

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

VII Mestrado em Sociologia
Área de Especialização: Família e população

“ A Enfermagem e o Contexto do Trabalho Hospitalar:
O Caso do Hospital do Espírito Santo de Évora ”

Dissertação de Mestrado apresentada por:
Sílvia Manuela Guerreiro Mestre-Escola

Orientador:
Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva

“Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri”.

ÉVORA
Maio de 2005

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

VII Mestrado em Sociologia
Área de Especialização: Família e população

**" A Enfermagem e o Contexto do Trabalho Hospitalar:
O Caso do Hospital do Espírito Santo de Évora "**

Dissertação de Mestrado apresentada por:
Sílvia Manuela Guerreiro Mestre-Escola



155024

Orientador:
Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva

"Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri".

ÉVORA
Maio de 2005

Siglas e Abreviaturas

Cf. - Conforme

Dir. - Direcção

E - Entrevista

Et al. - e outros.

Ed. - Edição

EPI'S - Equipamentos de Protecção Individual

F - Frequência

Fls. - Folhas

HESE - Hospital do Espírito Santo de Évora.

HSST - Higiene, segurança e Saúde no Trabalho

n.º - Número

OMS - Organização Mundial de Saúde

Org. - Organização

REPE - Regulamento do exercício profissional dos Enfermeiros

Vol. - Volume

“ Imaginar a amplitude das contribuições já integradas ao campo da enfermagem é factor desafiante e provocativo. Sobretudo, ao se levar em conta os preconceitos, mitos, barreiras sociais e políticas que se interpõem ao progresso e desenvolvimento, tanto na área do saber como na do desempenho”.

Liliana F. Daniel (1987)

AGRADECIMENTOS

Ao professor Doutor Carlos Alberto da Silva pela sua disponibilidade, pelas valiosas sugestões, estímulo e interesse que manifestou ao longo da orientação desta dissertação.

Ao Professor Doutor Francisco Martins Ramos, pela amizade e comentários pertinentes no âmbito do Seminário de Investigação.

Aos profissionais de enfermagem que se disponibilizaram para participar no estudo, pelas opiniões, vivências e experiências que comigo partilharam.

Aos meus colegas e amigos pelos conselhos, pelo incansável incentivo, afecto e amizade.

À minha família, em especial aos meus pais, irmã e ao Pedro, por terem sido as pessoas que indubitavelmente mais perderam com este desafio universitário. Pelo seu inestimável apoio, pela compreensão das minhas ausências e aceitação das privações que elas lhe causaram.

A todos os que, directa ou indirectamente, contribuíram para que a realização desta dissertação fosse uma realidade, fica aqui registado o meu profundo agradecimento.

RESUMO

A Enfermagem é uma actividade antiga, a qual esteve relacionada com as praticas religiosas.

No século XIX, com Florence Nightingale, a enfermagem moderna surge associada a práticas modelares. Com ela, as praticas de saúde passam a analisar as acções de saúde, e em particular as de enfermagem.

A enfermagem, considerando o sistema político e económico actual, é encarada como uma actividade profissional institucionalizada. O seu vasto contexto de trabalho vai além dos cuidados curativos.

Hoje os enfermeiros são, por excelência, promotores dos cuidados de saúde na comunidade que integram, e dos seus próprios cuidados de saúde, independentemente da cultura organizacional estabelecida para desenvolver as suas actividades.

O presente estudo analisa o contexto do trabalho de uma instituição hospitalar, considerando as condições de trabalho existentes e a maneira como os enfermeiros promovem os seus cuidados de saúde na praxis diária, salienta ainda as expectativas dos enfermeiros tendo em conta a enfermagem actual.

**Nursing and Hospital's work context:
The case of Espírito Santo de Évora Hospital's**

Nursing is an ancient activity, which was connected with the religious practices.

In the 19th century, with Florence Nightingale, modern nursing appears associated to a practices model. With her, the health-care begins to analyze the health actions, nursing actions in particular. Nursing, considering the present political and economical system, is assumed as an institutionalized professional activity. Its large work context goes beyond the healing care.

Today nurses are health-care exquisite promoters in the community which they integrate, and their own health-care, independently of the established organizational culture to develop their activities.

This study analyses the work context of a hospital institution, considering the real work conditions and the way nurses promote their on health-care when dealing with daily praxis, and emphasis nurses expectations facing nowadays nursing.

ÍNDICE

	Fls.
<u>RESUMO</u>	6
<u>INTRODUÇÃO</u>	11
1 - <u>CARTOGRAFIA CONCEPTUAL</u>	16
1.1 - BINÓMIO SAÚDE / DOENÇA	16
1.2 - A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM.....	22
1.3 - AS CONDIÇÕES DO TRABALHO DE ENFERMAGEM NO MEIO HOSPITALAR	37
1.4 - PROMOÇÃO DA SAÚDE NO LOCAL DE TRABALHO.....	47
1.5 - O FUTURO DA ENFERMAGEM	61
1.6 - SÍNTESE DA PRESPECTIVA ANALÍTICA	65
2 - <u>METODOLOGIA</u>	68
2.1 - PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS DO ESTUDO	69
2.2 - TIPO DE ESTUDO	71
2.2.1 - <u>Histórias de Vida</u>	72
2.3 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	74
2.4 - UNIDADE DE ANÁLISE.....	77
2.4.1 - <u>Caracterização dos Actores Entrevistados</u>	79
2.5 - PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	82
3 - <u>A ENFERMAGEM E O SEU CONTEXTO DE TRABALHO</u>	88
3.1 - CONDIÇÕES E SITUAÇÕES DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS.	89
3.2 - PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ENFERMEIROS	114
3.3 - EXPECTATIVAS FUTURAS DA ENFERMAGEM	124
<u>CONCLUSÃO / RECOMENDAÇÕES PARA A ACÇÃO</u>	131
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	142
ANEXOS	156
Anexo I - <u>Guião de entrevista</u>	157
Anexo II - <u>Distribuição dos enfermeiros do HESE por Unidades Hospitalares e por categoria profissional</u>	160
Anexo III - <u>As duas Entrevistas mais significativas</u>	162
Anexo IV - <u>Categorização das entrevistas</u>	203

INDÍCE DE FIGURAS

	Fls.
Figura n.º 1 - A teoria de Nightingale e os quatro conceitos principais	18
Figura n.º2 - Rede de promoção da saúde / recuperação da saúde.....	52
Figura n.º 3 - Competências e modo de operacionalização	62
Figura n.º4 - Esquematização da actuação de enfermagem	64
Figura n.º 5 - Factores determinantes da prática hospitalar	139
Figura n.º 6 - Estratégias de intervenção	140

INDÍCE DE QUADROS

	Fls.
Quadro n.º 1 - Distribuição dos entrevistados por Sexo	80
Quadro n.º 2 - Distribuição dos entrevistados por Idade e Sexo	80
Quadro n.º 3 - Distribuição dos entrevistados por Anos de Serviço e Categoria Profissional.....	81
Quadro n.º 4 - Distribuição dos entrevistados por Grau Académico.....	82
Quadro n.º 5 - Grelha de análise	87
Quadro n.º 6 - Condições e situações de trabalho dos enfermeiros do HESE	89
Quadro n.º 7 - Promoção da saúde dos enfermeiros do HESE.....	115
Quadro n.º 8 - Expectativas futuras face à profissão de enfermagem	125

INTRODUÇÃO

A actual prática de enfermagem encontra-se associada a uma visão holística do individuo e do meio que o circunda, independentemente de estar associada a cuidados de saúde primários ou diferenciados.

A preocupação para com a qualidade dos cuidados prestados, assim como para com a melhoria dos serviços de saúde, fez brotar uma certa curiosidade relativamente às condições de trabalho dos enfermeiros, assim como às práticas em si, contudo “as características da maioria das instituições de saúde, as estruturas de organização, as múltiplas fontes de poder, os valores quantitativos centrados na produtividade tornaram-se, com a marcha do tempo, inadaptados ao crescimento e ao desenvolvimento da organização dos cuidados de saúde” (Costa, 2004:234).

Este aspecto influência em muito a prática diária dos enfermeiros nas instituições de saúde.

Apesar de muitas vezes considerada como uma profissão dependente da prática médica, a enfermagem tem vindo a preocupar-se cada vez mais com a sua autonomia.

Este processo, segundo Manuel Lopes “é marcado por um lado, pela dupla filiação, conventual e médica, e por outro, pela abertura de realidades teóricas decorrentes das ciências sociais e humanas” (Lopes, 1999:16).

Partindo deste pressuposto, Carlos Silva, defende a existência de esquemas contraditórios e paradoxais que atravessam o ambiente de trabalho (Silva, 2001).

Baseando-se no cuidar, tendo como base um saber científico, a prática de enfermagem sofre assim uma diferenciação face à prática médica.

Constatando que a realidade, em termos de saúde, segundo o Ministério da Saúde Português, constitui “um quadro de referência nacional a partir do qual é necessário estabelecer prioridades regionais e locais, de acordo com cada situação específica” (Ministério da Saúde, 1999:25), verifica-se que as

prioridades apontadas a nível nacional estão sobretudo direccionadas para a melhoria do atendimento dos utentes, onde é considerado não só o acesso aos cuidados de saúde, como o investimento na prevenção da doença e na promoção e protecção da saúde, e o combate à existência de desigualdades (Ministério da Saúde, 1999).

Todavia também existe uma preocupação governamental para com os profissionais de saúde, mais propriamente com a promoção da saúde nos locais de trabalho.

Assim, há que considerar a cultura organizacional existente nos diferentes serviços de saúde, como forma de compreensão do contexto de trabalho dos enfermeiros, tendo sempre presente a diversidade de práticas realizadas, tal como “o preenchimento de cargos administrativos, participar de actividades burocráticas e educativas, manipular eficientemente múltiplos e complexos aparelhos” (Daniel, 1981:1), tudo com a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados em enfermagem.

Esta preocupação para com os utentes deixa muitas vezes para segundo plano, a preocupação das condições de trabalho dos enfermeiros contando que a qualidade dos cuidados prestados se mantenham.

Desta forma, pareceu-nos importante abordar a temática do contexto de trabalho dos enfermeiros, não só como uma necessidade pessoal e profissional, enquanto enfermeira, mas essencialmente como meio de compreender o desempenho dos enfermeiros numa instituição hospitalar.

O estudo tem por base o contexto de trabalho dos enfermeiros do Hospital do Espírito Santo de Évora.

Neste âmbito, a pergunta de partida traçada para a realização da investigação foi:

- “Quais os factores que influenciam a prática dos enfermeiros no meio hospitalar?”.

Através desta questão pretendeu - se dirigir a pesquisa para a análise da prática da enfermagem, estabelecendo como principal finalidade:

- Conhecer o perfil cultural que modela a prática de enfermagem em contexto hospitalar.

Para dar resposta, foram traçados os seguintes objectivos específicos:

- Caracterizar os factores que interferem nas condições de trabalho dos enfermeiros no ambiente hospitalar;
- Analisar as estratégias profissionais e organizacionais sobre promoção de saúde no local de trabalho;
- Perspectivar as expectativas dos enfermeiros face ao desenvolvimento da sua actividade profissional em contexto hospitalar.

Sabendo que para a realização de toda e qualquer pesquisa torna-se fundamental delinear qual o caminho a seguir, utilizando para isso um “conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adoptados” (Gil, 1989:27), com o delineamento da nossa problemática, e o aparecimento dos nossos objectivos do estudo sentimos necessidade em realizar uma pesquisa bibliográfica adequada.

Esta foi efectuada a partir de livros e artigos científicos, que nos permitissem a construção de um suporte teórico, tendo como vantagem amplificar conhecimentos sobre a matéria.

Assim, a dissertação apresenta-se dividida em quatro partes. Na primeira parte da pesquisa serão apresentadas as principais linhas metodológicas, onde foi elaborado um quadro de referências, procurando fazer o paralelismo entre o binómio saúde/doença, baseando - nos no pressuposto de que “a nova noção de saúde tem em conta os factores sócio-económicos, rejeitando como ultrapassada a perspectiva que encarava a saúde como mero resultados de acções individuais, de actos médicos e de serviços de saúde” (Silva, 2002: 24), fazendo a sua ilustração através das correntes orientadoras da enfermagem, defendidas por Kérouac.

A exploração dos seus paradigmas, serviu-nos para um melhor entendimento da evolução do conceito em si e de todo o seu processo envolvente.

Seguidamente, abordamos a profissão de enfermagem, onde foram descritas as condições do trabalho no meio hospitalar.

Salientamos ainda a promoção da saúde no local de trabalho, estando conscientes de que esta “implica o desenvolvimento de uma cultura

organizacional dentro das empresas que considere o investimento na melhoria da saúde e bem-estar dos trabalhadores como fontes de ganhos sociais, de produtividade, de desenvolvimento económico e de satisfação pessoal e profissional”, tal como é salientado por Emília Nunes (2002:211).

Desta forma, exploramos os seus campos de actuação, e as principais estratégias a adoptar.

Optámos ainda por fazer uma descrição daquele que se pensa vir a ser o futuro da enfermagem.

Contudo, ao longo da execução deste ponto, estivemos sempre conscientes, que as leituras efectuadas poderiam servir, no decorrer do trabalho, como suporte argumentativo (Bell, 1997).

A segunda parte, engloba a metodologia seleccionada, partindo da reflexão da problemática e dos objectivos propostos.

O tipo de estudo, assim como o instrumento de recolha de dados utilizado, a unidade de análise, a caracterização dos actores entrevistados, assim como os procedimentos realizados para analisar os dados obtidos, também têm aqui cabimento.

Nesta perspectiva, utilizou-se a abordagem descritiva e exploratória, de um estudo de caso – história de vida, pelo que foi escolhido o paradigma qualitativo para a sua realização, tendo sempre presente que só com a “experiência humana, tal como ela é vivida, e tal como ela é definida por os seus próprios autores” (Polit, 1995:270), é que isso se torna possível.

De salientar a utilização da entrevista semi-directiva como método de eleição para a recolha de informação, com todos os procedimentos que lhe estão subjacentes, desde a elaboração das questões de investigação, à criação do guião de entrevista, assim como à aplicação do pré-teste.

Para uma melhor compreensão de como se efectuou a escolha dos actores para o estudo, descrevemos o meio que os circunscreve, e as suas próprias características.

Após a recolha da informação obtida, tornou-se necessário o tratamento e a análise da mesma.

Na terceira parte, intitulada como a enfermagem e o seu contexto de trabalho, serão apresentados e analisados os dados relativamente às condições de trabalho dos enfermeiros, assim como à promoção da sua saúde e às expectativas futuras que têm da enfermagem.

Por último, serão apresentadas algumas recomendações para a acção após a conclusão do trabalho.

1 - CARTOGRAFIA CONCEPTUAL

1.1 - BINÓMIO SAÚDE/DOENÇA

Desde os tempos mais remotos que o conceito de saúde surge sempre em paralelo com o de doença.

A saúde, inicialmente encarada como uma mera ausência de doença, é um bem inquestionável, constituindo a base de desenvolvimento pessoal, social e até produtivo.

A evolução do seu conceito e dos seus campos prioritários de actuação, tem sofrido algumas alterações, reflectindo uma tentativa de acompanhamento da própria evolução humana com todas as suas tecnologias, influenciando não só as atitudes dos profissionais de saúde, como a dos utentes ou até a própria organização dos serviços de saúde, exigindo “comunidades em que é possível nascer e viver em boas condições para a realização de potencialidades humanas individuais e colectivas” (Silva, 2002:24).

Deste modo o conceito de saúde propriamente dito, varia de indivíduo para indivíduo, de acordo com o próprio, com a sua cultura, com o meio em que está inserido e com a própria organização do país a que pertence.

Contudo torna-se imperativo salientar que “não é suficiente que cada pessoa, individualmente, tenha comportamentos saudáveis, nem que, socialmente, existam eficazes e acessíveis serviços de saúde” dado que, “a saúde está intimamente relacionada com o desenvolvimento económico - social e com a qualidade de vida da sociedade” (Silva, 2002:24).

Para se chegar a este ponto, poder-se-à dizer que, o grande marco evolutivo do conceito de saúde foi ter -se passado de uma perspectiva negativa-saúde (ausência de doença), para uma perspectiva positiva - saúde, englobando assim o meio envolvente do indivíduo também como principal responsável.

A saúde poderá ser considerada multifacetada, tendo facetas objectivas, subjectivas, etiológicas e sociais.

A sua faceta objectiva é a mais fácil de explicar pois está directamente relacionada com a funcionalidade orgânica, podendo ser respondida de imediato pela medicina.

A sua subjectividade abrange a promoção que cada indivíduo faz da sua própria saúde, na procura periódica ou não dos serviços de saúde.

A faceta etiológica tem a ver sobretudo com a perspectiva epidemiológica, estudando as causas que determinam a presença ou ausência de saúde num determinado povo, comunidade ou país.

Quanto à faceta social da saúde, esta existe porque a saúde é um direito, e a nível social o binómio saúde/doença, interfere na economia de qualquer país.

Poderemos assim dizer que saúde refere-se a uma circunstância humana que integra um certo dinamismo e uma certa adaptação, e tal como a doença estabelece-se ao longo da vida do indivíduo num determinado contínuo que oscila entre a perfeita saúde (considerada como uma utopia) e a morte.

Esse dinamismo poderá ser ilustrado, tendo como base as correntes de pensamento orientadoras da enfermagem.

Suzanne Kérouac, diz-nos que essas correntes estão divididas essencialmente em três paradigmas: " caracterização, integração e transformação " (Kérouac, 1994:3).

O paradigma da caracterização baseia-se em fenómenos divisíveis em que a primeira mudança em determinado fenómeno é sempre resultado de condições anteriores.

O mesmo autor diz-nos ainda que "os elementos e as manifestações estabelecem entre si relações lineares e causais" (Kérouac, 1994:3). Defende ainda que este paradigma inspirou duas orientações em enfermagem, uma centrada na saúde pública e outra na doença, tendo esta última resposta através da medicina propriamente dita.

A orientação centrada na saúde pública teve origem em meados do século XIX por volta de 1850 com a teoria defendida por Florence Nightingale, dando grande ênfase aos registos propriamente ditos.

Segundo Florence Nightingale, "os cuidados de enfermagem são baseados não somente na compaixão, mas igualmente na observação e

experiência, nos dados estatísticos, nos conhecimentos em higiene pública e em nutrição e nas competências administrativas” (Nightingale, 1885 cf. Kérouac 1994:5).

O conceito básico para Nightingale é o ambiente. Embora, tal como nos diz Júlia George, “ a sua tendência foi enfatizar o ambiente físico, mais do que o psicológico ou o social ”, no entanto, “ isso precisa de ser entendido no contexto da sua época e das suas actividades, como uma líder de enfermagem, num ambiente dilacerado pela guerra” (George, 1993:41).

A saúde, é assim considerada nesta época não apenas como o oposto da doença, existindo maior impacto sobre quatro conceitos essenciais: a enfermagem, a sociedade/ ambiente, o Homem / indivíduo e a saúde / doença.

Como se pode verificar através da fig.1, todos estes conceitos encontram-se relacionados entre si, causando impacto, uns sobre os outros.

Fig.nº1 - A Teoria de Nightingale e os Quatro Conceitos Principais



Fonte: Júlia B. George, 1993:43

Poderemos no entanto pensar na ideologia de Florence Nightingale como desactualizada, o que na verdade não se verifica. Por exemplo, no que se refere à saúde pública as suas ideias foram de tal forma inovadoras, que, tomando o seu processo evolutivo pode ser justificada pela nossa própria realidade, porque tal como nos diz Suzanne Kérouac, “ a necessidade de programas educativos de saúde, de prevenção de doenças infecciosas e de higiene industrial torna-se evidente” (Kérouac, 1994:5).

A orientação para a doença, surge de 1900 até cerca de 1950, num contexto “ marcado pela expansão do controle de infecções, quer dizer, da melhoria dos métodos de anti-sepsia e técnicas assépticas cirúrgicas” (Dollan et al., 1983 cf. Kérouac 1994:6).

O aparecimento das doenças transmissíveis, assim como a formulação do diagnóstico médico baseado na sintomatologia observável a partir das falências biológicas, tornam-se prioridade.

“As doenças físicas são então consideradas como uma realidade independente do ambiente, da sociedade e da cultura”, tal como nos refere Allan e Hall em 1988 (cf. Kérouac 1994:6).

Allan e Hall acrescentam ainda que “ a saúde é concebida como a ausência de doença (...) é um estado estável altamente desejável. A morte, como a doença deve-se combater a todo o preço” (Allan e Hall 1988, cf. Kérouac 1994:6).

Esta orientação, defende que a pessoa “ pode ser definida como um todo pela soma das partes, em que cada parte é reconhecível e independente”, tal como nos parafraseia Kérouac (1994:6).

O ambiente (físico, social e cultural) é aqui considerado como algo alheio à pessoa, e de uma forma geral é hostil ao ser Humano, surgindo uma única forma de controlo - a manipulação.

Poderemos então dizer que o paradigma da caracterização apresenta uma visão linear e unicausal, sendo os fenómenos divisíveis e os elementos mensuráveis, definidos, ordenados e sequenciais.

O paradigma da integração surge-nos por volta de 1950 até 1975, a seu respeito, Suzanne Kérouac diz-nos que este “ prolonga o paradigma da caracterização ao reconhecer os elementos e as manifestações de um fenómeno integrando o contexto específico em que o fenómeno se situa” (Kérouac, 1994:9).

Este paradigma encontra-se mais direccionado para a própria pessoa, apresentando um fenómeno contextual e variável em que os elementos são múltiplos com uma relação circular. É marcado essencialmente por dois factos principais: o desenvolvimento dos meios de comunicação e a emergência de programas sociais.

A pessoa continua a ser formada pela soma das suas partes, mas esta orientação defende que nessas partes “ estão interligados os componentes biológicos, psicológicos, culturais e espirituais ” (Kérouac, 1994:9).

É nesta fase que surge o conceito clássico e multidimensional de saúde defendida pela OMS " A saúde é não só a ausência de doença ou enfermidade, mas um completo bem-estar físico, psíquico, mental, emocional, moral e social" (Ferreira 1989, cf. Carvalho, 1996: 44).

Suzanne Kérouac, diz-nos ainda que " a saúde óptima é possível quando há ausência de doença e a presença de numerosos elementos que constituem a saúde. Consequentemente, a saúde é menos satisfatória quando há doença ou logo que muito poucos elementos que constituem a saúde estão presentes " (Kérouac, 1994:10), isto porque o ambiente e o meio em que a pessoa está inserida são o mesmo, existindo uma interacção entre o meio e a própria pessoa.

O terceiro paradigma (da transformação), tal como o seu nome indica originou uma certa revolução, Suzanne Kérouac referencia-nos nesta altura que, " a interacção dos fenómenos complexos é percebida como o ponto de partida duma nova dinâmica ainda mais complexa" e que " o paradigma da transformação é a base de uma abertura (...) para o mundo" (Kérouac, 1994:11).

Em 1978, através da OMS são então reconhecidas as necessidades de proteger e promover a saúde de todo o mundo através dos cuidados de saúde primários.

Lúsa Silva, faz referência que em 1979, após a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários de saúde, da qual resultou a declaração de Alma-ata, "Cuidados de saúde primários - são cuidados essenciais, assentes sobre métodos e técnicas práticas cientificamente válidas e socialmente aceitáveis, tornadas universalmente acessíveis a todos os indivíduos, famílias, grupos e comunidade, com a plena participação a um custo que a comunidade e o País possam suportar num espírito de auto - responsabilidade e auto - determinação. Representa o primeiro nível de contacto dos indivíduos, família, grupos e comunidade com o serviço Nacional de Saúde, aproximando tanto quanto possível os cuidados de saúde primários dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo interrupto de protecção sanitária", salientando desta forma que a saúde é "um direito fundamental e meta social mundial que exige vontade política,

participação organizada da população e responsabilidade e auto-determinação das pessoas" (Silva, 2002:25).

É nesta altura que cada indivíduo se torna responsável pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade em que está inserido tornando-se também, "um parceiro de igual valia que os profissionais de saúde" (Kérouac 1994:13).

Suzanne Kérouac, refere-nos ainda que a saúde "é concebida como uma experiência que engloba a unidade ser humano/ambiente. (...) não é um bem que se tem, é um estado estável ou uma ausência de doença" (Kérouac, 1994:13).

Martin, acrescenta-nos ainda que "a saúde integra-se mesmo na vida do indivíduo, das famílias e dos grupos sociais que evoluem num ambiente particular" (Martin, 1984 cf. Kérouac, 1994:13).

O mesmo autor diz-nos ainda que "a participação dos membros da comunidade em todas as actividades de planificação, de realização e de avaliação dos cuidados de saúde primários (...) é essencial" (Martin, 1986 cf. Kérouac, 1994:14).

A saúde "é por sua vez um valor e uma experiência visualizada segundo a perspectiva de cada pessoa. Faz igualmente referência ao bem-estar e à realização do potencial da génese da pessoa. A experiência da doença faz parte da experiência da saúde, e a saúde ultrapassa a doença sendo um aspecto significativo do processo de mudança da pessoa" (Kérouac, 1994:15).

Tomemos assim consciência que a saúde depende do próprio indivíduo, dependendo do meio em que o indivíduo está inserido de acordo com a sociedade e a cultura a que pertence.

A saúde não depende só dos profissionais de saúde, mas essencialmente de toda a comunidade, "também se aprende com os amigos, no grupo de pares, através dos meios de comunicação social, nos locais de trabalho e lazer, (...), no dia-a-dia e ao longo da nossa vida" (Graça, 1995: 3).

Cada indivíduo é um ser único com características próprias, no entanto, tal como nos diz Miguel Cunha, "cada pessoa tem o dever de preservar a sua própria saúde e não pôr em risco a dos outros" (Cunha, 1987:10).

Parafraseando Felismina Mendes, “a saúde tornou-se num super valor e numa finalidade que todos têm obrigação de tentar atingir” (Mendes, 1994:48), dado que “a saúde se encontra em tudo e tudo se encontra na saúde: falar de saúde representa hoje, para nós, uma das melhores maneiras de nomear e de reclamar a felicidade” (Herzlich 1986:1987).

1.2 - A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

A enfermagem é uma profissão antiga, apesar de só recentemente ser considerada como ciência, tal como a conhecemos hoje.

Normalmente associada ao papel da mulher na sociedade, a enfermagem esteve relacionada com práticas de saúde de diferentes etiologias.

Telma Geovanini deleita-nos ao afirmar que “Seja qual for o ângulo de análise, a retomada do passado vem demonstrar que as práticas de saúde – tão antigas quanto a humanidade (...). Foram influenciadas pelas doutrinas e dogmas das diversas correntes religiosas” (Geovanini, 2002:5).

Assim, a mesma autora justifica esta ideia, advogando a existência de seis tipos de práticas de saúde ao longo da evolução das práticas de enfermagem, nomeadamente: As práticas de saúde instintivas, as mágico - Sacerdotais, as do alvorecer da ciência, as monástico - medievais, as pós - monásticas e as do mundo moderno (Geovanini, 2002).

No que concerne às práticas de saúde instintivas, estas apresentam-se intimamente ligadas aos povos nómadas e às suas crenças. Neste âmbito as mulheres tinham um papel de extrema importância, uma vez que eram as principais responsáveis pela protecção dos filhos. Telma Geovanini explicita-nos estas práticas como as “ (...) acções que garantiam ao homem a manutenção da sua sobrevivência, estando na sua origem, associadas ao trabalho feminino”, acrescentando ainda que “a protecção materna instintiva é, sem dúvida, a primeira forma de manifestação do homem, no cuidado ao seu semelhante, pois, mesmo nas épocas nómades, quando as crianças eram sacrificadas por atrapalharem as andanças dos grupos em busca de alimentos, muitas foram salvas devido aos cuidados de suas mães” (Geovanini, 2002:7).

Seguidamente, antes da época filosófica, despertam as práticas de saúde mágico - sacerdotais. Nestas, “a prática de saúde associa-se à prática religiosa, numa luta de milagres e encantamentos contra os demónios causadores dos males do corpo e do espírito” (Geovanini, 2002: 8).

As práticas que Telma Geovanini considerou no alvorecer da ciência, ocorreram na época filosófica e passam “ (...) a ser um produto desta nova fase, baseando-se essencialmente na experiência, no conhecimento da natureza, no raciocínio lógico _ que desencadeia uma reacção de causa e efeito para as doenças - e na especulação filosófica baseada na investigação livre e na observação dos fenómenos, limitada, entretanto, pela ausência quase total de conhecimentos anatomofisiológicos” (Geovanini, 2002:10).

Quanto às práticas de saúde monástico - medievais, surgiram numa época de epidemias, em que as pessoas actuavam na prática de caridade aos outros por opção própria motivados pela sua fé cristã (Geovanini, 2002:13).

Apesar da perseguição cristã desta época, esta opção religiosa continuava em processo de crescimento, tendo de certa forma o apoio estatal, motivo pelo qual surgem os primeiros hospitais junto aos mosteiros ou igrejas.

Deste modo, “ (...) as ordens e as congregações passam a assumir a liderança na construção de hospitais e na assistência hospitalar, ligando definitivamente a prática de saúde aos mosteiros” (Geovanini, 2002:13).

Logicamente, se estes hospitais eram construídos nas proximidades das igrejas e dos mosteiros, a assistência aos monges e a outros membros do clero, era o seu principal objectivo. Contudo, devido aos povos peregrinos, às guerras e às epidemias existentes, a construção de outros hospitais tornou-se iminente, para que as práticas de saúde pudessem ser alargadas a toda a população, até mesmo à população mais carenciada (Geovanini, 2002: 14).

Tal como se pode constatar, as práticas de saúde monástico - medievais, eram efectuadas em hospitais com grandes carências devido ao panorama de guerra e miséria que lhe estava subjacente, motivo pelo qual eram efectuadas pela caridade da população, uma vez que nesta época existia uma grande preocupação com a salvação da alma ligada ao paradigma religioso.

Telma Geovanini ilustra esta época referindo que “Apesar da total falta de condições higiénicas e da manutenção da maioria dos hospitais medievais, eles subsistiam por meio de doações, oferendas e terras; também recebiam apoio dos poderes públicos, através da isenção de impostos, o que muito contribuiu para o enriquecimento da igreja”, salienta-nos ainda que as funções destes novos hospitais “ (...) consistiam em assistir os pobres e moribundos e em segregar os indivíduos infectados pelas doenças epidémicas que literalmente dizimaram populações inteiras neste período” (Geovanini, 2002: 14).

Com o princípio da renascença e do humanismo, a preocupação para com a experimentação e observação é uma realidade, dando origem às universidades.

Quanto às práticas de saúde, passam a ser cada vez mais da responsabilidade de leigos, prescindindo da sabedoria literária da igreja.

Esta época apresenta-se bem definida quando Telma Geovanini afirma que “as práticas de saúde, antes monásticas e enclausuradas, vão, cada vez mais, passando das mãos dos clérigos para as mãos dos leigos e, com a fundação das primeiras universidades, tornam-se, quase que totalmente, uma actividade leiga. Recebem ainda influência das escolas médicas, como a de Salerno, para onde convergiam todas as correntes dos conhecimentos antigos e contemporâneos de saúde” (Geovanini, 2002: 18).

Contudo, apesar da influência evolutiva da medicina, a enfermagem como profissão ainda não sofre qualquer tipo de consequências nesta época mantendo a ligação estreita entre os hospitais religiosos, motivo pelo qual “permaneceu empírica e desarticulada durante muito tempo, vindo desagregar-se ainda mais a partir dos movimentos de Reforma Religiosa e das conturbações da Santa Inquisição” (Geovanini, 2002:19).

A Inquisição, em paradoxo com as opiniões políticas, favoreceu a abnegação de alguns hospitais da religião. Outros, devido a este panorama de desentendimento acabaram por fechar, e “as religiosas que cuidavam dos doentes foram expulsas, sendo substituídas por mulheres de baixo nível moral e

social que se embriagavam, deixando os enfermos entregues à sua própria sorte” (Geovanini, 2002:20).

Com este panorama, a mesma autora, salienta-nos ainda que o hospital ficou negligenciado, passando desse modo a ser “um insalubre depósito de doentes, onde homens, mulheres e crianças coabitam as mesmas dependências, amontoados em leitos colectivos” (Geovanini, 2002: 20).

O meio hospitalar existente, associado ao baixo nível dos cuidados de saúde prestados, à posição da mulher considerada na sociedade como inferior, e às condições políticas existentes, os séculos XVI e XVII trouxeram para a enfermagem um certo desprestígio até muito recentemente, pois esta profissão era associada a quem a praticava (Geovanini, 2002:20).

Esta época não favoreceu a evolução da enfermagem em si, pois a profissão era exercida por uma ambiguidade de valores e crenças, deparando-se com uma dicotomia entre o mundo do trabalho manual e o mundo da intelectualidade.

As práticas designadas como de saúde do mundo moderno, apoiam-se no panorama anteriormente descrito.

Com o aparecimento de sociedades industrializadas e com o êxodo rural, as condições de vida das populações começam a alterar-se. Os défices existentes acabam por ser espelhados no aparecimento de algumas doenças transmissíveis e no aumento da mortalidade infantil, causando transtorno quer do foro político ou económico.

A preocupação para com a saúde aumenta “não como uma necessidade básica do indivíduo, mas como um modo da manutenção da produtividade” (Geovanini, 2002:22).

Segundo Telma Geovanini, para que a produtividade económica se verifique “O estado passa então a assumir o controle da assistência à saúde como forma de garantir a reprodução do capital, restabelecendo a capacidade de trabalho do operário. Cria uma legislação de protecção ao trabalho, com o fim de manter a população sadia e produtiva. Ao atender este objectivo, as práticas de saúde passam a absorver a ideologia dominante e a colaborar para a



manutenção da hegemonia e da relação de dominação/subordinação entre classes” (Geovanini, 2002:22).

A evolução da medicina verifica-se com significância, e com ela a enfermagem perde a sua indiferença, passando a existir durante muito tempo um paralelismo evolutivo entre ambas as categorias profissionais.

Telma Geovanini, referencia-nos ainda que, “Aliado aos interesses políticos, o avanço da Medicina vem favorecer a reorganização dos hospitais que agora irão desempenhar importante papel, não só como agentes da manutenção da força de trabalho, mas também como empresas produtoras de serviços de saúde” (Geovanini, 2002: 24).

As doenças infecto - contagiosas e a falta de pessoal específico para as práticas de enfermagem, tornaram nesta época uma dificuldade previsível na melhoria das condições de salubridade. Pelo que, até meados do século XIX, a enfermagem baseia-se num cuidar de sentido vasto, pois cuidava-se dos enfermos como se cuidava da família (Pais, filhos, avós, etc.), ou seja, os conhecimentos eram transmitidos de geração em geração, pela experiência vivida, sem qualquer fundamentação científica.

Quando surge a guerra da criméia (1854 - 1856), Florence Nightingale, é convidada para trabalhar junto aos soldados, na prestação de cuidados dos soldados feridos. Considerada como a pioneira da enfermagem actual, devido às suas crenças, Florence Nightingale, reuniu algumas mulheres e transmitiu-lhes a sua experiência.

Nesta altura, a enfermagem deixa de se preocupar apenas com a parte curativa (com a doença por si só) e, começa a preocupar-se com outros aspectos, como é o caso do ambiente, que tal como nos salienta Júlia George “ (...) é visto como todas as condições e influências externas que influenciam a vida e o desenvolvimento de um organismo, sendo capaz de prevenir, suprimir ou contribuir para a doença ou a morte” (George, 1993: 39).

Segundo Lucília Nunes, esta etapa da enfermagem defendia a enfermagem como sendo a “assistência ao processo reparador natural e defendia a sua aplicação ao doente e ao saudável, pela homogeneidade de leis implicadas” (Nunes, 2003: 19).

Pela primeira vez, em 1860, começa-se a estabelecer uma relação estreita entre o paciente e a natureza, e alguns factores que podem interferir nessa mesma harmonia, como é o caso do ambiente físico, o ambiente psicológico ou o ambiente social, dá-se a primeira revolução na enfermagem e com ela o aparecimento formal da enfermagem moderna (Nunes, 2003).

Passa-se a considerar a enfermagem como uma profissão em que “O uso sistemático de teorias ou modelos de enfermagem proporciona uma estrutura e uma disciplina”, tal como nos evidencia Júlia George (1993: 315). Cerca de 1931, o modelo preconizado por Nightingale era designado num periódico profissional nacional como o modelo perfeito, tornando-se dominante na prática em algumas instituições como é o caso da liga das sociedades da cruz vermelha (Nunes, 2003).

Nesta fase, a abordagem da enfermagem era feita tendo por base um grupo de indivíduos indiferenciados constituído por pessoal hospitalar ou pessoal de asilos (Nunes, 2003), subjugados à profissão de medicina e à hierarquia católica, uma vez que ao ser praticada por mulheres, estas deparavam-se com uma dualidade de prioridades entre a sua fé católica e o seguimento das ideologias médicas, pois tal como nos salienta Manuel Lopes “os detentores de uma profissão eram aqueles que, pelo acesso à escrita, tinham um lugar determinado na hierarquia dos poderes reguladores da sociedade, tais como os padres, e os funcionários, ou pró sugestão destes as mulheres consagradas” (Lopes, 1999: 32).

Se considerarmos que as mulheres consagradas eram consideradas como aquelas que “faziam profissão de fé”, tal como nos elucida Manuel Lopes (1999:32), então, a dualidade acima referida fica-nos translúcida, podendo até culpabilizá-la pela origem da diferenciação entre a Enfermagem laica e religiosa (Nunes, 2003).

Quando a enfermagem surge não só dependente do enfermo, mas também com uma preocupação para com o ambiente, começou a evidenciar-se a necessidade de formação adequada.

Em Portugal na cidade de Coimbra, em 1881, principiou-se uma etapa nacional com o primeiro curso de enfermagem.

Nos Hospitais da universidade de Coimbra, administrados por Costa Simões existia uma opinião desfavorável acerca dos trabalhos executados pelas irmãs de caridade nos hospitais franceses, com excepção para as parisienses que teriam fundado uma escola para educação prática dos enfermeiros.

Esta opinião favoreceu o aparecimento de uma escola de enfermeiros nos Hospitais da Universidade de Coimbra, com o objectivo de melhorar a instrução dos enfermeiros, e não de substituir as irmãs de caridade. De forma a diferenciar o pessoal de enfermagem, incutiu-se no curriculum escolar da época uma inovação: a existência de uma cadeira de serviços de enfermagem que talvez pudéssemos equiparar com os ensinamentos clínicos actuais e três cadeiras preparatórias, consideradas como estranhas, visto que não era habitual haver parte teórica na praxis da enfermagem. Contudo a preocupação referente a esta última foi tão evidente que houve uma certa necessidade em construir um manual com a compilação dos apontamentos das aulas.

A experiência foi seguida por todo o país, abrindo posteriormente: No Porto (1886), a Escola de Enfermeiros no Hospital de Santo António da Santa Casa da Misericórdia; Em Lisboa (1887), o Curso de Enfermeiros regido por Artur Ravara e ligado ao Hospital de S. José e o Curso de Enfermeiros no Hospital da Marinha (1887) (Nunes, 2003).

Esta transição dá azo à mudança da metodologia de trabalho, uma vez que deixa de prevalecer um trabalho executado por pessoal indiferenciado, existindo assim uma dissociação entre o trabalho de enfermagem e a lida doméstica, ou seja passa-se da enfermeira que estava à cabeceira do doente com uma postura caridosa que fosse capaz de executar as tarefas preceituadas pelo médico, desempenhando igualmente algumas tarefas designadas na altura como domésticas, que não era mais do que actualmente designamos como trabalho administrativo ou burocrático, para a enfermeira auxiliar do médico na luta contra a doença e a morte (Nunes, 2003).

Esta balbúrdia de mudanças existente nesta época pode ser registada, tal como nos diz Lucília Nunes, pelo "contexto técnico e organizacional que então se começou a viver, isto é, a institucionalização da medicina e as respectivas consequências, como a crescente complexidade dos cuidados de saúde e a

valorização da vertente administrativa e organizacional do sistema hospitalar” (Nunes, 2003:26), verificando-se uma menor duração das doenças e por conseguinte menores custos para as instituições hospitalares devido ao menor tempo de internamento dos doentes.

A enfermagem, passa assim a ter no final do século XIX uma dualidade prevista: a religiosa e a médico-técnica.

Respeitante à primeira, está relacionada com o servir um ideal, seguir uma vocação, onde prepondera o peso de uma herança de um modelo religioso. A enfermagem médico-técnica passa a relacionar-se com a capacidade de execução, existindo uma submissão à autoridade, ou seja ao modelo médico.

Contudo, nesta segunda metade do século XIX, existiram um conjunto de situações e de factos que ajudaram à profissionalização da enfermagem, nomeadamente:

- A Revolução Francesa, que ajudou no processo do pensamento científico na área da biologia, física e química e por conseguinte da enfermagem;
- A preocupação em divulgar as diferentes experiências;
- A abertura de Escolas que começaram a preparar enfermeiras aptas para trabalhar tanto em hospitais como na comunidade.

Todavia, a importância de iniciativas de carácter alargado no campo da saúde surge com o século XX, nomeadamente com o primeiro congresso Português de beneficência, que valorizou em 1905 a forma de tornar as Misericórdias como organizações centrais e reduzir o número de instituições de assistência.

Em 1901, abriu a primeira Escola Profissional de Enfermeiros, também com duas partes distintas, uma direccionada para aspectos clínicos e outra para os aspectos funcionais, considerada como um dos principais marcos da enfermagem, pois pretendia-se formar verdadeiros enfermeiros, incentivando-os a participar em formações suplementares para as quais havia muito pouca disponibilidade.

Em 1902, a Misericórdia do Porto criou um grupo de enfermeiras domiciliárias (Nunes, 2003).

É nesta fase que a profissão de enfermagem começa a seleccionar indivíduos específicos para o ingresso à profissão. Podendo ser de ambos os sexos, os indivíduos deveriam ser de maior idade (mais de 18 anos), e com menos de 25 anos, mas tinham que ser detentores do 2º grau da instrução primária (que normalmente só era completo por indivíduos do sexo masculino), com o exame efectuado.

A instrução recebida era de dois anos de técnica, de forma a capacitar os indivíduos a trabalhar na área hospitalar (Rebelo, 2002:6).

Devido aos movimentos sócio - políticos que se verificaram e "no culminar do clima pouco favorável, a perseguição religiosa aumentou e foi ordenado o encerramento de muitas casas religiosas (...) a secularização do ensino e da saúde foram áreas de grande atenção, na sequência da ideia política de separação Estado - Igreja", tal como nos salienta Lucília Nunes (2003:43).

Contudo, a Santa casa da Misericórdia (com excepção da de Lisboa) e a Santa casa dos Irmãos da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus no Telhal, mantiveram o seu funcionamento objectivando o apoio aos militares que regressavam da primeira guerra com doença mental, e às vítimas das epidemias de pneumonia.

Estas duas instituições deram mais tarde origem aos serviços de saúde militar (Nunes, 2003).

Em detrimento da evolução sócio - política verificada em Portugal, nos anos trinta, mais propriamente entre 1932 e 1934, com a institucionalização do Estado Novo que acaba por ser " a concretização da superação contra - revolucionária do liberalismo", tal como nos salienta Lucília Nunes (2003:64).

Surgem assim, o movimento sindical, tendo em 1931 (pré Estado Novo) sido inaugurada oficialmente a sede do Sindicato Profissional dos Enfermeiros da região Sul, seguido do da região Norte (1933).

Durante o estado novo (1933), tal como nos referencia Jorge Rebelo, "os enfermeiros sofrem a exemplo de outros profissionais uma terrível perseguição, com a deportação e expulsão dos hospitais de todos os que, de uma forma ou de outra, tivessem levantado a voz no sentido de melhorar as condições de vida", isto porque "os mentores executores do estado novo definiam que a

solução da assistência levaria logicamente a buscar a solução do problema da assistência mais no desenvolvimento das suas formas privadas do que no luxuriante vegetação de organismos públicos, burocratizados, estatizados, ou seja mecânicos e inertes” (Rebelo, 2002:10).

Em 1941/1942 estabelece-se “o princípio da desoficialização dos estabelecimentos de assistência, que se estenderá também aos funcionários que neles trabalhem em funções de assistência, pela simples prestação de serviços ou de assalariamento” (Decreto - Lei 31:913 de 1942 cf. Rebelo, 2002:11).

Começando a sentir-se necessidade de uma entidade geral, cria-se em 1946, o Sindicato Nacional de Profissionais de Enfermagem (Nunes, 2003).

Mesmo depois de legalizada, em 1942, a enfermagem era detentora de uma escassez de elementos notória, acompanhada de um baixo nível de formação, pelo que em 1947 sai o Dec - lei 36: 216 com a nova reforma do ensino de enfermagem, prevendo categorias como:

- Auxiliares de enfermagem - tendo como obrigatoriedade a 4ª classe;
- Enfermeiros - Pelo menos com o 1ª ciclo do liceu;
- Enfermeiro - monitor e ou enfermeiro - chefe - Necessário já ser enfermeiro e ter como habilitações mínimas o 2º ciclo do liceu.

Este regulamento permite ainda a divisão dos candidatos por áreas consoante o seu género, nomeadamente, os candidatos do sexo masculino só poderiam propor-se à área de psiquiatria ou de urologia, prevalecendo deste modo a dominância do sexo feminino nas escolas de enfermagem (Rebelo, 2002:12).

É igualmente nesta altura que se começam a esquematizar as primeiras especializações, iniciando-se a regulamentação dos cursos de especialidade nas áreas de materno - infantil e da psiquiatria.

Em 1952, houve mais uma regularização do ensino da enfermagem pois considerou-se de extrema importância melhorar a preparação técnica dos enfermeiros tendo como objectivo valorizar o seu carácter profissional e social (Rebelo, 2002:13).

Esta metamorfose constituiu necessidade de formação, delimitando as áreas dos saberes e por conseguinte a actuação dos enfermeiros face à classe

médica, numa atitude de ruptura com o que estava instituído até então (Lopes, 1999), verificando-se que a importância técnica dos enfermeiros é mais complexa que os serviços que lhes eram confiados pelos médicos (Decreto - Lei 38:884 de 1952 cf. Rebelo, 2002). Contudo a direcção das escolas de enfermagem continuam a ser uma mais valia da classe médica.

Nos anos 60, as enfermeiras têm um papel importante na guerra colonial (Angola) emergindo a enfermagem da comunidade em Portugal, contudo existe uma realidade, mais vagas do que candidatos, porque os enfermeiros continuavam a ter um estigma de criados dos médicos, associado a um estigma da proveniência social (acompanhado de baixos vencimentos), assim como da caridade cristã devido à sua prevalência feminina (Rebelo, 2002:15).

Só cerca 1967 é que se começaram a verificar alterações da formação, não só do ponto de vista pessoal como em termos de estruturação da carreira, com o Decreto - Lei 48:166 de 27 de Dezembro de 1967.

A enfermagem começou a ser dividida em três carreiras: A hospitalar; a de saúde pública e a via ensino.

