: Cambridge University Press.
- Erikson, E. H. (1972). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

- Erikson, E. H. (1998). *O Ciclo de Vida Completo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fineman, S. (2004). *Understanding Emotion at Work*. London: Sage Publications.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Foucault, M. (1994). L'ethique du souci de soi comme pratique de la liberté. In M. Foucault, *Dits et Écrits* (Vol. IV, pp. 708-729). Paris: Gallimard
- Freudenberger, H.J. & Richelson, G. (1980). *Burnout: The High Cost of High Achievement*. New York: Anchor Press.
- Gendlin, E.T. (1991). On emotion in therapy. In J.D. Safran & L.S. Greenberg (Eds.), *Emotion, psychotherapy and change* (pp.255-279). New York & London: Guilford.
- Giorgi, A. (1970). *Psychology as Human Science: A Phenomenological based Approach*. New York: Harper & Row.
- Giorgi, A. (1975). An Application of Phenomenological Method in Psychology. In A. Giorgi, C. Fischer, & E. Murray (Eds.), *Duquesne Studies in Phenomenological Psychology* (Vol. 2, pp. 82-103). Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Giorgi, A. (Ed.). (1985). *Phenomenology and Psychological Research*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Giorgi, A. (1986). Theoretical justification for the use of descriptions in psychological research. In P. Ashworth, A. Giorgi & A. De Koning (Eds.), *Qualitative Research in Psychology* (pp.3-22). Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28, 235-260.
- Giorgi, A. (2002). The question of validity in qualitative research. *Journal of Phenomenological Psychology*, 33, 1-18.
- Gobbi, S. & Missel, S. (1998). *Abordagem centrada na pessoa: Vocabulário e noções básicas*. Santa Catalina: Universitária UNISUL.
- Gordon, T. (1998). *Eficácia na liderança*. Lisboa: Encontro Editora. (Obra original publicada em 1977)
- Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. (1994). Competing Paradigms in Qualitative Research. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp.105-117). London: Sage Publications.

- Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. (1994a). *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park: Sage Publications.
- Gusmão, S. (1998). Empatia: Facto ou magia? *A Pessoa como Centro: Revista de Estudos Rogerianos*, 2, 50-56.
- Heidegger, M. (2000). *Ser e tempo* (2 vols.). Petrópolis: Editora Vozes.
- Helmstadter, G. C. (1970). *Research Concepts in Human Behaviour*. East Norwalk: Appleton Century Crofts.
- Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris: Masson.
- Hipólito, J. (1999). Biografia de Carl Rogers. *A Pessoa como Centro: Revista de Estudos Rogerianos*, 3, 13-24.
- Hipólito, J. & Nunes, O. (2000). Patologia somática grave: Um olhar da abordagem centrada na pessoa. *A Pessoa como Centro: Revista de Estudos Rogerianos*, 6, 95-101.
- Holloway, I. & Wheeler, S. (2002). *Qualitative Research in Nursing* (2nd ed.). Oxford: Blackwell Publishing.
- Ingers, M. (1994). *Paradigmas e metodologias de pesquisa em educação: Notas para reflexão*. Porto Alegre: Edipucrs.
- Jasper, A. M. (1994). Issues in phenomenology for researchers of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 309-314.
- Justo, H. (2002). *Abordagem centrada na pessoa: Consensos e dissensos*. São Paulo: Vetor.
- Kets de Vries, M.F. (2001). Creating authentizotic organizations: Well-functioning individuals in vibrant companies. *Human Relations*, 54, 101-111.
- Kuhn, T.S. (1962/1970). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Larga, S. (2001). Empatia e compreensão empática. *A Pessoa como Centro: Revista de Estudos Rogerianos*, 7, 65-76.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984a). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing.

- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda. Abordagem Teórica e Prática de um Critério de Competência da Enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.
- Leininger, M. (1985). *Qualitative Research Methods in Nursing*. Detroit: Grune & Stratton.
- Leininger, M. (Ed.). (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. New York: National League of Nursing.
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Lipp, M. N. (1996). *Pesquisas sobre o Stress no Brasil: Saúde, ocupações e grupos de risco*. São Paulo: Papirus.
- Lipp, M. N. (2000). *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. N. & Tanganelli M. S. (2002). Stress e qualidade de vida em magistrados da justiça do trabalho: Diferenças entre homens e mulheres. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15, 537-548.
- Mahfoud, M. (1987). A Vivência de um desafio: Plantão Psicológico. In: R.L. Rosenberg (Org.), *Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa* (pp.75-83). São Paulo: EPU.
- Maisonneuve, J. (1969). *Les sentiments*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The Cost of Caring*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Maslach, C. & Leiter, M.P. (1997). *The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mathieson, C.M. (1999). Interviewing the ill and the healthy: Paradigm or Process? In M. Murray & K. Chamberlain (Eds), *Qualitative Health Psychology: Theories and Methods* (pp.117-133). London: Sage Publications.
- McGrath, J.E. (1970). *Social and Psychological Factors in Stress*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Mendes, A.M. & Linhares, N.J.R. (1996). A defesa como estratégia frente ao sofrimento no trabalho: Um estudo com enfermeiros da UTI. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 49, 267-280.
- Mertens, D.M. (1998). *Research Methods in Education and Psychology. Integrating Diversity with Quantitative and Qualitative Approaches*. London: Sage Publications.

- Moos, R.H. (1986). *Coping with Life Crises. An Integrated Approach*. New York: Plenum Press.
- Moos, R.H. (1998). Life stressors and coping resources influence health and well-being. *Psychological Assessment*, 4, 133-158.
- Moos, R.H., & Tsu, V.D. (1977). The crisis of physical illness: An overview. In R.H. Moos (Ed.), *Coping with physical illness* (pp.3-21). New York: Plenum Press.
- Moraes, L. & Kilimnik, Z. (1994). *Comprometimento organizacional, Qualidade de vida e Stress no trabalho: Uma abordagem de diagnóstico comparativo*. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais.
- Morato, H. (1987). Abordagem centrada na pessoa: teoria ou atitude na relação de ajuda? In R.L. Rosenberg (Org.), *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa* (pp.24-44). São Paulo: EPU.
- Morato, H. (1999). *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: Novos desafios*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Morin, E. (2000). *A cabeça bem feita: Repensar a reforma, reformar o pensamento*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Morin, E. (2002). *A identidade humana*. Porto Alegre: Sulina.
- Morse, J. (1991). *Qualitative Nursing Research: A contemporary dialogue*. Newbury Park: Sage Publications.
- Morse, J. (1994). *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Morse, J. (1994). Designing Funded Qualitative Research. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp.220-235). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Morse, J. (2000). Determining sample size. *Qualitative Health Research*, 10, 3-5.
- Mucchielli, R. (1978/1994). *A entrevista não directiva*. São Paulo: Martins Fontes
- Murray Parkes, C. (1998). Facing loss. *British Medical Journal*, 316, 1521-1524.
- Nunes, O. (1999). Uma abordagem sobre a relação de ajuda. *A Pessoa como Centro: Revista de Estudos Rogerianos*, 3, 59-64.
- Nye, R. (2002). *Três psicologias: Ideias de Freud, Skinner e Rogers*. São Paulo: Thomson Pioneira.

- Oiler, C. (1982). The phenomenological approach in nursing research. *Nursing Research*, 31, 178-181.
- Oliveira, C. & Souza, T. (2001). Os desafios dos profissionais que enfrentam a morte como rotina. *Revista Prática Hospitalar*, 13, 66-71.
- Pagès, M. (1970). *Orientação não-directiva em psicoterapia e psicologia social*. São Paulo: E.P.U.
- Parse, R., Coyne, B. & Smith, M.J. (1985). *Nursing Research: Qualitative Methods*. Maryland: Brady Communications Company.
- Peplau, H. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. New York: Putnam's Sons.
- Petrone, L. (1994). *Qualidade de Vida e Doenças Psicossomáticas*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Portugal: Decreto-Lei n.º 53-A/98, de 11 de Março – Regulamenta as condições de atribuição dos suplementos de risco, penosidade e insalubridade.
- Prouty, G. (2001). *Evolução teórica na terapia experiencial centrada-na-pessoa*. Lisboa: Encontro Editora.
- Raskin, N. (1998). O desenvolvimento da terapia não directiva. *A Pessoa como Centro: Revista de Estudos Rogerianos*, 1, 64-80.
- Ray, M. (1985). A Philosophical Method to Study Nursing Phenomena. In M. Leininger (Ed.), *Qualitative Research Methods in Nursing* (pp.81-92). Detroit: Grune & Stratton.
- Remen, R. N. (1993). *O paciente como ser humano*. São Paulo: Summus.
- Riemen, D.J. (1997). The essential structure of a caring interaction: Doing phenomenology. In J.W. Creswell (Ed.), *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among Five Traditions* (pp.271-296). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Rogers, C. (1974). *A terapia centrada no paciente*. Lisboa: Moraes Editores. (Obra original publicada em 1951)
- Rogers, C. (1976). *Grupos de Encontro*. Lisboa: Moraes Editores. (Obra original publicada em 1970)
- Rogers, C. (1977). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Moraes Editores. (Obra original publicada em 1961)
- Rogers, C. (1979). *Psicoterapia e consulta psicológica*. Lisboa: Moraes Editores. (Obra original publicada em 1942)