Com esta estruturação, sentiu-se necessidade de reorganizar as carreiras dos profissionais de saúde, e em 1971 a enfermagem começa a pleitear o que era efectivamente a sua génese, "cuidar no ambiente familiar e para o ambiente familiar dos grupos sociais onde estivesse inserido, como de outra forma, os nossos antepassados de há 100 anos antes faziam de uma forma empírica", tal como nos salienta Jorge Rebelo (2002:17).

A enfermagem começa assim a visualizar outras perspectivas, começando a desprender-se da sua vertente hospitalar.

Com a ascensão ao Regime Democrático, através do 25 de Abril de 1974, os sindicatos começam a defender os seus associados sem as limitações existentes até então, pois passam a ser vistos de forma diferente pela sociedade (Rebelo, 2002).

Começa a existir maior número de candidatos à carreira de enfermagem em 1976, que só pode ser resultado do regresso de indivíduos das ex - colónias Portuguesas, uma vez que o Ensino de enfermagem ainda se encontrava fora do Sistema educativo Nacional, não permitindo a equivalência a outros graus

académicos, nem a continuidade de estudos, apesar de ser considerado como um Ensino de bom nível ou de nível suficiente (Rebelo, 2002).

A preocupação com a enfermagem estende-se a nível internacional a OIT e a OMS, “emanavam orientações em 1977 no sentido de os estados membros melhorarem as condições de trabalho dos enfermeiros”, tal como nos salienta Rebelo (2002, 19).

Devido à diversificação de áreas, em 1981, sentiu-se necessidade de estabelecer certos pressupostos, nomeadamente a unificação da enfermagem, respeitante à carreira, independentemente da área ou local do exercício, acabando as três carreiras de enfermagem. Nestes modos, a estruturação passou a ser por Graus:

- Grau I - Enfermeiro;
- Grau II - Enfermeiro graduado e enfermeiro monitor;
- Grau III - Enfermeiro especialista, enfermeiro chefe e enfermeiro assistente;
- Grau IV - Enfermeiro supervisor e enfermeiro professor;
- Grau V - Técnico de enfermagem

Nesta estruturação a promoção na carreira era feita através de exames e cursos, começou-se a dar ênfase às especialidades abrindo um leque de formação específica em obstetria, reabilitação, saúde pública, saúde mental e psiquiátrica e saúde infantil e pediátrica, tal como nos é evidenciado através do Decreto - Lei 305/81.

O Ensino dos anos 70 dá origem ao Ensino Superior Politécnico nos anos 80.

Em 1991 o SEP “consegue negociar uma nova carreira de Enfermagem na função pública, que de futuro passará a ter um referencial, assente na ideia de que os enfermeiros exercem funções em três áreas distintas”, tal como nos salienta Jorge Rebelo (2002:23).

As três grandes áreas eram: A área da prestação de cuidados, a área da actuação da gestão e a actuação da acessória.

Assim, nos finais dos anos 80, a carreira de enfermagem ingressou no Sistema Educativo Nacional, e a filosofia da carreira é revista e publicada com o Dec - Lei 437/91 de 8 de Novembro.

Com este decreto, fica estipulado, à classe de enfermagem a obtenção do seu vencimento por pertencer à função pública e não pelo título.

Com o Decreto - lei 441/99 de 15 de Outubro, a carreira de enfermagem sofre outra transformação, essencialmente no que diz respeito à forma de progredir na carreira, pois verifica-se a necessidade de avaliar o desempenho de cada profissional de três em três anos, pois é este o período estabelecido para a subida de escalão.

A avaliação de desempenho é caracterizada pela realização de um projecto no início do triénio que é entregue ao enfermeiro responsável /chefe e posteriormente deverá ser facultado ao enfermeiro (a) director(a), este projecto deverá ser acompanhado de reuniões periódicas entre o profissional e o responsável/chefe onde deverá ser analisado o cronograma previamente realizado com o projecto e todas as actividades desenvolvidas até à data da reunião. Estas reuniões servem principalmente para que o profissional enfermeiro saiba como a sua actividade tem sido desempenhada de forma a melhorar ou manter as suas atitudes. Serve igualmente para averiguar a necessidade de cada enfermeiro em determinada área de formação, podendo a instituição facultar a esse elemento a presença em jornadas, reuniões, encontros, congressos ou qualquer outro tipo de actividades que possam promover a sua atitude profissional. Para finalizar o processo, no final do triénio deverá decorrer a reunião final, onde permanecerá o enfermeiro a avaliar, o seu responsável/chefe e o enfermeiro director. Nesta, devem ser analisadas todas as questões pendentes durante o triénio passado, posteriormente o enfermeiro avaliado recebe uma menção, satisfaz ou não satisfaz, que vai fazer com que progrida ou não para o escalão seguinte da carreira.

Pode-se concluir que a década de 90 é então um marco importante na carreira de enfermagem, pois, parafraseando Jorge Rebelo, é "uma época de sedimentação e de consciencialização, não só da passagem ao Ensino Superior Politécnico, como também da assunção de novos desafios que se prendem com

o aprofundar da nossa prática mas também com a necessidade de reorientar” (Rebelo, 2002:24), a actuação do enfermeiro.

Esta emancipação da enfermagem foi de curta duração, a escassez de pessoal dificultou a sedimentação do quadro conceptual do REPE, assim com a avaliação do desempenho, que se tornou de alguma forma como rotineira, assentando em lacunas, servindo unicamente para que cada elemento de enfermagem subisse de escalão, ou para “regulamentar” o processo do profissional enfermeiro, necessário para progressão na carreira ou transferência de serviço ou de instituição.

No início do século XX a enfermagem continuava a ter a particularidade de formar enfermeiros direccionados para a vertente hospitalar, essencialmente devido à parte técnica e à autonomia por ela apresentada.

A não aptidão pela prática profissional nos centros de saúde está directamente relacionada com o facto da área comunitária estar mais direccionada com a promoção e prevenção da saúde e por conseguinte a sua prática técnica ser menos diversificada comparada com a exercida na área hospitalar (devido às diferentes vertentes que esta apresenta).

Outro aspecto mencionado por Jorge Rebelo é o facto do profissional enfermeiro perder um pouco a autonomia no centro de saúde, ficando a sua praxis diária muito dependente da decisão médica, o que nesta época é um pouco controverso (Rebelo, 2002).

No final dos anos 90, esta diferenciação esbate-se um pouco com a criação dos centros de saúde de terceira geração que servem um pouco como porta de entrada do utente no Sistema Nacional de Saúde, promovendo o acompanhamento do utente num processo contínuo.

Por volta de 1998, a carreira de enfermagem passa a ser equiparada a outros cursos de igual duração, pelo Ministério da Educação, através do Dec - Lei n.º 115/98.

Assim, consegue-se que o curso de enfermagem seja de Licenciatura de base (com a duração de 4 anos), permitindo que os enfermeiros sem esse grau académico o possam realizar durante um processo de formação complementar designado como Complemento de formação.

Posteriormente, o Dec. - Lei n.º 175 de 21 de Julho, do Diário da República - I Série A n.º 170/ 21 Julho de 2004, permitiu ainda dar um passo nesta evolução académica, com o ingresso das Escolas de Enfermagem, nas universidades e Politécnicos, permitindo-lhes usufruir dos seus estatutos.

Por outro lado, com a existência das especialidades em diferentes áreas científicas, a enfermagem começou a ter elementos cada vez mais diferenciados, denotando-se uma preocupação acrescida com a sua formação académica e profissional, justificada com a frequência de cursos de formação, jornadas, congressos, encontros, reuniões, pós - graduações e até mesmo mestrados e alguns casos de doutoramento (ainda poucos e normalmente relacionados com a docência).

As actualidades fazem-nos reflectir sobre esta temática, uma vez que os serviços privatizados tendem a objectivar os custos /benefícios em todas as vertentes, prevalecendo a velha questão - até onde é delimitada a actuação da enfermagem, incluindo a sua autonomia?

Embora o REPE notifique a enfermagem como "a profissão que, na área de saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível" (Ministério da Saúde, 1996:3), hoje em dia, talvez como forma de superar a crise económica que o país está a atravessar, as gestões hospitalares estão a tentar rentabilizar os recursos humanos e económicos, chegando ao ponto de instigar se o facto da existência de um diploma no curso de enfermagem é suficiente para a designar como profissão (Beletz, 1990).

Esta perspectiva, na minha opinião pode pôr em causa todo o crescimento vertical da carreira da enfermagem, incluindo a qualificação necessária do profissional, acarretando um retrocesso, na medida em que se poderá deixar de encarar a enfermagem como uma ciência onde o saber-saber, o saber-ser e o saber fazer são os aspectos primordiais a ter em conta para passarmos a ter uma profissão, onde os seus intervenientes passarão a ter, tal

como nos primórdios da enfermagem, apenas o vector do saber-fazer, que será transmitido de forma leiga ao longo dos tempos.

1.3 - AS CONDIÇÕES DO TRABALHO DE ENFERMAGEM NO MEIO HOSPITALAR

Só poderemos falar em condições de trabalho de enfermagem no meio hospitalar se tivermos em consideração a cultura organizacional existente nas instituições hospitalares da actualidade.

Apesar de termos consciência que não existe uma definição universalmente aceite para cultura organizacional, somos da opinião de Hofstede (1997), de que na sua maioria os autores que abordam este assunto, estão em concordância com alguns atributos que lhe são próprios, nomeadamente o facto de ser holística, determinada historicamente, relacionada com estudos de antropólogos, construída socialmente, suave e difícil de mudar.

Considerando estes pressupostos, Geert Hofstede define cultura organizacional como sendo "a programação colectiva da mente que distingue os membros de uma organização dos de outra" (Hofstede, 1997:210).

Transpondo esta definição para o contexto das instituições hospitalares, verificamos que uma instituição se diferencia de outra, não só pelos resultados obtidos, mas também pelas diferenças dos seus trabalhadores, e ainda pela diferenciação "entre os que vêem a cultura como uma coisa que a organização tem, e os que a vêem como algo que as organizações são", tal como nos referencia Geert Hofstede (1997:211).

O mesmo autor defende ainda que apesar de numa empresa existir uma população trabalhadora cuja diferenciação, no que concerne aos valores culturais é quase nula, os resultados de ambas vão ser muito diferentes, o que se pode justificar com a socialização no local de trabalho, dado que é através dela que são aprendidas, as práticas características de cada organização (Hofstede, 1997).

Maurice Thévenet acrescenta - nos ainda que, a cultura organizacional é uma moda que deve obedecer a várias normas, e que por conseguinte se existir insucesso nas teorias anteriores, assim como a persistência de crise ou agravamento da concorrência, torna - se fundamental diferenciar a moda (Thévenet, 1997).

Elucida - nos ainda que “os problemas que as empresas têm de enfrentar são invariavelmente a adaptação ao contexto e a integração dos recursos internos, mas para tratar destes problemas eternos, cada época cria os seus instrumentos de gestão e as suas maneiras de resolver os problemas” (Thévenet, 1997:18).

Se à cultura organizacional associarmos o clima organizacional, e o considerarmos como “o estado de saúde do corpo social interno de uma organização, analisado à luz do grau de satisfação e motivação dos colaboradores/trabalhadores da mesma”, tal como nos salienta Arminda Neves (2001:115), e considerando que este pode sofrer influências individuais (do próprio trabalhador), colectivas (nomeadamente num contexto de relações interpessoais), ou até mesmo dos elementos estruturais da organização, verificamos que as mudanças actuais da nossa sociedade, podem de certa forma afectar as condições de trabalho da enfermagem, tanto de forma individual, como a nível institucional, o que se justifica pela existência de profissionais de diferente raças, etnias, religiões, idades e sexos, o que, como se entende, faz cruzar um sem número de culturas e valores distintos e por conseguinte a adopção inconsciente de atitudes e comportamentos discrepantes.

Apesar deste panorama, as expectativas por parte dos utentes aparentam manter-se, o que se justifica, através de vários factores, tal como nos salienta Célia Ferreira - Santos, “a preservação da conotação do pretérito: lugar onde se faz caridade, onde se pratica o bem” (Ferreira - Santos, 1973:38), dois atributos que a qualidade dos cuidados deve de ter em consideração.

Actualmente, a grande preocupação em rentabilizar os recursos humanos para que se atinja uma optimização dos recursos económicos,

tanto quanto possível, associada à evolução da medicina, acarreta de imediato uma discrepância no que respeita às atitudes e comportamentos assumidos pelos profissionais de saúde relativamente aos que os utentes idealizam.

Outro factor a considerar é o facto da classe de enfermagem estar num processo académico evolutivo, conduzindo desta forma a uma delimitação de actuação, inclusive na área de investigação o que põe em causa a pseudo autoridade da classe médica sobre a de enfermagem, fazendo abanar a velha hierarquia hospitalar, sendo entendida por vezes como falta de respeito ou educação.

Todavia, na prática hospitalar diária consegue-se denotar a necessidade de se intercalar novos elementos de enfermagem com elementos mais experientes para que se transmitam conhecimentos, limem arestas e se formem equipas experientes e sabedoras.

Esta mutação também é causadora de desentendimentos na própria classe de enfermagem, uma vez que direcciona os elementos para uma maior competitividade, salientando-se a necessidade sentida na colaboração em formações de serviço e outras, que por vezes não são entendidas como necessárias para uma boa prática, mas sim como uma notificação curricular.

Toda esta situação de diferentes pontos de vista, associada ao stress inerente à profissão, à pressão constante dos órgãos de gestão para a economia e rentabilização dos recursos existentes, assim como a necessidade sentida por parte dos enfermeiros em requerer mais elementos nas equipas, é geradora de conflitos dentro da classe de enfermagem (Miller:2001), que faz com que por vezes se esqueça a ética profissional, ou seja, há um esquecimento da "necessidade de respeitar as pessoas de igual modo quando prestam serviço nos cuidados de saúde seguida da necessidade de criar e respeitar a autonomia de todas as pessoas", tal como nos salienta Seedhouse (1988, cf. Kendrick, 2001:21).

No entanto há que considerar que podem ocorrer falhas, se esta forma de actuar se aplicar ao modelo biomédico, em que os profissionais

de saúde deixam de olhar para o utente de forma holística, passando à tendência de “tratar um determinado órgão ou tecido, e isso é geralmente feito sem levar em conta o resto do corpo e muito menos considerar os aspectos psicológicos e sociais da enfermidade do paciente”, tal como nos referencia Capra (1992, cf. Geovanini, 2002:265).

A mudança do paradigma da enfermagem ajuda-nos a reflectir um pouco sobre a prática, onde se começa a valorizar a interacção e a aproximação humana, envolvendo o utente no seu todo.

Assim, pode-se deduzir que a autonomia dos enfermeiros aquando da sua praxis diária fica condicionada à sua forma de actuação, que está muito para além da competência e eficiência técnica, pois também está relacionada com a informação fornecida ao utente, que deverá ter em consideração quer a individualidade, quer o fornecimento de dados, assim como as opções para um apoio válido ao utente, promovendo ao máximo a autonomia do utente (Kendrick, 1992).

Desta forma podemos afirmar que a principal preocupação dos enfermeiros não devem de ser “casos, ou corpos, mas sim seres humanos”, tal como nos salienta Donald Evans (2001:21).

Esta preocupação pela abordagem holística tem estimulado os enfermeiros motivando-os, o que segundo Telma Geovanini, os torna “mais qualificados para assumir mais responsabilidades na clínica geral, pelo que estarão mais aptos para fornecer educação e aconselhamento necessários à assistência sanitária preventiva” (Geovanini, 2002:296).

Partindo do pressuposto de que o conhecimento de enfermagem é proveniente de estímulos externos ao sujeito, verifica-se que o quotidiano do trabalho de enfermagem é um espaço por excelência para a socialização do conhecimento, que pode ser obtido através de leituras técnicas, conversas entre profissionais e da interacção utente/enfermeiro.

Este domínio ocorre no “processo de conhecimento na enfermagem que se dá no quotidiano da prática social (de trabalho) das (os) agentes vinculados a essa área, decorrendo, portanto, dos interesses próprios e necessidades desse trabalho”, tal como nos realça Delvair Alves (2001:17),

que se transformam pouco a pouco em actividades utilizadas diariamente na enfermagem, necessitando para isso o uso de um modelo orientador para a prática.

O modelo bio-médico, considerado como “o modelo que tem guiado ao longo dos tempos, o exercício da enfermagem e como sendo tradicionalmente a base do exercício da medicina no mundo ocidental nos últimos cem anos”, tal como nos salienta Maria Rosa (2004:12), tem como base o conhecimento dos indivíduos baseando-se na sua perspectiva biológica, onde a saúde provém da correcta funcionalidade dos sistemas constituintes do ser humano, que por sua vez dependem da boa funcionalidade dos órgãos, dos tecidos e das células que os constituem.

Segundo Pearson e Vaughan, as características deste modelo estão relacionadas com o aspecto curativo, onde o indivíduo como ser biológico, é considerado como um sujeito passivo do processo. Desta forma, a saúde está implícita ao bom funcionamento biológico, e a doença relacionada com alterações do mesmo.

O processo curativo, encontra-se directamente relacionado com a actuação de diversos profissionais de saúde de diferentes especialidades, intervindo no processo consoante o seu conhecimento.

Segundo Felismina Mendes “o modelo bio-médico clássico dá relevo ao diagnóstico e tratamento da doença, sendo o papel da enfermagem a execução exacta da prescrição médica” (1994:25), onde os enfermeiros que o seguem actuam tendo em conta apenas as necessidades físicas do indivíduo.

A partir do século XX, a reflexão associada à investigação, leva a enfermagem a preocupar - se com o indivíduo numa outra perspectiva.

Os modelos de enfermagem vêm apoiar o indivíduo como sendo o centro de todo o processo de actuação surgindo relacionados, à teoria dos sistemas, à teoria do desenvolvimento e à teoria da interacção, podendo utilizar uma única ou fazer a associação de duas ou três.

As correntes de pensamento que surgem desta interacção estão relacionadas com o holismo e o humanismo, onde o indivíduo é visto como um todo, diferente da soma das partes (Pearson e Vaughan, 1992).

As diferentes correntes de pensamento originaram a afirmação da enfermagem como profissão, possuindo um corpo próprio de conhecimentos (Ribeiro, 1995).

Segundo Maria Rosa et al, "todos os modelos apontam no entanto, para intervenções individualizadas da enfermeira, centradas na pessoa que recebe cuidados e nas suas necessidades, em que o receptor de cuidados é visto numa perspectiva holística e como sujeito activo e em que as relações entre o sujeito dos cuidados e a enfermeira assumem uma primordial importância no contexto dos cuidados " (Rosa, 2004:15).

Desta forma, a enfermagem deixou de se basear unicamente na competência técnica, associando à sua prática o cuidado humano (componente moral) e o cuidado social.

A dar resposta a esta realidade, as intervenções de enfermagem sofreram assim algumas alterações, nomeadamente a nível dos métodos de trabalho que passaram a ser direccionados para o indivíduo, passando a fazer-se a diferenciação entre: método de trabalho funcional, individual, em equipa ou por enfermeiro responsável.

A utilização do método de trabalho funcional implica a divisão do trabalho de enfermagem em tarefas, onde cada enfermeiro é responsabilizado pela realização de certas tarefas, previamente definidas no que respeita à sua sequência de execução.

Neste método, o objectivo de cada enfermeiro é concretizar na sua totalidade as tarefas que lhe foram distribuídas, partindo-se da realização das tarefas para as necessidades do doente e não destas para a definição das tarefas.

Os cuidados de enfermagem individuais, por sua vez, partem do conceito de cuidado global, onde o enfermeiro presta cuidados a um ou mais utentes, consoante as necessidades do serviço. A actuação do

enfermeiro não é feita de forma repartida, sendo o enfermeiro afecto ao utente, aquele que desempenha a totalidade dos cuidados.

Contudo, a coordenação dos cuidados prestados não pode ser efectuada de um dia para outro, quer por ocorrência de alterações das tarefas, quer por diferenciação no número de utentes atribuídos ao mesmo enfermeiro.

O método de trabalho por equipa, pressupõe a existência de um elemento líder, normalmente com a maior categoria profissional, que supervisiona o trabalho de um grupo de enfermeiros.

Existe uma continuidade dos cuidados, e assenta no pressuposto de que “todo o cliente tem o direito de receber o melhor atendimento possível da equipa; é fundamental o planeamento dos cuidados e todo o pessoal de enfermagem tem o direito de receber ajuda para fazer o seu trabalho” (Costa, 2004:238).

Quanto ao método de trabalho por responsável, respeitam o conceito de cuidados individualizados, onde cada utente está associado a um enfermeiro responsável pela prestação dos seus cuidados na totalidade, nas vinte e quatro horas diárias, durante todo o internamento, para tal, o enfermeiro responsável trabalha em associação com outros que o substituam na sua ausência, e que deverão ser sempre os mesmos.

Tem como principal objectivo a humanização dos cuidados e a descentralização das tomadas de decisão, associadas aos cuidados individualizados de alta qualidade (Lopes, 1995, cf. Costa, 2004).

Outro dos factores condicionantes do trabalho de enfermagem é a forma como este se encontra dividido sociologicamente.

Segundo Telma Geovanini, “a divisão social do trabalho de enfermagem, com base na teoria de administração de Taylor e Fayol, veio atender ao modo de produção capitalista”, pelo que “a operacionalização das técnicas em rotinas reforçou o rendimento do trabalho e trouxe instrumentos para o domínio do enfermeiro (intelectual), sobre o pessoal auxiliar (trabalhador manual)” (Geovanini, 2002:297).

Aparece assim o paradoxo do conhecimento da enfermagem versus a rentabilidade da prática numa altura em que se fala numa prestação de cuidados com qualidade, onde estas duas variáveis deveriam complementar-se, dado que actualmente o utente receptor de cuidados está cada vez mais consciente dos seus direitos, exigindo um atendimento personalizado, por um profissional com conhecimentos científicos, associando a estas duas características o factor tempo.

Todavia poderemos desde já concordar que o paradigma da qualidade está intimamente relacionado com toda a amálgama de valores e crenças constituintes do indivíduo.

Assim, para se falar em qualidade teremos de imediato fraccionar o conceito em todas as suas dimensões, pois, só assim se tornará possível posteriormente, uma análise fragmentada para uma melhor compreensão.

Walter Hesbeen, começa por nos salientar que “a qualidade é por vezes, entendida como a excelência ou ainda como o que há de melhor”. Esta conotação dada à qualidade vai de encontro aquela que diariamente se utiliza de forma empírica, no entanto deve-se ter em consideração que este aspecto não pode ser apreciado de forma isolada, tendo sempre presente “a que preço, em que circunstâncias, em que lugar” (Hesbeen, 2000:45), a qualidade ocorre.

Walter Hesbeen salienta-nos ainda que “importa também determinar o momento em que é apreciada essa excelência porque com o decorrer do tempo, por vezes, acontecem mudanças de opinião surpreendentes” (Hesbeen, 2000:46).

Outro autor que nos fala de qualidade é Diana Sale. Esta autora associa a qualidade à sua garantia e diz-nos que esta, tomando este ponto de vista “pode ser interpretada como uma garantia formal do grau de excelência” (Sale, 1998:27).

Por outro lado, Lesley Fallowfield associa a qualidade à vida no geral, tendo o cuidado de fazer uma chamada de atenção às mudanças sofridas ao longo do século passado (Fallowfield, 1991).

Faz-nos assim referência que este tipo de vocábulo só surgiu nos Estados Unidos com a segunda guerra mundial, e que nesta altura, a qualidade de vida estava directamente relacionada com os bens materiais que se possuía.

Evidencia também, que só por volta dos anos sessenta é que o termo de qualidade de vida começou a abranger um maior leque de preocupações.

A qualidade de vida passa assim a estar mais relacionada com o bem-estar do indivíduo, pelo que são situações como: a educação, a saúde, a economia, o crescimento industrial e a defesa de um mundo livre que constituem a sua principal preocupação.

Poderemos assim concluir que, a sociedade tem sentido uma preocupação crescente na implementação de medidas de qualidade, independentemente se esta está directamente relacionada com a vida no geral ou com determinadas atitudes ou comportamentos próprios de algumas classes.

A qualidade, apresenta-se assim como um fenómeno multifacetado que pode sofrer alterações. Quando analisado, dever-se-á ter em conta as circunstâncias em que ocorre, tendo como ponto de referência a garantia formal da mesma.

O meio hospitalar não é excepção. Tomado como uma empresa normal, também ele tem que garantir formalmente a qualidade dos cuidados prestados, determinando para isso uma política organizacional que envolva uma garantia de qualidade dos serviços, estando inerente a conseqüente qualidade de vida dos profissionais de saúde quer a nível físico, psíquico, emocional, social ou espiritual.

A importância da qualidade nos serviços de saúde destina-se a actividades designadas a garantir uns cuidados de saúde optimizados por parte dos profissionais de saúde, com o mínimo de risco para os utentes, considerando os recursos disponíveis e a motivação e satisfação dos profissionais, tendo sempre como base a implementação de medidas organizacionais adequadas, tudo isto direccionado para uma exigência cada vez maior em relação aos serviços que lhe são prestados e a forma como são prestados. Pelo que os profissionais de saúde orientam o seu trabalho de uma

forma responsável e gratificante, ou seja o mais completo possível do ponto de vista do conteúdo funcional.

Os profissionais de saúde sofrem uma pressão acrescida da parte das entidades organizacionais, pois se o seu desempenho não for efectuado da melhor forma, os custos económicos e sociais resultantes dessa ineficiência são uma realidade.

Em 1994 o Ministério da Saúde expõe um programa designado como «Programa Nacional de Humanização e Qualidade dos serviços de saúde».

Este programa está direccionado para a qualidade como um objectivo estratégico, explicitando o conceito de qualidade global como resultado da interacção entre a humanização e a excelência técnica, através dos seguintes pressupostos:

- A certeza e o interesse com que ocorre o envolvimento de todos os agentes intervenientes;
- O método, enquanto sede própria dos aspectos técnicos do controlo de qualidade;
- A performance, como consequência do desempenho colectivo dos agentes intervenientes;
- A noção de que o nível deste desempenho excede as expectativas dos cidadãos.

Ao nos debruçarmos sobre estes quatro intentos, concluímos que essencialmente o primeiro e o segundo estão directamente relacionados com a praxis desempenhada pelos profissionais de saúde e o terceiro e o quarto com os resultados obtidos, ou seja com a qualidade dos cuidados.

A importância destes pressupostos acentua-se se considerarmos que a qualidade está dependente de vários componentes, interrelacionando o alto grau de excelência profissional exigido, com a eficiência dos recursos existentes, com o mínimo de risco para o utente e com a sua satisfação, assentando em metas que não aceitam atrasos, papéis inúteis, erros, omissões ou incompreensões.

Na área da saúde, o conceito de qualidade na sua globalidade deve pressupor um sistema de prestação de serviços, onde o utente doente ou

saudável, assume a condição de cliente, situando-se no centro do sistema, pois ele constitui a principal preocupação das entidades prestadoras.

Motivo pelo qual os prestadores de cuidados de saúde na maioria das vezes descoram dos seus direitos para satisfazer as necessidades dos utentes.

Se os profissionais de saúde sentem que a promoção da sua saúde no local de trabalho está carenciada, de certo que terão grande dificuldade em manter um nível de qualidade nos serviços que prestam, deixando de existir credibilidade desse mesmo serviço por parte dos utentes por não corresponder às suas expectativas, tendo até alguma dificuldade em satisfazer as suas necessidades, então, a promoção da saúde dos profissionais prestadores de cuidados, no seu local de trabalho, torna-se deste modo um factor determinante da sua qualidade de vida no local de trabalho e por conseguinte da qualidade dos cuidados prestados.

1.4 - PROMOÇÃO DA SAÚDE NO LOCAL DE TRABALHO

Se considerarmos promoção da saúde como “ actividades destinadas a aumentar o nível de bem-estar e a efectivar o potencial de saúde de indivíduos, famílias, comunidades e sociedade”, tal como nos refere Pender em 1987 (cf. Rogers 1997:299), poderemos partilhar da opinião de que só actualmente se começou a dar maior ênfase à promoção da saúde, apesar das origens desta problemática surgirem com “a revolução epidemiológica do século XIX, em que as reformas sociais e ambientais, no plano da higiene, da habitação, do saneamento e melhorias das condições de trabalho, provocam a redução da morbilidade e da mortalidade” (Burnham, 1984 cf. Rogers, 1997:293).

O mesmo autor menciona ainda que “ este movimento estendeu-se ao século XX, em que se assistiu a uma maior ênfase na promoção da saúde e na prevenção da doença mediante legislação ” (Burnham, 1984 cf. Rogers 1997:293).

Em 1977, e com a lei nacional estabelecida pela OMS através do Bureau Regional Europeia de saúde para todos até ao ano 2000, surgem algumas metas regionais destinadas essencialmente a enriquecerem o debate sobre as políticas de saúde nacionais.

Foram então estabelecidas algumas metas também relacionadas com a promoção da saúde, como é o caso da meta nº13 que estabelece que " Até 1990, as políticas nacionais de todos os Estados Membros deveriam ser tais que os mecanismos legislativos, administrativos e económicos assegurassem um largo apoio intersectorial e recursos suficientes para a promoção de estilos de vida saudáveis e que, a todos os níveis, existisse uma participação eficaz do público na elaboração das políticas do sector" (O M S, 1985:65).

Em 1986, a Carta de Ottawa faz referência que a promoção da saúde é um processo que visa criar condições para que as pessoas aumentem a capacidade de controlar os factores que a determinam no sentido de a melhorar.

Todavia, quando se fala em promover estilos de vida saudáveis, torna - se imperativo lembrar que estão directamente relacionados aos "valores, às prioridades e às possibilidades ou condicionamentos práticos de situações culturais, sociais e económicas determinadas" (OMS, 1985:62).

Nas mesmas metas é salientado ainda que "O estilo de vida individual é modificado pelos efeitos de interacção entre os indivíduos e a aprendizagem social, os quais influenciam o ambiente social e são condicionados por eles. (...) Por outro lado, os estilos de vida modelados pela experiência e pelos factores ambientais não levam a decisões individuais de evitar ou de aceitar certos riscos de saúde" (OMS, 1985:62).

Tornam-se assim objectivos nacionais de promoção de saúde, tal como nos diz Bonnie Rogers, " actividade física e boa forma, nutrição, tabagismo, álcool e outras substâncias, planeamento familiar, saúde mental e perturbações mentais, comportamento violento e abusivo e programas educativos e baseados na comunidade" (Rogers, 1997:269).

Contudo há ainda que ter em consideração, que, uma estratégia de orientação de estilos de vida deve apontar para:

" - Tornar o ambiente físico, social, cultural e económico propício a um estilo de vida saudável;

- Reforçar a capacidade fundamental do indivíduo em operar escolhas e enfrentar situações difíceis sem recorrer a tipos de comportamentos nocivos à saúde;

- Melhorar os conhecimentos pessoais sobre os estilos de vida e os problemas de saúde;

- Conceber programas especialmente elaborados para combater certos aspectos do comportamento que afecta a saúde" (OMS, 1985: 64).

Com a carta de Ottawa promovida pela OMS em 1986, surge-nos uma definição de promoção de saúde, em que não é mais do que " o processo que visa criar condições para que as pessoas aumentem a sua capacidade de controlar os factores determinantes da saúde, no sentido de a melhorar".

Se tivermos presentes os principais factores determinantes da saúde - genéticos, biológicos, comportamentais, ambientais e serviços de saúde - a acção em promoção da saúde implica diversas actividades, que tal como nos diz Luís Graça, "Podem ser sistematizadas em três vertentes de acção inter-relacionadas e complementares:

- Educação para a saúde - enquanto processo que utiliza a comunicação pedagógica no sentido de facilitar a aprendizagem da saúde.

- Prevenção da doença - enquanto conjunto de medidas que visam evitar, detectar e tratar precocemente doenças específicas e eventuais sequelas.

- Protecção da saúde - enquanto conjunto de medidas destinadas ao controlo de factores de risco de natureza ambiental e à preservação dos recursos naturais" (Graça, 1995:4).

Segundo o mesmo autor, as acções em promoção da saúde, de acordo com a Carta de Ottawa, podem ser desenvolvidas em cinco grandes domínios:

- " - Na definição de políticas públicas favoráveis à Saúde;

- Na preservação dos recursos naturais e na criação de ambientes físicos e sociais que suportem e facilitem a adopção de estilos de vida mais saudáveis, a nível das cidades, dos locais de trabalho, das escolas e dos espaços de lazer;

- No reforço e incentivo à participação activa e empenhada das pessoas e comunidade na criação de condições que lhe permitem desfrutar de melhores níveis de saúde e qualidade de vida;

- No desenvolvimento de competências individuais que habilitem as pessoas a serem capazes de lidar com os desafios do quotidiano ou com situações de doença crónica, de forma mais equilibrada e saudável;

- Na reorientação dos serviços de saúde, de forma a aumentar a rentabilizar a sua capacidade de resposta às necessidades de saúde da população, numa perspectiva que vá mais longe do que a mera visão curativa e se traduz por formas pró-activas de promoção da saúde das pessoas e comunidades " (Graça, 1995: 5).

Lúsa Silva, salienta-nos que "estes princípios conduzem à necessidade de se recorrer a intervenções diversificadas, que actuem no sentido do desenvolvimento de processos que capacitem e habilitem cada pessoa para gerir de forma mais responsável e autónoma a sua própria saúde e a dos outros (empowerment) e, complementarmente, que contribuam para a criação de condições de vida mais saudáveis e para a preservação do meio ambiente" (Silva, 2002:211).

Desta forma, as estratégias de promoção da saúde devem englobar: a prevenção da doença, a protecção da saúde e a educação para a saúde, considerando que no centro da promoção da saúde "estão as pessoas e as populações, como principal recurso para gerar saúde" (Nunes, 2002:212).

Constatamos desta forma que a promoção da saúde não é por excelência um processo meramente individual, dependendo também da comunidade em que o indivíduo está inserido, e por conseguinte dos serviços de saúde nela existentes.

Estes serviços, tomam assim um papel indispensável na promoção da saúde, na medida em que têm a responsabilidade " não só da especificidade da sua intervenção, mas também das múltiplas oportunidades de contacto directo dos seus profissionais com as pessoas que a eles acorrem e com as comunidades que servem" (Graça, 1995: 5).

Apesar da sua importância, a promoção da saúde não depende exclusivamente dos serviços de saúde, podendo ser feita quer de forma colectiva ou individual, sendo esta ultima a de maior importância uma vez que se poderá dar especial atenção ao auto - cuidado, à auto - responsabilidade e à necessidade de mudança de comportamentos, no sentido de controlar doenças crónicas e contagiosas.

Assim, para que ocorra a auto - promoção da saúde, “ o indivíduo terá que passar por um processo de ordem intelectual, psicológico e social, que compreende actividades destinadas a incrementar a sua aptidão para a tomada de decisões” (Graça, 1995: 6), dependendo da sua noção de qualidade de vida.

A promoção da saúde quer a nível individual ou colectivo, tal como nos referencia Luís Graça, “ torna necessária a participação activa do indivíduo e da comunidade, em acções sanitárias, sendo ainda necessário aumentar a auto-responsabilidade em matéria de saúde” (Graça, 1995:6).

Luís Graça refere-nos ainda que, são “responsáveis pela promoção e manutenção da saúde, todos os profissionais relacionados com a prestação de cuidados que possam agir como transmissores/educadores, para a saúde da sua própria comunidade, promovendo cada vez mais hábitos saudáveis” (Graça, 1995:7),.

A promoção da saúde tornou-se assim “ a manutenção e o aumento dos níveis de saúde existentes mediante a implementação de programas, serviços e políticas eficazes”, Goodstadt (1996 cf. Rogers, 1997: 299).

Neste contexto, surge a rede de promoção da saúde e a rede de recuperação da saúde defendida por Goodstadt, que se apresenta ilustrada pela fig.2.

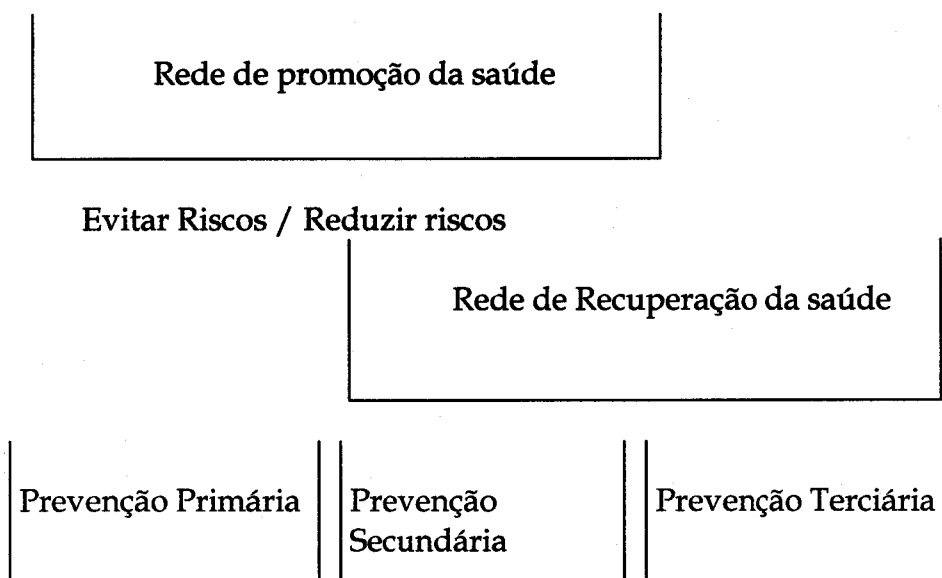
A primeira, está relacionada com estratégias que visam evitar e reduzir os riscos, “ as estratégias para evitar riscos, tais como imunizações, visam principalmente as populações em menor risco, no sentido de fazer a prevenção da doença (prevenção primária). As estratégias de redução de riscos, como programas de suspensão do tabagismo, visam pessoas já em risco, numa tentativa de reduzir ou eliminar esse mesmo risco”, tal como nos diz Bonnie Rogers (1997:301). Por outro lado, “A rede de recuperação da saúde está relacionada com estratégias que visam pessoas doentes, destinadas a estabilizar o seu estado e a efectuar intervenções que levem os indivíduos a atingir um nível de bem-estar, de algum modo óptimo, dentro das suas limitações da doença ou incapacidade (prevenção secundária e terciária)” (Rogers, 1997:302).

Goodstadt, ao defender esta rede de promoção da saúde-recuperação da saúde, sente necessidade de “definir os limites de estratégias de promoção da

saúde para doentes, sem prejuízo do valor do conceito de promoção da saúde” (Rogers, 1997:302).

Desta forma, parafraseando Bonnie Rogers “será necessária muito mais investigação no estabelecimento das diferenças conceptuais e da prática, no tocante ao planeamento do programa e aos motivos de saúde no que respeita a intervenções eficazes” (Rogers, 1997:302).

Fig.nº2 - Rede de promoção da saúde / recuperação da saúde



Fonte: Bonnie Rogers, 1997:30

Para melhor se distinguir a promoção da saúde em relação a prevenção, ou tratamento da doença, WHO, diz nos que existem cinco princípios, ou critérios a considerar, sendo eles:

“ 1 - A promoção da saúde envolve a população como um todo no contexto da sua vida quotidiana, em vez de se centrar em grupos de risco e em doenças específicas;

2- A promoção da saúde é dirigida para a intervenção sobre as variáveis da saúde, os factores que conduzem (ou facilitam) à saúde;

3- A promoção da saúde combina diversos métodos ou abordagens, desde a mudança organizacional à educação para a saúde;

4- A promoção para a saúde tem de ter uma efectiva e concreta participação dos indivíduos e dos grupos a que se dirige;

5- A promoção da saúde não é uma actividade médica, nem deve ser da competência estrita dos profissionais de saúde, se bem que estes, e sobretudo os que trabalham nos cuidados de saúde primários, tenham neste campo um importante papel a desempenhar" (WHO, 1984 cf. Graça, 1991:9).

Luís Graça, refere-nos ainda que, "a promoção da saúde é tarefa que a todos diz respeito e se concretiza através da acção de cada um de nós, ao longo da vida e nos diferentes contextos ambientais que nos rodeiam" (Graça, 1995:5).

Se considerarmos um local de trabalho como sendo um local onde um conjunto de indivíduos desempenha determinadas tarefas em função de um dado objectivo comum, torna-se fundamental "A participação activa desses mesmos trabalhadores, directamente ou através das suas estruturas representativas, (...), sem ela não haverá melhoria efectiva das condições de trabalho, promoção e protecção da saúde daqueles que trabalham e prevenção dos riscos directa ou indirectamente relacionados com o desempenho das respectivas actividades profissionais" (Faria & Uva, 1994, s.p.).

A Promoção da saúde no local de trabalho, designada como PST, é uma preocupação recente, que implica "o desenvolvimento de uma cultura organizacional dentro das empresas que considere o investimento na melhoria da saúde e bem - estar dos trabalhadores como fonte de ganhos sociais, de produtividade, de desenvolvimento económico e de satisfação pessoal e profissional, tal como nos salienta Luísa Silva (2002:211).

"Os locais de trabalho oferecem inúmeras oportunidades de concretização de acções, visando melhorar a saúde dos seus trabalhadores e respectivas famílias.

Todavia, são também fonte de doença física, de acidentes ou perturbações da saúde mental, que importa prevenir e controlar" (Graça, 1995:8).

Porque por vezes, " as capacidades individuais, e ou o suporte mútuo dos colegas é insuficiente, (...) e os trabalhadores exercem actividades em condições lesivas para a saúde", tal como nos é referido pela Rede Europeia de Promoção da saúde nos locais de trabalho (Declaração do Luxemburgo,

1997:3).

Portanto, tendo como prioridade as transformações organizacionais actualmente em vigor na área da saúde considerámos que “promover a saúde no local de trabalho requer a implementação de um conjunto diversificado de estratégias de acção que visem:

- Melhorar a organização e o meio ambiente;
- Promover a participação activa dos trabalhadores dentro da organização;
- Incentivar o desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores;
- Incentivar o desenvolvimento de comportamentos favoráveis à saúde, tal como nos salienta Luísa Silva (2002:214).

Pelo que, poderemos confirmar que a promoção da saúde no local de trabalho é feita essencialmente a dois níveis, na “ adopção de estilos de vida favoráveis à saúde por parte da população trabalhadora” e na criação “ de ambientes e condições de trabalho seguros, atractivos e saudáveis” (Graça, 1995:8).

Portanto, tal como nos referencia a OMS” executar um trabalho satisfatório num ambiente seguro e agradável é uma fonte de saúde e de bem - estar para o ser humano” (OMS, 1985:108).

Só em meados do século XIX é que começou a existir uma maior preocupação por parte das entidades empregadoras no que respeita à promoção da saúde no local de trabalho, essencialmente por duas razões. A primeira, devido ao aparecimento de seguros “ denominados por esquemas de seguro - doença, que são oferecidos pelas empresas aos trabalhadores, ou seja, são as entidades empregadoras que cobrem parte substancial dos gastos de saúde quer dos trabalhadores, quer das respectivas famílias” (Rogers, 1997:294), a segunda, devido à teoria explicativa. Esta teoria surge da explicação do binómio saúde/doença, que surgiu cerca dos anos 60, onde se começou a evidenciar que “ o comportamento individual ou o estilo de vida, seriam o principal factor de risco no desenvolvimento de doenças crónicas” (Rogers, 1995:294).

A promoção da saúde no local de trabalho, pode, tal como nos diz Conrad incluir uma ou mais das seguintes dimensões: vigilância da saúde dos

trabalhadores, educação para a saúde e intervenções com vista à mudança de comportamentos e à redução de factores de risco a que os trabalhadores estão sujeitos” (Conrad, 1888 cf. Graça & Faria, 1991:7).

Luís Graça & Faria, evidenciam-nos ainda que nesta perspectiva a promoção da saúde no local de trabalho “pode incluir um leque muito vasto de actividades, desde a simples intervenção isolada (o controle da hipertensão arterial) até programas de saúde integrados”(Graça & Faria, 1991:7).

Assim, segundo Castillo-Salgado, existem dois tipos de abordagem implícitos nos programas de saúde nos locais de trabalho:

“a) - Uma abordagem «individual», atomística, linear, baseada no paradigma do estilo de vida enquanto factor de risco, e que dá total ênfase à responsabilidade do indivíduo face à saúde;

b) - Uma abordagem «societal», sistemática, holística, que põe o acento tónico na complexa relação multifactorial saúde / trabalho e na intervenção sobre as condições e a organização do trabalho” (Castillo-Salgado, 1984 cf. Graça & Faria, 1991: 8).

Segundo Luís Graça & Faria, esta segunda abordagem aponta para “ a participação dos trabalhadores ou dos seus representantes na concepção, planeamento, realização e avaliação de qualquer acção para a saúde no trabalho” (Graça & Faria, 1991:8),.

A promoção da saúde no local de trabalho não engloba só os trabalhadores, ela “é um processo global, continuado e de conjunto, que necessita de um conjugar de esforços entre empregadores, trabalhadores, profissionais de saúde no trabalho, educadores, sociedades científicas, responsáveis políticos e sociedade em geral” (Graça, 1995: 9).

Como este processo se torna moroso e dispendioso, as empresas / organizações nem sempre têm um procedimento correcto no que respeita à promoção da saúde no local de trabalho. Geralmente, só se preocupam com esta problemática após um incidente ou acidente ocorrido.

Para promover esta área, a OMS e a Comissão Europeia têm vindo a propor o desenvolvimento de iniciativas neste campo, tendo delineado que “ as

populações da região deveriam ser eficazmente protegidas contra os riscos para a saúde ligados ao trabalho” (OMS, 1985:108).

Segundo Luís Graça, “ o nosso país integra, desde 1996, a Rede Europeia da Comissão de Saúde no Local de Trabalho (...). Esta rede visa:

- Identificar e divulgar exemplos de boas práticas em promoção da saúde no local de trabalho;

- Estimular o desenvolvimento de iniciativas de promoção da saúde nos locais de trabalho” (Graça, 1999: 9).

Mas, para que se consiga atingir esses méritos, há que se ter em conta a existência de certos critérios que nos permitam a identificação de modelos de boas práticas em promoção de saúde no local de trabalho.

Segundo Luís Graça, de entre esses critérios salientam-se:

- As actividades devem abranger toda a população trabalhadora e não apenas determinados grupos de risco;

- As actividades devem dirigir-se não só à prevenção e controlo de factores de riscos ocupacional, mas também ao reforço e desenvolvimento de recursos e potencialidades a nível pessoal e colectivo;

- A participação dos trabalhadores em todas as etapas do processo de promoção da saúde é factor essencial para o sucesso das medidas implementadas;

- As actividades não são prioritárias ou exclusivamente de carácter médico, devendo incidir também na organização e nas condições de trabalho;

- Uma boa comunicação dentro da empresa, com especial atenção à informação e comunicação relacionada com a saúde, é factor favorável ao desenvolvimento deste processo.

Os nossos comportamentos são então decisivos, no que respeita à promoção da saúde quer seja de forma individual ou colectiva, porque, “as pessoas, individualmente ou integradas em grupos ou estruturas, são o principal recurso da saúde” (Graça, 1995:16).

Actualmente, esta problemática já começa a ser reconhecida a nível nacional, quer devido à sua divulgação nos meios de comunicação social, quer devido a certos critérios como:

- Cumprimento da legislação, e intervenção da Inspeção-geral do Trabalho;

- Detecção de casos de doença profissional, e diagnóstico de outras doenças relacionadas com o trabalho;

- Ocorrências de acidentes de trabalho;

- Problemas a nível da política social da empresa;

- Degradação do clima de trabalho e da «moral» do pessoal;

- Absentismo;

- Rotatividade do pessoal (turnover);

- Dificuldade no recrutamento da mão-de-obra;

- Problemas a nível das relações colectivas de trabalho (por exemplo, Empregador/Sindicato);

- Reclamações, críticas ou sugestões feitas pelo pessoal;

- Conflitos de trabalho;

- Valorização dos recursos humanos;

- Imagem interna e/ou externa da empresa;

- Resultados de auditoria social ou balanço social da empresa;

- Introdução de novas tecnologias;

- Aumento de encargos com a prestação de cuidados curativos e prémios de seguros;

- Problemas de produtividade ou de qualidade;

- Concorrência a nível comunitário ou nacional (Graça & Faria, 1991).

Luís Graça & Faria referem ainda que “Partindo de uma concepção socioecológica da saúde, (...) uma política da saúde para a população trabalhadora deveria, (...) superar a velha dicotomia indivíduo/sistema, e integrar as actividades dirigidas quer à melhoria das condições e do ambiente de trabalho, quer à mudança de conhecimentos, atitudes e comportamentos ou «estilos de vida» não saudáveis” (Graça & Faria, 1991:12).

Torna - se assim indispensável o aumento do bem-estar do trabalhador de modo a caminhar-se para um estado de saúde óptimo, e para a redução dos riscos através de uma planificação de um programa de promoção de saúde eficaz.

Tal como nos diz O'Donnell, "a saúde óptima representa um equilíbrio entre a saúde física, emocional, social, espiritual e intelectual" (O'Donnell, 1986 cf. Rogers, 1997:311).

Para Bonnie Rogers, os programas de promoção da saúde visam essencialmente três níveis: o conhecimento, alteração comportamental do estilo de vida e ambientes de apoio (Rogers, 1997:331).

Os programas de conhecimento "destinam-se a indivíduos ou grupos com vista a aumentar o seu conhecimento em matéria de saúde e factores de risco associados. (...) são os mais adequados àqueles que necessitam de aumentar os seus conhecimentos e reflexões sobre atitudes e/ou convicções, de forma a efectuar uma alteração do comportamento", O'Donnell (1986, cf. Rogers, 1997:311).

Os programas de mudança de estilo de vida, "visam a ajudar o indivíduo a efectuar alterações comportamentais" e, terão êxito se "compreenderem uma combinação de experiências educativas e de modificação comportamental, e tiverem lugar ao longo do tempo" (O'Donnell, 1986, cf. Rogers, 1997: 311).

Quanto ao programa de alteração do ambiente de apoio, O'Donnell, diz-nos que "fomentar um ambiente de apoio ou alterar um ambiente, de forma a incentivar um conceito de saúde, contribuirá, em muito, para melhorar o comportamento em matéria de saúde" (O'Donnell, 1986 cf. Rogers 1997: 312).

No entanto, há ainda a assegurar que, para que existam "pessoas saudáveis em organizações saudáveis" (Declaração de Luxemburgo, 1997:3), qualquer programa de promoção da saúde deverá passar essencialmente por quatro fases: apreciação, planeamento, implementação e avaliação, considerando sempre que cada plano é realizado de acordo com as características de uma determinada organização, e com o perfil dos seus trabalhadores, não podendo ser por este motivo generalizado.

A promoção da saúde no local de trabalho é constituída por um mundo muito vasto e complexo que engloba todos os esforços feitos em qualquer contexto de trabalho, preocupando-se com as causas de saúde/doença,

focando-se nas oportunidades para a obtenção de um nível óptimo de bem - estar e por conseguinte uma boa saúde.

Desta forma, é desenhada para habilitar os trabalhadores a desenvolverem comportamentos saudáveis e de bem - estar que poderão ser conseguidos quer através da satisfação dos trabalhadores das normas institucionais, do trabalho efectuado ou até mesmo pelo pelas atitudes e comportamentos saudáveis adoptados pelo próprio grupo de profissionais.

A Declaração de Luxemburgo, relativamente à promoção da saúde no local de trabalho na Comunidade Europeia, adoptada por todos os Estados Membros em 1997, define que: a promoção de saúde no trabalho consiste em esforços combinados de empregados e empregadores e a sociedade, para melhorar a saúde e o bem - estar das pessoas no trabalho (Declaração de Luxemburgo, 1997).

Para que se possam atingir estes objectivos, deverá existir a combinação entre melhorar a organização e o ambiente de trabalho, e promover a participação activa dos trabalhadores, encorajando o desenvolvimento pessoal (Menckel, 1999).

Sabendo que a promoção da saúde no local de trabalho, está directamente relacionada com os principais métodos de gestão, com a organização cultural, com os princípios de liderança, com os princípios de organização do trabalho, com as políticas pessoais e com os serviços de saúde no trabalho integrados (Menckel, 1999), então poderemos afirmar de forma segura que todos estes factores interferem na qualidade de vida dos profissionais no seu local de trabalho.

A nível nacional, esta preocupação é recente, começando por ser referenciada no novo regime jurídico da segurança, higiene e saúde no trabalho (SH&ST), aprovado pelo Decreto-Lei n.º441/91, de 14 de Novembro, que veio reconhecer de forma explícita alguns dos principais direitos dos trabalhadores, de onde poderemos evidenciar o direito à saúde no local de trabalho e o direito à participação, por parte dos trabalhadores, assim como dos seus representantes, na prevenção dos riscos profissionais, na protecção da saúde e na promoção do seu bem-estar físico, mental e social.

Contudo, tal como nos evidencia Luís, “o nível e as formas dessa participação são à partida limitadas” (Graça, 1995:2), uma vez que como está estabelecido através do artigo 15º do mesmo documento, o trabalhador tem o direito a recusar determinado trabalho, caso se verifique que este constitui um perigo iminente ou grave.

A qualidade de vida no trabalho segundo este decreto - Lei remete-nos para a importância da obtenção da informação, da formação, da representação, da consulta e da apresentação de propostas, assim como o direito à recusa do trabalho por parte dos trabalhadores, como adjuvantes dos factores acima referidos.

Os programas utilizados para a promoção da saúde no local de trabalho aparecem como forma de reduzir os elevados custos com a prestação de cuidados médicos e, conseqüentemente, para mudar a competitividade no mercado internacional

Actualmente, começa-se a advogar a necessidade de incluir todos os trabalhadores com o intuito de mudar comportamentos e atitudes ao longo do tempo, porque caso contrário o resultado de muitos programas e iniciativas bem intencionadas é a sua implementação sem conseqüente continuação.

Assim, os programas mais frequentemente recomendados são os direccionados para uma abordagem colectiva, que pretendem estabelecer uma ligação entre a organização do trabalho e a adopção de comportamentos saudáveis, incorporando princípios explícitos de liderança, de protecção ambiental e de sistemas de gestão de qualidade (Menckel, 1999).

Desta forma, a promoção da saúde dos enfermeiros encontra - se directamente associada às condições de trabalho e ao clima organizacional das instituições de saúde, podendo “contribuir para melhorar a saúde e a realização pessoais, ou pelo contrário serem factor de stress, de acidentes ou doenças provocadas ou agravadas pelo próprio trabalho” (Nunes, 2002).

A forma como os enfermeiros encaram a sua profissão, associada a adopção de estilos de vida saudáveis e à implementação de programas adequados de vigilância, em articulação com o trabalho realizado pelos serviços

de saúde ocupacional pertencentes às instituições de saúde, serão uma mais valia para a promoção e manutenção da saúde dos enfermeiros.

1.5 - O FUTURO DA ENFERMAGEM

A actualidade para com a enfermagem pode descrever - se como uma fase de transição, onde se começou a entender enfermagem não somente como uma vocação, mas essencialmente como uma transmissão de conhecimento científico.

Se considerarmos que o processo de produção de conhecimento na enfermagem é fruto da prática quotidiana, nomeadamente da própria natureza do trabalho, poderemos afirmar, que "na maioria das vezes, produzir conhecimento não é pensando como partes das actividades que constituem o processo de trabalho, na enfermagem, embora resulte ou seja parte das necessidades relacionadas com esse trabalho"(Alves, 1997: 17).

Perante esta perspectiva, poderemos afirmar que actualmente a produção de conhecimento na enfermagem envolve uma abordagem empirista/positivista, na medida em que deixa de se envolver unicamente com os fenómenos mais essenciais e passa a preocupar - se igualmente com o conhecimento verdadeiro das coisas, utilizando para tal um método holístico, analítico e dinâmico.

Através desta metodologia que terá de ter um percurso individual exaustivo, o profissional - enfermeiro apresenta actualmente uma certa preocupação em saber agir com competência.

Sabendo que há um sem número de exigências que se lhe põem, um profissional competente tem de saber gerir um mundo de acções profissionais, combinando os recursos existentes de forma correcta.

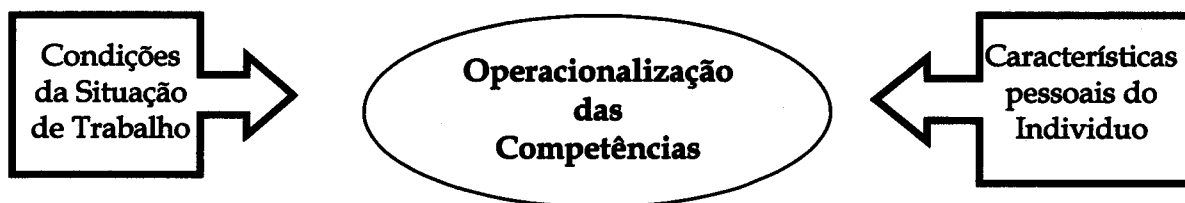
Surge - nos assim o paradoxo de ser competente e de ter competências.

Segundo o Conselho de Boterf, ser competente é rigorosamente diferente de ter competências para desempenhar determinada tarefa, uma vez que é necessário haver uma margem de manobra para além dos procedimentos e dos recursos existentes. Torna - se primordial desenvolver as capacidades

cognitivas, ter uma prática profissional pertinente e saber fazer para que o profissional se torne competente (Conselho de Boterf, 1992).

Esta competência depende igualmente do seu campo de actuação, associada às condições da situação de trabalho, assim como às características pessoais do indivíduo, tais como a experiência, os conhecimentos e as aptidões.

Fig.nº3 - Competências e modo de operacionalização



Fonte: Adaptação de Guy le Boterf, 2003

Considerando que desde meados do século XIX, que se fala numa estreita ligação entre a enfermagem e a melhoria das condições de saúde da comunidade, o que se verifica é que as reformas de saúde passam essencialmente “pela melhoria dos cuidados médicos com particular atenção no financiamento dos cuidados” (Lancaster, 1999:18).

Desta forma, pensa-se que a principal preocupação das reformas de saúde deve passar não só pelos cuidados de saúde hospitalares, mas sobretudo pela saúde comunitária, nomeadamente no que respeita à promoção e prevenção da saúde das populações. O ideal seria a existência de uma articulação entre estes dois campos de actuação, passando não só pela existência de cuidados continuados, mas sobretudo da continuidade dos cuidados.

Nesta perspectiva, o enfermeiro deverá igualmente desenvolver competências nesta área para que consiga, com os recursos de saúde existentes, dar resposta não só à parte física do utente, mas sobretudo enquadrá-lo numa família e conseqüentemente numa sociedade com determinados comportamentos e estilos de vida.

Partindo deste ponto, torna-se fundamental que a forma de pensar/actuar do profissional-enfermeiro seja baseada numa reflexão sobre a sua praxis diária, visto a reestruturação da carreira de enfermagem, e sobretudo a criação dos técnicos auxiliares de cuidados de saúde.

Tendo consciência de que os técnicos auxiliares de saúde são uma mais valia governamental e institucional, tentando colmatar a falta de recursos humanos que actualmente se verifica nas instituições de saúde, tornando-se desta forma como elementos prestadores de cuidados com uma remuneração mais baixa, é fundamental reflectir sobre o futuro do profissional-enfermeiro.

Esta perspectiva está directamente relacionada com o acordo colectivo de trabalho dos hospitais que revistam a forma da sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos, obrigando a uma grande mobilidade funcional em termos futuros da carreira de enfermagem.

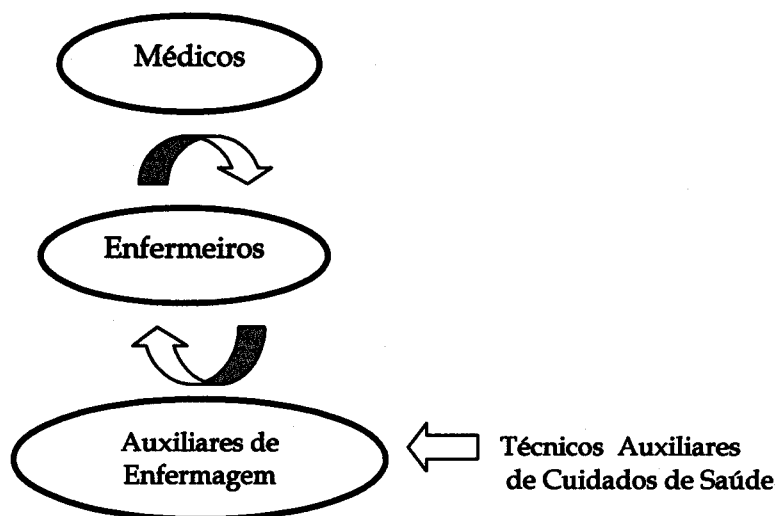
De acordo com esta reestruturação da carreira, o enfermeiro passará a poder ocupar quatro categorias profissionais, nomeadamente: Enfermeiro principal; Enfermeiro sénior; Enfermeiro e Enfermeiro interno (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

Desta forma, verifica - se pela descrição efectuada no Acordo Colectivo de Trabalho acima referido, que os técnicos auxiliares de cuidados de saúde poderão ocupar três categorias na sua carreira profissional: Técnico Auxiliar de Cuidados de Saúde Especialista; Técnico Auxiliar de cuidados de Saúde e Técnico Auxiliar de cuidados de Saúde júnior.

Tomando todos estes considerandos e salientando ainda que o profissional-enfermeiro se encontra num processo de desenvolvimento de competências, onde procura de forma constante aperfeiçoar o seu conhecimento científico quer através da sua praxis diária, quer através da investigação ou até mesmo da formação que efectua, é evidente que se torne como que um "supervisor" das tarefas realizadas pelos auxiliares de enfermagem (Antunes, 2000), uma vez que, "o enfermeiro vai delegando as suas tarefas nos auxiliares de enfermagem e adquirindo competências que não lhe pertencem e que fogem ao âmbito da profissão" (Antunes, 2000:33)

Desta forma, é possível que passemos a ter uma estruturação hierárquica diferente, onde o profissional - enfermeiro fica compactado entre dois profissionais distintos: Os Médicos e os Técnicos auxiliares de Cuidados de saúde, como se pode constatar através da figura n.º 4.

Figura n.º4 - Esquemática da actuação de enfermagem



Os Médicos com os seus estatutos bem definidos, estabelecem como que uma barreira à evolução da carreira de enfermagem, porque apesar destes desenvolverem competências na sua área começa a verificar-se como que um corte, onde a praxis diária do profissional-enfermeiro deixa de estar permanentemente dependente do médico.

Claro que casos há em que esta inter-dependência ainda se verifica, como é o caso das prescrições médicas, mas com o desenvolvimento de competências, o enfermeiro encontra - se muito mais autónomo.

Por outro lado, tal como nos referencia Elisabete Antunes, "os auxiliares, cujas funções e competências estavam limitadas ganham terreno no campo técnico e de responsabilidades, desenvolvendo acções para as quais não adquiriram suporte e fundamentação teórica, mediante apenas um treino especial" (Antunes, 2000:33).

Com este panorama, começamos a verificar uma necessidade em remodelar os estatutos da carreira de enfermagem, pois com o desenvolvimento científico da enfermagem, verifica - se que a actuação dos enfermeiros começa a

estar cada vez mais limitada, entre a carreira Médica com estatutos bem definidos, e a carreira dos auxiliares de acção médica, que por os enfermeiros continuarem a delegar - lhe competências que só a eles diriam respeito (casos como a distribuição de terapêutica e realização de cuidados de higiene), começam a expandir o seu terreno de actuação.

Assim, o futuro da enfermagem é algo dúbio porque "tudo o que foi até agora conquistado está em jogo se os enfermeiros continuarem a delegar as suas funções e a adquirirem outras que não lhe são de direito" (Antunes, 2000:33).

1.6 - SÍNTESE DA PRESPECTIVA ANALÍCA

Ao longo da contextualização teórica do nosso trabalho, escolhemos abordar temas como: a representação da saúde, e de doença; a evolução da profissão de enfermagem; as condições de trabalho de enfermagem no meio hospitalar, a promoção da saúde no local de trabalho e o futuro da enfermagem, para falarmos de uma cultura de qualidade em enfermagem.

No que se refere à representação da saúde verificou - se uma alteração do seu conceito, deixando de estar unicamente relacionada com o conceito de doença, passando a ser considerada multifacetada.

Assim, verificou-se que a saúde apresenta uma faceta objectiva, subjectiva, etiológica e social, que em circunstâncias normais da vida do individuo integra um certo dinamismo e uma certa adaptação representados, essencialmente por três paradigmas: Caracterização; Integração e Transformação (Kérouac, 1994).

Desta forma, quando abordamos o tema: a evolução da profissão de enfermagem, verificamos que existe um certo paralelismo entre o conceito de saúde e a profissão de enfermagem, pois só assim, se poderá justificar o facto de inicialmente a enfermagem se encontrar associada ao trabalho da mulher na sociedade, posteriormente à prática religiosa, à prática científica e à caridade, mudando desta forma o modo de actuar consoante as influências sociais da época.

No século XVIII, em Inglaterra, após a Revolução Industrial, verificou-se o encerramento da transição entre o feudalismo e o capitalismo e

consequentemente o aparecimento das sociedades industrializadas associado a um êxodo rural.

Posteriormente fez-se sentir a conseqüente exploração humana por parte dos detentores da nova forma de produção, trazendo como conseqüência uma maior preocupação com as condições de vida das populações.

Desta forma passou a existir uma maior preocupação com a saúde na medida em que havia uma necessidade de manter a população o mais salubre possível (indivíduos e ambiente), pois só desta forma se conseguiria uma maior produtividade e consequentemente a manutenção económica e política.

A Revolução Francesa, que implementou um processo do pensamento científico na área da biologia, física e química, veio desta forma contribuir para que no século XIX surgisse o desenvolvimento da ciência e consequentemente da medicina, onde a prática de enfermagem perdurou dependente desta última, apesar de certos profissionais, tal como Nightingale, desenvolverem pesquisas unicamente relacionadas com as práticas de enfermagem (como por exemplo a lavagem das mãos dos profissionais antes e depois da realização de qualquer procedimento de enfermagem e a importância da limpeza da unidade do doente), estudando desta forma a influência da profissão sobre a sociedade/ambiente e consequentemente sobre o Homem/individuo, e o impacto destes sobre o estado de doença/saúde.

Posteriormente, a abertura de escolas de enfermagem começou a preparar indivíduos, seleccionados para o efeito, para trabalharem quer na área hospitalar, ou na comunidade.

Esta realidade associada à preocupação em divulgar as diferentes experiências profissionais, resultou na implementação de estatutos e estruturação da carreira de enfermagem, que se foi modificando ao longo dos tempos, tendo como conseqüência alterações a nível das condições do trabalho dos enfermeiros.

Ao abordarmos esta temática verificamos a existência de uma ligação das condições de trabalho com o clima e a cultura organizacional existente em cada instituição.

Esta trilogia, associada à valorização da interacção humana, abrangendo o utente de forma holística, faz com que os seus direitos e necessidades passem a ser uma prioridade na prática de cuidados de enfermagem.

Deste modo, começa a incluir-se o paradigma da qualidade nos cuidados de enfermagem prestados, necessitando para a sua existência de intervenientes atentos, interessados, que actuem correctamente de forma científica e humana.

Para que isto se verifique torna-se incontestável a existência de promoção de saúde no local de trabalho.

Partimos assim do princípio que a promoção de saúde no local de trabalho tem que envolver para além das entidades organizacionais, a população trabalhadora, pois os locais de trabalho deverão oferecer a possibilidade dos trabalhadores poderem realizar as suas actividades em segurança, mas, os trabalhadores também terão que ser incentivados a fazer uso dos materiais adquiridos e respeitar as normas e protocolos existentes.

Ponderando todos estes aspectos verificámos ainda que a enfermagem apresenta um futuro dúbio em que por um lado, existe uma preocupação para com os resultados do trabalho realizado, e por outro a rentabilização económica das instituições.

Assim, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados impõe uma correcta formação académica, passando pela investigação na área da enfermagem e consequente divulgação dos resultados, passando o trabalho de enfermagem a ter uma correcta metodologia científica.

Por outro lado, existem propostas de formação de uma nova carreira profissional na área da saúde de onde aparecerão os técnicos auxiliares de cuidados de saúde.

Face ao exposto, quais os factores que influenciam o contexto de trabalho dos enfermeiros no meio hospitalar?

2 - METODOLOGIA

A ciência tem como principal objectivo conhecer a veracidade dos factos reais (Gil, 1989), para tal, “importa que o investigador seja capaz de conceber e de pôr em prática um dispositivo para a elucidação do real, isto é, no seu sentido mais lato, um método de trabalho” (Quivy, 1992, 13).

Após termos clarificado alguns conceitos e ideias que considerámos primordiais para o bom desenlace e compreensão da temática, passamos para a fase metodológica da investigação.

Marie Fortin referencia-nos que “a metodologia é um conjunto dos métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica. No decurso desta fase, o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas às hipóteses” (Fortin, 1999: 40), definindo “a população e escolhe os instrumentos mais apropriados para efectuar a colheita de dados”, contudo, temos que considerar que não existe uma metodologia exclusiva e universal, para cada estudo, mas “formações científicas historicamente situadas, relativamente autónomas, com desiguais ritmos de desenvolvimento e diversa inserção em estruturas sociais determinadas” (Almeida, 1995:92).

Esta etapa serve igualmente, para uma melhor compreensão da investigação da problemática escolhida e das técnicas e métodos utilizados para o efeito (Bell, 1998).

Deste modo é impensável considerar a metodologia como um receituário universalmente aceite, originário da investigação científica, uma vez que daí só poderíamos obter diligências autónomas, que poriam em causa o rigor científico.

Caracterizada como uma organização crítica das práticas de investigação a metodologia representa um determinismo no controlo interno e formal do

investigador, para que os desenhos obtidos sejam o espelho das operações de pesquisa (Almeida, 1995), representa igualmente um meio de precisar a recolha de dados e a sua análise, como forma de credibilidade dos mesmos baseando-se num conjunto de directrizes (Carmo, 1998).

Tomando todos estes aspectos em consideração, nesta fase pretendemos abordar questões como a problemática encontrada, os objectivos do estudo, a unidade de análise e por conseguinte a caracterização da população alvo.

Enquadra-se ainda neste ponto fazer referência ao instrumento utilizado para a recolha de dados e os procedimentos utilizados para a análise dos mesmos.

2.1 - PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS DO ESTUDO

Rodolphe Ghiglione refere-nos que relativamente à fase metodológica “em qualquer investigação a primeira etapa consiste em determinar o problema, fixar os objectivos e formular as hipóteses que procuramos verificar” (Ghiglione, 1993:21).

Considerando que, “a escolha do problema decorre de grupos, instituições, comunidades ou ideologias em que o pesquisador se move” (Gil, 1989:54), e que se identifica como sendo “algo que provoca desequilíbrio, mal-estar, sofrimento ou constrangimento às pessoas” (Gil, 1989:52), a escolha do problema de investigação é uma fase bastante minuciosa e serve para que o investigador reflecta um pouco sobre o percurso escolhido para a sua pesquisa.

A problemática escolhida diz respeito a uma temática actual, que não é mais do que o contexto do trabalho de enfermagem no meio hospitalar.

A escolha da temática não foi feita ao acaso, sabe-se que são os enfermeiros quem mais tempo permanece junto aos utentes e que mais cuidados directos executam. Como tal, a nossa preocupação vira-se para todas as variáveis constituintes do contexto do trabalho hospitalar que poderá influenciar a praxis diária dos profissionais enfermeiros enquanto prestadores de cuidados nesse meio.

Após a escolha do tema e a sua justificação, traçámos a pergunta de investigação, pois tal como nos diz Marie Fortin “Uma revisão dos documentos

teóricos e empíricos pertinentes para um domínio de interesses permite determinar o nível actual dos conhecimentos relativamente ao problema de investigação em estudo” (Fortin, 1999:40).

Assim, e tendo consciência de que a pergunta de partida, ou de investigação, é “a melhor forma de começar um trabalho de investigação social (...) que servirá de primeiro fio condutor da investigação” (Quivy, 1992:41), e que deverá ser “um enunciado interrogativo claro e não equívoco, que precisa os conceitos chave, específica a população alvo e sugere uma investigação empírica” (Fortin, 1999:51), pôs-se-nos a questão “Quais os factores que influenciam a prática dos enfermeiros no meio hospitalar?”.

Esta questão pareceu-nos interessante, pois numa altura em que se fala constantemente da qualidade dos cuidados prestados, tem que se averiguar quem presta esses mesmos cuidados e quais as condições em que são prestados, o que nos parece pertinente pois tal como nos parafraseia Marie Fortin, a investigação sistemática “ (...) pode incidir sobre as clientelas, quer seja sobre a prática dos cuidados e sobre os seus efeitos junto dos clientes, das suas famílias, da comunidade; quer seja ainda sobre o estudo dos contextos dos cuidados” (Fortin, 1999:27).

Considerando que após ter emergido a pergunta de partida, o investigador deve traçar metas para que “seja capaz de conceber e pôr em prática um dispositivo para a elucidação do real” (Quivy:1992:13), delineámos como finalidade desta pesquisa: Conhecer o perfil cultural que modela a prática de enfermagem em contexto hospitalar.

Para tal pretendemos: Caracterizar os factores que interferem nas condições de trabalho dos enfermeiros no ambiente hospitalar; analisar as estratégias profissionais e organizacionais sobre promoção de saúde no local de trabalho e perspectivar as expectativas dos enfermeiros face ao desenvolvimento da sua actividade profissional em contexto hospitalar.

2.2 - TIPO DE ESTUDO

Tal como nos é referido por Marie Fortin, “ a cada tipo de estudo corresponde um desenho que especifica as actividades que permitirão obter respostas fiáveis às questões de investigação” (Fortin, 1999:133).

Partindo deste pressuposto a nossa pesquisa, caracterizou-se com base numa abordagem qualitativa, pois pretendia-se averiguar o fenómeno segundo a perspectiva dos sujeitos.

Neste tipo de abordagem, segundo Robert Bogdan “a fonte directa de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador, o instrumento principal” (Bogdan, 1994:47).

A escolha deste método é ainda devida à preocupação sentida por parte do investigador em compreender de forma absoluta e ampla o trajecto do fenómeno, interpretando e descrevendo-o, sem que para isso tenha que o avaliar.

Esta forma de estar por parte do investigador, testemunha a sua forma de desenvolver um conhecimento científico, dando ênfase quer à sua compreensão, quer à compreensão dos sujeitos do estudo (Fortin, 1999:2).

A escolha deste paradigma, não foi feita de forma aleatória, pois sabe-se que assenta numa “concepção global fenomenológica, indutiva, estruturalista, subjectiva e orientada para o processo” (Carmo, 1998:177), com a qual poderemos compreender a conduta humana através daquilo “que as pessoas vivenciam, relativamente a alguns fenómenos, e à forma como elas interpretam essas vivências” (Polit, 1995:272), sem existir uma preocupação com a generalização dos dados obtidos.

Assim, a metodologia qualitativa pareceu-nos indicada para o estudo pretendido, visto compreender os fenómenos e o seu significado considerando “o ambiente natural como fonte directa dos dados e o pesquisador como instrumento-chave” (Triviños, 1990:128).

Contudo, dentro da abordagem qualitativa cabem vários tipos de estudos, que consoante as finalidades pretendidas, assim a divergência na escolha do mesmo.

Desta forma, optámos por realizar um estudo de caso, pois sabe-se que este, tal como nos parafraseia Augusto Triviños, “é uma categoria de pesquisa cujo objecto é uma unidade que se analisa aprofundadamente” (Triviños, 1990: 134). Sendo efectuado numa área delimitada, permite procurar “locais ou pessoas que possam ser objecto do estudo ou fontes de dados e, ao encontrarem aquilo que pensam interessar-lhes, organizam então uma malha larga, tentando avaliar o interesse do terreno ou das fontes de dados para os seus objectivos” (Bogdan, 1994:89), na sua vertente descritiva e exploratória.

Descritiva, porque o que se pretende é descrever os fenómenos tal e qual eles são narrados pelos entrevistados, considerando a característica do grupo, com o intuito de descobrir crenças, atitudes e opiniões, como meio de obter uma informação o mais completa e precisa possível do fenómeno em estudo, permitindo ainda desvendar a associação entre as diferentes variáveis (Gil, 1989).

Por outro lado, considerou-se de igual forma a vertente exploratória porque tal como nos salienta Augusto Triviños, “os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar a sua experiência em torno de determinado problema” (Triviños, 1990:109).

De entre os diversos estudos de caso existentes, escolhemos realizar as ditas Histórias de vida, não com o intuito de esmiuçar uma única entidade à exaustão, como forma de obtenção de material histórico, mas como o desígnio de obter depoimentos sociológicos, através de entrevistas, em que os depoimentos ficam destinados a “ser utilizados como veículos para a compreensão de aspectos básicos do comportamento humano ou das instituições existentes” (Bogdan, 1994:93).

2.2.1 - Histórias de Vida

Consideradas como documentos que nos fornecem uma perspectiva das vivências dos entrevistados, optámos pela escolha deste tipo de estudo

essencialmente por sabermos que as Histórias de vida pessoais “constituem um tipo perfeito de material sociológico”, tal como nos referenciam Thomas e Znaniecki (cf. Ramos, 2001: 58).

Desta forma torna - se primordial fazer a distinção entre **life story** e **life history**, onde a primeira corresponde à história de vida narrada tal como a pessoa a vivenciou, e a **life history**, designada habitualmente por história de vida, está relacionada com um estudo de caso, possibilitando a reconstrução biográfica do entrevistado de forma objectiva, até à sua exaustão (Muñoz, 1992).

Sabendo que as histórias de vida se podem realizar através de um relato único, de relatos cruzados ou de relatos paralelos, realizámos o nosso trabalho baseando - nos na segunda hipótese (relatos cruzados), estando conscientes de que esta metodologia se encontra inserida numa perspectiva holística e de verificação, ou seja, através de uma perspectiva múltipla centrada num determinado objectivo, cada vida é relativizada e perspectivada pelas outras (Muñoz, 1992).

Jean Poirier, a este respeito salienta - nos que “o cruzamento de documentos consiste, de facto, no recolhimento de testemunhos, em assegurar, portanto, no plano metodológico, garantias evidentes de fiabilidade ao inquérito feito junto dos diversos informantes”, acrescentando ainda que “é, sem dúvida, nas histórias de vida cruzadas que o método funciona plenamente” (Poirier, 1995:39).

O interesse deste tipo de estudo na área da sociologia, verifica - se uma vez que a história de vida pode ser considerado como um elemento essencial de uma investigação, dado que concede ao pesquisador um contacto directo com os factos, proporcionando-lhe desta forma um fio condutor da investigação, em que “os esquecimentos dos detalhes da vida quotidiana não têm, na maioria dos casos, outras causas para além da inexistência do questionamento (Poirier, 1995:39).

Para Hermano Carmo, este tipo de estudo é conseguido quando “o investigador mediante entrevistas em profundidade tenta coligir uma narrativa de um indivíduo” (Carmo, 1998:219), procurando a sua perspectiva de vida,

reconstruindo a sua carreira, em que os sujeitos têm que enfatizar acontecimentos marcantes e o papel das organizações (Bogdan, 1994).

Pode assim afirmar - se que a História de Vida "é um produto e um meio de produção (...). É preferível, com clareza intelectual designá-la como estratégia de investigação" (Ramos, 2001: 70), permitindo-nos conhecer aspectos da vida privada dos indivíduos e dos grupos e, desta forma, aceder a uma visão aprofundada da realidade social (Muñoz, 1992).

2.3 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Sabendo que os métodos de recolha de dados variam essencialmente em quatro dimensões; estrutura, possibilidade de quantificação, imposição e objectividade, optámos pela escolha do método que mais se adequa com o estudo de caso - História de Vida: a entrevista, associada a contactos informais com os entrevistados.

Considerada como "a técnica por excelência para a construção textual das histórias de vida" (Ramos, 2001: 66), a entrevista é assumida como uma das técnicas mais adequadas "para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das explicações ou razões a respeito das coisas precedentes" (Selltiz et al, 1967, cf. Gil, 1989:113), tornando - se numa forma de partilhar as vivências quotidianas dos actores (Lessard - Hérbert, 1994).

Podendo-se definir como, " um contacto directo entre os investigadores e os seus interlocutores" (Quivy, 1992:193), em que " o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas" (Gil, 1989:113), a entrevista tem assim como principal objectivo a " obtenção dos dados que interessam à investigação" (Gil, 1989:113), que poderão ser de ordem afectiva ou cognitiva.

Baseando-nos numa interpretação clássica de Rodolphe Ghiglione, surgem-nos essencialmente três tipos de entrevistas: "As não directivas ou livres, as semi- directivas, e as directivas" (Ghiglione, 1993:91), tendo estas ultimas uma grande proximidade com os questionários de questões abertas .

Neste contexto, optámos pela entrevista semi-directiva, uma vez que esta se define " por relação às observações feitas a propósito do inquérito livre"

(Ghiglione, 1993:96), sendo o entrevistado “ convidado a responder de forma exaustiva, pelas suas próprias palavras, e com o seu próprio quadro de referência, a uma questão geral (tema) caracterizada pela sua ambiguidade” (Ghiglione, 1993: 96), o que pensámos estar em acordo com a história de vida.

No entanto, “ o investigador tem um quadro de referência mas só o utiliza se o indivíduo esquecer parte do mesmo” (Ghiglione, 1993:97).

Assim, para a obtenção do quadro de referências do investigador, tornou-se necessário a realização de um guião de entrevista (Anexo I), em que se delinearam os seguintes objectivos:

- Caracterizar os factores que interferem nas condições de trabalho dos enfermeiros no ambiente hospitalar;
- Analisar as estratégias profissionais e organizacionais sobre promoção de saúde no local de trabalho;
- Perspectivar as expectativas dos enfermeiros face ao desenvolvimento da sua actividade profissional em contexto hospitalar.

Houve necessidade de recorrer a certas bases de referências como foi o caso de Ghiglione (1993) e de Gil (1989), para a construção do guião de entrevista.

Poderemos dizer que o guião para a entrevista foi dividido em V partes aos quais designámos de Blocos de assuntos.

Desta forma, o **Bloco I** era direccionado para a legitimação da entrevista, onde tentámos por assim dizer, estabelecer o contacto inicial, porque mesmo com o conhecimento prévio do entrevistador para com o entrevistado, “ é de fundamental importância que desde o primeiro momento se crie uma atmosfera de cordialidade e simpatia” (Gil, 1989:119).

Neste primeiro momento, demos a conhecer aos entrevistados qual o tema da pesquisa a efectuar, os seus objectivos, a sua importância, e o provável tempo de duração da entrevista.

Salientámos ainda que a entrevista teria um carácter estritamente confidencial e que as informações conseguidas permaneceriam no anonimato.

Após o estabelecimento do “ rapport (quebra de gelo) ” (Gil, 1989:119), e a obtenção da autorização para a gravação da entrevista em audiocassete, demos então início à entrevista propriamente dita.

Com o **Bloco II**, pretendíamos realizar a categorização dos entrevistados, como forma a definirmos a nossa amostra, nomeadamente no que respeita ao tempo de serviço, idade do entrevistado, género, idade em que o entrevistado iniciou funções na carreira de enfermagem, categoria profissional e grau académico.

No **Bloco III**, o nosso principal objectivo era caracterizar os factores que interferem nas condições de trabalho dos enfermeiros, tendo como base o relato do entrevistado acerca das competências desempenhadas ao longo da sua carreira, assim como as diferentes tarefas, as metodologias de trabalho e os horários praticados em ambiente hospitalar.

O **Bloco IV**, estava relacionado com a sua promoção da saúde no local de trabalho, direccionada para os meios facultados pela instituição com esse intuito e para os mecanismos adoptados pelos próprios enfermeiros.

Por fim, relativamente ao **Bloco V**, pretendíamos saber quais as expectativas dos enfermeiros face ao desenvolvimento da sua actividade profissional em contexto hospitalar.

Sabendo que o enviesamento deste tipo de abordagem é combatido com o registo por parte do investigador, em notas de campo, que incluem reflexões sobre a sua própria subjectividade (Bogdan, 1994:68), este foi colmatado com a leitura do guião da entrevista por dois experts na área da investigação, tendo este sido corrigido de imediato antes de se proceder à aplicação do pré - teste.

A aplicação do guião de entrevista foi feita a um elemento pertencente ao nosso universo escolhido para o efeito, com o intuito de verificar a nossa postura como entrevistadores, e a estrutura da entrevista.

Após a aplicabilidade do pré - teste verificou - se não haver necessidade de remodelar qualquer questão, dado que os entrevistados respondiam de acordo com o que era pretendido, consoante as suas crenças, atitudes e comportamentos.

Com esta validação foi-nos então permitido dar mais um passo na nossa pesquisa: a aplicação das entrevistas aos sujeitos do estudo, pois tal como nos referencia António Gil, “À medida que estas questões preliminares tenham sido suficientes para a criação de uma atmosfera favorável, o entrevistador passará a abordar o tema central da entrevista” (Gil, 1989:119).

Neste contexto, e sabendo que se atingira a atmosfera para o efeito, foi efectuada a aplicação das entrevistas, estando conscientes de que a facilidade e o plano das histórias de vida, “estão determinados, ora com base na conversa inicial, ora durante as primeiras entrevistas” (Bogdan, 1994:93).

Considerando ainda que “o problema do tamanho da população, que intervém desde o começo da pesquisa, é um problema muitas vezes mal colocado, porque, em todos os inquéritos por entrevistas, verifica - se uma saturação da informação por representatividade” e que “o critério do grande número de sujeitos interrogados, como justificativo da qualidade da pesquisa, não funciona” (Poirier, 1995:96), realizámos 12 entrevistas.

As 12 entrevistas foram realizadas durante os meses de Setembro e Outubro de 2004, em locais escolhidos pelos próprios entrevistados, que divergiram entre o seu domicílio e o seu local de trabalho, sendo neste último caso escolhidos horários que variavam entre a hora de almoço e o horário pós - laboral (não se comprometendo desta forma a entidade patronal).

A duração das entrevistas variou desde os 30 minutos até aos 120 minutos.

Após consentimento dos entrevistados procedeu - se à sua realização com o auxílio de um gravador, as mesmas foram transcritas, e posteriormente validadas pelos próprios entrevistados.

2.4 - UNIDADE DE ANÁLISE

O local eleito para a execução da pesquisa foi o Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE).

Nos finais do Século XV, existiam na cidade de Évora, pelo menos doze pequenos hospitais, designados como albergarias ou hospícios, destinados a recolher os romeiros, os pobres, os peregrinos e os enfermos.

Provavelmente no mesmo local onde actualmente se situa o HESE, existiria uma dessas albergarias designada como Hospital do Espírito Santo.

Face aos gastos económicos que os doze pequenos hospitais representavam para o reino, D. João II teve a autorização do papa para os unificar.

Contudo foi no reinado de D. Manuel, em 1495, que o local de implementação do hospital da cidade foi escolhido, optando pelo local onde se localizava o hospital da cidade, passando a denominar-se como Hospital Real do Espírito Santo, que de 1535 a 1562 foi administrado pelo clero.

Entre 1562 e 1567, não existem quaisquer relatos da sua evolução, contudo, sabe-se que entre 1567 e 1975, o Hospital Real do Espírito Santo foi administrado pela Santa Casa da Misericórdia, funcionando no espaço físico actualmente existente.

No passar dos anos, o hospital sofreu algumas alterações, quer no que respeita à sua estruturação física ou à sua nomenclatura.

Assim após ter sido designado como Hospital Distrital de Évora, passou em 1995 a recuperar parte da sua designação original, passando a designar-se como Hospital do Espírito Santo - Évora (HESE), tal como se designa actualmente.

Quanto ao espaço físico, o HESE, ocupa quatro edifícios, dois considerados como tal que se encontram naquele que se denomina como recinto hospitalar, um designado como Hospital do patrocínio e um último onde se encontra a funcionar o Departamento de Psiquiatria, situado num bairro periférico da cidade de Évora.

Nos primeiros dois edifícios - HESE - situam-se os serviços de: Pediatria, Especialidades cirúrgicas, Cardiologia, Ortopedia (homens e mulheres), Serviço de saúde ocupacional, cirurgias (I e II), Serviços de enfermagem, Bloco Operatório, Neonatologia, Obstetrícia, Psiquiatria, Unidade de Oncologia, Serviço de urgência, Serviço de urgência pediátrica, Comissão de controlo de Infecção, Consultas Externas (gerais), Núcleo de Exames especiais; Esterilização, Medicina física e de Reabilitação, Ginecologia, Hemodiálise,

Hemoterapia e Serviço de Imagiologia, e todos os serviços de apoio hospitalar assim como os de gestão e liderança.

No edifício designado como Hospital do Patrocínio, que só se encontra em funcionamento desde o ano de 2002, estão presentemente em funcionamento os seguintes serviços: Especialidades médicas; Medicina 1; Medicina 2 e Consultas externas de Pediatria.

2.4.1 - Caracterização dos Actores Entrevistados

Segundo os dados fornecidos pelo HESE em Julho de 2003, verificou - se a existência de 447 enfermeiros distribuídos pelos diversos serviços que constituem a instituição (Anexo II).

De entre estes, e segundo dados colhidos directamente com a direcção de enfermagem, verificou - se que 86% do pessoal de enfermagem é do sexo feminino, o que significa que apenas 14% é do sexo masculino.

Através desta distribuição, verificamos ainda que a média de idades é relativamente baixa abrangendo sensivelmente os 36,8 anos. O que significa que o número de enfermeiras em idade fértil e idade de procriação é elevado.

Da população de enfermeiros existente no HESE, o número de entrevistas efectuadas ficou consignada à saturação dos dados, uma vez que na investigação qualitativa o número de entrevistas a efectuar está directamente relacionado com a finalidade da própria investigação (Bogdan, 1994).

Deste modo, optámos por escolher uma amostra não probabilística, sabendo de antemão que estas “podem ser seleccionadas tendo como base critérios de escolha intencional” (Carmo, 1998:197).

De entre os vários tipos de amostragem não probabilística, elegemos a amostragem em bola de neve, pois segundo Hermano Carmo, esta técnica “implica que o investigador conheça bem a população em estudo de modo a que possa seleccionar casos que considera como típicos” (Carmo, 1998:198).

Questão que pensamos ter ultrapassado de imediato uma vez que pertencemos à classe de enfermagem e que exercemos funções na instituição em questão durante cerca de 10 anos.

Com estes considerandos, utilizámos como base para o nosso estudo 12 enfermeiros seleccionados de forma intencional, tendo sempre presente a necessidade de preencher a maior diversidade no que respeita a serviços, idades, categoria profissional, grau académico e anos de profissão.

Da nossa selecção fizeram parte 10 enfermeiros do sexo feminino e 2 do sexo masculino, o que se justifica pelos dados anteriormente relatados.

Esta distribuição apresenta-se ilustrada através do quadro n.º 1.

Quadro n.º 1 - Distribuição dos entrevistados por Sexo

Sexo	Frequência	Percentagem
Masculino	2	16,7
Feminino	10	83,3
Total	12	100

Relativamente às idades dos entrevistados, estão compreendidas entre os 26 e os 54 anos, sendo a sua média de idades de 43 anos, tal como se pode verificar através do quadro n.º 2.

Quadro n.º 2 - Distribuição dos entrevistados por Idade e Sexo

Sexo	Idade																				Total	
	26		31		36		38		39		41		46		50		51		54		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%				
F	1	8,33	1	8,33	1	8,33	1	8,33	1	8,33	0	0	1	8,33	1	8,33	2	16,7	1	8,33	10	83,3
M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8,33	0	0	0	0	0	0	1	8,33	2	16,7
Total	1	8,33	1	8,33	1	8,33	1	8,33	1	8,33	1	8,33	1	8,33	1	8,33	2	16,7	2	16,7	12	100

Apesar de tudo, optámos por saber a opinião de inquiridos, sobre a temática, com diferentes tempos de vivência profissional, nomeadamente, 1 enfermeiro a trabalhar entre [1 a 10 [anos, 3 enfermeiros com tempo de serviço compreendido entre [10 e 20 [anos, 3 enfermeiros a exercer funções entre 20 e 30 anos e 4 enfermeiros com [30 a 40 [anos de profissão, tal como se pode constatar através do quadro n.º 3.

Só deste modo é que se poderia ter uma perspectiva dos diferentes momentos da carreira de enfermagem abrangidos no nosso estudo.

Quadro n.º 3 - Distribuição dos entrevistados por Anos de Serviço e Categoria Profissional

Categoria Profissional	Anos de Serviço								Total	
	[1 - 10[[10 - 20[[20 - 30[[30 - 40[F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%		
Enfermeiro	1	8,33	0	0	0	0	0	0	1	8,33
Enf. Graduado	0	0	3	25,005	2	16,67	1	8,33	6	50
Enf. Especialista	0	0	1	8,33	0	0	1	8,33	2	16,67
Enf. Chefe	0	0	0	0	1	8,33	1	8,33	2	16,67
Enf. Supervisor	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enf. Director	0	0	0	0	0	0	1	8,33	1	8,33
Total	1	8,33	4	33,34	3	25	4	33,33	12	100

Verificámos ainda, na nossa amostra, que relativamente aos anos de serviço e à categoria profissional ocupada que estas duas variáveis não são directamente proporcionais, ou seja, em certos casos verifica-se que apesar de ter mais anos de serviço, alguns enfermeiros ocupam as mesmas categorias profissionais que enfermeiros com menos anos de serviço.

A nossa amostra é assim constituída por 1 Enfermeiro, 6 Enfermeiros Graduados, 2 Enfermeiros Especialistas, 2 Enfermeiros Chefes e 1 Enfermeiro Director.

De salientar o facto de não fazer parte da nossa amostra 1 Enfermeiro Supervisor, visto que na instituição só existe um elemento com essa categoria e que actualmente está a desempenhar funções como Enfermeiro Director.

Outra característica que tentámos abranger de forma diversificada, na nossa amostra, foi o grau académico (Quadro n.º 4).

Assim obtivemos 5 Licenciados, dos quais 4 possuem especialização numa determinada área. Possivelmente por terem frequentado os Cursos de Estudos Superiores Especializados, tendo-lhe sido conferido automaticamente o grau de licenciado e simultaneamente uma especialização.