- Rogers, C. (1987). *Um Jeito de Ser*. São Paulo: EPU. (Obra original publicada em 1980)
- Rogers, C. (1989). *Sobre o poder pessoal*. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1977)
- Rogers, C. (1992). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 827–832. (Artigo original publicado em 1957, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 21, 95–103.)
- Rogers, C. (1999). *La Relation d'aide et la Psychothérapie*. Paris: ESF Editeurs. (Obra original publicada em 1942)
- Rogers, C. (1999a). *Liberté pour apprendre*. Paris: Dunod. (Obra original publicada em 1969)
- Rogers, C. (2000). *Manual de Counselling*. Lisboa : Encontro Editora. (Obra original publicada em 1946)
- Rogers, C. (2001). *L'Approche Centrée sur la Personne. Anthologie de Textes présentés par Howard Kirschenbaum et Valerie Land Henderson*. Lausanne: Editions Randin. (Obra original publicada em 1989)
- Rogers, C. & Kinget, M. (1977). *Psicoterapia e Relações Humanas: Teoria e Prática da Terapia Não-directiva* (Vol. 1). Belo Horizonte: Interlivros.
- Rogers, C. & Rosenberg, R. (1977). *A pessoa como centro*. São Paulo: EPU.
- Rogers, C. & Stevens, B. (1991). *De Pessoa para Pessoa: O problema de ser humano*. São Paulo: Pioneira. (Obra original publicada em 1967)
- Rogers, C., Wood, J., O'Hara, M. & Fonseca, A.L. (1983). *Em Busca de Vida. Da Terapia Centrada no Cliente à Abordagem Centrada na Pessoa*. São Paulo: Summus.
- Rogers, R. & Salvage, J. (1988). *Nurses at Risk. A Guide to Health and Safety at Work*. London: Heinemann.
- Rosenberg, R. L. (1987). *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa*. São Paulo: EPU
- Rubin, H.J. & Rubin, I.S. (2004). *Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Sarason, I., Levine, H., Basham, R. & Sarason, B. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.

- Sartre, J.P. (1972). *Esboço de uma Teoria das Emoções*. Lisboa: Editorial Presença.
- Sartre, J.P. (1996). *L'existentialisme est un humanisme*. Paris: Gallimard.
- Schmid, P. (1999). Terapia centrada na pessoa: O estado da arte. *A Pessoa como Centro: Revista de Estudos Rogerianos*, 3, 33-41.
- Sells, S.B. (1970). On the Nature of Stress. In J.E. McGrath (Ed.), *Social and Psychological Factors in Stress* (pp.134-139). New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Selye, H. (1975). *Stress Without Distress*. New York: Signet.
- Scheeffler, R. (1976). *Teorias de aconselhamento*. São Paulo: Atlas.
- Schwandt, T. A. (2001). *Dictionary of Qualitative Inquiry*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Shlien, J. (1998). Empatia em psicoterapia. *A Pessoa como Centro: Revista de Estudos Rogerianos*, 1, 40-53.
- Shlien, J. & Zimring, F. (1970). Phenomenology and personality. In J. T. Hart & T. M. Tomlinson (Eds.), *New directions in client-centered therapy* (pp.95-128). Boston: Houghton Mifflin.
- Spiegelberg, H. (1971). *The Phenomenological Movement. An Historical Introduction*. The Hague: Martinus Nijhoff.
- Steinkamp, H. (2003). A relação entre cuidado de si e cuidado dos outros. In A.V. Scheunemann & L.C. Hoch (Orgs.), *Redes de apoio na crise* (pp.98-107). São Leopoldo: Escola Superior de Teologia.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park: Sage Publications.
- Streubert, H. & Carpenter, D. (1995). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Thorne, B. (1994). *Comprendre Carl Rogers*. Toulouse: Privat. (Obra original publicada em 1992)
- Travelbee, J. (1982). *Intervencion en enfermería psiquiátrica*. Colômbia: Carvajal.
- Valle, R. (1998). *Phenomenological Inquiry in Psychology: Existential and Transpersonal Dimensions*. New York: Plenum Press.