Quanto aos Bacharéis, entrevistámos 5, dos quais 2 estão a frequentar o Complemento de Formação com intuito de obter o grau de Licenciados, e 1 que apesar de Bacharel tem especialidade. Neste último caso poderá ser uma justificação o facto dos cursos de especialização mais antigos, não darem equivalência a Licenciatura.

Há ainda a salientar 1 enfermeiro com Bacharelato que apenas possui o 8º Ano de escolaridade. Este processo pode ser resultado da evolução da carreira, na medida em este elemento pode ter obtido o grau de Bacharel através da Ordem dos Enfermeiros, por equiparação.

Quadro n.º 4 - Distribuição dos entrevistados por Grau Académico

Grau Académico	Frequência	Percentagem
Bacharelato	6	50
Licenciatura em enfermagem	2	16,7
Licenciatura e Especialidade	3	25
Mestrado	1	8,3
Doutoramento	0	0
Total	12	100

2.5 - PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Após a realização das entrevistas, foi transcrito o seu conteúdo.

Para que conseguíssemos verificar a saturação do campo, enumeramos as entrevistas de forma a facilitar a sua percepção e por conseguinte a sua análise e interpretação dos dados.

Esta fase do trabalho, para Marie Fortin, define-se como “uma fase integrada no processo de investigação, presente de cada vez que o investigador se remete a um período de colheita de dados e em que ele deve situar-se em relação ao que já emergiu dos dados e ao que resta descobrir” (Fortin, 1999:306).

Segundo Robert Bogdan, a análise dos dados deve ser efectuada através de um “processo de busca e de organização sistemático da transcrição de entrevistas, de notas de campo e de outros materiais que foram sendo acumulados, com o objectivo de aumentar a sua própria compreensão desses mesmos materiais e de lhe permitir apresentar aos outros aquilo que encontrou” (Bogdan, 1994:205), ou seja “pôr em evidências as constantes das histórias de vida, as regularidades que constituem o fundo comum das respostas dos sujeitos” (Poirier, 1995:101).

Assim, o processo que nos pareceu mais adequado para a realização da análise de dados do estudo, foi a análise de conteúdo, que segundo Laurence Bardin, “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter,

por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção /recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 1995:42).

Esta técnica, caracterizada por Jean Poirier por “ um trabalho ingrato, longo, paciente, que requer, simultaneamente, um trabalho minucioso de análise e uma passagem dedicada à síntese” (Poirier, 1995:101), tem assim como principal finalidade a interpretação dos dados, pois sabe-se que os dados emergem de uma forma natural das entrevistas realizadas, obtendo-se material documental, que se transformará em dados interpretáveis através de uma correcta análise dos mesmos (Lessard - Hérbert, 1994), (Anexo III).

Consciente de que a análise de conteúdo é um processo complexo que envolve no seu trajecto: A definição de objectivos e do quadro de referência teórico; a constituição de um «corpus»; a definição de categorias; a definição de unidades de análise; a quantificação (que não é obrigatória de realizar) e a interpretação dos dados obtidos (Carmo, 1998).

Como a definição dos objectivos, assim como o quadro de referência teórico foram delineados numa primeira fase do trabalho, após a transcrição das entrevistas tornou-se primordial a constituição de um «corpus» de análise, que tal como nos referencia Jorge Vala, “se o material a analisar foi produzido com vista à pesquisa que o analista se propõe realizar, então, geralmente, o corpus de análise é constituído por todo esse material” (Vala, 1986:109), pois sabe-se que a escolha de todos os documentos deverá ser efectuada tendo como base certos princípios tais como: a exaustividade; a representatividade e a pertinência, para o estudo em si (Bardin, 1995 cf. Carmo, 1998).

Após emergir o «corpus», torna-se fundamental o seu tratamento codificando-o.

Esta codificação não é mais do que definir categorias, que segundo Grawitz, “são rubricas significativas, em função das quais o conteúdo será classificado” (Grawitz, 1993 cf. Carmo, 1998: 255).

Para Laurence Bardin, esta fase da análise “corresponde a uma transformação - efectuada segundo regras precisas - dos dados brutos do texto,

transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo” (Bardin, 1995:103).

Assim, a definição das categorias pode ser feita a priori ou à posteriori (Vala, 1986), devendo no entanto possuir quatro características, nomeadamente: Ser exaustivas, exclusivas, objectivas e pertinentes, ou seja, devem abranger todo o conteúdo das entrevistas, onde, os mesmos elementos só podem pertencer a uma determinada categoria. Devem ainda ser claras e precisas e estar relacionadas com os objectivos traçados no início do trabalho.

Verificámos que no nosso caso elas preenchem todas estas qualidades, tendo sido definidas a priori, uma vez que já se tinham formulado, numa primeira fase do trabalho, as hipóteses do estudo.

Para além disso, a categorização efectuada foi submetida à opinião específica de dois experts, cuja colaboração foi imprescindível para verificar as consonâncias e discrepâncias no que respeita ao tema, categorias e subcategorias.

Com a confirmação das categorias previamente definidas, torna-se necessário continuar a codificação do documento através das unidades de registo.

Hermano Carmo, salienta - nos que unidades de registo “é o segmento mínimo de conteúdo que se considera necessário para proceder à análise, colocando - o numa dada categoria” (Carmo, 1998:257).

O mesmo autor faz ainda referência que “a escolha da unidade de registo depende pois dos objectivos estabelecidos e do quadro teórico orientador da investigação” (Carmo, 1998: 257).

Assim, poderemos constatar que a unidade de registo não é mais do que uma porção do discurso obtido, que o investigador vai seleccionar colocando-o em determinada categoria correspondente, podendo ser de dimensões e natureza muito diversificadas.

Hermano Carmo, elucida-nos ainda que habitualmente a distinção das unidades de registo é feita “entre unidades formais, que podem ou não coincidir com linguísticas, e unidades semânticas” (Carmo, 1998:257).

Todavia, Laurence Bardin, salienta-nos que “o critério de recorte na análise de conteúdo é sempre de ordem semântica”, em que o tema “é uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (Bardin, 1995:104).

Ao constataremos todos estes pressupostos, pensamos que a abordagem das unidades de registo através das unidades semânticas, seja a mais direccionada para o nosso tipo de estudo, uma vez que pretendemos saber a opinião dos enfermeiros do HESE relativamente aos factores que interferem no seu ambiente de trabalho, porque tal como nos salienta Laurence Bardin “o tema é utilizado como unidade de registo para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc.” (Bardin, 1995:106).

No que concerne à unidade de contexto, verificámos que na perspectiva de Hermano Carmo, “constitui o segmento mais longo de conteúdo que o investigador considera quando caracteriza uma unidade de registo, sendo a unidade de registo o mais curto” (Carmo, 1998:257), ou seja a unidade de contexto permite codificar a unidade de registo, que segundo Jorge Vala é “o segmento mais largo de conteúdo que o analisa e examina quando caracteriza uma unidade de registo” (Vala, 1986:114).

Desta forma e segundo Laurence Bardin a unidade de contexto “corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo” (Bardin, 1995:107), pelo que constatamos que as nossas unidades de contexto não são mais do que as entrevistas.

Após a criação das unidades de registo, e tal como vimos anteriormente, outra etapa da análise de conteúdo é a quantificação.

Sendo o nosso trabalho baseado numa abordagem qualitativa, não impede a existência de uma quantificação específica, pois para Jorge Vala, a unidade de enumeração pode ser considerada como “a unidade em função da qual se procede à quantificação” (Vala, 1986:115).

Hermano Carmo reforça esta ideia defendendo que “as unidades de enumeração dizem respeito ao tempo e ao espaço: parágrafo, linha, centímetro, minutos de registo” (Carmo, 1998:258).

O mesmo autor realça ainda que “normalmente considera-se que uma maior frequência de uma categoria corresponde ao maior interesse que o autor de um discurso lhe atribui” (Carmo: 1998:258).

Contudo, tudo isto é um pouco subjectivo, dependendo de certa forma dos valores e crenças dos entrevistados pois estes poderão “omitir de forma estratégica objectos a que se dá real importância” (Carmo:1998:258).

Tendo todos estes passos presentes, assim como o tema e os objectivos do estudo foi possível fazer a análise de conteúdo dos documentos obtidos. Através do anexo IV, pode-se constatar as três áreas temáticas, as categorias, assim como as subcategorias e as unidades de registo encontradas.

Para melhor visualização foi criada uma grelha de análise (Quadro n.º 5), a qual poderemos considerar como o produto final da análise efectuada.

Esta grelha permite de uma forma mais simplificada visualizar a afinidade existente entre os temas que constituem as áreas temáticas e as respectivas categorias e subcategorias.

Permite ainda vislumbrar as unidades de enumeração através das respectivas frequências (F).

Quadro n.º 5 – Grelha de análise

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ENTREVISTAS	F
Condições e Situações de Trabalho	Hierarquia Profissional	Responsável de Serviço	E1, E4, E5, E10	4
		Relações Profissionais	E1, E3, E4, E5, E6, E8, E10, E11	8
		Trabalho em Equipa	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E9, E10, E11	10
	Recursos	Recursos Humanos	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E9, E10, E11, E12	11
		Recursos Materiais	E1, E2, E3, E4, E7, E8, E9, E10, E12	9
		Recursos Técnicos	E2, E3, E4, E5, E8, E11, E12	7
		Recursos Físicos	E1, E2, E4, E8, E9, E10, E12	7
		Estratégias Adoptadas pelo Pessoal de Enfermagem	E1, E4, E8, E10	4
		Estratégias Adoptadas pela Instituição	E1, E4, E7, E8, E9, E12	6
		Metodologia Utilizada	Planeamento das Actividades	E1, E4, E5, E6, E7, E8, E10, E12
	Transferência de serviço	Integração no Serviço	E1, E9, E10, E11, E12	5
		Horários	E1, E2, E3, E4, E5, E7, E8, E9, E10, E11, E12	11
		Motivo	E1, E2, E3, E5, E6, E8, E9, E10, E12	9
	Cuidados Prestados	Frequência	E1, E5	2
		Higiene e conforto	E1, E10	2
		Colheita de Espécimes para Análise	E1	1
		Alimentação	E1	1
		Terapêutica	E1	1
		Outros Cuidados	E1, E5, E10, E11	4
	Registos	De Enfermagem	E1, E7, E10	3
		Terapêuticos	E1	1
		Processo Clínico Individual	E1, E7	2
	Pluriemprego	Causas	E1, E2, E6, E7, E8, E9	6
Vantagens			0	
Desvantagens		E2, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E12	8	
Promoção da Saúde	Importância	Promoção/Prevenção	E1, E3, E4, E8, E9, E12	6
		Formação	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12	12
	Mecanismos Adoptados pelos enfermeiros	Atitudes e Comportamentos	E1, E11, E12	3
		Utilização de EPI'S	E1, E11	2
		Medidas Organizacionais	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, E9, E10, E12	10
		Fornecimento de EPI'S	E1, E2, E11	3
Expectativas face à enfermagem	Cenário Futuro	Profissionais	E1, E2, E4, E6, E7, E9, E10, E11, E12	9
		Competências do Enfermeiro	E1, E2, E3, E4, E5, E7, E8, E9, E11	9
		Transferências de Competências	E1, E2, E3, E4, E6, E8, E9, E10, E11, E12	11
		Instituição	E1, E2, E3, E5, E6, E7, E9, E10, E12	9

3 - A ENFERMAGEM E O SEU CONTEXTO DE TRABALHO

Fazendo uma retrospectiva da parte metodológica do nosso trabalho, verificamos que a entrevista foi o instrumento de recolha de dados para o nosso estudo, e que aquando da sua realização recorreu-se à gravação autorizada.

Esta etapa foi muito valiosa pois só assim nos foi possível ouvir todas as entrevistas realizadas e posteriormente realizar a sua transcrição.

Com a leitura da documentação resultante, conseguiu-se através da análise de conteúdo criar um corpus de trabalho e seguidamente recortar e transcrever as unidades de registo, tudo isto claro está, tendo sempre presente o tema e os objectivos do estudo.

Da categorização efectuada salientaram-se três áreas temáticas e as categorias subjacentes, assim como as unidades de registo características de cada uma.

A realização de uma grelha de análise permitiu-nos visualizar tudo isto e ainda criar as unidades de enumeração através das frequências das categorias.

A dar continuidade à nossa análise de conteúdo, iremos neste ponto realizar a interpretação dos dados obtidos, sendo para isso fundamental considerar os objectivos do trabalho assim como o suporte teórico (Carmo, 1998).

Hermano Carmo clarifica - nos que "além da descrição, a análise de conteúdo deverá não só possibilitar a compreensão do fenómeno que constitui o objecto de estudo, como fazer o Investigador chegar à sua explicação e podendo mesmo nalguns casos, fazê - lo chegar a formas de previsão" (Carmo, 1998:259).

Como optámos pelas histórias de vida para a realização do estudo, ao longo da análise iremos salientar dados dentro da mesma categoria, que nos confrontem entre a realidade actual e o passado.

3.1 - CONDIÇÕES E SITUAÇÕES DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS

Respeitante aos enfermeiros do HESE entrevistados, enumeraram como principais variáveis influentes nas condições de trabalho na instituição a hierarquia profissional, os recursos existentes e as estratégias adoptadas quer pela instituição, quer pelos próprios profissionais para combater os défices nessa área.

Salientaram ainda a metodologia de trabalho utilizada, os cuidados prestados, os registos efectuados, assim como o pluriemprego, tal como se poderá constatar através do quadro n.º 6.

Quadro n.º 6 - Condições e situações de trabalho dos enfermeiros do HESE

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Condições e Situações de trabalho	Hierarquia profissional	Responsável de serviço
		Relações profissionais
		Trabalho em equipa
	Recursos	Recursos Humanos
		Recursos Materiais
		Recursos Técnicos
		Recursos Físicos
		Estratégias adoptadas pelo pessoal de enfermagem
		Estratégias adoptadas pela instituição
	Metodologia utilizada	Planeamento das actividades
		Integração no serviço
		Horários
	Transferência de Serviço	Motivo
		Frequência
	Cuidados prestados	Higiene e conforto
		Colheita de Espécimes para análise
		Alimentação
		Terapêutica
		Outros cuidados
	Registos	De enfermagem
Terapêuticos		
Processo clínico individual		
Pluriemprego	Causas	
	Vantagens	
	Desvantagens	

Hierarquia Profissional

No que concerne à Hierarquia profissional, a sua divisão é feita em três subcategorias: Responsável de Serviço, Relações Profissionais e Trabalho em equipa.

Assim, ao analisarmos a Hierarquia profissional como condição de trabalho, verificamos que as opiniões dos entrevistados estão em consonância no que concerne ao responsável de serviço, opinando que esta hierarquia engloba a presença de um enfermeiro chefe no turno da manhã, com outro elemento responsável pelos restantes turnos. Situação que se mantém ao longo do tempo.

“De manhã tínhamos a responsável de serviço, a enfermeira chefe e..., e pronto” (E1)

“ ... a responsável do serviço era sempre a mais velha, que seria a responsável por exemplo no turno da tarde ou da noite...” (E1)

“Acaba por ser um indivíduo que está responsável...” (E10)

Verifica - se ainda que a escolha do elemento responsável em substituição da chefia, é seleccionado pela própria.

“...a chefe tenha tido o cuidado de pôr uma responsável pelo SO e a outra pela sala de Observações” (E4)

Através da carreira de enfermagem aprovada através do Decreto - Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, aparecem os mecanismos adequados à natureza e às características do exercício da enfermagem

Com este documento, verificamos que as duas situações acima descritas estão previstas, através da secção II, direccionada para a área de gestão, em que com o artigo 8º, descreve, para além de outros conteúdos funcionais, o do enfermeiro - chefe, nomeadamente através da alínea d), prevendo que cabe ao

enfermeiro chefe “propor o nível e tipo de qualificações exigidas ao pessoal de enfermagem, em função dos cuidados de enfermagem a prestar” (Dec. - Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro).

Para além disso, existem ainda opiniões díspares no que concerne à instabilidade verificada nos diferentes serviços hospitalares, relacionada com os responsáveis de serviço, podendo a mudança constante tomar partidos diferentes.

“...temos um problema que estamos constantemente a trocar de chefia, o que tem gerado uma instabilidade enorme a nível do serviço...” (E5)

“Acaba por ser o indivíduo que está responsável..., individualiza um bocado..., os hábitos do serviço” (E10)

Esta dualidade vai de encontro à opinião de Paul Horton, uma vez que este autor afirma que “A maioria das mudanças traz consigo uma ameaça, real ou imaginária” em que “algumas vezes um agente de mudança consegue promover uma alteração, mas somente para verificar que os resultados constituem uma desagradável surpresa” (Horton, 1981:393).

Relativamente às relações profissionais verifica-se uma disparidade de opiniões, entre o antigamente e a actualidade no que respeita essencialmente ao profissionalismo, e à união das pessoas aquando da sua praxis diária.

“...as pessoas trabalhavam com profissionalismo, penso que hoje não acontece tanto” (E1)

“...as pessoas eram muito unidas” (E1)

“...éramos um grupo muito unido apesar de sermos poucas” (E8)

Se considerarmos os conflitos como elementos estruturantes em que tal como nos refere M. Weber “é necessário partir dos actores” (...) em que “os mecanismos dos conflitos polarizam-se em torno dos interesses materiais, do prestígio e do poder, sendo o poder um traço estrutural de qualquer conflito” (Weber cf. Étienne, 1998:79), poderemos considerar banal quando os

entrevistados salientam o ambiente profissional como sendo o principal responsável dos conflitos existentes no meio laboral, chegando a realçar a indisciplina e o facto de se tornar “pesado”, como as principais causas para a desunião dos elementos da equipa e para dificultar o bom desempenho profissional dos enfermeiros.

“...indisciplina, ...mau ambiente, no serviço...” (E1)

“...há um ambiente pesado, não se sente um ambiente afável e as pessoas não se sentem bem a trabalhar assim...” (E1)

“...não somos uma classe profissional muito unida” (E3)

Este parecer acerca da actualidade, contrapõe-se um pouco com a anteriormente vivida, pois o ambiente profissional era baseado numa colaboração nas diferentes tarefas quer entre os elementos da mesma equipa, ou até mesmo de equipas diferentes.

“...se estivesse a puncionar uma veia a um bebé ou a uma criança, se não conseguisse, chamaria outra que não estivesse disponível, mas essa iria fazer as tarefas que a outra estaria a desempenhar” (E1)

“...éramos um grupo unido apesar de sermos poucas” (E8)

“...então a enfermeira da cirurgia de homens ajudava a de mulheres e vice - versa” (E10)

Como principais causas desta diferença temporal, são apontadas diversas variáveis como é o caso: da falta de articulação entre os diferentes serviços, dos diferentes tipos de interesses dos profissionais, da diversidade de horários, da dificuldade em se estabelecer relações profissionais entre os diversos elementos da equipa multidisciplinar e da expectativa vivida acerca de uma perspectiva futura relacionada com os hospitais SA.

“ Não há aquele cuidado..., por exemplo ou por se fazer um contacto, ...entre as chefes não é?...intercâmbio entre as equipas que deveria de haver, mas não há!” (E3)

“...há muito interesse actualmente..., se for preciso passam por cima de tudo e de todos para alcançarem os fins a que se propõem” (E4)

“...as relações entre as pessoas não serem as melhores, e as coisas não se coordenarem, ...também tem a ver com o horário” (E1)

“Porque depois há umas que têm o horário acrescido, há outras que têm o horário normal, e as que têm horário normal saem às três da tarde..., e isso causa muitos atritos..., na equipa, muitos mesmo” (E11)

“...relações entre médicos e enfermeiros, entre enfermeiros e auxiliares de acção médica..., não é a melhor e isso às vezes traz atritos” (E11)

“...estes conflitos também vêm por arrastamento do hospital privado” (E5)

Uma outra variável apontada neste âmbito é o facto das equipas de enfermagem serem na sua maioria constituídas por elementos do sexo feminino.

“...é uma equipa só de mulheres..., fazia muita falta lá, o sexo masculino. Porque às vezes ..., há muito jornalismo” (E3)

Uma curiosidade no mínimo, pois sabe - se que desde sempre na profissão de enfermagem predominam elementos do sexo feminino, tal como nos salienta Marie Collière “ durante milhares e milhares de anos, a prática de cuidados correntes, isto é, todos os cuidados que suportam a vida de todos os dias, liga - se fundamentalmente às actividades das mulheres” (Collière, 1989:40).

No que respeita ao trabalho em equipa, verifica - se novamente uma discrepância entre o antigamente e a actualidade.

“...Trabalhávamos, como se diz em equipa” (E1)

“...talvez o espírito de equipa não esteja talvez tão incutido nestas profissionais de hoje” (E1)

“...não há o..., o espírito de inter ajuda tão grande como havia aqui há uns anos atrás..., as pessoas mais velhas têm mais esse espírito do que as mais novas” (E9)

Esta divergência poderá ser explicada pela distribuição individual do trabalho, pela execução de tarefas que poderiam ser realizadas por outros profissionais, pela descoordenação do trabalho realizado por diferentes elementos da equipa multidisciplinar, pela não existência de uma equipa multidisciplinar ou pela simpatia que os elementos a realizarem turnos juntos sentem uns pelos outros.

“Trabalha - se individualmente, cada um ocupa as suas funções e não ajuda mais ninguém” (E5)

“...não existem equipas, existem, elementos designados para determinado turno que funcionam independentes uns dos outros, cada qual com a sua função” (E9)

“...o trabalho em..., de enfermagem com o de auxiliar não está muito coordenado também, ou seja a gente às vezes perde muito tempo em coisas que as auxiliares poderiam fazer” (E3)

“...há uma grande descoordenação, porque é assim, o lógico era a criança fazia o aerossol, o técnico ia fazer a cinesiterapia e tu aspiravas a seguir, não há essa coordenação...” (E3)

“...era óptimo que nós tivéssemos um trabalho de equipa, que na nossa equipa tivéssemos um enfermeiro, um médico, um psicólogo, dietista, um fisioterapeuta e por aí fora, no sentido de uma abordagem global ao doente...” (E7)

“...muitas vezes esse trabalho em equipa é só de nome, não é o que se verifica na prática, porque as pessoas só ajudam, ou só colaboram, ou só trabalham em equipa quando querem, não é com todas as pessoas” (E6)

Este individualismo pode ser justificado por Raymond Boudon, ao considerar que independentemente do fenómeno social a investigar, o

indivíduo deve ser visto como o conjunto de acções individuais, considerando - se desta forma como um actor que não actua num vazio social, encontrando - se sempre num determinado meio social (Boudon cf. Étienne, 1998).

Considerando este pressuposto, é racional que existam casos onde o individualismo não se verifique, dependendo do tipo de trabalho a executar, do serviço onde se executa e essencialmente da premência do mesmo.

“ Na urgência geral..., tínhamos mais ajudas, porque há muito mais pessoas a trabalhar, as equipas são formadas por cinco ou seis elementos, existem os maqueiros, existem os médicos, há sempre quem ajude..., da parte física” (E2)

“Há serviços pela sua natureza, pelo seu objecto de trabalho..., que estão mais vocacionados para o trabalho em equipa” (E7)

“Se há uma urgência ..., há muito mais pessoas, ocorrem muito mais pessoas, é a parte da cirurgia, é a parte de anestesia, é a parte..., portanto toda a gente ocorre” (E4)

Recursos

Considerando os serviços hospitalares como “lugares de expressão para a prática profissional”, é fundamental que contenham “as condições indispensáveis para assegurar os cuidados de enfermagem, que tenham em linha de conta o que é importante para a vida dos utilizadores, sem minimizar o que representa, para quem os presta” (Collière, 1989: 339).

Relativamente aos recursos humanos, salienta - se uma dualidade de opiniões.

Alguns entrevistados conseguem fazer a comparação entre os recursos humanos que existiam anteriormente e os actuais, para a prestação dos mesmos cuidados, onde mencionam a melhoria das condições de trabalho neste sentido.

Outros apenas se reportam à actualidade, referindo que esta escassez é um problema actual, referindo por vezes a falta de enfermeiros especialistas.

“...a equipa de enfermagem aumentou, portanto, penso que são os elementos necessários para uma urgência” (E1)

“...começámos duas enfermeiras a fazer turno..., portanto a assegurar os cuidados mínimos..., e hoje estamos quatro” (E11)

“...podemos dizer que presentemente eu terei um défice de 1 ou 2 enfermeiro” (E12)

“...são sempre escassos, nunca chegam” (E7)

“...a gente neste momento estamos a fazer noites sozinhas” (E4)

“...tudo generalistas, os especialistas são dois ou três” (E7)

As causas apontadas para que esta condição ocorra são: a taxa de ocupação dos serviços, a saída de elementos sem substituição, a má gestão dos recursos humanos e o absentismo.

“...o serviço começou a encher muito de repente e foi na altura que se notou mais a falta de pessoal” (E1)

“...Havia uma superlotação do serviço, daí a ...a carência de enfermeiros” (E1)

“...foi um pouco complicado porque éramos apenas..., salvo erro sete elementos, fazíamos tardes e noites sozinhas” (E3)

“Há carência porque é assim..., há colegas que saem que não são substituídas” (E3)

“Os recursos humanos estão mal geridos” (E5)

“...os filhos estão doentes, todos os dias falta gente” (E11)

Esta situação de escassez trouxe algumas consequências, na época, na prestação de cuidados.

“...durante a noite era...houve períodos em que se tinha de preparar a medicação durante a noite porque o pessoal de enfermagem era pouco (...) depois de manhã as enfermeiras é que... depois administravam aos doentes...” (E1)

“...naqueles dias que havia mais movimentos e estava só uma pessoa ..., deveriam de estar mais porque aquilo é um trabalho intenso..., e exige muita vigilância ” (E6)

“...eram apenas dois enfermeiros que trabalhavam e que tinham bastantes tarefas acumuladas” (E9)

Através destas afirmações poderemos verificar que algumas normas da prestação de cuidados, nomeadamente no que respeita à preparação e administração de terapêutica são postas em causa pois sabe - se que “ a enfermagem não pode se restringir ao conhecimento técnico sobre medicamentos (...) todo o zelo é necessário na prática de administrar medicamentos” (Motta , 2003: 26).

Desta forma, salientando a regra dos Cinco “Cs” da administração de terapêutica: Medicamento certo; Via certa; Dose certa; Hora certa e paciente certo (Motta, 2003), faz - se denotar a importância de ser o mesmo enfermeiro a preparar e a administrar a medicação.

As soluções encontradas para a resolução da escassez de recursos humanos basearam - se na união dos profissionais de enfermagem e na articulação da prática entre a equipa médica e a de enfermagem, na medida em que quando a primeira sente que as suas práticas estão comprometidas por falta de enfermeiros, consegue que a gestão hospitalar conceda mais elementos para que esse compromisso não se verifique.

“Começou - se a criar uma unanimidade exigida mais ou menos na equipa, em que em vez de serem dois, passaram a ser três pessoas..., o que já facilitava um pouco em termos de trabalho” (E9)

“ ...os médicos depois recusavam - se a ..., operar sem instrumentista, o que criou uma necessidade de haver sempre alguém com essa função” (E9)

Para além dos recursos humanos, foram ainda relatados outro tipo de recursos, como sendo fundamentais para a existência de boas condições de

trabalho, nomeadamente: os recursos materiais, os recursos técnicos e os recursos físicos.

No que concerne aos recursos materiais, constatamos que apesar de em tempos anteriores se verificar alguma privação, houve uma preocupação ao longo dos tempos em equipar os serviços hospitalares de acordo com as necessidades, tomando em consideração inclusive, certas preocupações acrescidas como é o caso do aparecimento de novas doenças contagiosas que acarretaram a aquisição de material descartável.

“...no serviço (...) havia muito pouca roupa (...) a maior dificuldade era material” (E1)

“...tínhamos grandes dificuldades com o material, porque...o material...servia para não sei quantos doentes” (E1)

“Era assim, estava habituada às fraldas descartáveis já há muito tempo..., quando eu cá cheguei era fraldas de pano ainda nos miúdos, fraldas de pano com..., os alfinetes, com as calças plásticas...” (E3)

“...somos talvez um dos serviços que tem..., os recursos materiais mais actuais...” (E8)

Porém, actualmente começa a sentir - se uma certa necessidade crescente de aquisição de novos materiais que correspondam às necessidades das populações, para que se consiga dar uma resposta rápida e eficaz.

“...parece - me é que neste momento face à evolução técnica e científica..., começamos a ter necessidade maior no número de recursos materiais que começam a ser neste momento insuficientes” (E12)

Relativamente aos recursos técnicos, salienta - se de igual forma a aquisição de materiais ao longo dos tempos, com o intuito de combater a escassez anteriormente verificada.

“...elevadores para ajudar a levantar os doentes, na altura, na medicina não existiam...” (E2)

“...também não havia carro de urgência (...) havia falta de oxímetros, de monitores cardio – respiratórios” (E3)

“Recursos técnicos até já estamos melhores do que estivemos aqui a alguns anos atrasados” (E11)

A preocupação com a aquisição de meios técnicos é feita ainda com base no espaço físico existente.

“...no âmbito de uma unidade de medicina que deveríamos de ter um elevador para levantar os doentes..., mas o elevador não cabe nos quartos” (E12)

“ Preocupámo – nos por exemplo, numa banheira que é ..., possível deslocar..., até aos quartos dos doentes para..., proporcionar uns cuidados de higiene mais globais, em vez de fazer os cuidados de higiene na cama..., a banheira não cabe..., que é amovível e dá para transportar..., não cabe dentro do espaço” (E12)

Conscientes de que o HESE tem 500 anos e que o seu espaço físico reporta a essa altura, apesar de se ter alterado e aumentado alguns dos serviços originais, verifica – se que a opinião dos entrevistados no que concerne aos recursos físicos, é na sua maioria, de que este tem sido sempre insuficiente ao longo dos tempos.

“ Vinham preencher as vagas todas dos serviços e não só, os corredores, as casas de banho, duas casa de banho que tínhamos cá em baixo com banheira onde os doentes tomavam banho, quando essas casas de banho não estavam ocupadas com camas” (E1)

“...camas atravessadas, camas de toda a maneira e feitio, o que interessava era encher” (E4)

“Em termos físicos também é um serviço que condiciona muito porque tem um espaço físico muito pequeno” (E2)

“...actualmente..., portanto a estrutura está desajustada embora seja francamente melhor face à anterior” (E12)

Ponderando esta realidade, em termos de recursos, reconhece - se estratégias adoptadas em termos de combate à escassez de recursos existentes, implementadas ou pelo pessoal de enfermagem ou pela própria instituição.

No que respeita ao pessoal de enfermagem, as atitudes de combate implementadas, estão relacionadas com os recursos humanos e aos recursos materiais, podendo passar pela sensibilização do director de enfermagem, ou até através de alteração às metodologias de trabalho implementadas.

“Houve uma altura em que..., teve de ser solicitado ao director..., a colocação de pessoal pelo menos por empréstimo de outros serviços...” (E1)

“...as seringas eram lavadas e fervida, na altura eram fervidas, e as agulhas também, eram desobstruídas por nós..., eram lavadas, eram limadas por nós” (E1)

“ Dos recursos humanos..., a chefe é cartas e cartas, e cartas e cartas e cartas atrás umas das outras e..., nós a assinarmos todas..., que não queremos estar sozinhas, que não podemos estar sozinhas” (E4)

“Não há pessoal, e portanto..., tinha - se que trabalhar à tarefa” (E8)

“...nós improvisávamos muito e conseguíamos fazer alguma coisa (...), criávamos coisas fantásticas para criar condições de trabalho” (E12)

Por outro lado, reconhece - se que quer em tempos passados, quer na actualidade a etiologia das medidas institucionais, têm - se baseado na aquisição de dispositivos médicos de uso único, na implementação de alternativas de horários e na admissão de novos elementos.

“ ...o primeiro serviço realmente foi o infecto, a ter material descartável” (E1)

“...as pessoas ficaram com horário acrescido para taparem esses..., buracos dessa falta de enfermeiros” (E1)

“...no fundo temos admitido pessoal, sempre que ele está disponível..., deitamos mão dos horários acrescidos..., e do trabalho extraordinário” (E7)

Notando - se no entanto uma grande discrepância em termos de respostas, onde actualmente parece que se tem maior dificuldade em conseguir meios para combater a escassez de recursos, principalmente de recursos humanos, sendo necessário justificar mais que uma vez à instituição as medidas adoptadas.

“...agora ninguém tem feito nada..., horas extraordinárias muito esporadicamente...” (E4)

“Mas cada vez mais sentimos a pressão..., de justificar..., chegamos a justificar duas, três e quatro vezes..., as horas extraordinárias de um enfermeiro” (E12)

Metodologia Utilizada

Foram analisadas, dentro desta categoria, o planeamento das actividades de enfermagem, a metodologia diária praticada, a forma como se realiza a integração num serviço hospitalar de novos elementos de enfermagem, e o tipo de horários praticados.

Inicialmente as actividades de enfermagem eram realizadas de forma a colmatar as necessidades que iam surgindo sem que para isso fossem planeadas.

“...as actividades eram..., feitas não por plano” (E1)

“...nós tínhamos de fazer tudo, absolutamente tudo” (E10)

“...quando comecei..., a trabalhar..., digamos que os enfermeiros..., faziam de tudo um pouco..., eram os enfermeiros que prestavam os cuidados de higiene aos doentes, eram os enfermeiros que alimentavam os doentes, eram os enfermeiros que mobilizavam os doentes, eram

os enfermeiros que eram responsáveis pela eliminação em termos de dejectões, micções e não sei quê, eram os enfermeiros que faziam as camas, eram os enfermeiros que..., preparavam a esterilização, eram os enfermeiros que faziam tudo e mais alguma coisa” (E12)

Posteriormente, começou a existir uma metodologia, onde os enfermeiros continuavam a realizar as suas actividades mas por tarefas (método funcional).

“...em 1974 até 1980 nós tínhamos uma distribuição de trabalho por tarefas: um enfermeiro faria..., injectáveis, outro faria higiene, outro faria registos, outro faria outra coisa qualquer...”(E7)

“...não havia metodologia de trabalho nenhuma, portanto nós organizávamos – nos..., uma para..., a terapêutica..., e as outras dividíamos – nos..., por quartos tanto no rés – do – chão como no primeiro andar..., mas à tarefa é claro!” (E8)

Neste método de trabalho, segundo Boekholdt “ o enfermeiro (...) somente presta informação sobre a particularidade de um tratamento, isto é, a complexidade do trabalho restringe – se, neste método, às competências gestuais de execução, de maior ou de menor técnica. A técnica é muito mais importante do que a interacção com o cliente” (Boekholdt, 1979 cf. Costa, 2004:236), dificultando uma visão holística do doente, desta forma é – nos salientado:

“...especializava – se ..., nessa área, mas perdia aquela visão global do doente, e sobretudo a relação directa sobre o próprio doente” (E7)

Actualmente, verifica – se uma realidade diferente, onde a metodologia científica de trabalho é uma realidade.

“...a própria metodologia de processo de enfermagem, metodologia científica no observar, planear e executar e avaliar está mais presente hoje nos enfermeiros do que estava..., nos meus tempos” (E7)

Sabendo que através de um método científico, o enfermeiro tem como principal objectivo “o de identificar os problemas encontrados pelos indivíduos carentes dos cuidados de enfermagem, determinar quais as necessidades básicas afectadas e prescrever ou recomendar especificamente qual o atendimento que se deve dar” (Daniele, 1981:4), tornou - se imperativo que nos serviços hospitalares fosse utilizado o método de trabalho por responsável.

“...utilização do método individual ou do método por enfermeiro responsável, por força do sistema de classificação de doentes que a aproximação do enfermeiro aquele doente faz - se muito mais facilmente do que se fazia antigamente” (E7)

Apesar de se identificar o método por responsável como o mais adequado à metodologia científica, dado que “a cada enfermeiro de referência são entregues três ou quatro clientes, cabendo - lhes a responsabilidade de efectuar a colheita de dados, o diagnóstico e a planificação dos cuidados, assegurar a sua continuidade através da elaboração de planos escritos; planear a alta (...) desde o momento da admissão, prestar cuidados durante o seu turno de trabalho, transmitir aos seus enfermeiros associados toda a informação pertinente pela leitura das «notas de enfermagem» (...) e avaliar todas as intervenções de enfermagem realizadas” (Costa, 2004:240), este método, segundo o que nos foi transmitido não tem aplicabilidade, em todos os serviços hospitalares.

“Na urgência geral é impossível haver um planeamento do trabalho, igualmente na urgência de pediatria” (E2)

Relativamente à metodologia utilizada para a integração nos serviços hospitalares de novos elementos de enfermagem, verifica-se que esta prática é uma preocupação da actualidade, apesar de pouco frequente.

“...tínhamos de aprender por nós próprios..., vendo o que é que os outros faziam” (E1)

“...mete - se pessoal para desenrascar, não se formam as pessoas em condições” (E9)

“...há..., pessoas que passado muito pouco tempo de acabar o curso já estão sozinhas...”
(E10)

Os benefícios quer para os serviços, quer para o doente ou até mesmo para o enfermeiro a iniciar funções num serviço hospitalar que lhe é completamente desconhecido, são apontados como uma realidade.

“...é um risco..., muito grande..., não só para eles como para os doentes, bem como para a instituição” (E10)

Contudo, continua-se a verificar que a integração nos serviços hospitalares, apenas se limita aos enfermeiros que estão a ingressar pela primeira vez no mercado de trabalho (os recém cursados), ou aos enfermeiros que são transferidos para outros serviços dentro da mesma instituição ou que tenham vindo de outras instituições.

De salientar, que este processo de integração, não se aplica a enfermeiros especialistas ou enfermeiros chefes.

“...relativamente à integração dos enfermeiros..., especialistas e dos enfermeiros chefes não existe integração” (E12)

“...nós como chefes..., temos a preocupação e estamos preocupados com, a integração dos enfermeiros, ninguém se preocupa a nível de estrutura organizacional, com a integração dos enfermeiros chefes e dos enfermeiros especialistas nas unidades” (E12)

Relativamente aos horários, apuramos que a metodologia utilizada ao longo do tempo, nos diversos serviços hospitalares, tem sido alterada consoante as necessidades específicas dos mesmos.

“Os horários eram diferentes, na altura..., tínhamos uma saída ao meio - dia e uma olga...” (E1)

“...recorria – se muitas vezes a horas extraordinárias, não nos era permitido fazer horário acrescido, porque não nos era concedido” (E2)

“...os enfermeiros trabalhavam 48 horas por semana, tinham uma folga semanal o resto era distribuído em manhãs, tardes, noites e por aí fora – Turnos de oito horas, como temos hoje...” (E7)

“...fazíamos..., praticamente o horário de 42 horas..., duas manhãs, duas tardes e duas noites, e era esse o roulement praticado, não havia a diferenciação que existe agora do horário de 42 horas, par o horário de 35” (E8)

“...não havia..., uma definição de horários, não se respeitava a rotatividade” (E9)

Devido à grande diversidade de horários praticados actualmente, existe alguma dificuldade em definir o regime praticado.

Contudo, parece haver uma concordância no que respeita ao desajuste de horários existente, e do cansaço e exaustão que os horários complementares causam.

“...o horário está muito desajustado, porque saem umas às quatro e meia, outras às três (...) nem toda a gente está contente como horário, as pessoas exigem muito hoje” (E1)

“Fazíamos 35 horas, mais horas extraordinárias, que poderiam ser nos descansos para noite, ficarmos sem folga..., normalmente fazíamos duas noites seguidas, ao fim de um mês isso dava oito noites por mês, o que é muito cansativo!” (E2)

“...a equipa anda completamente sub carregada não é? Passam o tempo a fazer horas extraordinárias, estão sempre lá, não têm vida pessoal porque..., uns têm horário acrescido, ou seja 42 horas por semana e outros têm horário completo, o que gera uma certa confusão” (E5)

A preferência por determinado tipo de horário também se verifica, quer devido à facilidade que pode trazer para conjugar a vida familiar com a vida laboral e à aprendizagem em si.

Claro está, que a diversidade de horários só se verifica em consonância com os objectivos de trabalho de cada serviço.

“...há pessoas que só fazem manhãs por interesse, há outras que é o serviço que lhes exige que só façam manhãs” (E1)

“Só a chefe e eu é que estamos de horário fixo” (E3)

“Enquanto lá estive eu preferi fazer horários fixos porque tinha os miúdos” (E10)

“O horário da manhã é escolar aquilo..., é didático, aprende - se muito no horário da manhã” (E10)

“...é mais a chefe de serviço que faculta os horários..., adaptando os horários às necessidades das pessoas..., tentando adaptar o nosso horário às exigências da equipa médica, não às necessidades do serviço” (E11)

Transferência de Serviço

No que respeita à transferência de serviço, os principais motivos apresentados são: serviço militar obrigatório, alterações a nível da equipa de enfermagem, problemas de saúde, decisão da gestão, inadaptação, dificuldade em conciliar a vida pessoal com a profissional, progressão na carreira e insatisfação profissional.

“...na altura porque, começou...a entrar pessoal mais novo, começaram a sair as pessoas..., da minha idade..., e depois porque comecei a ter problemas alérgicos (E1)

“Ao fim de três anos de trabalhar na medicina, achei que profissionalmente já não me satisfazia, que já tinha aprendido muita coisa na medicina, mas que naquele momento estava..., um pouco estagnada” (E2)

“Por motivos pessoais e de doença, tive que pedir transferência, porque já não aguentava a carga física da urgência geral, e então pedi transferência para a urgência de pediatria que ia abrir” (E2)

“...pedi transferência para a medicina porque achei que a obstetrícia já não me proporcionava experiências que eu tinha necessidade de ter como enfermeira saída da escola à pouco tempo” (E6)

“...estive 5 anos no Bloco..., por problemas de saúde pedi transferência e estive 6 anos na diálise..., que também por problemas de saúde pedi agora para vir para aqui...” (E6)

“...precisavam de uma enfermeira para a maternidade e na altura a enfermeira supervisora ou..., fez uma reunião e disse que uma de nós teria que se oferecer” (E8)

“...serviço militar obrigatório..., e fui transferido por convite..., posteriormente fiz concurso para enfermeiro chefe..., e depois fui colocado na medicina” (E12)

Todavia, actualmente a transferência de enfermeiros é feita com pouca frequência.

Para esta situação são apontadas duas situações díspares: ou os profissionais não requerem essa transferência, ou se efectuam o pedido, este não é concedido por parte das entidades gestoras.

“Agora poucas pessoas pedem transferência, raramente...” (E1)

“...as pessoas mais novas que estão lá há pouquíssimo tempo pedem transferência, mas o enfermeiro director não dá transferências a ninguém” (E5)

Cuidados Prestados

Relativamente aos cuidados prestados, os mais salientados são sobretudo os cuidados de Higiene e conforto, as colheitas de espécimes para análises, a alimentação, a terapêutica e outros cuidados específicos como os pensos, as algaliações e electrocardiogramas.

Os cuidados de higiene e conforto eram efectuados no turno da manhã ou no turno da noite.

“...Fazíamos as higiènes de manhã” (E1)

“...banhos dados, tínhamos que fazer..., as higiènes todas à saída de vela” (E10)

As colheitas de espécimes para análise eram feitas na sua totalidade pelos enfermeiros.

“...fazíamos a colheita..., as colheitas e análises, eram feitas por nós pessoal de enfermagem...” (E1)

“As enfermeiras da vela, é que faziam as colheitas de sangue, as colheitas de expectoração..., as colheitas de..., fezes..., tínhamos também bastantes” (E1)

Os cuidados com a alimentação eram praticados pelos enfermeiros na sua globalidade, assim como a preparação e administração de terapêutica.

“ Distribuíamos nós a alimentação aos doentes” (E1)

“A distribuição da alimentação era feita por nós ..., e depois administrávamos aos doentes que não...conseguiam comer sozinhos” (E1)

“...medicação, soros, muitos soros, tínhamos sempre muitos soros..., preparávamos tudo..., injectáveis, comprimidos – os per – os, era tudo preparado...” (E1)

Ainda foram apontados outros cuidados realizados pelos enfermeiros, onde há a salientar a arrumação de material.

“...algaliações” (E1)

“...o enfermeiro, por exemplo que está na UCPA, tem que ser ele constantemente a repor a UCPA” (E5)

“ ...pensos, ...preparação para operar..., preparações para exames..., abrimos..., um processo para cada funcionário atendendo ao grupo profissional, depois fazemos..., as provas biométricas, fazemos o electrocardiograma, ...teste da visão, actualização do plano vacinal e depois..., pronto o acompanhamento dos acidentes de trabalho e a caracterização dos acidentes

de trabalho..., o acompanhamento de consultas e de..., exames periódicos e de exames ocasionais sempre que as pessoas precisam de nós” (E10)

“...o material para arrumar, temos os inventários para fazer, temos as caixas para arrumar” (E11)

Registos

Outra prática apontada foi a realização de registos, de onde emergiram três tipos: os de enfermagem, os terapêuticos e os realizados no processo clínico individual do utente.

Quanto aos registos de enfermagem, constatamos que o seu início surgiu por volta de 1978/1979, onde até então não se fazia nada nesse sentido.

“A nível de registos não..., não me recordo, ...não tínhamos folhas de registos de enfermagem.

Só mais tarde me recordo de termos a folha de registos de enfermagem, onde registávamos o básico, aqueles pontos mais essenciais que se passasse com cada doente, aquelas coisas mais importantes para a visita médica” (E1)

“...em Agosto de 1974, os registos que o pessoal de enfermagem fazia eram feitos num livro à parte. (...) E só por volta de 1978/79..., se começou a utilizar..., as folhas de enfermagem para o registo de ocorrências” (E7)

Actualmente, a realização de registos de enfermagem é uma realidade, chegando a sentir - se como uma grande preocupação na praxis diária dos enfermeiros.

“Hoje a ocorrência é individual, feita por turno e digamos que..., atendendo sobretudo às actividades de enfermagem que estavam planeadas, aquelas que foram executadas e sobretudo a avaliação dos efeitos..., dessa execução de cuidados” (E7)

“...nos gabinetes de enfermagem se for a partir das duas e tal, está tudo agarrado aos processos que há uma grande preocupação com os registos” (E10)

Relativamente aos registos terapêuticos e aos registos efectuados no processo clínico individual, apura - se, no que concerne aos primeiros, que têm sido efectuados sempre da mesma forma.

Por outro lado, os enfermeiros numa fase inicial não tinham acesso ao processo clínico do doente, e só muito mais tarde é que lhes foi possibilitado a realização de registos no mesmo.

“...tínhamos a folha de terapêutica, e como existe neste momento, deixámos..., pronto registávamos a medicação toda para comprovar como se tinha efectuado aquela medicação” (E1)

“...quererem consultar o processo e verem a folha de enfermagem, o que se passou realmente com aquele doente..., de mais importante” (E1)

“...em Agosto de 1974..., não tínhamos acesso ainda ao processo clínico (...) E só por volta de 1978/79, se começou então a utilizar o processo clínico” (E7)

Pluriemprego

A categoria do pluriemprego foi subdividida nas causas, vantagens e desvantagens que a prática do exercício de enfermagem em mais que um local pode acarretar.

As principais causas apresentadas para a escolha do pluriemprego foram a grande diversidade de mercado de emprego e o aspecto monetário relacionado com a aquisição de bens materiais.

“...neste momento há uma grande diversidade onde as pessoas podem ter umas horas extras para trabalhar fora das horas normais..., de serviço” (E1)

“Quando nós começamos a trabalhar queremos sempre ganhar mais algum dinheiro, principalmente se não somos casadas, se não temos filhos, se não temos outras..., outra prisão (...) acabamos por ter mais tempo livre, e começa num sítio em part - time e isso acaba por ser viciante” (E2)

“...fazem isso por necessidades económicas” (E6)

“...a sociedade hoje está assim e as pessoas procuram ganhar muito dinheiro e muito rápido..., e portanto trabalham..., não só no hospital, mas imediatamente assim que saem das escolas procuram outros campos de trabalho, na privada” (E8)

“...fazem isso para ganharem um pouco mais de dinheiro (...) as pessoas querem ter..., um nível de vida elevado, e para isso têm que ter mais do que um...emprego” (E9)

Desta forma, salienta – se o aspecto monetário relacionado com a aquisição de bens materiais, das outras causas, para a procura do pluriemprego.

Talvez por este motivo os entrevistados quando solicitados a responder sobre as vantagens do pluriemprego, não mencionem nenhuma.

Já quanto às desvantagens mencionadas estão essencialmente relacionadas com o factor físico e com as suas consequências, nomeadamente o stress, os conflitos, e a pouca produtividade no local de trabalho.

“Trabalhar em dois sítios é muito cansativo, o stress aumenta, o cansaço aumenta, quando vais fazer principalmente as noites que é uma coisa..., vais mais irritada. (...) o dinheiro que ganhas a mais não compensa o tempo que não estás em casa” (E2)

“...as pessoas quando vão para o part – time..., nesse trabalho dão o máximo deles, todos os dias..., e depois aqui no hospital encostam – se aos outros” (E6)

“...claro que às vezes se nota que..., o enfermeiro não está totalmente disponível, está cansado, está exausto” (E8)

Contudo, também aparecem mencionadas como desvantagens do pluriemprego: o desgaste psicológico com consequências a nível acidentes de trabalho, e a incapacidade para o cumprimento da assiduidade.

“...a pessoa trabalha 8:30 horas dentro de um hospital, a seguir vai para outro lado, ou sai de vela e vai trabalhar para outro lado, não tem a mesma atenção, as mesmas condições psicológicas” (E8)

“...a fadiga ocupacional também provoca a fadiga..., emocional, e se anda cansada não anda com vontade de conversar..., anda irritada, anda cansada, tem todos..., aqueles problemas que são inerentes a uma fadiga ocupacional, e..., para além das doenças físicas..., andam com

depressões, falta de atenção, isso também inclusive são factores de risco de acidentes de trabalho e de doenças profissionais” (E10)

“...chegarem aqui depois da hora, abalarem daqui antes da hora, ...justificarem com um atestado médico quando estão a trabalhar num sítio A, B, C ou D...” (E12)

“...pluriemprego afecta no caso das trocas e afecta sobretudo algumas vezes, que eu já vi isso aqui..., que eu já tenho assistido, alguns enfermeiros mostram um cansaço físico que nota - se, vê - se “ (E12)

1ª ÁREA TEMÁTICA - CONCLUSÕES

As situações que determinaram as condições de trabalho dos enfermeiros do HESE foram:

1 - HIERARQUIA PROFISSIONAL - Responsável pelo serviço (normalmente desempenhado por um enfermeiro/a chefe, ou outro enfermeiro seleccionado pelo mesmo), **relações profissionais** (antagonismo entre o passado e o presente: passado - maior profissionalismo e mais união/ presente - indisciplina, conflitos e individualismo), **trabalho em equipa** (o antagonismo mantém - se: passado - verificava - se o espírito de equipa e inter - ajuda/ presente - devido à distribuição individual do trabalho, à execução de tarefas que poderiam ser executadas por outros profissionais, à descoordenação dos diferentes elementos da equipa multidisciplinar ou à simpatia por determinados elementos, o trabalho em equipa fica dificultado).

2 - RECURSOS - Humanos (dualidade de opiniões: sempre tem existido escassez nesta área, mas que tem vindo a ser colmatada ao longo dos anos e existe escassez de recursos humanos actualmente, especialmente de enfermeiros especialistas), **materiais** (apesar de se verificar alguma privação no passado, houve uma preocupação em equipar os serviços hospitalares de acordo com as necessidades), **técnicos** (progressão idêntica aos recursos materiais, tendo em conta o espaço físico aquando da aquisição de novos recursos), **físicos** (a antiguidade da instituição é ponderada), **estratégias adoptadas** (pelos enfermeiros - sensibilização dos gestores e alteração das metodologias de trabalho implementadas/ pela instituição - aquisição de dispositivos médicos de uso único, horários alternativos e admissão de novos elementos).

1ª ÁREA TEMÁTICA - CONCLUSÕES (Continuação)

3 - METODOLOGIA UTILIZADA - Planeamento das actividades (processo evolutivo, passado - não havia planeamento das actividades/ presente - utiliza - se uma metodologia científica), **integração no serviço** (passado - não existia o procedimento de integrar os novos elementos/ actualmente - a integração no serviço é feita esporadicamente e unicamente aos enfermeiros de cuidados gerais, ficando excluídos os enfermeiros especialistas e os enfermeiros chefes), **horários** (a metodologia utilizada tem vindo a ser modificada ao longo dos tempos consoante as necessidades dos serviços).

4 - TRANSFERÊNCIA DE SERVIÇO - **Motivo** (serviço militar obrigatório, alterações na equipa de enfermagem, problemas de saúde, decisão da gestão, inadaptação do profissional, dificuldade em conciliar a vida pessoal com a profissional, progressão na carreira e insatisfação profissional), **frequência** (actualmente verificam - se duas situações: ou os profissionais não requerem a transferência ou se efectuam os pedidos estes não é concedido por parte das entidades gestoras).

5 - CUIDADOS PRESTADOS - (São apontados os cuidados de higiene e conforto, as colheitas de espécimes para análises, a alimentação, a preparação e administração de terapêutica e os cuidados curativos como actividades relacionadas com a praxis diária. De salientar a prática de outras tarefas como é o caso dos inventários e da arrumação de material).

1ª ÁREA TEMÁTICA - CONCLUSÕES (Continuação)

6 - REGISTOS - Registos de enfermagem (antagonismo entre o passado e o presente em que no passado - não havia qualquer tipo de registo do trabalho de enfermagem/ Presente - os registos de enfermagem são uma realidade, sentindo - se uma certa preocupação na sua realização), **registos terapêuticos** (foram sempre efectuados ao longo dos tempos), **registos efectuados no processo clínico** (antagonismo entre o passado e o presente. Passado - os enfermeiros não tinham acesso ao processo clínico do doente / presente - o processo clínico do doente é um instrumento de trabalho dos enfermeiros.

7 - PLURIEMPREGO - Causas (grande diversidade de mercado de emprego e o aspecto monetário associado à aquisição de bens materiais), **vantagens** (não foram referidas), **desvantagens** (relacionadas com factores físicos e as suas consequências - Stress, conflitos e pouca produtividade no local de trabalho).

3.2 - PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ENFERMEIROS

Considerando que a preocupação com a promoção da saúde no local de trabalho implica “o desenvolvimento de uma cultura organizacional (...) que considere o investimento na melhoria da saúde e bem - estar dos trabalhadores como fonte de ganhos sociais, de produtividade, de desenvolvimento económico e de satisfação pessoal e profissional” (Nunes, 2002:211), procurámos saber qual a importância que os enfermeiros do HESE atribuíam à promoção da saúde, onde foram salientadas a promoção / prevenção associadas aos riscos hospitalares e a formação realizada.

Como mecanismos adoptados, verificámos que emergiram as atitudes e comportamentos relativamente à prevenção/promoção da saúde, a utilização dos EPI'S, as medidas organizacionais relacionadas com o fornecimento de EPI'S, tal como se pode constatar através do quadro n.º 7

Quadro n.º 7 - Promoção da saúde dos enfermeiros do HESE

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Promoção da saúde	Importância	Promoção/Prevenção
		Formação
	Mecanismos adoptados pelos enfermeiros	Atitudes e comportamentos
		Utilização de EPI'S
		Medidas organizacionais
	Fornecimento de EPI'S	

Importância

Ao analisarmos esta categoria, verificamos que relativamente à promoção/prevenção existe uma preocupação, desde sempre, por parte do pessoal de enfermagem, procurando essencialmente evitar o aparecimento das infecções nosocomiais que, segundo o Comité da Europa da Saúde “ é toda a doença contraída no hospital e devida a microorganismos, clínica ou microbiologicamente reconhecida, que afecta tanto o utente, pelo facto da sua admissão no hospital, ou dos cuidados que aí recebeu enquanto hospitalizado, ou em tratamento em ambulatório como também o pessoal hospitalar, devido à sua actividade, quer os sintomas da doença apareçam ou não, durante o tempo em que se estiver no hospital” (Comité da Europa da Saúde, 1972: sp).

“A nossa preocupação na altura para não haver infecções cruzadas, e para nos protegermos também a nós, pessoal de enfermagem” (E1)

“...tínhamos de ter cuidado com as hepatites” (E1)

“...ter os cuidados..., agrupávamos os doentes mais ou menos por patologias..., os últimos eram os TP's, mas pronto tentávamos agrupar se havia meningites, se havia ..., outro tipo de patologias” (E8)

Considerando risco como “a relação entre a característica ou atributo e um ou mais factores suspeitos de causalidade”, tal como se apresenta descrito através do Decreto - Lei n.º 133/99 de 21 de Abril, e da Directiva nº 89/391/CEE, a promoção/prevenção foram enquadradas neste item,

emergindo as características das condições do trabalho realizado nos diferentes serviços do hospital.

“É um serviço com riscos..., é um serviço de urgência que..., o nome diz isso tudo...”
(E4)

“...havia..., uma percentagem muito elevada de poluição, por causa dos gases anestésicos, que depois traziam condicionantes à saúde das pessoas” (E9)

Por outro lado também foi posto em evidência a responsabilidade dos enfermeiros na prevenção desses mesmos riscos e na promoção da sua saúde no local de trabalho. Continuando - se a verificar uma maior preocupação na prevenção dos riscos biológicos em contraposição aos outros riscos hospitalares, existindo por vezes um certa negligência, pelo não uso dos EPI's.

“...as pessoas têm muito cuidado com a história das picadas” (E8)

“...podia de haver de facto mais cuidado e utilizarem mais os equipamentos que temos disponíveis para evitar todas essas coisas” (E8)

“Uma maneira de promover a saúde é evitar riscos desnecessários” (E9)

“...não estão ainda sensibilizados para o uso dos equipamentos, só usam quando sabem que as situações lhes podem trazer..., uma situação de risco agravada” (E9)

“...não há também a motivação dos profissionais para..., se defenderem contra problemas..., porque existem inúmeros problemas decorrentes de posicionamentos incorrectos..., levantes desajustados dos doentes..., hérnias discais e N situações que ocorrem, que os enfermeiros..., só valorizam quando acontece a ele em concreto, porque quando acontece aos outros, é aos outros” (E12)

Actualmente a preocupação para com a prevenção e a promoção da saúde fica um pouco repartida com a equipa constituinte do serviço de saúde no trabalho, sendo considerada como um suporte.

“...qualquer coisinha corre – se imediatamente ao serviço de Medicina no Trabalho”
(E8)

Relativamente à formação, salienta – se o facto de no passado não se efectuar qualquer tipo de formação, em contradição ao que se passa actualmente, notando – se uma maior preocupação para com os elementos com menos tempo de serviço.

“...não se fazia formação em serviço” (E1)

“...na altura não se fazia formação nenhuma em serviço” (E11)

“...depois, acaba por ser um bocado levada e..., nas mais velhas não se nota tanto, agora..., no pessoal mais novo..., não tem explicação” (E4)

Os principais incentivos para a realização de formação, independentemente do tipo da mesma, aparecem associados ao número de anos de serviço dos enfermeiros.

Assim, as causas apontadas estão associadas à progressão na carreira dos enfermeiros mais jovens (em termos de tempo de serviço), traduzida pelo peso que estes elementos transferem para com o seu curriculum.

Desta forma, é de notar a preocupação em ser predominantemente formador em vez de formando, deixando para segundo plano a aquisição de conhecimentos adequados à prática.

“...há uma preocupação muito grande...as pessoas têm que fazer curriculum” (E1)

“...Neste momento acho que se faz muita formação com o objectivo de fazer curriculum, principalmente os elementos mais novos, os elementos que têm o curso há três, quatro, cinco anos, querem fazer muita formação (...) Elementos com, por exemplo 20 anos de carreira..., já não lhes interessa a formação em serviço, fazem porque o chefe pede para fazerem, eles não têm incentivo” (E2)

“Os mais novos, neste momento o que eu noto..., é aquela ânsia de fazer formação com o objectivo de tirar uma especialidade, de conseguir um cargo melhor, de conseguir subir na carreira” (E2)

“...as pessoas actualmente preocupam – se mais com a formação..., mas nem sempre é com a aquisição de conhecimentos, é mais para progredir” (E6)

“...as pessoas fazem a especialidade no sentido porque lhes vai..., servir de trampolim para a área de gestão” (E8)

“Mais com o objectivo de subir na carreira, do que propriamente de obter..., grandes conhecimentos” (E11)

“...os enfermeiros quando saem da escola..., preocupam – se em fazer formação e em estar presentes na formação, na formação em serviço e a fazerem formação contínua..., fora do hospital” (E12)

“...cada vez mais os enfermeiros..., se preocupam em fazer formação, mas numa perspectiva em que sejam predominantemente formadores. Ou seja, não estão tão preocupados em receber formação, querem é todos dar formação e tem a ver com..., sobretudo com aspectos curriculares (...) e estão menos preocupados com o seu próprio enriquecimento pessoal e profissional” (E12)

“Pode ter participado na formação e não ter aprendido rigorosamente nada, não levar nada à prática..., mas o que interessa é que tem – se o papel em como se teve lá na formação uma hora, duas, três horas” (E12)

De salientar ainda que, actualmente os concursos, quer a nível de progressão vertical na carreira de enfermagem, quer a nível de entrada para cursos especializados, pós – graduações ou até mesmo para o complemento de formação, têm sempre por base uma apreciação curricular.

“As pessoas neste momento fazem formação para curriculum, porque são obrigadas a fazer!” (E4)

Desta forma, a formação aparece predominantemente, não como uma motivação pessoal, mas como uma imposição, uma obrigação, devido a estar protocolada na carreira de enfermagem através do Decreto - Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, associada a uma necessidade por causa da frequência no complemento de formação em enfermagem.

“As pessoas não estão...muito motivadas...” (E1)

“As pessoas fazem! Mas até fazerem os trabalhos andam sempre «agora ainda temos que reunir, agora ainda cá temos de vir a propósito», não é assim uma coisa espontânea. É tipo uma obrigação mesmo, apesar de se fazerem sempre os trabalhos...” (E3)

“A maior parte delas faz porque lhe é imposta (...) não fazem, a não ser que sejam obrigadas” (E5)

“...as pessoas faziam um bocado a formação porque eram obrigadas a fazer, porque na carreira está..., estipulado que se tem que fazer formação em serviço” (E9)

De salientar ainda, que a não adesão à formação por parte dos enfermeiros, depende essencialmente de aspectos como, a utilidade dos conhecimentos adquiridos para o próprio enfermeiro ou para o serviço, a motivação dos enfermeiros e os incentivos facultados pela instituição.

“Concordo que se faça formação em serviço, mas desde que ela ...seja útil” (E1)

“...notei que a formação em serviço funcionava, pelo menos..., no meu serviço, na pediatria sempre funcionou a formação em serviço” (E3)

“...complemento, eu ainda não consegui perceber bem qual é que é a finalidade dele” (E5)

“...há X horas que o hospital dá para as pessoas fazerem formação em serviço, e os chefes à partida se querem as pessoas motivadas teriam que dar essas horas” (E5)

“...quis estudar, porque achei que era realmente muito necessário” (E8)

Por vezes, esta dificuldade em articular a variável tempo com as necessidades sentidas em termos de formação, é traduzida como uma reacção de causa – efeito, pondo de lado a legislação regente.

“Eu não sei se as pessoas não sentem necessidade, mas..., como estão sempre com o horário sub carregado, como as pessoas estão sempre cansadas, fazem..., não são obrigadas, não é? (E3)

Todavia, apesar destes pressupostos, verifica – se uma preocupação para com o contexto da formação, dado que a investigação passou a ter um papel primordial, quer devido à evolução da carreira de enfermagem abrangendo diferentes graus académicos, quer devido à preocupação dos enfermeiros em melhorar as condições de trabalho.

“...que se faça a revisão bibliográfica, que se estude, que se façam as abordagens necessárias, que se discuta essa abordagem juntamente com os serviços, que a partir dessa discussão se seja capaz de centralizar numa norma, num procedimento ou num protocolo, e a partir daí começamos então a ter práticas de acordo com a revisão bibliográfica que se fez” (E7)

“...o grande futuro relativamente à formação passa precisamente por esta área da..., investigação” (E7)

“...a carreira de enfermagem mudou..., deu – se um crescimento a nível..., académico. ...somos Licenciados, somos Mestrados, somos Doutorados” (E9)

“...as pessoas estão a investir muito na formação, fazem trabalhos de investigação” (E10)

Mecanismos adoptados pelos enfermeiros

Relativamente à promoção da Saúde dos enfermeiros, do «corpus» das entrevistas emergiram ainda três aspectos relacionados com os mecanismos adoptados quer a nível de atitudes e comportamentos dos enfermeiros em si,

como prestadores de cuidados, quer a nível das medidas adoptadas pela instituição, para que essa promoção de saúde em local de trabalho se verifique.

Assim, quanto aos mecanismos adoptados pelos enfermeiros, são abordadas as suas atitudes e os seus comportamentos, assim como a utilização dos EPI's.

Salienta - se, uma discrepância a nível das atitudes e comportamentos dos enfermeiros, na medida em que antigamente não existiam determinados EPI's, e os enfermeiros improvisavam com os meios ao seu alcance de forma a manter uma promoção da saúde o mais adequado possível.

"...era mudar de bata de quarto para quarto, lavarmos as mãos e desinfectarmos naquele desinfectante de quarto para quarto" (E1)

"...era enfiado no buraco da fechadura, era tudo calafetado e tínhamos um fogão com um aparelho onde eram metidas as pastilhas e a água, aquilo entrava em ebulição e saia sobre pressão por um tubozinho, que vinha desse dito aparelho onde estava o formol (...) ...tínhamos que pôr uma fralda na boca e tapar o nariz, porque os olhos choravam, o nariz pingava, para tentarmos abrir a janela que era difícil de abrir" (E1)

Actualmente, constata - se uma inversão de mentalidades, na medida em que, os enfermeiros abdicam dos dispositivos de protecção individual que a instituição faculta, por vezes devido à desvalorização dos riscos existentes no seu local de trabalho associada à prática rotineira.

"...as pessoas não estão muito..., estimuladas para isso..., já tomam aquilo assim como tu cá, tu lá com as coisas todas..., com o RX, com aquilo tudo" (E11)

"...na sala onde eu trabalho, há montes de tempo que eu não uso os aventais de chumbo..., a culpa é minha, os aventais estão lá, só não os uso porque não quero" (E11)

"Portanto parece - me que os próprios enfermeiros é que não valorizam..., não é por não terem a noção, se é porque estão habituados ao ambiente hospitalar, mas não valorizam a sua saúde, nem valorizam os riscos a que estão expostos de modo a se prevenirem e de modo a promoverem a sua própria saúde" (E12)

“...um procedimento que está uniformizado é que um enfermeiro quando..., vai dar a injeção ao doente deve levar o seu contentor para colocar a agulha dos contaminados, se calhar contam – se pelos dedos das mãos o número de enfermeiros que faz isso” (E12)

No que respeita aos mecanismos adoptados pela instituição, verifica – se a existência de alguns défices numa fase antiga, principalmente no que respeita aos EPI’s, tendo sido compensados parcialmente.

“Não tínhamos máscaras na altura, nem existiam máscaras, era um dos problemas que nós tínhamos (...) ...o material como seringas, agulhas, (...) não era nada descartável” (E1)

“...exaustão de gases, e neste momento temos, é uma das coisas que melhorou muito no serviço” (E1)

Actualmente são ainda apontadas algumas carências.

“...estive lá a falar com o médico, e ele disse – me que..., realmente nós como trabalhamos muito com crianças devíamos estar sempre sujeitas a um grande stress, e que no serviço deveria de haver algumas medidas..., alguma coisa para combater esse stress, mas não há nada!” (E2)

“...a equipa grande que temos a trabalhar na sala de ortopedia, se todos exigíssemos vestir avental, e pôr protector da tiróide, não chegava para a equipa toda” (E11)

“Não temos óculos” (E11)

A abertura do serviço de saúde ocupacional, é visto como uma boa medida organizacional, apesar de ser considerada como uma obrigação institucional, visto estar regulamentada através do Decreto – Lei n.º 441/91 de 14 de Novembro, do Decreto – Lei n.º 26/94 de 1 de Fevereiro, com as alterações introduzidas pela lei n.º 7/95 de 29 de Março e pelo Decreto – Lei n.º 109/2000 de 30 de Junho.

“...abriu este espaço mais por obrigação, mas também penso que isto é uma mais valia para as pessoas” (E6)

Ao mencionarem este serviço, os enfermeiros identificam - no essencialmente com a vigilância da sua saúde, salientando aspectos positivos.

“...o facto de terem aberto o serviço de saúde no trabalho” (E2)

“...desde que cá estou, que é em 1995, ...só me apercebi..., dessa preocupação agora quando foi criado o serviço no trabalho, da medicina no trabalho” (E3)

“Acho que sim, ...nunca existiu, cada um fazia análises, fazia exames, fazia as coisas conforme entendesse e à sua maneira e quem não quisesse fazer nunca fazia, e acho que isso agora..., eu acho que isso é uma medida boa (...) assim toda a gente é obrigada a fazer e se houver realmente problemas com alguém, são detectados, provavelmente ainda..., muito a tempo, acho que sim...” (E4)

“...a implementação do serviço de saúde ocupacional..., foi uma preocupação em manter os bons níveis de saúde das pessoas” (E9)

“...vigilância da saúde dos trabalhadores” (E10)

“...serviço de saúde ocupacional que entrou à relativamente pouco tempo de um modo activo..., em acompanhar..., planeando análises, Rx..., exames médicos, Rx tórax (...) ...há um trabalho preocupado..., com a saúde dos funcionários” (E12)

2ª ÁREA TEMÁTICA - CONCLUSÕES

As situações que determinaram a Promoção da Saúde dos enfermeiros do HESE foram:

1 - IMPORTÂNCIA - Promoção /Prevenção (preocupação em evitar as infecções nosocomiais, maior preocupação na prevenção dos riscos biológicos comparativamente a outro tipo de riscos, negligência para com o uso dos EPI's), **formação** (apesar de não se realizar no passado, actualmente aparece associada aos enfermeiros com menos tempo de serviço, relacionada com uma imposição/obrigação necessária para a progressão na carreira. Não se identifica com as necessidades dos serviços, mas começa a fazer parte do seu contexto a investigação em enfermagem).

2 - MECANISMOS ADOPTADOS PELOS ENFERMEIROS - Atitudes e comportamentos e Utilização dos EPI's (verifica - se uma certa discrepância entre o antes e a actualidade. Antes - não existiam determinados EPI's, mas havia uma certa preocupação em promover /prevenir, através de improvisos com o material existente. Actualmente - os enfermeiros abdicam dos EPI's que estão ao seu alcance), **Medidas Organizacionais e Fornecimento de EPI's** (abertura do serviço de saúde ocupacional, fornecimento de mais variedade de EPI's, mas em quantidade insuficiente para a protecção de todos os elementos expostos ao mesmo risco).

3.3 - EXPECTATIVAS FUTURAS FACE À PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

Considerando que a profissão de enfermagem está a sofrer determinadas mudanças influenciadas não só pela evolução académica que se tem vindo a verificar, mas também devido às actividades desenvolvidas aquando da praxis diária dos enfermeiros, as expectativas futuras apontadas englobam a forma como a posição da enfermagem é encarada, assim como as competências ou a sua transferência para outros profissionais.

Salienta-se ainda a forma como a instituição encara esta mudança, determinando - se assim um possível cenário para o futuro da enfermagem no

HESE, traduzido em categorias e subcategorias que emergiram do «corpus das entrevistas», representadas através do quadro n.º 8.

Quadro n.º 8 – Expectativas futuras face à profissão de enfermagem

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Expectativas face à enfermagem	Cenário Futuro	Profissionais
		Competências do enfermeiro
		Transferência de competências
		Instituição

Cenário Futuro

As expectativas futuras relativamente aos profissionais de enfermagem aparecem numa abordagem negativa, relacionadas com a escolha profissional.

“...para já há muita gente que...vai para a enfermagem porque não tem..., outra saída profissional” (E1)

“...há muita gente que entra para a enfermagem porque calhou a entrar para ali, isso é um erro muito grande” (E4)

“Portanto não tiveram nota para entrar em outros cursos e recorreram à enfermagem onde lhes era exigida uma nota menor” (E10)

Esta posição pode levar a três saídas distintas: ou os profissionais acabam por gostar da sua profissão, ou praticam enfermagem e frequentam cursos de outras áreas em simultâneo, ou simplesmente a efectuam com a preocupação de subir na carreira, em detrimento do doente.

“...na altura...não era aquilo que queriam, e acabam por gostar (...) preocupam – se muito a subir na carreira, preocupam – se pouco com o doente” (E1)

“...não lhes agrada muito o que fazem ou que já estão a fazer outros cursos ao mesmo tempo” (E10)

“...Objectivo monetário, interessa é chegar ao topo da carreira” (E12)

Esta preocupação, associada à evolução académica, nomeadamente ao complemento de formação em enfermagem, fazem com que os enfermeiros do HESE apontem a dificuldade que alguns profissionais têm em realizar determinadas actividades de enfermagem, salientando os registos como a sua principal preocupação.

“...as pessoas estão cada vez mais viradas para os papéis..., para a escrita e cada vez o doente fica mais esquecido” (E4)

“...acham que por serem licenciados, por serem doutoras, mexerem numa arrastadeira, ou dar um banho a um doente ou lavar – lhe os órgãos genitais se calhar já não faz parte..., ou é humilhante para a sua qualidade, para a sua..., de doutor” (E10)

“...a grande maioria dos enfermeiros hoje que se forma quer ser enfermeiro de secretária, não quer dar banho aos doentes, não quer pôr uma arrastadeira, não quer dar um copo de água a um doente que não sabe se tem dificuldades de deglutição ou não” (E11)

“...o facto do curso de enfermagem também ter passado a um curso de licenciatura, as pessoas que saem, saem com uma perspectiva de igualdade relativamente a outros licenciados..., e menosprezam estas actividades que são tão importantes quanto as outras e se calhar questionam” (E12)

Ainda se faz denotar uma preocupação relacionada com a segurança dos profissionais em termos de instituição pública.

“...há uma necessidade de haver..., de..., acabar com aquele sentimento que os enfermeiros têm que é: «eu quero entrar no quadro para ter um lugar seguro» (E12)

Relativamente às suas competências, a grande preocupação terá de ser sempre o doente.

“...as enfermeiras, os enfermeiros, têm que ter em mente sempre o doente. O doente!” (E1)

A hipotética criação dos técnicos auxiliares de saúde, faz com que os enfermeiros se sintam um pouco perdidos no que vão ser as suas competências profissionais.

“Eu não digo acabar, mas..., se calhar as competências vão mudar!” (E2)

“...vamos perder alguma autonomia...” (E3)

“o enfermeiro vai estar lá para delegar meia dúzia de..., indicações..., às técnicas auxiliares de saúde e vão passar o tempo todo atrás da secretária a escrever...” (E5)

“...de algum modo a existência desses técnicos vem condicionar de facto as condições de trabalho que são possíveis aos enfermeiros” (E7)

Por outro lado, é defendido o facto das entidades governamentais serem as responsáveis por delinear correctamente essas mesmas competências futuras, para que se reflectam nas práticas.

“...tudo depende das directrizes que vêm do governo, se o governo conseguir..., reestruturar a nossa carreira, dar alguma segurança aos..., enfermeiros, isso reflectia – se muito nas práticas” (E2)

“...cabe à Ordem regular o exercício de enfermagem” (E7)

A transferência de competências é assim vista como uma forma de obter mais recursos humanos, quer com a requisição de novos elementos que realizem determinadas tarefas, quer com a transferência de tarefas para outros profissionais.

“...pessoalmente penso que por aí se vai ganhar enfermeiros, se essas funções, forem direccionadas para... auxiliares de acção médica, que sejam preparadas para isso (...) Em vez de estarem dois enfermeiros a fazerem uma higiene a um doente, podia estar uma enfermeira e uma auxiliar de acção médica..., na minha opinião penso que não seria por aí...que a enfermagem...perderia qualidades” (E1)

“Ao longo do tempo as coisas foram melhorando e algumas das tarefas começou – se a ver que poderiam ser feitas pelas auxiliares, como por exemplo arrumar o material que vinha da esterilização (...) Então as auxiliares começaram a fazer algumas tarefas, o que aliviou um bocado o trabalho dos enfermeiros” (E9)

São apontadas como tarefas executadas actualmente pelas auxiliares de acção médica, os cuidados de higiene, a alimentação, a preparação de medicação e o atendimento das necessidades dos doentes.

“Neste momento o banho é dado pelas auxiliares, muita...coisa se perde” (E9)

“...não quem atende as campainhas, quem atende os problemas sapo os auxiliares de acção médica (...) ...hoje os enfermeiros já não dão banhos (...) auxiliares de enfermagem que estão a preparar medicação” (E10)

“...os enfermeiros abdicam predominantemente da actividade de vida alimentação, porque neste momento a alimentação é ..., efectuada pelas auxiliares à excepção da alimentação por gavagem” (E12)

Conscientes desta realidade, os enfermeiros salientam o cuidado que se deve ter aquando da reformulação das suas competências, mas sobretudo da passagem de competências para outros profissionais de saúde, chegando a mencionar a possibilidade de supervisão desses mesmos cuidados.

“...há que haver muito cuidado naquilo que se vai passar para os auxiliares de acção médica (...)...eles podem ser uma maior valia para os hospitais, em termos de ajuda ao pessoal de enfermagem..., mas nunca sozinhos” (E1)

“...a higiene e conforto, tudo bem, mas sempre com supervisão de..., uma enfermeira” (E4)

“...o próprio conteúdo funcional das auxiliares de acção médica encaminha para a cooperação e para a colaboração dos enfermeiros...” (E12)

“...na própria actividade higiene, quando o doente requer de uma ajuda parcial..., o enfermeiro muitas das vezes delega na própria auxiliar..., a execução embora com a sua supervisão” (E12)

Para finalizar este aspecto, é ainda referida esta necessidade de englobar as auxiliares de acção médica de uma forma mais activa na prática directa dos cuidados ao doente, como forma de contenção de gastos.

Contudo, para que isso se verifique, os enfermeiros salientam a importância desses profissionais adquirirem formação específica.

“ Acho que a tendência do nosso país..., é conter gastos, e para se conter gastos..., tentam formar pessoal em que o ordenado seja um pouco mais baixo do que o do enfermeiro, mas terem à mesma o trabalho feito” (E2)

“...para já as pessoas têm que ter uma formação específica, que a maioria das auxiliares não tem!” (E3)

Quanto às expectativas futuras que os enfermeiros têm relativamente à instituição, verifica – se um sentimento de medo relacionado com a carreira profissional, associado a uma despreocupação sentida por parte da instituição em manter o profissionalismo.

“...medo do futuro, em termos de carreira (...) ...a instituição não incentiva muito as pessoas que querem ser enfermeiros, os enfermeiros que querem praticar enfermagem (...). Incentiva pessoas que queiram subir na carreira, e incentiva pessoas que queiram tirar cursos, pós graduações extra carreira, que não tenha nada a ver com a carreira delas” (E1)

“Tanto valor tem o profissional de enfermagem que se preocupa, em cumprir..., as funções dele, como o que se balda” (E1)

“...uma cultura, há um clima organizacional, há uma forma de estar na profissão” (E12)

Outro aspecto mencionado face à instituição é a preocupação desta para com os custos, salientando como cenário futuro a rentabilização dos recursos

humanos existentes, e a preocupação acrescida do paradigma quantitativo em detrimento do qualitativo, no que respeita à prestação de cuidados.

“...falaram que os hospitais..., a nível monetários iriam baixar os ordenados dos enfermeiros..., e iam aumentar o número de horas de trabalho” (E3)

“Fala – se muito em qualidade, mas faz – se pouco, porque..., eles têm mais em vista, ...o lucro do que a prestação de cuidados em si” (E3)

“...em termos de gestão o que se pretende é aumentar a produtividade a todo o custo, independentemente do que se faz (...) ...o que interessa é os lucros, interessando os lucros interessa o mesmo trabalho a melhor preço” (E9)

“Aparece o paradigma quantitativo em detrimento do qualitativo” (E12)

3ª ÁREA TEMÁTICA – CONCLUSÕES

As situações que determinaram as expectativas futuras face à profissão de enfermagem foram:

1 – CENÁRIO FUTURO - Profissionais (escolha da profissão feita de forma aleatória que leva a três desfechos: ou acabam por gostar da profissão, ou praticam enfermagem enquanto frequentam cursos de outras áreas, ou simplesmente praticam enfermagem com o intuito de subir na carreira), **Competências do enfermeiro** (aparecem associadas ao hipotético aparecimento dos técnicos auxiliares de saúde, como modo de rentabilizar os recursos humanos. Salienta – se ainda a necessidade de envolver as entidades governamentais para o esboço dessas mesmas competências), **Transferência de competências** (devida a uma necessidade da instituição, verifica – se a transferência de competências para auxiliares de acção médica, no âmbito dos cuidados de higiene, dos cuidados de alimentação, na preparação de medicação e no atendimento às necessidades dos doentes), **Instituição** (sobressai um sentimento de medo relacionado com a progressão na carreira, há uma despreocupação em manter o profissionalismo, procura uma rentabilização dos recursos humanos existentes, prevalece o paradigma quantitativo).

CONCLUSÃO / PROPOSTAS DE INTREVENÇÃO

A enfermagem é uma profissão cujo desenvolvimento científico está directamente relacionado com a evolução do conceito de saúde.

O grande marco nesta evolução, assinalado pela OMS, definindo saúde como - o estado de completo bem - estar físico e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, permitiu ter uma visão positiva da saúde dando "consistência à mudança que a realidade social vinha construindo, de saúde como um estado individual em que a pessoa não está doente, para saúde como realização do potencial humano aos níveis biológico, psicológico e social em que não basta não haver doença mas se verifica uma capacidade de viver bem e de sentir bem" (Silva, 2002:22).

Esta dimensão da saúde, faz com que deixe de ser encarada como um processo meramente individual, passando a envolver a sociedade na sua concepção, tendo sempre presente as condições de vida das populações.

Esta nova abordagem da saúde, fez com que a enfermagem começasse a desenvolver uma forma de actuar diferente, deixando de se basear num modelo bio-médico, onde o diagnóstico e o tratamento da doença por si só ficam um pouco de parte, começando a haver uma grande preocupação por todo o ambiente que envolve o indivíduo.

A urgência de adoptar o processo de actuação às necessidades das populações, fez com que se criassem modelos próprios da enfermagem para a sua prática, assim como métodos de trabalho específicos.

Procurando dar respostas individualizadas às necessidades de todos os indivíduos institucionalizados, o método de eleição nas práticas diárias da enfermagem, é o método por responsável, permitindo a actuação dos enfermeiros de forma metodológica e científica.

A qualidade dos cuidados prestados, passa assim a ser uma preocupação das instituições de saúde e por vezes os profissionais de saúde descoram dos seus direitos para satisfazer as necessidades dos utentes.

Assim, conceitos como promoção da saúde e promoção da saúde no local de trabalho começam a estar associados também às instituições de saúde.

O aparecimento dos serviços de saúde no trabalho, com o intuito de promover ao máximo a saúde dos trabalhadores e prevenir o aparecimento ou o agravamento de doenças profissionais são uma realidade, resultantes das necessidades sentidas a nível institucional e governamental.

Procurando entender o contexto de trabalho dos enfermeiros numa instituição hospitalar, foi elaborado um estudo que permitisse conhecer o perfil cultural que modela a prática de enfermagem nessas mesmas instituições, caracterizando os factores que interferem nas condições de trabalho dos enfermeiros, analisando as estratégias profissionais e organizacionais adoptadas sobre a promoção da saúde no local de trabalho.

Por fim foi ainda pretendido perspectivar as expectativas futuras dos enfermeiros face ao desenvolvimento da sua actividade profissional.

A escolha metodológica efectuada teve em conta todos estes pressupostos, sendo adequada à problemática do estudo.

As principais conclusões, obtidas após a análise das entrevistas, parecem - nos ir de encontro aos objectivos e ao guião propostos inicialmente.

Face às categorias referenciadas, permitiu-nos evidenciar no que concerne às condições e situações de trabalho dos enfermeiros, a hierarquia profissional, os recursos existentes, a metodologia de trabalho utilizada, os cuidados prestados, os registos efectuados e o pluriemprego.

Relativamente à hierarquia profissional, verifica - se a existência de um enfermeiro chefe no turno da manhã, e de um enfermeiro responsável, seleccionado pela chefia, nos restantes turnos.

A permanência da chefia durante muito tempo é vista como uma individualização das práticas diárias, contrariamente à troca constante que é encarada como uma forma de promover a instabilidade na equipa.

O profissionalismo aparece directamente relacionado com as relações profissionais entre os diferentes elementos da equipa de enfermagem, salientando - se que antigamente existia um maior profissionalismo, associado a um sentimento de inter ajuda e união quer dentro da mesma equipa ou até mesmo de equipas diferentes, contrapondo - se à prática actual, recheada de conflitos e individualismo.

Como principais causas da situação actual, são apontadas a falta de articulação entre diferentes serviços, os diferentes interesses dos profissionais, a diversidade de horários, a dificuldade em estabelecer relações profissionais entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar e a expectativa vivida acerca de uma perspectiva futura relacionada com o hipotético desenvolvimento dos hospitais SA.

Se falarmos em equipas de trabalho, verificamos que antigamente não existiam equipas multidisciplinares, mas que o trabalho de enfermagem era feito em equipa.

Actualmente, existem equipas multidisciplinares cujo trabalho não se encontra coordenado, havendo por vezes dificuldade em denominá - lo de trabalho em equipa.

Por outro lado defende - se a existência de equipas de enfermagem, mas de nome, dado que o individualismo na prática diária é evidente, emergindo um trabalho conjunto unicamente quando existem sentimentos de simpatia ou amizade.

Relativamente aos recursos existentes, e no que concerne aos recursos humanos, é apontado um aumento de elementos na prestação de cuidados ao longo dos tempos, influenciando de forma positiva a prestação de cuidados.

Contudo, actualmente houve uma estagnação no que respeita a este tipo de recursos, identificando a sua escassez como um problema actual, relacionado com as elevadas taxas de ocupação dos serviços, a saída de elementos sem substituição, a má gestão de recursos humanos e o absentismo.

Esta situação aparece ainda associada à falta de enfermeiros especialistas.

A forma encontrada para colmatar esta situação, baseou - se na união dos profissionais enfermeiros, e mais uma vez na imposição da prática médica

sobre as necessidades dos serviços hospitalares, na medida em que sempre que as práticas médicas se encontram comprometidas por falta de elementos de enfermagem, os órgãos de gestão facultam esse elementos para que esse compromisso não se verifique.

Quanto aos recursos materiais e técnicos, verifica - se uma preocupação ao longo dos tempos em equipar os serviços com o necessário para a boa prática dos cuidados.

Contudo, relativamente ao aspecto técnico, a aquisição de material adequado ao desempenho das actividades diárias, depende em muito do espaço físico existente, pois salientam - se situações onde os recursos físicos existentes são deficientes, o que leva à dificuldade de aquisição de certos meios técnicos. Apesar destas dificuldades, é reconhecido o empenho da instituição ao longo dos tempos, em substituir os dispositivos médicos reutilizáveis, por de uso único.

A forma encontrada para colmatar o défice de recursos, passa pela sensibilização do enfermeiro director e por alterações às metodologias de trabalho implementadas (exemplo - passar do método por responsável, para o método funcional).

A sensibilização dos órgãos de gestão, por vezes é difícil de concretizar, tornando-se imperativo a conveniente justificação do motivo, nomeadamente da alteração de horários como forma de colmatar o défice de recursos humanos.

A metodologia de trabalho, de onde se salientou o planeamento de actividades, a metodologia diária praticada, a forma como se realiza a integração num serviço hospitalar e o tipo de horários praticado, verifica - se mudada ao longo dos tempos.

Antigamente as actividades de enfermagem eram realizadas sem qualquer tipo de planificação, resumindo - se a colmatar as necessidades existentes nos serviços.

Posteriormente começou a haver uma metodologia de trabalho baseada no método funcional, e actualmente pratica - se a metodologia científica, associada ao processo de enfermagem, utilizando - se na prestação de cuidados o método por responsável.

Contudo a utilização deste método de trabalho não é possível em todos os serviços hospitalares, sendo referenciadas as condições de trabalho de cada serviço, como factores determinantes da sua utilização (exemplo - serviço de urgência).

Relativamente à integração de novos elementos, salienta - se a existência de uma preocupação para com esta temática, existindo protocolos no que concerne à integração de novos elementos num determinado serviço, desde que estes sejam provenientes de outro serviço, outra instituição ou até mesmo recém-cursados.

Contudo, apesar de protocolados diferentes tempos de integração, para diferentes serviços, as necessidades dos serviços em termos de recursos humanos é uma condicionante para o cumprimento ou não desses protocolos, verificando-se algumas vezes o período de tempo estipulado antecipadamente, diminuído.

A integração de enfermeiros especialistas, ou até mesmo de enfermeiros chefes não é efectuada, não estando previstas em qualquer tipo de protocolos ou normas de serviço. Aquando da entrada de elementos de enfermagem destas categorias, a sua adaptação ao serviço é realizada através das explicações fornecidas pelos anteriores ocupantes dos cargos, em tempo record.

Os horários praticados na instituição, são de grande diversidade tornando difícil definir o regime praticado.

Quanto às transferências de serviço, actualmente são efectuadas com menos frequência, sendo os principais motivos apresentados: o serviço militar obrigatório, as alterações a nível da equipa de enfermagem (nomeadamente o aparecimento de novos elementos), problemas de saúde dos enfermeiros, decisão da gestão, inadaptação ao serviço, dificuldade em conciliar a vida pessoal com a profissional, a progressão na carreira e a insatisfação profissional.

Os cuidados prestados mais evidenciados dizem respeito aos cuidados de higiene e conforto, às colheitas de espécimes para análises, aos cuidados de alimentação, aos cuidados terapêuticos, aos pensos, às algaliações e aos electrocardiogramas, fazendo-se especial diferenciação entre a prática actual e a de antigamente, pois verifica-se uma discrepância, na medida em que

antigamente eram os enfermeiros que realizavam todos os cuidados atrás apontados, e actualmente só executam alguns, sendo os outros praticados pelas auxiliares de acção médica, como é o caso da alimentação.

Relativamente aos registos, verifica - se que apenas por volta de 1978, 1979 é que esta prática foi implementada.

No período antecedente, os enfermeiros não realizavam qualquer tipo de registo no processo individual do doente, nem sequer tinham acesso a tal informação. A informação dos doentes institucionalizados era escrita num livro de registos, só para a enfermagem.

Ao contrário, os registos terapêuticos têm - se efectuado sempre da mesma forma, utilizando para o efeito a prescrição médica e o cardex (livro de registos terapêuticos, onde o enfermeiro transcreve o prescrito pelo médico com as respectivas horas de administração, para posteriormente poder assinar no local correspondente à hora em que preparou e administrou o medicamento).

Como causas da existência do pluriemprego na área da enfermagem, aparece a grande diversidade de oferta no mercado actual, associada ao aspecto monetário. Esta situação faz parte da sociedade actual, relacionada com o facto dos enfermeiros actualmente quererem adquirir rapidamente alguns bens materiais, que sejam indicadores de uma boa posição financeira, e que estes sejam adquiridos rapidamente.

A promoção de saúde dos enfermeiros, encontra - se directamente relacionada com a importância que é atribuída a determinada situação, como é o caso da infecção nosocomial e dos riscos biológicos, em confronto com negligência para com o uso dos EPI's.

A formação é uma prática actual, não se verificando no passado, pode ser encarada de duas formas, ou como uma imposição /obrigação, ou como uma necessidade para a progressão na carreira. Não se identifica, na maioria dos casos com as necessidades próprias de cada serviço, nem com as temáticas direccionadas para a promoção da saúde, fazendo - se por se fazer, sem que daí advenham benefícios para os mesmos, salienta - se apenas a aquisição de conhecimentos por parte de quem a pratica.

Contudo, a investigação em enfermagem começa a fazer parte do seu contexto.

Os mecanismos adoptados pelos enfermeiros no que concerne à promoção da saúde, passa atitudes e comportamentos relacionados com o uso dos EPI's.

Verifica - se uma contrariedade entre a actualidade e o antigamente, na medida em que antigamente a existência de EPI's era limitada, mas existia uma certa preocupação por parte dos enfermeiros em promover/prevenir a sua saúde através de improvisos feitos com o material disponível (exemplo - utilização de um pano como máscara de protecção), actualmente os enfermeiros abdicam dos EPI's que estão ao seu alcance.

Quanto às medidas organizacionais, referentes a esta temática, verifica - se uma importância atribuída por parte dos enfermeiros à abertura do serviço de saúde ocupacional, associada a um fornecimento de mais variedade de EPI's, mas por vezes em quantidades insuficientes para o número de enfermeiros expostos ao mesmo risco.

Quanto às expectativas futuras face à enfermagem, os enfermeiros do HESE, referenciam os próprios profissionais, assim como as competências que lhes são atribuídas ou a sua transferência, e a implicação da instituição como as principais variáveis do processo.

Relativamente aos profissionais - enfermeiros, verifica - se uma certa apreensão pois considera - se que actualmente a escolha da carreira de enfermagem é feita de forma aleatória.

As competências dos enfermeiros aparecem associadas à criação hipotética dos técnicos auxiliares de saúde, como modo de combater a escassez de recursos humanos identificada, sentindo - se necessidade em englobar as diferentes entidades governamentais na esquematização de uma nova carreira de enfermagem, com as competências que lhes são devidas, tendo presentes a evolução existente a nível académico.

A transferência de competências, apesar de ser efectuada por necessidade dos serviços, é vista como algo culpabilizante para o enfermeiro, pois ele é apontado como não querer ser o realizador de certas tarefas que lhe

competem pelo simples facto de ter um grau académico de licenciado ou superior, pois também se verifica o facto dos enfermeiros especialistas, após a sua especialidade irem desempenhar papeis de gestão, deixando de parte a prática directa dos cuidados.

Relativamente à instituição, sobressai um sentimento de medo por parte dos enfermeiros, relacionado com a progressão na carreira, pois sente - se que há uma despreocupação em manter o profissionalismo, devido à imperatividade da rentabilização dos recursos. Sente - se que apesar de se falar muito hoje em dia na qualidade, a nível institucional, o paradigma quantitativo começa a aparecer em detrimento do qualitativo.