- Vasconcellos, E. G. (1998). *Tópicos de Psiconeuroimunologia*. São Paulo: Ipê Editorial.
- Vaux, A. (1988). *Social support. Theory, research and intervention*. New York: Praeger.
- Volich, R. M. (2000). *Psicossomática: de Hipócrates à Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Waldow, V. R. (1999). *Cuidado Humano: O resgate necessário* (2ª ed.). Porto Alegre: Editora Sagra Luzzato.
- Warshaw, L.J. (1979). *Managing Stress*. Massachusetts: Addison-Wesley Publications.
- Watson, J. (1985). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Boulder: Colorado Associated University Press.
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human Science and Human Care: A Theory of Nursing*. New York: National League for Nursing.
- Wengraf, T. (2001). *Qualitative Research Interviewing: Biographic Narrative and Semi-Structured Methods*. London: Sage Publications.
- Whoqol Group (1994). Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (Whoqol-100). *Revista ABP/APAL*, 21, 19-28
- Wood, J. (1994). *Abordagem centrada na pessoa*. Vitória: Ed. Ceciliano Abel de Almeida/UFES
- Zimring, F. (2000). Empathic understanding grows the person. *The Person-Centered Journal*, 7, 101–113.
- Zimring, F. (2000a). Carl Rogers. *A Pessoa como Centro: Revista de Estudos Rogerianos*, 6, 8-21.

ANEXOS

Anexo A

GUIÃO DA ENTREVISTA

1. INTRODUÇÃO

- Apresentação pessoal e profissional
- Tema do estudo e objectivo
- Agradecimento pela colaboração
- Pedido de autorização para audio-gravação
- Aspectos éticos:
 - Informação da possibilidade de interrupção da gravação e/ou da entrevista se o(a) entrevistado(a) assim o desejar
 - Garantia do anonimato
 - Informação sobre a utilização dos dados
- Duração provável da entrevista
- Informação sobre a possibilidade de novo contacto de *follow-up* e pedido de autorização para o fazer
- Espaço para clarificação de outras questões sobre a investigação

2. DESENVOLVIMENTO

- Pedido de descrição de experiências na prestação de cuidados de enfermagem no domicílio dos utentes
 - a - Descreva 2 ou 3 experiências em que prestou cuidados a pessoas nos seus domicílios e que considera particularmente significativas para si.
 - b – Como se sentiu ao ter de lidar com essas situações?
 - c - O que sente quando ouve falar de Relação de Ajuda?
- Pedido de preenchimento da ficha “Dados demográficos da amostra”
- Questões para clarificação e validação focalizadas nas seguintes áreas:
 - o significado da experiência
 - a vivência de sentimentos

3. CONCLUSÃO

Agradecimento

- Confirmação da possibilidade de entrevista de *follow-up* – não só para maior clarificação de dados recolhidos como validação de análise
- Confirmação da partilha de resultados (modos e local de acesso ao trabalho final)
- Espaço para verbalização de sentimentos relativos ao processo de entrevista e clarificação de dúvidas adicionais.

Anexo B

Entrevista nº _____

Data ____/____/____

DADOS DEMOGRÁFICOS DA AMOSTRA (caracterização)

Idade _____ anos

Género: ♀ ♂

Habilitações Literárias _____

Profissão _____

Experiência profissional _____ anos

Anexo C

Entrevista nº _____

Data ____/____/____

NOTAS DO TRABALHO DE CAMPO

(Contexto físico, clima e atmosfera da entrevista. Comentários relativos a aspectos da comunicação não verbal relevantes. Interpretação sobre o que foi dito. Sentimentos pessoais no decorrer da entrevista e após)