Pela análise da temática, ficou presente a complexidade desta problemática.

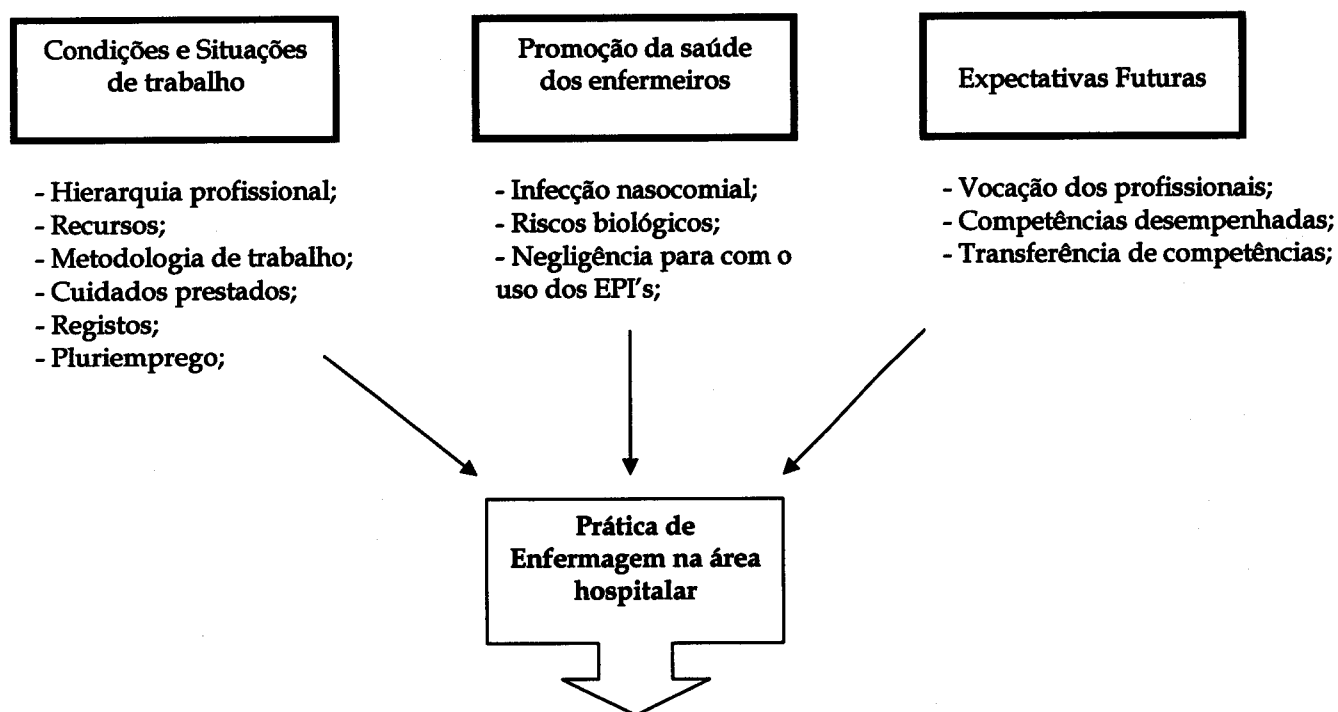
Se nos debruçarmos sobre um projecto de investigação realizado para a Universidade Católica Portuguesa, em 2004, intitulado como " as condições de trabalho dos enfermeiros portugueses", onde é feita uma abordagem quantitativa e qualitativa de alguns serviços de saúde a nível nacional, verificamos que os resultados obtidos pela nossa investigação no que concerne às condições e situações de trabalho dos enfermeiros, são muito diferentes dos conseguidos por esse mesmo estudo. Uma vez que, que no referido estudo os enfermeiros encontram-se satisfeitos com o exercício da sua actividade profissional, inclusive com o tipo de horários praticados e com a formação profissional proporcionada, e na nossa pesquisa têm dificuldade em referenciar o tipo de horário praticado e apontam a formação como sendo praticada sem qualquer tipo de orientação profissional, a não ser com o intuito de subir a nível da carreira profissional.

Contudo, também existem aspectos concordantes em ambos os estudos, nomeadamente a insatisfação manifestada para com as instalações físicas, assim como para com a falta de pessoal, ou para com o relacionamento entre os diferentes profissionais.

Por fim, relativamente aos paradigmas qualitativos e quantitativos, verifica-se no projecto antes mencionado, a existência de pressões tendo em

vista a qualidade do serviço a executar, e segundo constou, na nossa pesquisa, o paradigma quantitativo começa a prevalecer.

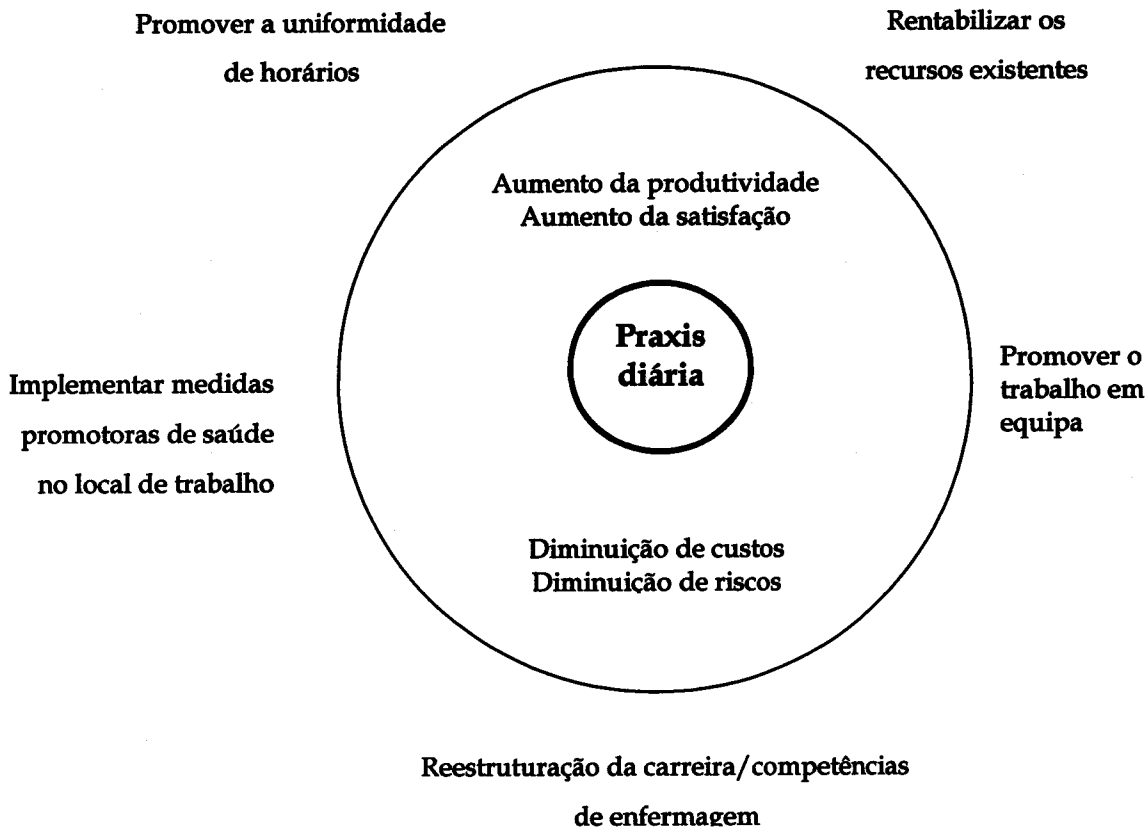
Figura n.º 4 - Factores determinantes da prática hospitalar



Paradigma quantitativo em detrimento do qualitativo

Considerando esta realidade, há que intervir a vários níveis, nomeadamente na promoção da uniformidade de procedimentos de gestão, na implementação de medidas promotoras da saúde no local de trabalho, assim como na promoção do trabalho em equipa e na reestruturação da carreira e das competências de enfermagem.

Figura n.º 5 - Estratégias de intervenção



Desta forma, no que respeita à promoção da uniformidade de procedimentos de gestão, poder-se-ia investir a nível dos horários, onde a sua coerência, poderá promover o relacionamento a nível da equipa de enfermagem, e aumentar a satisfação pessoal e profissional, existindo possibilidade em coordenar a sua vida pessoal com a profissional, diminuindo o cansaço físico e psicológico dos profissionais.

Poder-se-ia ainda, no que concerne à falta de recursos humanos, a existência de maior abertura por parte dos órgãos de gestão para o intercâmbio entre o pessoal de enfermagem dos diferentes serviços, de forma a promover a mobilização de elementos da mesma área, como por exemplo: Pediatria, Neonatologia e Urgência Pediátrica; Medicinas e Especialidades médicas; Bloco Operatório, Unidade de Cuidados Intensivos e Urgência Geral; Cirurgias e Ortopedia.

Relativamente à promoção da saúde no local de trabalho, e considerando o facto do trabalho de enfermagem ser cada vez mais individualizado, criando mal-estar e situações conflituosas. Pelo que o desenvolvimento de terapias de grupo com a presença a tempo inteiro de uma psicóloga no serviço de saúde ocupacional, seria um aspecto a considerar.

Dado a existência de uma grande percentagem de população feminina jovem, em idade fértil, a trabalhar no HESE, torna-se necessário a criação de certas medidas promotoras da sua saúde no local de trabalho, como modo de aumentar a produtividade, associada a uma diminuição da preocupação, logo, a uma diminuição dos riscos ocupacionais. É um exemplo dessas medidas, a criação de contractos entre o HESE e creches, de forma a existirem horários de cuidados às crianças compatíveis com o roulement praticado.

Ainda referente a medidas promotoras da saúde no local de trabalho, seria interessante arranjar parcerias entre ginásios e a instituição de saúde, implementando o exercício físico como uma actividade necessária para o combate ao stress diário, ao sedentarismo, assim como à correcção de posições ergonómicas incorrectas.

De considerar, ainda o fornecimento adequado dos EPI's relativamente ao trabalho efectuado e ao número de trabalhadores que o realizam, pelo que se torna prioritário incentivar a instituição a incutir temas da promoção da saúde nos programas de formação anual.

Por último, mas não menos importante, há que referenciar a necessidade actual de reestruturar a carreira de enfermagem, assim como as competências dos enfermeiros, podendo esta ser um passo para promover condições a nível da instituição para que os enfermeiros não sintam necessidades de recorrer ao pluriemprego como forma de adquirir um maior rendimento monetário (Exemplo - combater a escassez de recursos humanos com a atribuição de maior número de horários acrescidos por serviço), e desta forma promover uma continuidade do paradigma qualitativo, na prestação dos cuidados de enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

ACHARD, Pierre

1993 La sociologie du Langage, Paris : ed. Puf.

ALBARELLO, Luc et al

1997 Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais, Lisboa: Gradiva.

ALMEIDA, João Ferreira e PINTO, José Madureira

1989 "Da teoria à investigação empírica. Problemas metodológicos gerais" in Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (Org.), Metodologia das ciências Sociais, 3ª ed., Porto:Edições Afrontamento.

1995 A Investigação nas Ciências Sociais, 5ª ed.; Lisboa: Editorial Presença.

ALVES, Delvair de Brito et al

1997 "A compreensão e a explicação da produção/reprodução do conhecimento do trabalho de enfermagem", in, Revista a enfermagem agora, Março n.º16.

ANTUNES, Elisabete Simões

2000 "Enfermagem Que Futuro?", in, Revista enfermagem em foco, Ano IX - Fevereiro - Abril n.º 38: 33.

BARDIN, Laurence

1995 Análise de conteúdo, Lisboa: Edições 70.

BEAUD, Jean - Pierre

2003 Investigação Social - Da problemática à colheita de dados - Sob a direcção de Benoît Gauthier, Loures: Lusociência.

BELL, Judith

1997 Como Realizar um Projecto de Investigação - Um Guia para a Pesquisa em Ciências Sociais e da Educação, Lisboa: Gradiva.

BELETZ, Elaine E.

1990 Professionalization: a Licence is not Enough, St. Louis: Mosby Company.

BOGDAN, Robert C. et BIKLEN, Sariknopp

1994 Investigação Qualitativa em Educação - Uma introdução à teoria e aos métodos, Porto: Porto Editora.

BOTERF, Guy le

2003 Desenvolvendo a competência dos profissionais, S. Paulo: Arned Editora.

BRUHN, John G.

2001 "Being Good and Doing Good: The culture of Professionalism in the health professions", in, Health Care Manager, Vol. 19 (4), 47 - 58.

BURKE, R. J.

2001 "Restructuring Stressors and Perceived Hospital Effectiveness", in, Journal of Nursing Leadership, Vol. 14 (1): 19 - 27.

CAMPENHOUDT, Luc Van

2003 Introdução à Análise dos Fenómenos Sociais, Lisboa: Gradiva.

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro

1998 **Metodologia da Investigação - Guia para Auto - Aprendizagem**,
Lisboa: Universidade Aberta.

CHEVRIER, Jacques

2003 "A Especificação da Problemática", in Benoît Gauthier (Dir.),
Investigação Social - Da Problemática à recolha de Dados, Loures:
Lusociência.

COLLE, Raymond

(a) 2002 **Análises de conteúdo - Pauta de exercício de análises de conteúdo**
"intensivo", [http//www.cl/curso_dist/connocer/analcon/tecnic.html](http://www.cl/curso_dist/connocer/analcon/tecnic.html).

(b) 2002 **Análisis de conteúdo - técnicas de análisis de conteúdo**,
[http//www.cl/curso_dist/connocer/analcon/tecnic.html](http://www.cl/curso_dist/connocer/analcon/tecnic.html).

COLLIERE, Marie - Françoise

1989 **Promover a vida**, Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

CORDEIRO, Mário

2002 **Prevenção dos acidentes e Promoção da Segurança**, in **Promoção da**
saúde, Lisboa: Universidade aberta.

COSTA, José dos Santos

2004 "Métodos de prestação de Cuidados", in, **MILLENIUM, Revista do**
Instituto Superior de Viseu - Ano 8, n.º 30, Outubro:234 - 251.

CUNHA, Miguel Pina e

2001 "Desenvolvimento Organizacional: Uma prática em
desenvolvimento", in, **Revista Organizações e trabalho**, n.º 26: 55 - 68.

DANIEL, F. Liliana

(a) 1981 **A Enfermagem Planejada**, São Paulo: EPU.

(b) 1987 **Enfermagem: Modelos e processos de trabalho**, São Paulo: EPU.

DEMENT, et al

2004 "An integrated comprehensive occupational surveillance system for health care workers", in, **American Journal of industrial Medicine**, 45: 528 - 538.

DOMINIQUE, Maigueneau

1997 **Os termos - chave da análise do discurso**, Lisboa: edições Gradiva.

DOWNIE, R. S., et al.

1991 **Health promotion - models and values**, Oxford: Universidade de Oxford.

ESTRELA, Albano

1994 **Teoria e Prática de Observação de classes - Uma Estratégia de Formação de Professores**, Porto: Porto Editora.

ÉTIENNE, Jean e tal

1998 **Dicionário de sociologia - as noções, os mecanismos e os autores**, Lisboa: Plátano - Edições Técnicas.

EVANS, Donald

1991 "O que é ser uma boa enfermeira?" , in, **Nursing - Revista Técnica de Enfermagem**, 5,51:21 - 22.

FARIA, Mário e GRAÇA, Luís

1991 "A promoção da saúde no trabalho: um desafio para os anos 90", in,
Revista de saúde pública - Escola Nacional de saúde pública, Volume 9; 3:
5 - 15.

FALLOWFIELD, Lesley

1992 **The Quality of Live - The Missing Measurement in Health Care,**
London: Souvenir Press Ltd.

FERREIRA - SANTOS, Célia A. S.

1973 **A enfermagem como instituição - estudo num hospital escola, São Paulo:** Editora da Universidade de São Paulo.

FLYNN, Beverly C.

2000 "A promoção da saúde através das cidades saudáveis", in Márcia Stanhope (org.), **Enfermagem Comunitária, Lisboa, Editora, 361 - 369.**

FORTIN, Marie Fabienne

1999 **O Processo de Investigação: Da concepção à realização, Loures:**
Lusociência.

FRADA, João José

1994 **Guia Prático para a elaboração e apresentação de trabalhos científicos, Lisboa: Edições Cosmos.**

GAUDINE, A.P.

2000 **What do Nurses Mean by Workload and work overload?, Canada,**
Journal of Nursing Leadership, Vol. 13 (2) : 9 - 18.

GAUTHIER, Benoît (dir.)

2003 **Investigação Social - da Problemática à Colheita de Dados**, 3ª ed.,
Loures: Lusociência.

GEORGE, Júlia B. et al

1993 **Teorias de Enfermagem - Os fundamentos para a prática profissional**, Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul LTDA:

GEOVANINI, Telma et al

2002 **História da enfermagem - versões e interpretações**, Rio de Janeiro:
Editora Revinter.

GEORGE, Júlia B.

1993 **Teorias de Enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional**,
Porto Alegre: artes médicas.

GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin

1993 **O Inquérito - Teoria e prática**, Oeiras: Celta Editora.

GIFFORD, Blair D.

2002 "The relationship between hospital unit culture and nurses' quality of work life", in **Journal of healthcare management**, 47: 13 - 26.

GIL, Antonio Carlos

1989 **Métodos e técnicas de pesquisa social**, São Paulo: Atlas S.A..

1996 **Como Elaborar Projectos de Pesquisa**, São Paulo: Atlas S.A..

GIL, Flores

1994 **Análisis de Datos Qualitativos:Aplicaciones a la investigación educativa**. Barcelona: PPU S.A..

GRAÇA, Luís

1994 "Qualidade de vida no trabalho: saúde e participação", in, **Instituto do Emprego e Formação Profissional; Separata da revista Dirigir - revista para chefias**, 40: 1 - 13.

1999 **Promoção da saúde no local de trabalho: a nova saúde ocupacional?** Lisboa, **Cadernos avulso**, 1: 1 - 96.

HARTZ, Catherine

1995 "O que é a promoção da saúde?" , in, **Nursing - Revista técnica de Enfermagem**, Ano 6, 72:17 - 19.

HEBEEN, Walter

2001 **Qualidade em enfermagem - Pensamento e acção na perspectiva do cuidar**, Loures: Lusociência.

HOFSTEDE, Geert

1991 **Culturas e Organizações - Compreender a Nossa Programação Mental**, Lisboa: Edições Sílabo, Ltd.

HORTON, Paul; HUNT, Chester

1981 **Sociologia**, Brasil: Editora Mcgraw - Hill

JUNIOR, Mário F.; DIAS, Elizabeth C.; et al

2000 **Saúde no trabalho - Temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores**, São Paulo: Roca.

KÉROUAC, Suzanne

1994 **La pensée infirmier conceptions et stratégies**, La Vale : Maloine.

KENDRICK, Kevin

1992 **Uma base para a prática de enfermagem**, Nursing; Lisboa; 5,50: 21 - 23.

KULBOK, Pamela A.

1999 **"Promoção da saúde Comunitária: Uma estrutura de vários níveis para a prática"**, in, Márcia Stanhope (Org.) - **Enfermagem Comunitária**, Lisboa, Lusociência, 285 - 303.

LANCASTER, Jeanette

1999 **"História da saúde e da enfermagem comunitária"**, in, Márcia Stanhope (Org.) - **Enfermagem Comunitária - Lisboa**, Lusociência, 1 - 19.

LAKATOS, Eva M.^a et al

1995 **Metodologia do trabalho científico**. S. Paulo, Atlas.

LESSARD - HÉBERT, Michelle; GOYETTE, Gabriel; BOUTIN, Gérald

1994 **Investigação Qualitativa : Fundamentos e práticas**, Lisboa: Piaget.

LOPES, Manuel José

1999 **Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio - moral (Alguns dados e implicações)**, Lisboa: Gráfica 2000.

MENDES, Felismina R. Parreira

1994 **A Saúde e a doença dos professores - um estudo de caso sobre a representação social** - Tese de Mestrado na área de Ecologia Humana, Universidade de Évora (Policopiado).

MENDES, João Manuel Galhanas

2000 Factores caracterizadores dos modelos de práticas de enfermagem - um estudo de caso - Tese de Mestrado na área de Sociologia na área de especialização de Recursos Humanos e Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Évora (policopiado).

MENCKEL, Ewa

1999 "Workplace Health Promotion in Sweden: A Collaborating Network With 15 EU Member States", in, American Journal of Industrial Medicine Supplement, 1:42 - 43.

MIGUEL, Alberto Sérgio

1995 Manual de Higiene e Segurança no trabalho, Porto: Porto Editora.

MILLER, Meg

1992 Resolução de Conflitos e mudança organizacional; Nursing; Lisboa; 4,48: 42 - 44.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

1996 Uma estratégia para o virar do século, Lisboa.

MORAES, Irary Novah

1990 Elaboração da pesquisa científica, Rio de Janeiro: Athenev.

MOTTA, Ana e Santos, Nívea

2003 Manuseio e Administração de Medicamentos, São Paulo: Iátria.

MUCHIELLI, Alex

1994 Les Méthodes qualitatives, Paris:Ed. Puf.

NARCISO, Fernando Guerreiro

1999 A qualidade do serviço interno numa empresa de transportes públicos rodoviários de passageiros (EVA – Transportes S.A.), Tese de Mestrado na área de Sociologia na área de especialização de Recursos Humanos e Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Évora (policopiado).

NEVES, Arminda

1997 Gestão na Administração Pública, Cascais: Pergaminho.

NUNES, Emília

1998 “Saúde no Local de Trabalho” ,in, Promoção da saúde, Lisboa:Universidade Aberta.

NUNES, Lucília

2003 Um olhar sobre o ombro - Enfermagem em Portugal (1881 - 1998), Loures: Lusociência.

O.M.S., Bureau Regional da Europa

1985 As metas da saúde para todos: Metas da estratégia regional Europeia da saúde para todos, Lisboa: Departamento dos estudos e planeamento da saúde.

ORDEM DOS ENFERMEIROS

2002 “Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - enquadramento conceptual e enunciados descritivos”, in, Revista Divulgar, 1 - 16.

2004 “Competências do enfermeiro de cuidados gerais”, in, Revista Divulgar, 1 - 24.

PEARSON, Alan e VAUGHAN, Barbara

1992 Modelos para o exercício de enfermagem, Lisboa: ACEPS

PEREIRA, Alexandre; POUPA Carlos

2003 **Como Escrever uma Tese - monografia ou livro científico - usando o Word**, Lisboa: Edições Sílabo Lda.

PESUT, B. B., e ELLIOT, B. J.J.

1999 **Leadership through interdisciplinary teams: A case Study of an acute pain service**, Canada, *Journal of Nursing Leadership*, Vol. 13 (4): 24 - 36.

POIRIER, Jean et al

1995 **Histórias de Vida - Teoria e Prática**, Oeiras: Celta.

POLIT, Denise F. et HUNGLER, Bernardette P.

1995 **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**, 3ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas.

QUIVY, Raymond et CAMPENHAUD, Luc Van

1992 **Manual de Investigação em Ciências Sociais**; Lisboa; Gradiva.

RAMOS, Francisco

2001 "História de vida: Produto e meio de produção", in, *Separata da Revista Economia e Sociologia*; 71: 55-71.

REDE EUROPEIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO LOCAL DE TRABALHO

1997 "Declaração de Luxemburgo sobre a promoção da saúde no local de trabalho", Lisboa, Direcção Geral de Saúde.

REBELO, Jorge

2002 "Profissionalização" Lisboa, *Enfermagem em Foco*, 48:5 - 30.

RICHARDS, J.

2000 "Pandora's Box: Physician Order Entry and Nursing Work Redesign", in, **Journal of Nursing Leadership**, Vol. 13 (2): 8.

RODRIGUES, António Norberto

1994 " Cultura Organizacional e Mudança na administração pública", in, **Revista Organizações e Trabalho**, 11: 11 - 18.

ROGERS, Bonnie

2000 **Enfermagem do trabalho - Conceitos e Prática**, Loures: Lusociência.

ROSA, MARIA TERESA SERÓDIO et al

2004 **Projecto de investigação sobre "As condições de trabalho dos enfermeiros Portugueses"**, Lisboa: Centro de Sondagens e Estudos de Opinião da Universidade Católica Portuguesa.

RUQUOY, Danielle

1997 "Situação de Entrevista e Estratégia do Entrevistador", in Luc Albarello et al (org.), **Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais**, Lisboa: Gradiva.

SALE, Diana

1998 **Garantia da qualidade nos cuidados de saúde - para os profissionais da equipa de saúde**, Lisboa: Principia, Publicações Universitárias e científicas.

SANTOS, Ferreira, et al

1973 **A enfermagem como profissão (estudo num hospital escola)**, São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

SHANNON, Harry S. et al.

2000 "Creating safer and healthier workplaces: role of organizational factors and job characteristics", in, **American Journal of Industrial Medicine**, 40: 319 - 334.

SHOAF, Christin, et al

2001 "Improving performance and quality of working life: A model for organizational health assesement in emerging enterprises", in, **Human Factors and Ergonomics in Manufacturing**, Vol. 14 (1): 81 - 95.

SILVA, Carlos A. da

1997 "O trabalho na saúde na encruzilhada dos modelos identitários e culturais dos profissionais - o caso particular dos centros de saúde do distrito de Beja", in, **Revista Organizações e trabalho**, 16: 119 - 144.

2001 (Re) **Pensar os Paradoxos da participação directa e as suas implicações na enfermagem - Hospitais e Centros de saúde do Alentejo**, Évora: Tese para a obtenção do grau de Doutoramento em Sociologia (policopiado).

SILVA, Luísa Ferreira da et al

2002 **Promoção da Saúde**, Lisboa: Universidade Aberta.

SOUSA, Gonçalo de Vasconcelos

1998 **Metodologia de Investigação, Redacção e Apresentação de Trabalhos Científicos**, Porto: Livraria Civilizações.

THÉVENET, Maurice

1997 **Cultura de Empresa - Auditoria e Mudança**, Lisboa: Monitor Projectos e Edições, Lda.

TRIVIÑOS, Augusto N. S.

1990 **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**, São Paulo: Editora Atlas.

ULBRICHT, Leandra

1998 **Ergonomia e qualidade na organização do trabalho em serviços de saúde: um estudo de caso no sector da vigilância sanitária**. Tese de mestrado na área de engenharia de produção, especialidade em ergonomia, pela universidade de Florianópolis (policopiado).

VALA, Jorge

1986 "A Análise de Conteúdo", in Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (org.), **Metodologia das Ciências Sociais**, 2ª ed., Porto: Edições Afrontamento.

VALA, Jorge et al

1994 **Psicologia Social das Organizações**, Oeiras: Celta Editora.

WORLD, Judith L.

2000 "Gestão da qualidade", in MÁRCIA Stanhope (org.), **Enfermagem Comunitária**, Lisboa, Editora, 451 - 468.

WOLKWITZ, Carol

2001 "The social relations of body work", in, **Work, employment and society**, Vol. 16 (3): 497 - 510.

Outros Documentos

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n.º 48/90 de Agosto (Lei de Bases da Saúde. Diário da República)

MINISTÉRIO DA RÉPÚBLICA

Dec. - Lei n.º 437/ 91 de 8 de Novembro - Carreira de enfermagem (revisto em 1998).

Dec. - Lei n.º 441/91 de 14 de Novembro - Regime geral de segurança, higiene e saúde no trabalho.

Dec. - Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro - Regulamento do exercício Profissional dos Enfermeiros (alterado pelo Dec. - Lei nº 104/98 de Abril).

Dec. - Lei n.º 133/99 de 21 de Abril - Ratificação do Dec. - Lei n.º 441/91 de 14 de Novembro.

Directiva do Conselho n.º 89/391/CEE de 12 de Junho - Aplicação de medidas destinadas a promover a melhoria da segurança e da saúde dos trabalhadores no trabalho.

ANEXOS

Anexo I
Guião de entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

OBJECTIVOS:

Geral - Conhecer o perfil cultural que modela a prática de enfermagem em contexto hospitalar.

Específicos - Caracterizar os factores que interferem nas condições de trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar;

- Analisar as estratégias profissionais e organizacionais sobre a promoção da saúde no local de trabalho;

- Perspectivar as expectativas dos enfermeiros face ao desenvolvimento da sua actividade profissional em contexto hospitalar.

Blocos de assuntos	Objectivos	Tópicos das questões
I - Legitimação da entrevista	Legitimar a entrevista e motivar o entrevistado, criando empatia com o mesmo.	1 - Confirmar a disponibilidade para a participação, no contexto do convite anteriormente realizado; 2 - Informar o entrevistado sobre os objectivos da entrevista e a sua finalidade no contexto do trabalho a realizar; 3 - Solicitar autorização para gravar a entrevista, garantindo o anonimato e a confidencialidade das informações obtidas; 4 - Esclarecer o entrevistado que se pretender interromper. Não advém desse facto prejuízo para o próprio;
II - Caracterização dos entrevistados de forma a definirmos a nossa amostra	Caracterizar de forma geral os entrevistados respeitando o seu anonimato	1 - Questionar o entrevistado no que respeita à idade; sexo; Tempo de serviço; Idade em que iniciou funções na enfermagem; Categoria profissional e grau académico;
III - Condições de trabalho	Identificar os factores que interferem nas condições de trabalho dos enfermeiros	1 - História profissional; 2 - Tipo de trabalho desempenhado ao longo dos vários serviços, nomeadamente: Metodologias adoptadas; Tarefas desempenhadas; Competências e horários praticados; 3 - Introspecção sobre os factores considerados nocivos ou facilitadores da sua prática diária, nomeadamente os recursos existentes, a formação e a informação facultada nos serviços;

IV - Promoção da saúde	Identificar estratégias profissionais e organizacionais relativas à promoção da saúde dos enfermeiros no local de trabalho	1 - Meios facultados pela instituição para a promoção da saúde dos enfermeiros no seu local de trabalho; 2 - Mecanismos adoptados pelos enfermeiros para promover a sua saúde no local de trabalho;
V - Expectativas futuras da profissão	Apresentar propostas de intervenção	1 - Perspectivas relativamente à enfermagem

Anexo II
Distribuição dos enfermeiros do HESE por Unidades Hospitalares e por categoria profissional

Distribuição dos enfermeiros do HESE por Unidades Hospitalares e por categoria profissional

Unidade Hospitalar	Categoria Profissional					Total
	Enfermeiro	Enfermeiro Graduado	Enfermeiro especialista	Enfermeiro Chefe	Enfermeiro Director	
Bloco Operatório	13	27	1			41
Cardiologia	11	11	1	1		24
Cirurgia Homens	23	6	1	1		31
Cirurgia Mulheres	15	3		1		19
Com. de controle de infecção Hosp.		1				1
Consultas externas	1	17	1			19
Consultas Pediatria		2				2
Especialidades Cirúrgicas	2	13		1		16
Esterilização		2	1			3
Medicina física e de reabilitação			2			2
Núcleo de Exames Especiais		4				4
Ginecologia	1	9		1		11
Hemodiálise	3	12				15
Hemoterapia		4		1		5
Imagiologia		1				1
Especialidades médicas	18	2	1	1		22
Medicina 2	16	4		1		21
Medicina 1	16	5	1	1		23
Neonatologia	3	16	1	1		21
Obstetrícia	9	4	14	1		28
Ortopedia	21	6		1		28
Pediatria	1	13	1	1		16
Psiquiatria	9	7	3	1		20
Requisitados	1	2	3	2		8
Saúde Ocupacional			2			2
Serviços enfermagem					1	1
UCI	9	8		1		18
Unid. De Oncologia		4	1			5
Urgência	6	20	1	1		28
Urgência Pediátrica	6	4	1	1		12
Total	184	207	36	19	1	447

Fonte: dados fornecidos pelo HESE em Julho de 2003

Anexo III
As duas entrevistas mais representativas

ENTREVISTA 1 (E1)

Ent. - Então, é assim...gostava que começassem por fazer primeiro, uma... identificação tua... de quando é que inicias - te a exercer as tuas funções como enfermeira, qual a tua categoria profissional actual, a tua história profissional, a tua idade e quantos anos tens de serviço.

E1 - Queres que te diga o meu nome?

Ent - Sim! Não, não, não

E1 - Ora, tenho 50 anos de idade, 34 de... profissão, haaa... Tirei o curso de auxiliar de enfermagem, haaa... em Évora não existia o curso geral, na altura em que eu tirei, não havia o curso geral, e depois em setenta... e quatro/cinco (setenta e cinco talvez), setenta e cinco/setenta e seis, fiz o curso de promoção, para ficar com a categoria de enfermeira.

Haaa....trabalhei no serviço de infecto nove anos, haaa...

Ent. - E qual era, qual era o tipo de serviço que tu executavas lá?

E1 - No serviço de infecto, fazíamos...,pronto...,dividíamos, heee... umas faziam higiene, heee...medicação...

Ent. - Trabalhavam à tarefa? Era método ... individual, à tarefa?

E1 - Não!

Ent. - Não era por responsável, era por responsável?

E1 - Não, não havia nessa altura, nem ...não havia... a responsável de serviço era sempre a mais velha, que seria a responsável por exemplo no turno da tarde ou da noite... mas não havia..., não havia ..., nessa altura não havia... essas divisões, trabalhávamos em conjunto, tanto de manhã como de tarde como de noite. De manhã tínhamos a responsável de serviço, a enfermeira chefe e... e pronto.

Fazíamos as higiene de manhã, heee... medicação, biberões para os bebés, e distribuíamos nós a alimentação aos doentes, heee...com as dietas, como na infecto havia para dietas reforçadas para os TP'S - para os doentes com tuberculose pulmonares, heee... os doentes com diarreias, dietas líquidas que depois passavam por dietas...heee...mais sólidas, heee....medicação, soros muitos soros, tínhamos sempre muitos soros de ...algaliações, fazíamos a colheita... as colheitas e análises, eram feitas por nós pessoal de enfermagem, a enfermeira da vela. As enfermeiras da vela, é que faziam as colheitas de sangue, as colheitas de expectoração, que tínhamos muitas, heee... as colheitas de...

fezes, para análises que tínhamos também bastantes, e era essencialmente. A distribuição da alimentação era feita por nós como já disse, e depois administrávamos aos doentes que não... que não conseguiam comer sozinhos. Não tínhamos empregadas a fazer... nada desse trabalho, elas limitavam-se a fazer limpeza, hummm... não tínhamos a colaboração delas em nada. Haaa... nos turnos da tarde era a mesma rotina excepto hígienes, salvo naqueles doentes em que houvesse necessidade de se fazer alguma higiene, heee... era a medicação, a vigilância dos doentes, e... praticamente.

E durante a noite era ... houve períodos em que se tinha de preparar a medicação durante a noite porque o pessoal de enfermagem era pouco, preparávamos tudo, heee... soros, injectáveis, comprimidos - heee..., os per - os, era tudo preparado... em certo período era tudo preparado na vela, depois de manhã as enfermeiras é que ... depois administravam aos doentes, basicamente era...era isso.

Pausa.

Ent. - E mais?

E1 - Haaa... as actividades eram feitas não por plano, mas... haaa... começávamos por exemplo a fazer as hígienes. O serviço era de dois pisos, começavam por exemplo duas enfermeiras num piso, num quarto e acabavam no último quarto que era... não era quarto era uma enfermaria, que era a enfermaria abrigo, acabava aí, haaa... e começavam outras duas enfermeiras ou consoante o pessoal que houvesse no piso de baixo onde tínhamos, haaa... sempre os ...os..., as crianças, haaa... desde os mais pequeninos aos mais velhos, com variadíssimas patologias, hepatites, difterias, tétanos, tosse convulsa, haaa... meningites e coisas assim, começávamos também numa ponta e... acabávamos também na enfermaria abrigo que era...

Ent. - E...a nível de... registos?

E1 - A nível de registos não... não me recorda, mas tinha a impressão que não tínhamos folhas de registos de enfermagem, tínhamos a folha de terapêutica, e como existe neste momento, deixávamos..., pronto registávamos a medicação toda para comprovar como se tinha efectuado aquela administração.

Só mais tarde me recordo de termos a folha de registos de enfermagem, onde registávamos o básico, aqueles pontos mais essenciais, haaa... que se passasse com cada doente, aquelas coisas mais importantes para na visita médica, haaa... a enfermeira que passasse visita, com o médico, o responsável do serviço - a chefe, ou na ausência dela, haaa... as enfermeiras mais velhas faziam a visita sobretudo nos turnos da tarde, durante a noite se... se necessário ir lá o médico para uma emergência, e ...haaa..., e... quererem consultar o processo e verem a folha de enfermagem, o que se passou realmente com aquele doente, haaa... de mais importante, haaa... como referi, cá em baixo, no piso de baixo tínhamos as crianças, portanto essas haaa... à partida teria que haver uma enfermeira logo de manhã para ficar com elas, para... para as hígienes, para os biberões, para as

papas haaa...e depois haveria então uma enfermeira encarregue da administração da medicação, sobretudo dos soros, durante a manhã mais os soros, uma vez que a medicação das oito e seis da manhã foi efectuada pela enfermeira da vela, pelas enfermeiras da vela que éramos duas.

Ent. - Haaa... Vocês tinham articulação com outros serviços ou trabalhavam de uma forma mesmo individual?

E1 - Nós heee... na altura tra..., o serviço era muito isolado do hospital, trabalhávamos... praticamente isoladas, haaa... se precisássemos às vezes de ajuda uma vez que durante a noite... e durante... a tarde, a partir das oito, não tínhamos auxiliares de acção médica que naquela altura não se chamava auxiliar de acção médica, eram empregadas, haaa... chamaríamos um ... um colega do hospital, sobretudo um enfermeiro, para nos fazerem algaliações, porque na altura nós não fazíamos algaliações, aos homens, por..., preconceitos da altura (risos), não se faziam algaliações aos homens e chamávamos um enfermeiro, ou para nos ajudar, haaa... às vezes com doentes com meningite, que estão muito agitados sobretudo quando... quando era para fazer..., haaa..., a PL, haaa..., às vezes só duas não conseguíamos ou porque uma estava ocupada com os outros doentes, ou porque... não conseguíamos, estes doentes nessa altura da agitação têm uma força brutal, era a única ajuda que nos podiam dar, mas era... pronto, era solicitada por nós.

Ent. - Tu há pouco referiste que..., por vezes havia falta de pessoal de enfermagem.

E1 - Sim, por vezes havia...

Ent. - Mas era, era porquê? Era pelos horários, era pela má organização?

E1 - Porque na altura, heee... na altura as necessidades que o chefe se calhar acharia, não dava para as necessidades do serviço, não daria para estar..., para ter mais pessoal, só que as coisas foram mudando com o tempo, haaa... começámos haaa... em vez de infecto, a receber doentes, sobretudo quando foi o 25 de Abril, que vieram médicos, haaa..., para cá, começámos a ter no serviço médicos de... ligados à medicina, heee... e como tal começámos a ter doentes de infecto e doentes de medicina, e o serviço começou a encher muito de repente e foi na altura em que se notou mais a falta de pessoal. Houve uma altura em que, em que teve de ser solicitado ao director (que não era director era supervisor), haaa... teve que ser solicitado para a colocação de pessoal pelo menos por empréstimo de outros serviços, que nos foram dar uma ajuda porque além dos doentes de infecto, haaa... tínhamos os doentes de medicina, haaa...após o 25 de Abril também houve uma grande seca, em que tivemos doentes com cólera, confirmados e outros não confirmados mas que vinham... vinham preencher as vagas todas do serviço e não só, os corredores, casas de

banho, duas casas de banho que tínhamos cá em baixo com banheira onde os doentes tomavam banho, quando essas casas de banho não estavam ocupadas com camas, porque eram ocupadas com camas, e havia uma superlotação do serviço, daí a... a carência de enfermeiros, mais nessa altura.

Ent. - A., estás a falar que trabalhavas no serviço de infecto. Que procedimentos, é que nessa altura havia, haaa... face aos riscos que esse serviço poderia acarretar?

Vocês preocupavam - se com isso, ou nem por isso, ou...

E1 - Sim, havia uma certa preocupação do pessoal de enfermagem. Nós tínhamos entre cada quarto, tínhamos um desinfectante que eu nesta altura não me recordo do nome, haaa... junto haaa... havia um lavatório ao meio entre cada quarto e... e dos lados havia um desinfectante, portanto... para, que ficava junto de cada porta dos quartos.

A nossa preocupação na altura para não haver infecções cruzadas, e para nos protegermos também a nós, pessoal de enfermagem, haaa... era mudar de bata, tínhamos uma bata de... tecido, haaa..., que usávamos sobre o nosso uniforme, portanto era mudar de bata de quarto para quarto, lavarmos as mãos e desinfectarmos naquele desinfectante de quarto para quarto para evitarmos as infecções cruzadas e que... que resultava.

Ent. - E, cada quarto só tinha um utente, ou tinha mais?

E1 - Cada quarto tinha três camas, por vezes quatro, uma atravessada quando tínhamos muitos doentes e que... tínhamos que os colocar em qualquer lado, ou no corredor ou nos quartos, mas quando tínhamos doentes... chegámos a ter doentes infectados, com meningites, com diarreias, com difterias, no corredor entre... aproveitávamos os espaços entre cada quarto, colocávamos uma cama porque os doentes tinham que ficar internados e resolvíamos o problema assim, mas mesmo assim não... não tivemos problemas de doenças cruzadas.

Ent. - Haaa...e relativamente aos horários, eram horários praticados como se praticam actualmente ou...?

E1 - Os horários eram diferentes, na altura... já não me recordo bem mas ... não... não me recordo, neste momento nós fazemos 140 horas, na altura, tínhamos uma saída ao meio - dia e uma folga, era o horário que existia na altura.

Ent. - E recorriam a algum tipo de... de acréscimo de horário ou...?

E1 - Não, Não, nada disso!

Ent. - Apesar da falta de pessoal?

E1 - Se faltava, se faltava uma... se ela faltasse... se faltasse um elemento no turno da tarde ou no turno da noite... iria - se recorrer... recorrer a uma voluntária, haaa..., sobretudo e aquelas enfermeiras... que havia algumas como eu, mais novas no serviço que ficavam mais disponíveis, haaa... para ir assegurar o turno e depois seria compensada quando o serviço o permitisse, ou que a enfermeira chefe tivesse disponibilidade de lhe dar esse dia, depois a pessoa gozava... gozávamos assim.

Haaa..., no serviço, como serviço de infecto, sempre que houvesse um quarto vazio ou que... que houvesse um doente que tivesse alta e tivesse tido uma doença realmente contagiosa, como a maioria deles eram, como o tétano, como a difteria, como os outros que já referi atrás, as meningites, o quarto era desinfectado, haaa..., usávamos formol em perfusão...em... usávamos formol heee... que era em pastilhas de formol dentro de um liqui... de água heee... em ebulição e que aquilo saia sobre pre... pressão, heee... era... era enfiado no buraco da fechadura, era tudo calafetado e tínhamos um fogão com um aparelho onde eram metidos as pastilhas e a água, aquilo entrava em ebulição e saia sobre pressão por um... um tubozinho, que vinha desse dito aparelho onde estava o formol, e que era metido pela fechadura entrava assim no quarto, estava em repouso 24 horas, haaa... aquilo estava ali um... um tempo a ferver, não sei precisar quanto tempo, e... e depois era desligado assim o fogão, haaa... e tirava-se o aparelho onde estava também as pastilhas de formol que já estavam dissolvidas, e... e depois quem ... quem abria a porta do quarto, tínhamos que abrir as janelas, porque aquilo é altamente tóxico, e... éramos nós, o pessoal de enfermagem. Não tínhamos máscaras na altura, nem existiam máscaras, era um dos problemas que nós tínhamos. No serviço era a falta de... de material, a roupa, havia muito pouca roupa, haaa... o material como seringas, agulhas, haaa... não era nada descartável, passou a ser mais tarde, um dos prim... o primeiro serviço realmente foi o infecto, a ter material descartável foi o infecto, seringas, agulhas, haaa... e... era uma das dificuldades que nós tínhamos, e... a história dos quartos, também era o pessoal de enfermagem que ia abrir as janelas, heee... tínhamos que por uma fralda na boca e a tapar o nariz, porque os olhos choravam, o nariz pingava, para tentarmos abrir a janela que era difícil de abrir, haaa... as janelas não abriam como as outras, e depois seriam as empregadas que passado umas horas mais desta abertura da janela que iriam fazer a limpeza, heee... mas isso era feito por nós, o que realmente eu detestava fazer porque vinha de lá sempre... aflita dos olhos da boca, do nariz, de... muito congestionada.

Haaa..., como estava a dizer a maior dificuldade era material, as seringas eram lavadas e fervidas, na altura eram fervidas, e as agulhas também, eram desobstruídas por nós, tentávamos desobstruir as que estivessem obstruídas, eram lavadas, eram limadas por nós, haaa... tínhamos de ter bastante cuidado por causa das hepatites, heee... por causa da história das infecções cruzadas, nunca tivemos assim grandes, assim problemas, mesmo com... com este material, heee...

Ent. - Apesar dessas condições todas que existiam antes, que são um bocadinho diferentes das actuais, tu, achas que os enfermeiros se sentiam satisfeitos com a sua profissão? Achas que eles tinham uma certa qualidade de vida no local de trabalho ou nem por isso?

E1 - Sim! Nós éramos um... um grupo muito unido. Haaa...gostei muito de trabalhar no serviço de infecto, haaa... acho que as pessoas trabalhavam com profissionalismo, penso que hoje não acontece tanto. As pessoas era o único local de trabalho porque não tinham part - time, não havia clínicas, não... pronto. Haaa... o único sítio onde realmente as pessoas poderiam trabalhar, o pessoal de enfermagem seria no Hospital ou nos Centros de Saúde, e neste momento há uma grande diversidade onde as pessoas podem ter mais umas horas extras para trabalhar fora das horas normais... de serviço!

Haaa... mas penso que... as pessoas eram mais unidas, tinham mais profissionalismo, haaa... havia uma grande inter ajuda, trabalhávamos, como se diz em equipa, porque... por exemplo, nós com os miúdos das diarreias, aquelas desidra... desidratações, heee... tentávamos ao máximo, fosse a enfermeira que fosse, tivesse disponível ou não, heee...dar sempre uma ajuda para que fossem socorridos o mais depressa possível, para lhe tentarmos apanhar uma veia.

Era qualquer enfermeira que estivesse disponível, heee... ou se não estivesse...e... se pronto, se estivesse a tentar puncionar uma veia a um bebé ou a uma criança, se não conseguisse, chamaria outra que não estivesse disponível, mas essa iria fazer as tarefas que a outra estaria a desempenhar. Não havia conflitos nesse aspecto, havia a maior colaboração, haaa...

O serviço de infecto, haaa..., logo à partida, era um serviço em que nós não podíamos, não tínhamos, um contacto muito grande com os doentes, uma vez que eram doentes que tinham de estar isolados, não é?

Nós limitávamo - nos, a fazer dentro do quarto aquilo que tínhamos de fazer, e... depois, pronto, a porta era fechada e os doentes ficavam dentro dos quartos e dali não poderiam sair como nós não poderíamos estar constantemente a entrar, porque podíamos transmitir depois essas doenças a... o... aos outros doentes que estivessem espalhados pelos vários quartos.

Talvez o sítio onde demorássemos mais um bocado a falar com os doentes, heee... o sítio um bocado mais... pronto, dar um bocado mais de apoio, seria talvez na enfermaria abrigo, mas... haaa... logo por aí por ser um serviço de infecto o contacto com os doentes não era tão grande como um serviço de medicina ou... um serviço de cirurgia, em que poderíamos dispor um bocadinho mais do nosso tempo para dar apoio aos doentes, mas mesmo assim eu... sempre tentei ao máximo haaa... dar e, falar com os doentes e... ver as necessidades deles e por - me um bocado no lugar deles e dar - lhe o máximo de apoio. E... hoje não sei. Hoje penso que as pessoas pensam um bocado mais nelas, pensam um bocado mais no dinheiro, talvez porque hoje há um maior consumismo, na altura haaa... as coisas eram diferentes, as pessoas não tinham também muito onde gastar o dinheiro, não havia, haaa... onde o consumir, e hoje penso que as pessoas se preocupam muito com isso.

Há muitas colegas que eu conheço, e muita gente que eu conheço, que têm a preocupação... haaa... de estarem mais próximo possível dos doentes, heee... há outras que nem tanto, por aquilo que senti também porque já fui doente, por aquilo que vejo...

Haaa... as pessoas são mais individualistas, heee... e... talvez o espírito de equipa não esteja talvez tão incutido nestas profissionais de hoje, preocupam-se muito, não sei porquê mas talvez isso lhe seja incutido, também não sei, pelos registos, porque se o doente tiver uma necessidade, eu acho que primeiro está essa necessidade e depois... heee... estão os registos, ou... hoje as coisas são divididas... o trabalho é... é trabalho em equipa mas... haaa... as coisas são diferentes, os doentes são tratados não como pessoas, mas como números de camas o que eu acho que é... é ridículo, acho que o doente tem que ter a sua personalidade, à partida a personalidade começa logo por ter um nome, e se chamar pelo nome e não pelo número da cama, acho que é irrisório, acho que ... que não é compatível com o que se diz ser enfermagem, ser - se enfermagem é ser-se humano, e à partida isso para mim não... não... não se encaixa.

Ent. - Pronto! E como estávamos a falar à pouca, relativamente à satisfação , haaa... as pessoas... o que é que tu achas de antes?

E1 - Haaa... eu acho que as pessoas trabalhavam com satisfação, acho que nós tínhamos uma qualidade de vida boa, que eu... eu gostava e que as minhas colegas também, haaa... pronto, as condições de trabalho eram muito diferentes das de hoje, hoje...vi... corri alguns riscos com as desinfecções dos quartos, com o formol que é bastante tóxico e que na altura, haaa... não tínhamos essa informação, essa informação não... não nos era dada, heee... também não tínhamos outras formas de... de evitar esse contacto, haaa... heee...

Ent. - Mas usavam porquê? Não tinham formação? Não tinham informação suficiente?

E1 - Não! Não! Na altura não se fazia formação em serviço. Concordo que se faça formação em serviço, mas desde que ela... desde que ela seja útil. Penso que hoje em dia a preocupação, há uma preocupação muito grande em tentar fazer formação, por se fazer formação, por se dizer que se faz porque as pessoas têm que fazer curriculum. As pessoas têm que fazer curriculum hoje em dia, para conseguirem muitas vezes atingir aquelas metas que cada um tem em mente, haaa...e... nessa altura não existia formação, muitas vezes nós éramos as próprias a sentir a necessidade disso, nós não tínhamos formação, heee... a nível de enfermagem, mas fazíamos no serviço, não logo no início quando eu comecei a trabalhar, mas mais tarde quando vieram esses médicos do ultramar, como o Dr. A. R., como outros médicos, heee... que vieram e trabalharam no infecto, comigo, que tinham a preocupação de... de falarmos em vários casos, por exemplo durante uma se... numa semana reuníamos, enfermeiras e médicos e falávamos sobre um caso interessante do serviço, nem nós percebíamos porque é que o doente tinha aqueles sintomas, haaa... porque é que aquelas

haaa... certas e determinadas coisas aconteciam com aquele doente e percebíamos, não é? Heee... hoje em dia a formação ajuda muito o pessoal, heee..., mas penso que depois a pessoa...as...os enfermeiros não, ap...ap... digo, talvez uma minoria, não junta como se costuma dizer o útil ao agradável, não junta...não consegue conjugar aquilo que aprendeu e que se aprende, porque eu acho que se aprende muito, haaa... na formação contínua e sobretudo a nível do serviço, que é o que se tem feito ultimamente, muito e pode-se... é... é um valor maior para o serviço as pessoas depois conseguirem por em prática aquilo que aprenderam e aquilo que ouviram.

Penso que muitas vezes, isso não acontece, porque penso que as pessoas não estão...muito motivadas, acho, que o pessoal de enfermagem, muitas vezes está desmotiv..., desmotivado, haaa...e depois não... aquilo que se aprendeu não..., não tem valor, acaba por não ter valor.

Ent. - Pronto! Estavas a dizer que trabalhas - te 9 anos no infecto e depois passas - te para onde?

E1 - E depois do infecto pedi transferência, na altura porque, começou a entra...a entrar pessoal mais novo, começaram a sair as pessoas mais...mais da minha idade, começaram a sair embora não fosse velha na altura, pois, mas foi entrando pessoal mais novo, haaa...e também porque depois eu comecei a ter problemas alérgicos, achei que o bloco seria um dos serviços para onde eu poderia ser transferida, pedir transferência.

Ent. - Então o motivo do teu pedido de transferência foi essencialmente....

E1 - Sim!

Ent. - ...Por motivos de saúde?

E1 - Os problemas alérgicos, que eu hoje penso que tenha sido talvez pelo formol.

Ent. - E no caso...se não tivesses tido esses problemas de saúde não tinhas pedido transferência ou pedias na mesma?

E1 - Talvez tivesse pedido, mas não tão cedo, talvez passado mais uns anitos, haaa..., pronto, mas acabaria por pedir transferência mais tarde.

Ent. - Achas que as pessoas, haaa... rodavam pelos serviços nessa altura, eram...haaa... era habitual as pessoas pedirem muitas vezes transferência ou faziam...

E1 - Nessa altura era ... diferente! Agora, haaa...haaa... o enfermeiro director haaa... aceita..., aceita os pedidos de transferência com mais facilidade, na altura, não...não se aceitavam pedidos de transferência de serviços.

O enfermeiro director resolvia que aquela enfermeira X iria para um serviço Y, e assim era, não havia reclamações, não poderia haver reclamações, tinha que se aceitar e... e pronto, e a pessoa ter que fazer o que o direc... o que o supervisor, não director mas supervisor decidia, se ele decidia que ela ia para um serviço ia e ia mesmo.

Ent. - E tu achas que é diferente os pedidos de transferência de antigamente, os motivos que levam a pedir transferência, antigamente e actualmente?

E1 - Heee... na altura, na altura foi, havia pessoas que pediam transferência de serviço já a pensar em...em curriculum, também já haviam pessoas a pensarem em pedir transferência de serviço para fazerem...para começarem a fazer curriculum. Haaa... para futuras... cursos de especialização, também já havia... haaa... e algumas daí também já a pensarem... por exemplo nas chefias, que era...que era e neste momento, penso que ainda é uma maneira das pessoas conseguirem chegar a atingir a chefia, heee... e outras porque...por necessidade... porque estavam... os anos...porque estavam a ficar cansadas daquele serviço, porque aquele serviço não lhes dizia muito, e gostavam de...de...de trabalhar noutros serviços. Portanto, no meu caso foi porque...comecei a ter problemas alérgicos e achei melhor na altura....

Ent. - Da experiência que tem agora no bloco operatório, acha, que haaa... as pessoas quando pedem transferência é...é porquê?

E1 - Agora poucas pessoas pedem transferência, raramente.

Ou porque não se adaptam ao serviço em si, uma vez que é um ambiente muito fechado e nem todas as pessoas conseguem adaptar-se ao serviço, haaa... ou pelas relações pessoais que às vezes geram um certo conflito no bloco, ou porque não era aquilo que a pessoa estava a pensar quando...quando pensou ir trabalhar no bloco, ou...mas, algumas que passaram pelo bloco foi mesmo para fazerem curriculum, algumas pessoas que eu conheço que trabalharam comigo, foi... passaram no bloco, sim para fazer curriculum e mais nada.

Ent. - Pronto, agora chegámos ao bloco operatório, a A. Não trabalhou em mais serviço nenhum, pois não? Ainda se mantém no bloco, e eu quero saber o que é que acha das condições de trabalho no bloco operatório, que é o serviço onde está.

E1 - Heee... as condições do bloco neste momento não tem nada a ver quando... no tempo em que eu fui para o bloco. As condições eram péssimas quando eu fui, haaa...na altura também não se fazia a dita formação como eu já

falei atrás, o que trouxe dificuldades, e ... mas por outro lado exigiu mais de mim haaa...a vontade de aprender e de tentar perceber toda a orgânica do bloco, porque eu... não havia integrações na altura, eu entrei no bloco, haaa...dia 13 de Setembro haaa... de 199 e...9 talvez...ou 79, não, 79 haaa...as pessoas não... as pessoas que trabalhavam lá à mais tempo não, não gostavam muito de ensinar quem entrava, nós tínhamos que aprender por nós próprios indo...indo vendo o que é que os outros faziam, percebendo a orgânica daquilo tudo, não...pronto foi um bocado difícil a integração para mim sobretudo nesse aspecto, porque tive uma semana só a fazer manhãs, comecei logo a fazer tardes e velas, como tal tinha que ter...exigir de mim própria um esforço maior, fazendo cábulas daquilo que ia vendo, daquilo que ia fazendo para que realmente não me esquecesse, para as necessidades do dia - a - dia.

Foi assim que... fiz eu a minha integração.

Haaa... tínhamos grandes dificuldades com o material também, porque...o material era...um tubo endotraqueal servia para não sei quantos doentes, era lavado, era esterilizado, depois as sondas endotraqueais a mesma coisa, haaa... os laringoscópios eram um para duas salas, os esfignómanómetros era um para duas salas, os estetoscópios a mesma coisa, tínhamos uma anestesista que anestesiava duas salas ao mesmo tempo, e nós tínhamos que ficar...portanto com o máximo de cuidado e a maior vigilância possível, na...na...na sala, haaa... para tudo o que houvesse.

Chamávamos o anestesista o mais rápido possível, haaa...as relações entre as pessoas, o contacto entre nós, haaa...a equipa...o...portanto não era, não era o que eu gostava, portanto em termos de...de ensinamento, de ensinarmos umas às outras, pelo menos a maioria das pessoas não eram. Havia algumas que... funcionavam como eu gostava e me ensinaram algumas coisas, mas a maioria não, também éramos poucas na altura, haaa...as coisas foram mudando, heee...foram mudando em termos...heee... pessoais, uma vez que começámos a ter... formação, em serviço que era feita na altura pelo C.. Formação, fazíamos formação, aquela formação não dizia só respeito ao bloco, eram vários assuntos tratados, desde...desde doentes paraplégicos, heee... como se proceder com eles heee..., pronto, os temas eram muito variados, agora é a formação contínua em serviço, que para quem lá trabalha eu acho que é bom porque heee...é aquilo...vai-nos ensinar, e vai-nos lembrar, sobretudo lembrar haaa... as coisas que nós fazemos. Haaa... é um serviço polivalente, tem ... variadíssimas... como é que se chama aquilo?

Ent. - Áreas?

E1 - Não é áreas que eu quero dizer! É um serviço com variadíssimas valências, e...portanto haaa. ... a informação contínua é sempre importante.

Ent. - A A. Passou de um serviço de haaa... com alguns riscos, não é? Que era o infecto para outro serviço com muitos riscos...

E1 - Com muitos riscos...

Ent. - ...que é o bloco operatório. E o que é que acha da preocupação da instituição, do...do hospital relativamente a esses riscos, antes e agora? Portanto, antes já vimos que não tinha meios como combater certos riscos como era o caso da falta das máscaras, e actualmente? Acha, que os enfermeiros têm a... qualidade e informação suficiente dos meios, se é que os têm dentro do hospital?

E1 - Sim, haaa... as condições de trabalho hoje são diferentes heee... Portanto temos heee... protecções, não nos protegemos e às vezes somos nós os culpados, temos as luvas, temos tudo, temos as máscaras, temos tudo, heee... temos ...mais que uma qualidade de máscaras, temos a despoluição que é bastante importante, porque heee... na altura que eu fui para o bloco a despoluição das salas, portanto todos os gases referentes a cada cirurgia e em cada sala, haaa... ficavam dentro da propri... da própria sala, porque não havia exaustão dos mesmos.

E neste momento há, o que...na altura heee... nós muitas vezes saíamos dali do serviço, sobretudo no dia da pediatria, heee...em que os doentes não são entubados a maior parte deles, é por, heee... a anestesia faz-se por inalação, só, com máscara, heee...metade desses gases, ou uma certa parte desses gases fica dentro da sala e ficamos nós a respirar isso, e portanto, nós saíamos muitas vezes... da sala com...nauseadas, com dores de cabeça, heee... derivado a não termos heee...essa exaustão de gases, e neste momento temos, é uma das coisas que melhorou muito no serviço, heee... e penso que temos...temos muito mais condições heee... do que não tínhamos na altura heee... na altura em que eu fui, os riscos eram maiores, heee... o pessoal de enfermagem era menos, chegámos a fazer vela uma sozinha, heee... se tínhamos um doente politraumatizado, não tínhamos empregada, era uma chatisse, heee... não tínhamos anestesista no serviço, tínhamos que a chamar ainda para fora, heee...

Ent. - E agora já não é assim?

E1 - Agora já não é assim!

Ent. - Se houver uma urgência, actualmente, o que é que acontece?

E1 - Se houver uma urgência neste momento, nós temos um anestesista no serviço.

O Anestesista à partida será o primeiro a ter conhecimento dessa urgência, ou dos primeiros... se não tivesse nós depois tentávamos contactá - lo, mas portanto, ele se não estiver no serviço está no hospital muito mais fácil.

Quando eu fui para o bloco nós tínhamos que os chamar para casa, muitas vezes eles não atendiam, nós tínhamos às vezes o doente no serviço e cheguei a ter que imobilizar doentes com ...ligaduras à maca e tê - los ao pé de mim, para conseguir chamar o anestesista, porque... e nem sempre o encontrávamos logo

ao primeiro telefonema, ou porque estavam a dormir e não ouviam o telefone, ou porque não estavam em casa durante o dia, haaa... era um bocado atribulado porque as situações de urgência, na...não... pronto...haaa...são urgências e...não, não podem ter períodos de espera, haaa...o que nos dificultava bastante, heee... o trabalho a nós, e era prejudicial para o doente.

Estas coisas neste momento não acontecem. Há, haaa a equipa de enfermagem aumentou, portanto, penso que são os elementos necessários para uma urgência que são uma instrumentista, as duas enfermeiras da... há a da anestesia e circulante e a do recobro, e na altura éramos uma para fazer tudo.

Recobro não, que na altura o recobro não funcionava. Foi uma das coisas que também, haaa... que melhorou bastante, heee... o que não era aceitável, heee... os doentes acabavam... de ser acordados de uma anestesia, heee... e a maior parte deles inconscientes, heee... não estavam ainda conscientes da situação, e iam para a enfermaria, portanto ainda no...no...no...no pós - operatório imediato.

Heee... foi uma das coisas que melhorou bastante, o doente fica no recobro o tempo que for necessário para que...estejam estabilizados e que a anestesista assim o entenda.

Ent. - Então quer dizer, então por aquilo que eu estou a ver, antes havia uma preocupação com o trabalho, a A. no serviço de infecto tinha que se preocupar com o trabalho, efectuar aquele trabalho, e normalmente não tinha quem, quem a ajudasse, a não ser que solicitasse a ajuda de algum enfermeiro para ir lá. Actualmente já tem mais elementos de enfermagem a funcionar e para além disso ainda há a participação de outros elementos. Então neste momento, heee... o trabalho que efectua é um trabalho de que carácter, é individual, é tarefa, é... qual é a metodologia utilizada? É uma equipa multidisciplinar que envolve não só elementos de enfermagem, mas outros, ou é à mesma só a equipa de enfermagem e solicita-se de vez em quando a colaboração de outros elementos?

E1 - Haaa... eu penso que as pessoas ...neste momento, heee... são - lhe atribuídas tarefas... e como tal, heee..., as pessoas deveriam de trabalhar em equipa, mas...o que eu penso é que as pessoas se regem um bocado por as funções que lhes são incumbidas e o espírito de equipa existe muito pouco, é a minha opinião. Acho, que o espírito de equipa existe muito pouco!

Existe nalgumas pessoas da equipa, mas na maioria da...pronto como trabalho no bloco refiro - me mais ao bloco, a maioria das pessoas não funciona como equipa, faz o seu trabalho e...e às vezes mesmo que solicitadas para haaa... ajudar, haaa...não o fazem! Já têm negado e não o fazem, haaa... isso não é... isso não é trabalhar em equipa. Portanto em equipa a pessoa pode trabalhar, tem as suas funções a desempenhar aqui ou além, porque nós no bloco funcionamos haaa... com um plano. Temos um plano em que é atribuída funções às enfermeiras nesta sala, naquela e na outra, dividido por cinco salas mais o recobro. Mas independentemente disso, haaa... teremos de trabalhar em equipa quando outros necessarem...necessitarem de nós ou no recobro, heee...

Ent. - O que é que isso pode acarretar, o facto de não trabalharem em equipa?

E1 - O que acarreta é... traz, heee... indisciplinada, traz mau ambiente, no serviço, traz muito mau ambiente no serviço e...pronto o doente nunca é prejudicado porque há sempre alguém, há sempre alguém da equipa que está sempre presente em..., em todos os momentos, portanto o doente nunca vai ser prejudicado. É prejudicada é a equipa, em termos de relações pessoais e funcionamento, haaa...isso é sempre mau para...para a equipa porque o bloco é um serviço fechado, e... se não houver heee...uma inter ajuda e um bom relacionamento, o ambiente torna-se pesado e as pessoas não trabalham com a mesma... pronto...há um ambiente pesado, não se...não se...sente um ambiente afável e as pessoas não se sentem bem a trabalhar assim.

Ent. - Então A., vai-me agora explicar se acha que actualmente os enfermeiros se sentem satisfeitos, apesar de terem como já foi referido outras condições, se sentem satisfeitos naquilo que fazem e se acha que eles têm condições para ter boa qualidade de vida, porque se calhar podemos juntar essa satisfação ou não com as condições existentes, que são diferentes das anteriores. Então acha, que eles têm boa qualidade de vida ou não?

E1 - Haaa...as pesso...hoje em dia, haaa...no bloco há condições de trabalho, há condições de trabalho! Para que tudo...eu acho, que há tudo para que se faça o serviço, em que as pessoas fiquem satisfeitas, haaa...mas...que não acontece por não haver essa inter ajuda... o espírito de equipa, o profissionalismo, que não há na maioria...haaa...pronto, na maioria das pessoas... não há, mas...não há porque as pessoas não têm vontade, não têm profissionalismo, é a isto que eu chamo profissionalismo.... E a partir daí, se torna... difícil haver um ambiente bom, não há! Porque é sistemático esse não profiss... profissionalismo, é sistemático, são sempre as mesmas pessoas e isso cansa a quem é profissional, e quem trabalha e que gosta de trabalhar e que...é pena porque no bloco há todas as condições para que fosse um serviço de elite, como se costuma dizer, e...em que as pessoas se sentissem à-vontade. Às vezes as pessoas sentem-se fartas e saturadas porque não há participação heee...algumas partes...fazem parte da equipa. Nalgumas pessoas que fazem parte da equipa, não há essa participação e são tão...portanto, essas pessoas heee...têm tanto valor...neste momento para mim acho que... tanto valor tem a pessoa que se preocupa com o serviço...que...que tenta que o serviço tenha uma harmonia saudável, heee... como as que não se preocupam.

As pessoas sentem-se..., eu penso, que as pessoas se sentem desmotivadas hoje, haaa... porque não são avaliadas pelo seu trabalho.

Quem é profissional hoje...

Pausa para virar a fita.

Ent. - Como já me disse há...pronto, há certas dificuldades na coordenação da equipa, e as pessoas por vezes não estão motivadas. Eu queria saber se acha que há mais, pronto...para além do trabalho, dos conflitos existentes e tudo o mais, das próprias pessoas, há mais motivos que possam levar a essas alterações?

E1 - Haaa..., às vezes há, há mais motivos, além do trabalho.

Há os horários, há os horários, que...pois nem toda a gente está contente com o horário, as pessoas exigem muito hoje.

Ent. - E que tipo de horário é que se pratica actualmente no bloco?

E1 - Actualmente no bloco, foi tirado o horário acrescido a algumas pessoas e ficaram outras, logo à partida isso, haa...traz problemas no serviço, porque as pessoas não...não estão contentes. Umas queriam o horário acrescido e não têm, haaa... depois torna dificuldades no serviço em termos de trabalho, porque...o horário está muito desajustado, porque saem umas às quatro e meia, outras às três, saem outras às duas e meia. Em termos de serviço tudo o que houver para fazer, as pessoas, chega aquela hora saem e estão-se borrifando que fique por fazer.

Algumas têm a preocupação... de... de deixar tudo feito, ferros arrumados e tudo o que há para fazer e se não poderem passam às colegas, outras simplesmente se vão embora e quem quiser que faça, logo isto à partida traz mau ambiente, traz desarticulação, haaa... em termos de trabalho. Haaa...o horário não tem um seguimento. Nós antigamente fazíamos um horário de - duas manhãs, duas tardes, duas noites, era aquilo que nos calhava era aquilo que nós fazíamos, hoje não! Hoje faz-se um horário de uma manhã, amanhã faz-se uma tarde, no outro dia faz -se uma vela, duas, três seguidas, depois faz - se duas três manhãs seguidas, depois duas ou três tardes, heee...

O horário, não é muito uniforme, acho que há uma grande disparidade nos horários, na forma como o horário está feito e as coisas acabam por ser desiguais, porque hoje estive eu no recobro, porque hoje estou eu no recobro, porque ontem estive eu no recobro, porque heee...dependendo, heee...há pessoas que só fazem manhãs por interesse, há outras que é o serviço que lhes exige que só façam manhãs, tem que haver uma coordenação no horário...., heee..., pronto eu acho que uma das dificuldades é também em termos de horário e que as pessoas não concordam muitas vezes com o horário, como está feito, às vezes as exigências do serviço também exigem que seja assim, agora como o caso em que estão pessoas a fazerem horário acrescido e outras não, ele tem que ser feito assim, não pode ser feito de outra maneira, heee... e depois, porque umas trabalham ao fim de semana, e outras não trabalham, umas trabalham os feriados e outras não trabalham, o horário como não tem um seguimento igual, pode - se fazer como se quiser não é? Pode-se fazer como se quiser!

Heee...isso à partida traz as pessoas descontentes. Eu neste momento como só faço manhãs e fins-de-semana não, não me posso queixar, não é? Heee... mas, por vezes se estivesse a fazer esses horários também...refilaria como algumas o fazem, outras vezes falam...injustamente, porque... não é difi..., não é fácil

fazer aquele horário, eu acho que é muito difícil para a chefe fazer um horário destes, mas que as pessoas andam descontentes com o horário andam, e isso também se reflecte depois no trabalho. Reflecte-se muito, porque há uma grande disparidade. Ou haveria horário acrescido para todos, ou não havia para ninguém na minha opinião, e o horário já era mais...mais igual.

Ent. - Mas porque é que existe horário acrescido?

E1 - Porque, porque...como o bloco funciona neste momento com três enfermeiras por sala e mais uma ou duas no recobro, por causa do plano, plano cirúrgico, que vai ocupar as cinco salas, agora neste período a partir de Setembro, vai ocupar as cinco salas... exige um maior número de enfermeiros no bloco. Como não existe esse número de enfermeiros no bloco, heee... as pessoas ficaram com horário acrescido para taparem esses, esses buracos dessa falta de enfermeiros.

Heee... e então, eu penso que é uma das razões também pelo mau...pelo... mau ambiente.

Muitas vezes... no bloco, as relações entre as pessoas não serem as melhores, e as coisas não se coordenarem, é... também tem a ver com o horário.

Ent. - Não sei se há mais alguma coisa que a A. queira dizer acerca disso?

E1 - Abana a cabeça de forma negativa, fazendo crer que nada mais tem a mencionar sobre o assunto.

Ent. - Agora eu estava a pensar, pronto...já temos...estava a pensar que a A. me identificasse algumas estratégias que o hospital tivesse adoptado, haaa... para promover a saúde dos trabalhadores. Já vimos que para colmatar a falta de pessoal, que...ele forneceu horários acrescidos, já vimos que temos meios de protecção individual. Haaa... eu queria saber mais estratégias e se as que existem são facilitadoras ou não, ou se poderiam adoptar-se outro tipo de estratégias, quais as medidas mais adequadas?

E1 - Haaa..., com respeito a.....isto para a saúde no trabalho?

Ent. - Não, para tudo o que... de forma a que se melhorasse a vida dos enfermeiros no local de trabalho.

E1 - Sim!

Então, a saúde no trabalho já... já é uma ajuda, porque nós...se acontecesse qualquer coisa... tínhamos de resolver as coisas por nós próprias não é? Heee..., nós trabalhamos no hospital, e se tivéssemos um acidente de trabalho, também já tive, heee...não tínhamos... apoio, e agora neste momento temos. Temos apoio... que eu concordo e acho que nos vai ajudar, heee...cada vez

mais...heee, os perigos são maiores, heee... e é uma ajuda para o pessoal, para os enfermeiros, para todo o pessoal do hospital.

Nós sabermos onde é que nos havemos de dirigir em caso de necessidade, e até aqui não sabíamos, heee... iríamos ao banco e através do médico logo resolvíamos e assim não, há um serviço que...nos dá todo esse apoio, de que nós precisamos, todas as indicações, tudo aquilo que... que seja necessário fazer, são eles que nos encaminham, não é?

Heee..., quando eu fui para o bloco, diziam-nos que....que teríamos de fazer exames de seis em seis meses coisa que nunca aconteceu, nem tínhamos... ninguém para nos dirigirmos, não é?

Não tínhamos uma pessoa certa que nos dissesse olhe... eu venho cá, porque... sinto assim, sinto assado..., foi como eu, que de vez em quando andava com infecções respiratórias, e com ...com outros problemas, teria que...que resolver as coisas por mim própria, ir ao médico e tratar - me, não é?

E assim, heee..., pronto..., assim sei onde me dirigir se tiver algum problema, ou alguma coisa.

Heee...e esses seis meses em que éramos para fazer exames nunca os fizemos, nunca fiz...(risos), começámos por fazer as pedidas vacinas da hepatite B, heee...aqui à alguns anos, pronto... e agora temos realmente esse apoio, que é muito bom!

Heee....outras coisas...heee...não estou assim a ver outros apoios, outras coisas, neste momento, heee... as nossas necessidades, heee... serão mais a nível... a nível interno, do que...são problemas interpessoais, que já são velhos no bloco, e que só com a maturidade das pessoas e o profissionalismo das pessoas é que elas vão conseguir ser ultrapassadas.

Ent. - Haaa...Relativamente à enfermagem A. , haaa...qual é a... a perspectiva futura, haaa...que a ...que a A. antevê, a ... da ...da enfermagem, haaa... na qual poderá... na sua opinião poderá... também incluir a promoção da saúde e a qualidade de vida?

E1 - As perspectivas futuras...haaa..., em termos de enfermagem, eu...(uma grande pausa), acho que as... as enfermeiras, os enfermeiros, têm que ter em mente sempre o doente. O doente!

Haaa...e aí prestar... cada vez mais e melhor e com mais qualidade, os cuidados de enfermagem para que... foram preparados.

E..., e cada vez mais olhar o doente como uma pessoa... que está ali, e que precisa dos cuidados dela, e não olhar essa pessoa como um objecto que muitas vezes se olha, porque a pessoa muitas vezes..., as pessoas se queixam, haaa...as pessoas no hospital perdem a identidade, muitas vezes as pessoas sentem - se um objecto.

Eu também já fui doente, e...já senti um bocado disso!

Haaa..., não quer dizer que o enfermeiro tenha de perder do seu tempo, para falar com o doente, para... lhe dar um bocado de apoio, também o pode fazer..., heee...e deve fazer..., heee... mas muitas vezes a maneira como a pessoa é tratada, heee...não custa nada disser ao doente, e acho que é obrigação da enfermeira, heee...dizer ao doente o que lhe vai fazer, não é?

Se lhe vai dar uma injeção..., o que lhe vai fazer..., não é o doente fazer perguntas e ela a dizer que é uma..., e a pessoa responder – quem manda aqui sou eu! – O doente tem todo o direito, e acho que é uma das coisas que...que os enfermeiros têm que aprender...é que o doente tem todo o direito de saber o que se passa com ele.

Porque, ...haaa...houve muitos doentes meus, heee... que iam para o bloco e não sabiam o que iam fazer, porque não..., não tinham..., não tinham o direito de serem informados.

Mas nos direitos do doente está lá isso escrito.

O doente tem todo o direito de saber!

E..., e..., é uma das coisas que eu acho mais preocupantes e..., e que neste momento..., não sei se as coisas estão a melhorar, é realmente o doente ser tratado muitas vezes, não digo sempre, porque há..., há muitos..., há muitos bons profissionais..., há muitos bons profissionais..., é...tratar o doente como uma pessoa e não como um objecto.

Eu acho que é das coisas..., em relação ao futuro que mais me preocupa!

A tal história do número da cama que eu não concordo.

Ent. - Isso a nível de prática....

E1 - Sim!

Ent. - ...e a nível de carreira?

E1- Pois a nível de carreira...agora, estamos na fase da formação..., da..., do complemento, não é? Heee... eu não fiz! Nem vou fazer uma vez que me..., pronto, não..., não estou a pensar nisso, porque não me vai fazer falta.

Talvez as pessoas neste momento estejam a fazer..., como a história do que eu referi atrás, que..., se faziam formações contínuas, e outras coisas, muitas vezes por curriculum, para fazerem..., para as pessoas fazerem curriculum.

Para atingirem alguns fins... em mente. E eu penso que neste momento... haaa...o complemento, para mim, na minha forma de ver as coisas, as pessoas estão a concorrer e estão a ir..., haaa... não sei se para melhorar a qualidade ..., de..., para melhorar os cuidados de enfermagem. E..., e..., e nem sei se isso vai interferir..., se o complemento..., aquilo que se dá na escola..., se vai interferir nos cuidados de enfermagem a prestar ao doente.

Haaa..., mas penso que as pessoas...haaa... o fazem mais... com medo do futuro, em termos de carreira é essa a minha opinião.

Haaa....

Ent. - Mas porquê? Porque acha que nós estamos agora a passar alguma...alguma fase diferente das anteriores, ou....

E1 - Eu acho que as..., eu acho que...para já há muita gente que vai para...vai para a enfermagem porque não tem outra..., outra saída profissional. É a minha opinião!

Talvez muitas o façam, e depois de lá estarem..., e de começarem a exercer, heee...vejam que... na altura... não era aquilo que queriam, e acabam por gostar, não é?

Porque nós só fazendo as coisas, é que sabemos se gostamos ou não. Foi um bocado o que me aconteceu a mim, eu fui...porque era o curso que na altura poderia frequentar, haaa...também porque... achei que era um curso que tinha um bocado a ver comigo, não é?

Para já foi, o que me foi proposto..., o curso foi-me pago, foi-me dado, foi o que me foi proposto. E, na altura aceitei, porque acharia..., achei que também ...heee... se adaptava um bocadinho à minha maneira de ser.

Heee... e mais tarde é que comecei... a trabalhar, não é? Ainda durante..., durante o curso.

Por exemplo no estágio de medicina..., eu tinha um bocado receio de ir para o estágio de medicina, que foi o estágio mais longo, e eu depois de lá estar..., haaa..., quando acabei o curso, foi o último estágio, quando acabei o curso pedi para ir para a medicina, porque gostei de lá estar, haaa...gostei de trabalhar com aquelas pessoas mais idosas e...muito carenciadas e...e..., e cá está, haaa... gostei daquele trabalho e achei que dava alguma coisa às pessoas de mim.

Acho que a enfermagem, também é um bocado isso...haaa..., se calhar acham que eu...posso estar um bocado antiquada, mas tem - se que gostar daquilo que se faz não é?

E eu penso que a maioria da...das pessoas vão por ir, haaa... e pronto é uma saída profissional como outra qualquer.

E em termos futuros..., não..., não sei bem..., não sei bem... o que é que eu devo dizer a respeito da enfermagem.

Ent. - Acha que tem algum receio....

Pausa - passou um avião que fez interferência no som.

Acha que...haaa...o futuro da enfermagem está direccionado para algum caminho?

E1 - Eu acho que sim. Haaa... e eu digo isto porque...por aquilo que tenho assistido, acho que as pessoas se preocupam muito com os papéis, haaa... preocupam-se muito a subir na carreira, preocupam-se pouco com o doente, eu vejo pelo meu serviço...poucos enfermeiros gostam de passar pelo recobro, poucos enfermeiros gostam de passar..., isto é um exemplo, pode servir para alguma coisa..., poucos enfermeiros gostam de passar pelo recobro! Porquê? Porque o recobro dá trabalho, o recobro tem os doentes acordados, haaa...tem os doentes queixosos, é o pós - operatório imediato, os doentes requerem bastantes cuidados, haaa... muito trabalhoso, requerem muito..., pronto, o doente requer muita atenção embora...tenhamos meios auxi..., meios auxiliares que não tínhamos aqui à uns anos atrás, não tínhamos monitores, não tínhamos oxímetros, heee... não tínhamos nada dessas coisas isso é um apoio,

mas...haaa..., isso haaa..., não vai impedir que o doente tenha... que ser bastante vigiado pelo enfermeiro.

Haaa..., e eu por aí, por aí e por outras coisas, mas...sobretudo por aí, também já passei no recobro, haaa..., e vejo que as pessoas não muito...muito...interessadas, não sei se interessadas... haaa... em tratar de doentes.

Porque o doente na sala está a dormir, heee... é diferente é muito diferente.

Ali o doente queixa-se, ali o doente tem... outras necessidades haaa... diferentes e que requer...haaa...requer o enfermeiro ali à cabeceira dele, e..., e vejo pou...vejo as pessoas pouco interessadas, haaa... não..., não estão motivadas, as pessoas não estão motivadas, não..., não gostam de passar pelo recobro porque eu acho que não gostam de tratar de doentes.

Gostam de fazer outras coisas mas não de tratar de doentes!

Ent. - E, e numa perspectiva de instituição? O futuro da enfermagem dentro da própria instituição?

E1 - Haaa... (tosse), a própria instituição, penso que...também, não..., não incentiva muito as pessoas que querem ser enfermeiros, os enfermeiros que querem praticar enfermagem, será este o termo correcto, eu acho que a instituição não..., não apoia muito.

Incentiva pessoas que queiram subir na carreira, e incentiva pessoas que queiram tirar cursos, pós - graduação extra - carreira, que não tenha nada a ver com a carreira de delas, haaa..., mas não incentiva, não dá incentivos, pronto...podem inventar outros..., incentivos! Heee..., há várias maneiras de incentivar as pessoas, haaa...há os louvores, nós tivemos à pouco tempo um no bloco, é um incentivo.

Há outros incentivos, haaa...em que as pessoas são motivadas para fazer melhor e dar tudo de si, haaa....e serem profissionais, não é?

E eu acho que a nível...hospitalar, não... isto não existe....

Ent. - Acha, que está relacionado com....

E1 - ...e aí as pessoas sentem-se desmotivadas e...e..., cá está aquilo que eu disse.

Porque tanto valor tem o profissional de enfermagem que se preocupa, haaa... em cumprir aquilo..., as funções dele, como o que se balda e o que tanto se lhe dá que corra para a direita como para a esquerda..., e as pessoas pensam duas vezes e começam-se a saturar, e começam-se a fartar e desejosas de se irem embora...do serviço.

Ter que..., não sentem motivação!

Ent. - E..., e..., como sabes agora, haaa...haaa...os hospitais públicos estão na iminência de heee...das SA. E nessa perspectiva, como é que acha que vai evoluir também... ali na nossa instituição?

E1 - A nossa instituição se passar a SA, heee...eu como trabalhei na misericórdia..., trabalhei na misericórdia... heee..., que é... portanto um hospital privado, não..., no bloco, não..., trabalhávamos igu..., pronto. Trabalhávamos igualmente como trabalhamos aqui no hospital do Espírito Santo.
Heee....

Ent. - Não influencia nada na qualidade de vida dos enfermeiros, na..., na sua promoção da saúde?

E1 - Isso não...

Ent. - Não..., a nível de horas, de horas, de mais trabalho, menos trabalho...

E1 - Pois, por aquilo que eu sei das SA's, haaa... é..., é..., a quantidade de trabalho é que conta e não a qualidade, por aquilo que eu percebo..., que sei.... Penso que as SA's trabalham nessa função, mais em quantidade e meno..., não se preocupam tanto com a qualidade.

Mas pode haver quantidade e pode haver qualidade, como fazíamos na misericórdia, como fazemos, penso eu, já sai de lá....

No bloco havia quantidade....

Interrupção por causa do telemóvel do entrevistado.

N misericórdia havia muita quantidade...de trabalho, sobretudo...pronto eu falo do bloco porque é aquilo que na realidade que eu conheço, mas não houve perda de qualidade.

As SA's..., não sei, heee... como poderá ser..., mas penso que se poderá perder um bocado mais a ...qualidade, mas isso também depende muito...não é por o hospital ser SA..., depende muito das pessoas..., eu penso que às veze...as..., as pessoas às vezes, querem a tal história do ganharem muito dinheiro..., e como tal têm mais do que um part - time, e..., isso quer se queira quer não esquece um bocado a qualidade..., um bocado a qualidade porque...o cansaço é inimigo da qualidade, para mim.

Heee...se a pessoa está cansada, não consegue produzir nem as facul..., nem tem as faculdades que tinha como se não estivesse cansada.

Ent. - Acha, que é esse o motivo que levou aos enfermeiros a incutirem algumas tarefas, nos auxiliares de acção médica? Pelo facto de trabalharem em vários sítios e depois não conseguirem fazer o mesmo trabalho com a mesma qualidade?

E1 - Algumas tarefas, assim como? Higiene?

Ent. - Não sei se a A. tem conhecimento, mas actualmente existem alguns hospitais que, haaa... inclusive que estão em processos....

E1 - Sim como...como se faz em clínicas.

Eu fui operada na Reboleira ... e há os internos, há auxiliares que fazem certas funções....

Ent. - Cá ainda não têm..., não têm....

E1 - Não!

Mas há uns anos atrás já havia. Logo, quando eu fui para o bloco, heee...tinha uma irmã que trabalhava no Santa Maria, e eles tinham auxiliares de acção médica... à que...que os ajudavam por exemplo nas higienes, heee...noutras..., noutras coisas...

Eu pessoalmente penso...eu pessoalmente penso que por aí se vai ganhar enfermeiros, se essas funções, heee.... forem tratadas... heee... ou direccionadas para... auxiliares de acção médica, que sejam preparadas para isso, não é?

Heee...heee..., mas penso que há muito cui...há que haver muito cuidado naquilo que se vai...heee...passar para os auxiliares de acção médica.

Eu penso que eles podem ser uma maior valia para os hospitais, em termos de ajuda ao pessoal de enfermagem..., mas nunca sozinhos.

Portanto, eu fui operada na Reboleira...foi... uma auxiliar de acção médica que me fez...heee... os cuidados de higiene, a... a rapação e outras coisas, haaa... para deixar um enfermeiro mais liberto, portanto em vez de haver dois enfermeiros naquele turno... haaa... existia só um.

Haaa... eu penso que... pode ser uma mais valia em termos de... de ajuda nas higienes, heee...talvez mais nas higienes, na... na minha opinião não estou...não estou a ver assim ...não estou a ver assim de momento outras coisas..., haaa...mas nas higienes seriam uma mais valia, mas sempre acompanhada de um enfermeiro.

Em vez de estarem dois enfermeiros a fazerem uma higiene a um doente, podia estar uma enfermeira e uma auxiliar de acção médica..., na minha opinião penso que não seria por aí... que a enfermagem... perderia qualidades.

Ent. - Acha que...

E1 - Uma vez que há tanta falta de pessoal como já tinha dito.

Ent. - o facto de...dos enfermeiros estarem mais preocupados com a... com a sua formação, e...e, haaa...também se calhar pela carência que ...este aspecto de...ir incutindo algumas tarefas nas auxiliares de acção médica, é... é...um aspecto viável para o futuro?

E1 - Eu penso que é o que vai acontecer!
Com as SA's, eu penso que é o que vai acontecer!
Agora depende, é da maneira como essas coisas vão ser feitas.
Heee...é uma maneira de rentabilizar mais o pessoal de enfermagem para outras tarefas...

Ent. - Mas quais por exemplo?

E1 - Por exemplo... o enfermeiro...haaa..., dois enfermeiros estarem a fazer uma higiene, não é? Seria o enfermeiro heee ...a auxiliar de acção médica, e o outro enfermeiro, por exemplo a ficar...heee... para outros cuidados, como ...higienes, encubações, aquelas coisas, aspirações, outras coisas...pensos, outros cuidados, heee...sem..., sem ser as higienes. Outros cuidados de enfermagem que há a fazer, e que..., que requerem muito tempo, heee... algaliações, muita coisa que se tem que fazer e que se... depois, como se perde muito tempo com a escrita seria recuperado pelo tempo da higiene que se perdeu, não é? Seria um elemento válido para outras funções de enfermagem.

Ent. - Está. Não sei se a A. Quer dizer mais alguma coisa?

E1 - Não.

Ent - Está satisfeita?

E1 - Não, não quero dizer nada. Sempre que os auxiliares de acção médica..., haaa...que...preparados, preparados, não é? Preparados hee... essa preparação com certeza deverá ser pensada, heee..., eu penso..., eu não, não discordo deles poderem dar uma ajuda aos enfermeiros.

Nova interrupção por telemóvel.

Ent. - Então vá..., obrigadinha!

E1- De nada!

ENTREVISTA 10 (E10)

Ent. - Então é assim, antes de mais boa tarde.

E10 - Boa tarde.

Ent. - Eu queria começar por lhe perguntar quantos anos tem, há quantos anos trabalha a sua categoria profissional, o seu grau académico, e depois já voltamos a falar de outro assunto.

E10 - Eu tenho 54 anos de idade, este tom está bem?

Ent. - Está, isto ouve -se bem.

E10 - Primeiro..., eu tenho o curso desde 1979, heee..., também sou enfermeira especialista na área de saúde ocupacional, enfermagem da comunidade com a vertente de saúde ocupacional, e..., também tenho o grau de mestrado em ecologia humana, na vertente da saúde ambiental.

Ent. - Agora eu queria que fizesse uma retrospectiva da sua carreira profissional, e quando é que começou a trabalhar, em que serviços e abordando logo um poço a maneira como se trabalhava, o método de trabalho utilizado e as condições que havia nos locais de trabalho.

E10 - Certo! Eu quando terminei o curso..., eu fiz o curso no S. Vicente Paulo, na escola de S. Vicente Paulo, e comecei a trabalhar no hospital de Santa Maria que era o serviço..., era o hospital onde eu tinha feito a maior parte dos estágios, portanto sentia - me bem, sentia - me em casa, até que fui trabalhar para a propedêutica cirúrgica que era um serviço, que apesar de estar dentro do Hospital de Santa Maria, era privado.

Era entregue à escola de S. Vicente Paulo, portanto é..., por aí perdi..., Tive uma coisa a perder..., que foi o tempo de serviço porque como não descontei, não me contaram três anos e meio que lá trabalhei.

Mas entretanto ganhei muito, porque era um serviço onde só funcionavam enfermeiras praticamente recém formadas..., vindas da escola, era um serviço que funcionava bem, todas tínhamos o mesmo..., os mesmos métodos de trabalho porque a escola era a mesma, heee... eram pessoas dinâmicas porque eram equipas novas, saíam ao fim de três quatro anos como eu acabei depois por sair, heee..., tínhamos um ambiente de trabalho em termos de camaradagem bastante bom e trabalhava - se muito bem, porque éramos recém formadas e as nossas monitoras continuavam a fazer os estágios com as novas..., com as alunas nos..., nos locais onde nós já trabalhávamos, de facto acabávamos por obedecer um bocado..., por seguir as regras da escola.

Por outro lado, também por isso, éramos um bocado exploradas, heee..., tínhamos umas..., uns métodos de trabalho diferentes do resto do hospital.

Haaa..., o que se fazia..., era um serviço extremamente carregado, muito pessoal, tinha..., na altura tinha cinquenta camas o meu serviço, e era de cirurgia, onde havia as cirurgias gerais, havia cirurgias específicas inclusive chegámos a ter cardíaca e pulmonar sem grandes condições para atender esses problemas, mas tínhamos, haaa..., tínhamos grandes queimados e tínhamos grandes problemas naquele serviço, e no turno da tarde e da noite era só uma enfermeira sem colega e sem auxiliar e nós tínhamos de fazer tudo, absolutamente tudo, então a enfermeira da cirurgia de homens ajudava a de mulheres e vive - versa, pronto, que era eu e a minha irmã, nos nossos turnos.

E estar a trabalhar em cirurgia..., heee..., as condições de trabalho eram assim..., eram muito rudimentares, embora fizéssemos tudo com técnica porque as monitoras estavam ali e tínhamos - lhe muito respeitinho.

As nossas chefes também eram monitoras na escola e então tínhamos..., estávamos sob vigilância a até porque..., só conhecíamos aquela maneira de trabalhar.

Nesse aspecto era bom, em questão de exploração era muito mau, nós tínhamos..., por exemplo na saída de vela, nós tínhamos velas de correr a noite inteirinha, não parávamos..., era correr não era andar, era correr, para no final do turno termos..., pensos feitos, banhos dados, tínhamos que fazer a..., as higienes todas à saída de vela, preparações para operar, heee..., preparações para exames...

Pronto, aquilo era muito..., muito..., muito desgastante, eu no primeiro ano perdi dez quilos e arranjei uma úlcera duodenal.

E..., mas pronto, íamos levando aquilo na desportiva, éramos..., tínhamos 20 anos/21 anos, o que é que é isso do cansaço?

E depois..., estive aí três anos e tal e depois passei para os serviços como..., quando me fartei..., porque ao fim ao cabo toda a gente se fartava..., haaa..., portanto passei para os serviços do hospital e fui trabalhar para ginecologia, e..., pronto, já tínhamos métodos de trabalho diferentes, já tínhamos equipas heee..., à tarde e à noite.

Haaa..., depois como eu já gostava muito daquilo fui convidada para ir para o Bloco de Ginecologia, que era o Bloco Operatório no próprio serviço, onde se fazia a Ginecologia toda.

Gostei muito, estive lá..., de 74 e tal a ..., a 77, e... gostei muito desde a equipa e do que fazia e de tudo o resto.

Depois, como o meu marido acabou o curso e optámos por vir para a província e..., viemos para Beja.

De maneira que..., como vinha grávida de um mês e com ameaça de aborto já, fui logo para a Obstetrícia, levava uma cartinha para o obstetra e fui trabalhar para a Obstetrícia para andar mais ou menos vigiada.

Claro que depois fazia a primeira etapa da gravidez ora acamada em casa ora internada no hospital, mas fiquei lá na ginecologia ainda haaa..., dois anos e com sala de prematuros, que gostei muito também..., gostei imenso.

Na altura poderia ter ido fazer a especialidade, eu estava em primeiro lugar nas a..., nas opções para fazer Obstetrícia, eu gostava de ter ido, mas entretanto tinha a miúda muito pequenina e depois engravidei do M. que foi ligo a seguir, de maneira que eu estava com medo, aliás tinha que dar uma o máximo de assistência à família e não pude fazer a especialidade.

Depois..., houve um concurso interno haaa... para o Bloco Operatório, para a anestesia e..., ganhei o concurso e fui lá para a anestesia e gostei imenso, estive cinco anos só na anestesia, gostei muito do Bloco mas..., era só anestesia não fazíamos nada, nem dar uma seda podíamos.

E depois em 83 haaaa..., decidimos por razões familiares, pronto para darmos ..., para darmos um bocadinho mais de condições aos miúdos haaa..., passar para Évora, depois disseram - me que eu vinha para o Bloco, que precisavam de enfermeiros no Bloco e eu vinha com..., uma anos de Bloco, mas entretanto o enfermeiro B. que gostava de contrariar um bocadinho as coisas e pôs - me na Medicina.

Apanhei um grande choque porque o hospital haaa..., o serviço de medicina era por cima da..., portanto onde é agora o quê....não há lá nada.

Ent. - É o bar?

E10 - Não, é ali por cima do..., não é..., pelo sítio das endoscopias lá para cima...

Ent. - Pois..., heee....

E10 - Era a parte mais velha. Aquilo para mim era um hospital de campanha era só o tecto e divisórias de madeira, não havia casa - de - banho capazes, não havia absolutamente nada, para mais eu estava à espera de ir para o Bloco, sofri muito, chorei muito, muito..., muito..., muito, com..., foi um grande choque.

Não tínhamos condições nenhuma para tratarmos dos doentes, ou muito poucas, as poucas..., nós improvisávamos muito e conseguíamos fazer alguma coisa, mas foi o serviço até hoje onde eu gostei mais de trabalhar.

Para além do Bloco.

Porque tínhamos uma equipa formidável com enfermeiras novinhas, um grupo jovem que me acarinharam muito porque..., havia..., estava com um grande desgosto.

A chefe também estava nas mesmas condições que eu, também estava... estava de castigo e então também apoiámos uma à outra e tínhamos uma equipa excepcional...excepcional!

Entretanto haviam médicos no Bloco que estavam com falta de enfermeiros e sabiam que eu tinha um bocado de experiência em anestesia principalmente, porque nós entubávamos e fazíamos tudo em Beja..., e começaram a apertar com..., o enfermeiro, na altura um enfermeiro geral, porque..., uma enfermeira que vinha do Bloco ia para a Medicina e eles estavam a precisar e não sei quantos e..., depois eu..., mandou - me para o Bloco, mas entretanto eu já não queria ir porque tinha gostado muito da Medicina.

Apesar das poucas condições nós já sabíamos fazer artimanhas do arco-da-velha, criávamos coisas fantásticas para criar condições de trabalho.

E os..., o doentes adoravam - nos e nós adorávamos os doentes e..., e ainda hoje quando nos encontramos umas às outras haaa..., colegas e auxiliares e tudo o mais, ainda aqui na consulta, temos muita..., tenho muita relação com

elas "aí enfermeira H. tanto que eu me lembro do nosso tempo, tão bom que era" de facto foi..., foi formidável.

E depois estive no Bloco até 90, também gostei muito de trabalhar no Bloco, gostei imenso.

Enquanto lá estive eu preferi fazer horários fixos porque tinha os miúdos, queria dar - lhes acompanhamento, e haviam pessoas que não queriam, elementos que não queriam..., e eu ia fazendo horários fixos, heee..., acabei por ficar responsável pela sala de oftalmologia porque estava lá sempre e lá também se fazia sempre a pediatria..., a cirurgia pediátrica...

Gostei imenso daquela experiência!

E depois..., decidiram mudar - me o horário e eu como não podia ter outro horário, a minha vida não ..., permitia mudei para o Centro de saúde.

Fui para o Centro de Saúde de Évora estive destacada na unidade n.º 1, aqui no Chafariz D'el Rei, estive dois anos só com o serviço domiciliário que eu adorei, fizemos coisas mirabolantes no serviço domiciliário, adorei.

Gostei..., gosto muito também do doente ambulatório e a..., mas nos domicílios arranjávamos contactos com as caritas para fornecimento de..., de refeições, heee..., higiene aos acamados, ora eu que já tinha cá estado no hospital e tinha relações com o aprovisionamento, conseguia arranjar camas articuladas quando eram precisas para doentes que estavam acamados ao cuidado de idosos, com muita dificuldade em movimentar..., na mobilização heee....

Gostei imenso, ganhei muitas amizades, heee..., e depois fui fazer a especialidade..., surgiu oportunidade de ir fazer a especialidade, e fui para Portalegre.

Depois quando regresssei eu mantinha - me no quadro do hospital, embora não estivesse lá, e..., tinha que optar nessa altura, iam formar..., iam abrir o quadro oficial do Centro de Saúde e eu tinha que optar ou por lá ou por cá.

Como por lá não havia muitas hipóteses de me criarem a vaga de especialista, que eu já era, e aqui heee... disseram que até convinha porque queriam criar o Serviço de Saúde Ocupacional, eu voltei para o hospital.

Depois estive aqui praticamente cinco anos a lutar com as administrações várias a mostrar a vantagem da criação do serviço e a obrigatoriedade, a basear - me na lei, a fazer formações, a fazer vacinação em massa anti - hepatite B, a dar - me a conhecer às pessoas, a mostrar a vantagem de..., de..., de termos um serviço de Saúde Ocupacional, a fazer encontros nacionais com..., com craques na matéria para sensibilizar os dirigentes haaa..., e depois pronto foi esta luta toda até que..., finalmente consegui.

Começámos a trabalhar a 2 de Junho de 2003, e até aqui..., até aqui tem se mostrado satisfatório, o movimento do..., do serviço.

Agrada às..., às pessoas..., aos funcionários do hospital, logo agrada - nos muito a nós. Já vimos 1400 e tal indivíduos, haaa..., atendidos em..., também na fase da vacinação, passámos também a fazer vacinação do tétano e da difteria, a..., fazemos formação..., haaa.... Fazemos..., falta o quê? O que é que a gente aqui faz?

Abrimos um..., um..., vamos lá um processo para cada funcionário atendendo ao..., ao..., ao grupo profissional, e depois fazemos..., fazemos as provas biométricas, fazemos o electrocardiograma, colhemos haaa... sangue e urina para análise, enviamos..., nós criámos..., não temos ninguém identificado,

portanto temos tudo codificado e...., e somos nós que fazemos aqui as colheitas e nós é que entregamos no laboratório tudo codificado, as requisições e nós é que vamos buscar os resultados.

Heeee....., fazemos electrocardiograma, teste da visão, actualização do plano vacinal e depois a...., pronto o acompanhamento dos acidentes de trabalho e a caracterização dos acidentes de trabalho, haaa...., e...., o acompanhamento das consultas e de...., e...., exames periódicos e de exames ocasionais sempre que as pessoas precisam de nós, e tem sido bastante satisfatório.

Tenho uma percentagem elevada de pessoas de cada grupo profissional, tem sido bastante acessível, e até agora tem sido assim.

Ent. - E então agora como enfermeira especialista na área de Saúde Ocupacional acha que os enfermeiros aqui no Hospital do Espírito Santo têm...., os serviços em si, se têm bons recursos físicos, técnicos, humanos...

E10 - Haaa..., eu acho que em recursos humanos há..., há serviços mais deficientes que outros, mas haaa..., tendo as manifestações que eles aqui fazem haaa..., eles não têm...., o problema deles não é bem os recursos humanos são os recursos técnicos, porque eles têm muito pouco..., muito pouco equipamento auxiliar.

Então aparecem - nos aqui grandes problemas de lombalgias e distorções, e...esforços excessivos, excesso de cargas e não sei o quê por falta de equipamento auxiliar.

Nós tentamos..., haaa..., criar estratégias em sensibilizar as pessoas para utilização delas, para facilitar, haaa..., temos feito também formação porque entretanto a J. que era também enfermeira especialista foi fazer uma pós-graduação em Higiene e Segurança no Trabalho, está a trabalhar arduamente nesse aspecto, a invest...., a investir bastante na formação e estamos a sensibilizar as pessoas para técnicas que facilitem a..., primeiro portanto ela vai... vai..., tem feito uma avaliação dos riscos a nível dos serviços, haaa..., e depois dos riscos que ela detecta e das queixas que nós detectamos aqui, tentamos conciliar as coisas para criar estratégias para as pessoas terem auxílio, para não se esforçarem tanto.

Haaa..., são essas situações que a gente mais detecta, e também há alguns problemas a nível..., emocional, a nível psicossocial, haaa...., e agora está cá uma..., estão cá duas psicólogas a fazer um estudo integrado no estágio delas, um estudo sobre os programas psicossociais das funcionárias e talvez depois fiquemos com alguns dados para podermos intervir nessa área que também são problemas que nós temos detectado bastante.

Assim problemas maiores e queixas das pessoas não..., não estou a ver assim mais nada.

Ent. - Da sua experiência..., à pouco estava a dizer que apesar de na Medicina terem uma...um deficit a nível da estrutura física que as pessoas se sentiam satisfeitas.

Acha que..., comparando o antes e o agora que os enfermeiros estão mais ou menos satisfeitos no seu local de trabalho?

E10 - Eu por acaso posso falar um bocadinho disso, porque estou tentando..., nos últimos anos..., haaa..., ou nos últimos meses, não sei, vamos lá, de há dois anos para cá, eu noto uma grande diferença.

No meu tempo, nós até talvez tivéssemos habilitações para outros cursos, mas se íamos para a enfermagem era porque queríamos mesmo ir para a enfermagem porque a enfermagem nesse tempo era dura, era muito dura, as exigências na escola haaa..., os métodos escolares e o próprio ambiente na escola..., como eu estive interna, sei o que isso é..., é..., um curso bastante..., bastante exigente.

Portanto a pessoa tinha mesmo que gostar daquilo para aguentar.

Havia quem não quisesse e ia - se embora.

Haaa..., depois como estive no Centro de Saúde e acompanhei muitos estágios, na saúde ocupacional..., na saúde..., comunitária haaa..., apercebi - me de..., de vários tipos de alunos, da transposição, da ..., da..., do afecto que eles tinham à profissão ou não, da dedicação e da disponibilidade, logo dá - se para a gente se aperceber e dá para..., e como foram muitos cursos que acompanhei, haaa..., deu para fazer mais ou menos uma..., uma avaliação daquilo.

No entanto eu cada vez noto que há menos enfermeiros motivados, tende em decrescer a motivação, aparecem em..., em alunos que nós vemos e em enfermeiros novos que vimos que vão ser grandes enfermeiros, aliás depois eles modificam - se alguns não é? Ou para mais..., ou para melhor ou para pior. Mas de um modo geral, pronto, a primeira avaliação que eu faço é que há..., aqueles que gostam mesmo da profissão e nós dizemos são novinhos ou são alunos mas vêm a ser uns enfermeiros excelentes, e têm muito boa relação, e têm muito..., portanto são humanos e..., e gostam do que fazem, e gostam do..., de..., e têm espírito de equipa, e têm espírito de iniciativa, e não sei quê. E há os outros..., que são muitos que a gente vê que estão quase a fazer um frete.

Não têm espírito de iniciativa, não discordam, se não lhes derem para fazer, melhor ainda menos fazem, há..., encontram - se muitos alunos..., muitas pessoas dessas a sair da escola assim.

E eu apercebi - me enquanto acompanhei alunos que cada vez o número era maior, infelizmente com muita pena minha porque gosto muito de enfermagem, muito..., muito!

E..., presentemente os enfermeiros novos que aqui vêm alguns vê - se que..., que gostavam de fazer outra coisa.

Nós falamos muito com eles, não é só...avalia - los, falamos muito, perguntamos como é que é no serviço se estão satisfeitos, se gostam do que fazem, se têm uma boa equipa heee..., se vêm contrariados para o serviço, se...se o trabalho..., se não estão prejudicados, portanto para saber se a pessoa está satisfeita ou não.

A maior parte dos enfermeiros novos gostam do que fazem e dizem - nos aqui que gostam e que gostam do local onde trabalham a..., a maior parte mas..., há um percentagem que se manifesta..., ou que gostava de trabalhar noutra cidade, noutra hospital, ou que estava não tão bem naquele serviço, ou mesmo

que não se manifeste a gente sente, pela conversa que..., que não lhes agrada muito o que fazem ou que já estão a fazer outros cursos ao mesmo tempo para ver se..., se depois conseguem ir para cursos para onde não tinham..., quando foram para enfermeiros.

Portanto não tiveram nota para entrar em outros cursos e recorreram à enfermagem onde lhes era exigida uma nota menor, mas..., alguns não..., alguns deles não perderam esperança e continuam a estudar, heee... e essas pessoas só se tiverem um ambiente muito favorável ou que se venham a gostar muito do que fazem é que se modificam porque se não..., estão sempre insatisfeitos.

Mas pronto isso é uma percentagem..., no activo talvez não seja assim uma coisa tão significativa.

Ent. - E acha que., nós actualmente podemos falar em equipas, equipas multidisciplinares na própria actuação, ou falamos em equipas mas depois as pessoas são muito individualizadas?

E10 - Haaa..., eu vou aos serviços, eu tenho ido muito aos serviços, haaa..., portanto eu estou aqui desde 1998 nesta área, e enquanto que eu..., enquanto estive no hospital estive fechada no Bloco..., e aquilo é um serviço como você sabe completamente fechado não tem relação com ninguém, este é um serviço completamente oposto..., aqui damos - nos com toda a gente, os nossos doentes são os profissionais e os nossos locais de trabalho são os serviços.

Nós vamos muito aos serviços!

Pelo o que eu me apercebo haaa..., eu não sei muito bem como é que são os programas de actuação agora no..., nos serviços.

Mas aos ter heee..., eu não sei se é benéfico se não, mas na prática se calhar até é..., que é responsabilizar as pessoas por áreas do serviço, portanto cada enfermeiro fica responsável por uma ou duas salas..., pronto e pronto tem a responsabilidade...isso individualiza um bocado as pessoas porque aqueles doentes são daquele e os outros doentes são do outro, e não há um diálogo se calhar entre eles para confrontar situações, não é?

Acaba por ser um individuo que está responsável..., individualiza um bocado..., haaa..., os hábitos do serviço.

Haaaa..., depois vou às salas de..., de trabalho e às salas de..., aos gabinetes de enfermagem se for a partir da duas e tal, está tudo agarrado aos processos que há uma grande preocupação com os registos, e acho muito bem, tem que haver cada vez mais cuidados com os registos, mas..., também imo..., imo...isolam um bocado as pessoas, cada um está com os seus processos, a escrever, não conversam isso já eu reparei, quem atende as campainhas, quem atende os problemas são os auxiliares de acção médica, e elas só ficam ali a escrever..., a escrever..., a escrever..., a escrever..., e cada um escreve os seus não fala com o vizinho da frente a mesa é capaz de ter oito ou dez indivíduos, mas todos calados, cada um tem os seus processos.

E depois nunca assisti a uma passagem de turno destas, portanto não sei se há discussão de casos, se há relação entre eles..., dá - me ideia, não sei se eles estão a seguir algum processo de enfermagem que eu nunca concordei muito com os

processos de enfermagem, haaa... isto é uma opinião minha, pronto, é pessoal, também nunca trabalhei com nenhum mas li - os todos, heee..., porque concordei sempre mais com a minha maneira..., com a maneira de trabalhar antiga e acho que as pessoas estão muito individualizadas nos serviços.

Isto é a opinião com que eu fico, porque se eu for lá perguntar por um..., por um doente qualquer meu conhecido ou não sei quantos, ninguém me sabe dar informação, só há uma pessoa que sabe "olhe vá ter com não sei quem porque o doente é dela", e depois isto acaba por..., eu acho que chega a um ponto que isto individualiza as pessoas, porque eu não discuto os meus doentes consigo, nem você com os meus, nem confrontamos casos, nem discutimos casos.

Eu não sei se depois nas..., nas passagens de turno isso sucede mas..., durante os..., pelo o que eu já me apercebi acho que há muita individualidade, cada um tem o seu cantinho e só trabalha no seu cantinho, e só trata dos medicamentos do seu cantinho e se calhar não se apercebe do..., de todos os casos graves que haja no serviço.

S não lhe cou..., se não lhe calhar, se não lhe couberem ou se não forem discutidos na..., na..., na passagem de turno, eu não sei bem como é que é então isso.

Ent. - haaa..., e em relação aos horários da sua experiência haaa..., que tipo de horário é que praticava?

E10 - Para meu gosto?

Ent. - Não, o que normalmente praticou.

E10 - Ah não...eu fiz durante muitos anos, eu fiz roulement e..., não sei como é que agora têm o roulement mas no meu tempo era assim: eram duas manhãs, duas tard..., que eram das oito às dezasseis, depois duas tardes que eram das dezasseis às vinte e quatro e duas noites que eram das vinte e quatro às zero haaa..., das zero às oito, e depois tínhamos um descanso e uma folga, mas fiz isto durante muitos e muitos anos, e depois pronto passai para o horário... fixo heee..., também sei dizer qual era o horário..., sei discernir qualquer um dos horários que... pude fazê - los todos.

O horário da manhã é escolar aquilo é...é...é didáctico, aprende - se muito no horário da manhã pelo menos aprendia - se.

Porque eu trabalhei muito tempo num hospital escolar e portanto é de manhã que há as aulas com os alunos, e que a gente assistia à passagem do professor e dos..., e dos médicos e não sei quê e acompanharam - nos muito e aprendíamos muito.

Depois em Beja..., em Beja também tínhamos um ambiente excepcional, um ambiente familiar lá no hospital, muito bom, e agora ainda parece que continua embora já não tanto, mas é um bocadinho diferente do ..., de..., do de Évora.

Haaa..., e também se discutia muito...muito, acerca dos casos e também se aprendia muito.

E mesmo aqui, quer dizer há sempre a passagem da..., da..., da..., do..., do chefe de serviço, dos médicos se o enfermeiro quiser aprender aprende muito, porque de manhã aprende - se muito, e também é quando há a maior..., a maior diversidade de actividades.

Portanto é um turno que eu considero muito activo e onde se aprende muito.

Depois o..., o da tarde foi sempre o turno que eu gostei menos, porque...heee..., não sei se é por a pessoa de repente se sentir sozinha, ainda tenho essa marca, porque de manhã tinha companhia e estava acompanhada e não sei quê..., e de repente ficava sozinha só com os doentes, talvez tenha sido isso que me marcou, haaa..., e depois de repente daí a um bocadinho já é noite, são horas de jantar depois faz - se noite, e depois nem é noite nem é dia porque o doente ainda está acordado mas já não é dia..., depois é um bocado a preparar as pessoas para dormir..., talvez fosse a parte mais interessante, mas pronto nunca gostei muito do turno da tarde.

À noite apesar das minhas noites terem sido muito movimentadas, as primeiras principalmente, haaa... eu gostava, eu gostava do turno da noite.

Depois conseguia dormir não é?

E depois começava a relacionar as coisas não é? Eu se calhar gostava de trabalhar as noites porque a seguir tinha dois dias, quando fazia duas noites já estava à espera..., gostava muito de fazer a segunda noite mais do que a primeira, mas de qualquer maneira dormia bem durante o dia e..., depois sabia que iria ter dois dias para mim, talvez por isso.

Mas também gostava da noite porque me responsabilizava muito, era um turno heee..., em que os doentes são mesmo tão..., estão mesmo..., como eu estava sozinha estavam mesmo só sobre a minha responsabilidade, eu sentia - me um bocado responsável por aquilo que pudesse acontecer naquele serviço, sentia - me pronto...

E..., e arranjava coragem porque tinha doentes muito graves e tinha de estar alerta para qualquer situação que surgisse, gostava sempre de estar preparada sempre para qualquer coisa.

E tive vários problemas durante as velas e a gente tem que saber resolve - los, e tínhamos grandes cirurgias e vigiávamos os doentes, às vezes havia hemorragias e tínhamos que actuar, chamar o cirurgião, levar o doente ao Bloco e não sei quê.

É..., e então gostava daquela actividade da noite, mesmo com os doentes todos calmos e tudo mais pedia muito de mim e eu pronto..., sempre gostei de me responsabilizar e então achava que a noite era..., um turno agradável.

Agradável porque era ..., acabava por ser activo embora eles estivessem todos a dormir não é?

Haaa..., tive de actuar muitas vezes e..., e era assim...

Ent. - Haaa..., como sabe, haaa... no nosso hospital aqui tem..., têm utilizado para colmatar a falta de pessoal muitas vezes o horário acrescido e a..., as horas extraordinárias, não é?

Haaa..., o que é que você pensa sobre esse assunto, o facto de se utilizar esses dois mecanismos como forma de haaa...

E10 - Acho mal! Acho mal porque isso exige uma sobrecarga horária e sobrecarga física às pessoas.

Haaa..., há pessoas que gostam porque..., eu não o faço, mas há pessoas que gostam porque ganham mais uns..., uns dinheiros e faz falta a toda a gente.

Mas..., isso depois..., há coisas que não se pagam, não têm preço que é o excesso de trabalho, o excesso de horas.

Haaa..., se nós fizermos as 35 horas semanais acabamos por durante a semana termos algumas horas para descansar, ou sair mais cedo, ou ter um descanso semanal..., um descanso complementar a meio da semana, o que folga um bocadinho a pessoa que está cansada.

Ser fizermos horário acrescido isso..., não beneficia absolutamente nada, quer dizer a instituição acaba por ter o mesmo trabalho do que se tivesse mais elementos, heee..., se há - de pagar a outros paga a estes elementos, mas os elementos que tem começam a andar cansados...

Há fadiga ocupacional portanto tem que haver, e por outro lado não ganha absolutamente nada a qualidade dos cuidados, porque a pessoa andando sobrecarregada...

Eu lembro - me que no Hospital de Santa Maria haviam pessoas que trabalhavam..., haviam enfermeiros que trabalhavam lá e noutros hospitais, eles quando lá estavam, o serviço deles era..., era precário, porque eles estavam completamente estourados, e então eu acho que isso sobrecarrega as pessoas..., heee..., diminui a qualidade dos cuidados porque tem que diminuir porque a pessoa anda cansada, e não..., ao fim ao cabo ao hospital se calhar não ganha muito mais, porque o facto de dar horas extraordinárias se calhar até dava para outros elementos.

A nível dos recursos humanos heee..., pronto é..., eu acho também é uma questão de gestão.

Ent. - E a..., esses cansaço acha que se reflecte a nível de trabalho da equipa?

E10 - Acho que sim, a todos os níveis, então..., a fadiga..., a fadiga ocupacional também provoca a fadiga haaa...haaa..., emocional, e se anda cansada não anda com vontade de conversar, não tem..., não..., anda irritada, anda cansada tem todos aqueles..., aqueles problemas que são inerentes a uma fadiga ocupacional, e..., e..., para além das doenças físicas, porque começa a andar com..., com problemas articulares haaa..., musculo - esqueléticos, esforço...há..., esforço excessivo, heee..., com depressões, que andam com depressões, falta de atenção, isso também inclusive são factores de risco de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, bastante, bastante mesmo.

E..., não favorece nada o ambiente de trabalho porque se anda irritada e depois é..., isso também se reflecte a nível familiar por causa da..., da assistência à família, e andam irritados por causa de que lhe chamam à atenção, depois vão para o serviço..., e acho que isso só traz é contrariedades, a nível físico e a nível emocional.

Ent. - Outro aspecto que eu queria que a H. me falasse é sobre a promoção da saúde dos enfermeiros no seu local de trabalho. Acha que eles estão preocupados com essa situação ou acha que passa - lhes um bocadinho ao lado?

E também queria saber em relação à instituição.

E10 - A instituição já esteve mais desmotivada, heee..., porque..., a instituição, quando eu falo da instituição falo das chefias e dos dirigentes não é?

É..., porque nós com a criação do nosso serviço, nós motivamos - los.

Primeiro eles não estavam nada motivados para a criação deste serviço, precisamente por desconhecimento desses... desses aspectos, desde que começámos...

Pausa para virar a fita

E10 - portanto desde que começámos a insistir com eles para a necessidade de ..., de melhorar as condições de trabalho, heee..., de garantir uma vigilância da saúde dos trabalhadores e que isso iria beneficiar a instituição em si, porque as pessoas andando vigiadas e andando acompanhadas, também a produtividade era maior.

Portanto temos vindo a pouco e pouco a alerta - los..., a alerta - los de tal maneira que eles criaram o serviço, não é?

E agora também foram das primeiras pessoas que nós chamámos para vigiar, para virem aqui realizar o exame médico, para eles verem ao fim ao cabo do que é que isto contava na prática, quais são os benefícios..., que..., que a instituição pode ter com isso, e..., e a opinião foi favorável.

Fizemos praticamente..., não foi entrevista, mas perguntámos a todos eles o que é que..., o que é que eles tinham achado disto e..., foi favorável a todos os níveis.

Depois as pessoas nos locais de trabalho..., depois às vezes também agora a própria instituição começa a estar mais alertada com a criação da Higiene e Segurança, pelo que começa a exigir ao hospital..., à instituição a criação das condições de trabalho de algumas que não existiam, de equipamentos..., de..., de vigilância das condições de trabalho..., de..., de criação de estratégias de segurança de..., em parte de atitudes que o hospital pode ser penalizado se não as tiver, e que....por outro lado vai beneficiar em todos aspectos, não é?

Até que com melhores condições de trabalho também há menos pessoas que não trabalham.

Haaa..., algumas pessoas não estão alertadas nem querem estar, haaa..., para a promoção da saúde nem para a prevenção da doença heee..., são um bocado renitentes, outros não sabem, mas têm vontade de saber e outros sabem alguma coisa e quando aqui vêm ficam..., com as ideias mais aprofundadas.

Não estando as pessoas cá dentro também temos que rondar mais ou menos qual é..., a perspectiva que elas têm em relação ao conhecimento da saúde e da doença e investimos um bocado nessa conversa neste serviço.

Sabemos que há um elemento que é renitente, que não quer saber heee..., que não sabe nem quer saber haaa..., então eu vou..., dirigimos a nossa conversa de maneira a que eu..., de que eu..., de maneira a que vá daqui com outra ideia, às vezes são teimosos e não querem mesmo mas a gente sabe que qualquer coisa lá entrou.

Heee..., os que já vêm mais ou menos adaptados, manifestam vontade de saber mais fazem - nos perguntas e nós satisfazemos...

Heee..., nós respondemos dentro do possível de maneira a que a pessoa fique mais esclarecida adaptamos para procedimentos preventivos e para promoção da sua saúde no trabalho e as pessoas de um modo geral haaa..., apreendem bem as coisas haaa...

A M. está cá há pouco tempo e tem estado a fazer também formação nesse sentido, e tem tido também uns resultados de trabalho ver se as pessoas estão minimamente a cumprir com aquilo que se falou na..., nas aulas..., na formação teórica.

E de um modo geral as pessoas embora careçam de condições físicas e de equipamento auxiliar para poderem actuar da maneira que ela..., a ter procedimentos como ela indicou, isto nomeadamente na prevenção das alterações musculo - esqueléticas heee..., dentro dos possíveis tentam com adaptações fazer..., ter atitudes diferentes das que tinham, portanto no sentido de promover mesmo..., de prevenir problemas.

Heee..., quanto..., depois também tivemos..., fiz aí em tempos um questionário a uma prestação bastante elevada heee..., de pessoas..., dos funcionários sobre a promoção da saúde e eles manifestam vontade de saber e vontade de colaborar, inclusive vontade de criar um ginásio, onde recorrer à..., à natação haaa..., através do hospital, para promover o seu estado de saúde e..., e pronto..., e para..., para beneficiar o seu estado geral.

Ent. - Há pouco disse que umas das coisas que mais lhe custou foi de ter de ficar à tarde heee..., sozinha. A fazer tardes sozinha.

Acha que a integração é um aspecto fundamental na carreira do enfermeiro?

E 10 - É..., é fundamental!

Ent. - Porquê?

E 10 - É fundamental porque um elemento quer acabe o curso quer mude de serviço, mesmo com alguns anos de serviço, chega a um serviço completamente estranho e não é..., não acredito..., cada serviço tem a sua filosofia e o seu risco e a sua..., e o seu nível de dificuldade, e cada pessoa também tem o seu nível de dificuldade de adaptação, ou adapta - se mais facilmente ou menos fá..., mais..., ou menos...

Heee...mas..., acho que tê..., tem que haver um tempo para que a pessoa conheça o local onde vai trabalhar, ou..., todo o ambiente de trabalho que vai utilizar, as pessoas com quem se vai relacionar, as ajudas que vai ter e..., para

que se sinta minimamente à vontade dentro de um serviço de maneira a que não corra risco nem faça correr.

Haaa..., e pronto que se sinta como peixe na água porque há pessoas que nunca se sentirão por mais anos que lá estejam e outros sentem - se mais facilmente com..., sentem - se melhor.

Mas que se sintam cada vez mais à-vontade e que exerçam..., haaa..., que façam as actividades com o mínimo de destreza e com o mínimo de segurança.

Portanto tem que haver..., tem que haver adaptação aos serviços e..., e acompanhados por elementos que se sintam também bem e que tenham capacidade para os integrar não é?

Acho que uma boa integração é fundamental, para a pessoa ficar sozinha ao fim de..., e há lá pessoas que passado muito pouco tempo de acabar o curso já estão sozinhas. Isso para mim é um risco, um risco muito grande para eles..., não só para eles como para os doentes bem como para a instituição, porque.... Se há pessoas que estão mais motivadas para a profissão e se integram se calhar mais facilmente e até tem o seu próprio temperamento e que sabem ultrapassar dificuldades que lhe surjam há..., há outros que não, ou porque..., pela sua maneira de ser já têm maior dificuldade, ou porque é um serviço onde não gostam de estar..., ou porque estão a fazer um serviço..., umas actividades que não gostam, e se as pessoas geram conflito, isto é um hospital já se sabe não é? Podem não ter a destreza haaa..., física e intelectual para saberem ultrapassar problemas e podem por em risco grandes..., grandes situações.

Portanto a pessoa tem que ter um tempo de integração, não pode estar sozinha, não deve estar sozinha logo de princípio e de preferência a ser integrado por um elemento que se sinta à vontade no serviço, não é também por outro principiante não é?

Ent. - Há pouco estava - me a dizer que heee..., heee..., costuma fazer formação.

Acha que os enfermeiros aqui do hospital estão despertos para a formação e quando falo em formação é formação em serviço, formação continua e por aí fora, ou se não estão, e qual o tipo de população que está mais interessada, os enfermeiros mais velhos, mais velhos em termos de anos de serviço, ou os mais novos?

E 10 - haaa..., eu estou contente com essa pergunta porque eu já reparei que cada vez há mais formação nos serviços, as pessoas estão a investir muito na formação, fazem trabalhos de investigação que para mim é um trabalho muito bonito, muito importante, sempre gostei muito de investigação, esta - se a fazer muita investigação nos serviços e está - se a fazer muita formação nos serviços, no próprio serviço.

É ..., embora isso roube um bocadinho, que eu também já reparei, que os enfermeiros se isolam a fazer a investigação deles, a fazer os trabalhos para apresentação e na altura tudo o resto logo..., alguém o há-de fazer heee..., mas à parte disso eu acho que é muito importante.

Estão a fazer muita formação, estão a investir muito na formação se calhar porque as escolas também estão a investir mais e estão a sensibiliza - los mais para essa área, porque eu acho que a investigação é muito importante, e...

E estão a..., a recorrer muito, principalmente os mais novos a..., a acções de formação, a congressos, simpósios e coisas do tipo, mesmo fora do hospital.

Por um lado podemos pensar que é para formar currículo, porque a competição cada vez é maior e o currículo cada vez é..., é mais importante.

Com os mais velhos o currículo já não é tão importante, porque muitos deles como é o meu caso, já nem se contam as acções de formação para pôr no currículo porque já ultrapassou, que há só uma percentagem a ter em conta e já ultrapassámos essa percentagem, portanto por mais que a gente lá vá é..., o que vamos lá receber é ensinamentos, o que é muito importante.

Eu vou às formações que posso porque acho que tudo o que se aprende é pouco, e está - se sempre a aprender qualquer coisa mesmo na área onde a gente trabalha, onde pensa que já domina um bocadinho a situação, a gente vai a uma acção de formação e há sempre aspectos novos, que mais que não seja, os pontos de vista que se discutem.

E aprende - se muito no relacionamento com os..., com os pares e tudo o mais, acho que isso é muito importante.

Os mais novos, pronto porque vêm já motivados da escola e porque muitos deles também já reconhecem a importância que há no curso académico..., no curso universitário, já têm outra embalagem, heee..., e por outro lado também para formar..., para ganhar conhecimentos, que eu acredito que muitos deles também vão trabalhar conhecimentos porque estão no principio da vida deles, e tudo o que poderem aprender das áreas que ainda desconhecem, ou aprofundar conhecimentos da área deles.

Acredito que muitos deles vão lá também com essa intenção, de aprender, porque... conheço muitos enfermeiros novos que gostam da profissão, que gostam da profissão, que gostam de aprender, que vêm para aqui fazer - nos perguntas, inclusive fora dos exames médicos. Em vez de virem fazer exames médicos vêm para aqui falar connosco e eu fico encantada.

Ent. - Só para terminar tenho mais duas questões, uma delas é a passagem dos hospitais a SA.

Haaa..., eu queria que me dissesse o que é que pensa do assunto.

E10 - Eu estou muito pouco dentro disso. Tenho feito uma re..., uma resistência muito grande dentro da minha cabeça e não tenho pensado muito, mas..., também tem aspectos positivos.

Porque há elementos que nós sabemos, isto tendo em conta o comportamento dos elementos de uma instituição privada e de uma instituição pública, haaa..., de---. Há pessoas que eu conheço...

Há pessoas que eu conheço que vêm para o serviço por vir, só para cumprir horário e..., aquela afeição às coisas não... não a tem, e se o outro a poder fazer é melhor inclusive..., há elementos em todo o lado, em todas as instituições em todas as empresas que vão alcoolizados para os serviços, há elementos que fazem resistência em aprender qualquer actividade nova haaa... "e deixa andar

que o estado paga”, heee..., isso a nível dos privados é assim, a pessoa tem que trabalhar, tem avaliações, que as nossas avaliações não valem nada – é satisfaz e não satisfaz e toda a gente tem satisfaz – tem que haver avaliações e eu concordo que hajam avaliações, e acho que as pessoas têm que ser remuneradas pelo aquilo que valem, porque há pessoas que trabalham e bem... trabalham muito e bem e ganham o mesmo que os outros que não fazem nada e que se estão nas tintas..., e que vão..., e que faltam ao serviço, e que... vêm para o serviço sem o mínimo de cuidado nem na sua aparência, nem na sua maneira de estar, tratam os outros um bocado heee..., como se costuma dizer abaixo de cão, não têm postura, não sabem reagir, não sabem ter atitudes para com os outros. Nas entidades privadas isso é exigido, é tudo exigido, se a pessoa não cumpre vai – se embora e é muitos elementos aqui dentro que precisavam de ser tratados dessa maneira.

Agora, por outro lado eu não concordo com a privacidade dos hospitais, acho que os hospitais deviam de ser instituições públicas, mas que se devia exigir esse tipo de comportamento às pessoas, o saber estar, o saber fazer, um..., uma avaliação correcta da..., das actividades de cada um.

Acho que o estado deveria de ser mais exigente em relação à formação das pessoas, à maneira de estar nos serviços, sem ter que se estar a recorrer a., a..., a privados para ter atitudes dessas, não é?

E quando aos aspectos políticos eu não tenho..., nem sequer tenho pensado, isto é só na prática. No comportamento das pessoas é que eu falo.

A nível de..., de..., de ..., de outros aspectos políticos que podem levar quer a benefícios ou prejuízos eu nunca me dei ao trabalho de pensar porque eu acho que nunca..., nunca trabalhei numa instituição privada, haaa..., e..., e nem gostava de trabalhar.

Ent. – Haaa..., outro assunto que está muito em voga e que eu tenho de tocar é o facto de estarem a pensar em formar técnicos auxiliares e passar competências para esses mesmos técnicos.

Eu quero que me diga, da sua experiência, da realidade e desta perspectiva..., deste cenário que está já aí à porta qual é a sua opinião?

E10 – A minha opinião é que não concordo.

Não concordo porque haaa..., mas nós enfermeiros é que somos culpados, nós é que somos os culpados disso estar..., de se estar a criar essa polémica, essa situação, porque delegamos muitas vezes nos outros as actividades que nos competem.

Eu vejo nos serviços como é que é, aliás estivemos a fazer uma formação às auxiliares e a gente sabe como é que é.

Heee..., nem oito nem oitenta, na minha época era a enfermeira que fazia tudo e não havia auxiliares, despejava arrastadeiras, termos que sair da vela com a desinfecção, que era a casa das arrastadeiras a brilhar, e tudo limpinho e tudo arrumadinho e banhos dados e camas feitas e não sei quantos, isso era escravatura, agora o enfermeiro nunca faz nada disso porque têm os auxiliares, também eu crítico.

Quer dizer, sim senhora deve ter auxiliares, as auxiliares no seu lugar, o enfermeiro no seu lugar, para se trabalhar em equipa, vão.....fazer um banho em conjunto, deveriam de fazer um banho em conjunto, acho que hoje os enfermeiros já não dão banhos.

Deviam mobilizar doentes, nós na medicina mobilizávamos doentes e levantávamos doentes para o cadeirão, era sempre um enfermeiro e um auxiliar, como era só duas enfermeiras...., mas nunca foram duas auxiliares, heee..., por outro lado nós é que temos capacidade, nós enfermeiros, se um doente deve ser mobilizado assim ou não, ou desta maneira ou daquela e é a nós que devem de pedir responsabilidades se acontecer algum... problema, não é como uma..., como me referia a semana passada que um doente tinha entrado no turno da tarde que ainda não tinha sido estudado, nem o médico o tinha visto e de manhã o enfermeiro disse "vá lavar a senhora e passe - a para o cadeirão", e ela não sabia até que ponto poderia mexer na pessoa ou pô - la de pé, e eu até a avisei e disse - lhe "tenha cuidado porque se a doente não tem capacidade para se aguentar de pé e você não a pode suportar e ela cai e par - lhe uma perna " - " à pois porque eu tenho medo e não conheço as pessoas e não sei quê", não pode ser assim, a gente não pode delegar as actividades todas nas auxiliares.

Portanto eu acho que nós temos uma quota parte..., somos enfermeiros, temos um curso que nos obriga a ter um certo..., um certo reconhecimento acerca de..., de..., de patologias e de funcionamento de..., de..., atitudes perante algumas situações e não podemos estar a exigir que as outras pessoas que não têm formação nesse sentido que o façam.

O que é que isto leva, ultimamente as pessoas vão para auxiliares porque também não têm emprego, e muitas vezes são pessoas com..., formadas e muitas vezes com cursos superiores, outros com grandes habilitações literárias, portanto já não são as pessoas da quarta classe ou analfabetas de antigamente, e elas começam a querer também que lhe seja reconhecido algum valor aquelas coisas que fazem, e então começam a pedir equiparação.

Começam a pedir que lhes reconheçam através de diplomas e coisas do género o trabalho que eles ao fim ao cabo desenvolvem. E desenvolvem porquê? Porque o enfermeiro lhes dá para fazer.

O enfermeiro quer é registos, quer é ficar à volta dos processos e quer estar a preparar formações, e o resto do doente, o atendimento do doente...

Eu sei que há inclusive auxiliares de enfermagem que estão a preparar medicação.

Portanto nós somos os grandes culpados da formação desses técnicos, que qualquer dia querem ser enfermeiros coitados e com razão..., eles querem..., eles fazem enfermagem então que lhes dêem o diploma, que lhes dêem equiparação, deixem - nos fazer um curso de promoção, um ano ou dois e ficam enfermeiros.

Portanto, nós é que temos ido buscar lenha para nos queimarmos, nós temos é que fazer enfermagem, tudo o resto..., mas enfermagem e a pedir a colaboração das nossas auxiliares que são pessoas muito competentes.



Ent. - Acha que essa diferenciação que está a haver entre os enfermeiros preocuparem - se mais com os registos e tudo isso, e esta delegação de competências têm a ver com o grau académico que conseguimos atingir?

E10 - Eu acho que sim, porque antigamente é como eu digo as pessoas vinham para a enfermagem porque gostavam mesmo e o ser enfermeiro era tudo, era o doente no seu estado Holístico como se costumava dizer que era no seu todo, tanto que insistiam nisso nas escolas, ora no seu todo era no seu todo, era desde o estar acamado, ao grau de dependência haaa..., atender o doente no seu todo e se tivéssemos que o lavar lavávamos, se tivéssemos que o levantar levantávamos e se tivéssemos que despejar uma arrastadeira...

Se não houvesse ali nenhuma auxiliar..., mesmo depois de eu trabalhar com auxiliares eu nunca deixei uma doente com uma arrastadeira debaixo ou ao lado usada porque..., porque a auxiliar neste momento não pode, eu ia tira - la, não ia dar esse desconforto à pessoa, até porque eu já estive na qualidade de doente e sei o que isso é.

Portanto nunca me caíram os parentes na lama nem caem, se eu hoje tivesse que ir para uma enfermaria fazer isso eu fazia tal e qual, não é eu querer ser mais evidente que as outras mas foi uma coisa que eu sempre fiz e me preocupei haaa, por isso e nunca me fez mal.

Agora não, as pessoas vão..., acham que por ser licenciadas, por serem Doutoradas haaa..., mexerem numa arrastadeira, ou dar um banho a um doente ou lavar - lhe os órgãos genitais se calhar já não faz parte de..., quer dizer é descabido, ou é humilhante para a sua qualidade, para a sua..., para a sua condição de Doutor, acho eu não sei.

As pessoas..., haaa..., eu não estou..., eu não estou a generalizar, porque como já estou farta de dizer, também há enfermeiros mais velhos que não gostam de fazer essas coisas, e que reagem muito mal e que respondem mal aos doentes e que têm atitudes muito pouco humanas com os doentes, também há e é assim , como há enfermeiros novos que se dedicam e gostam e tudo o mais..., mas..., enquanto que do outro lado a maior parte gosta, daqui a maior parte.... Não gosta de fazer essas coisas, dar banho, lavar doentes, não...

Se calhar tem a ver..., se calhar tem a ver com a sua condição académica, com a sua situação académica, não sei...

Por isso... eles andaram até ao 12º ano depois tentaram fazer ou direito, ou medicina, ou não sei quantos e de repente vêm - se a fazer aquelas coisas, sentem - se humilhados e até têm vergonha que as pessoas saibam, amigos, família..., eu não sei se isso tem a ver, talvez também tenha.

Ent. - agora gostaria de lhe perguntar o que é que pensa da enfermagem como carreira, como profissão para o futuro? Como Enfermagem Mesmo.

E10 - Eu acho que como enfermagem tem que se impor sempre, tem que ser uma carreira a defender.

Tem que ser uma..., um grupo profissional, vamos lá, enfermeiros sem pensar sequer em categorias, mas o grupo profissional dos enfermeiros é para preservar, é para se promover, é para continuar, é...

Porque nós já temos muitos anos e temos mostrado ao longo dos anos que somos indispensáveis.

Somos indispensáveis à comunidade, às instituições, à..., aos doentes, nós somos indispensáveis.

Nós somos um elemento que a comunidade não dispensa, nem pode dispensar em aspecto nenhum.

Portanto eu acho que nós enfermeiros somos para continuar e cada vez melhor, e lutar por isso.

Mas temos que nos afirmar, saber estar no nosso lugar, saber ser enfermeiro, saber ser companheiro dos colegas, viver em... trabalhar em equipa, sermos em..., mas sermos amigos dos nossos doentes.

Eu sempre gostei de ser muito amiga dos meus doentes, e hoje tenho grandes amigos que foram meus doentes e aqui sou muito amiga dos meus utentes, não são doentes, a maior parte felizmente até é saudável, é a população saudável do hospital, mas sou grande amiga dos..., dos outros funcionários, gosto de ser funcionária e por ser deste serviço e por ser quem sou, porque eu gosto de ser o que sou.

De maneira que eu acho que a classe de enfermagem, eu gosto muito de enfermagem, sempre gostei heee..., é mesmo para ser promovida, para ser acarinhada, e para ser continuada.

Ent. - Obrigadinha!

E10 - Nada!

Anexo IV
Categorização das entrevistas

CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Objectivos do trabalho:

Geral - Caracterizar os factores que interferem nas condições de trabalho dos enfermeiros no ambiente hospitalar;

Específicos - Analisar as estratégias profissionais e organizacionais sobre a promoção da saúde no local de trabalho e a relação desta com a qualidade de vida do enfermeiro aquando da sua praxis diária.

- Caracterizar a aprendizagem organizacional e profissional dos enfermeiros nos domínios da promoção da saúde no trabalho no contexto hospitalar.
- Perspectivar as expectativas dos enfermeiros face ao desenvolvimento da sua actividade profissional em contexto hospitalar.

ÁREA TEMÁTICA - CONDIÇÕES E SITUAÇÕES DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DO HESE (1)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
HIERARQUIA PROFISSIONAL	RESPONSÁVEL DE SERVIÇO	"Não, não havia nessa altura, nem ...não havia... a responsável de serviço era sempre a mais velha, que seria a responsável por exemplo no turno da tarde ou da noite..." (E1) "De manhã tínhamos a responsável de serviço, a enfermeira chefe e... e pronto." (E1) "...a chefe tenha tido o cuidado de pôr uma responsável pelo SO e a outra pela sala de observações" (E4) "...temos um problema que estamos constantemente a trocar de chefia, o que tem gerado uma instabilidade enorme a nível do serviço, ou seja eu em seis anos já é..., a quarta chefe que eu apanho e já se fala no quinto" (E5) "Acaba por ser um indivíduo que está responsável..., individualiza um bocado..., os hábitos do serviço" (E10)

ÁREA TEMÁTICA – CONDIÇÕES E SITUAÇÕES DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DO HESE (2)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
HIERARQUIA PROFISSIONAL	RELAÇÕES PROFISSIONAIS	<p>“...as pessoas trabalhavam com profissionalismo, penso que hoje não acontece tanto” (E1)</p> <p>“...as pessoas eram mais unidas” (E1)</p> <p>“...havia uma grande inter ajuda” (E1)</p> <p>“...se estivesse a tentar puncionar uma veia a um bebé ou a uma criança, se não conseguisse, chamaria outra que não estivesse disponível, mas essa iria fazer as tarefas que a outra estaria a desempenhar “ (E1)</p> <p>“Não havia conflitos” (E1)</p> <p>“...indisciplina, ... mau ambiente, no serviço...” (E1)</p> <p>“...há um ambiente pesado, não se sente um ambiente afável e as pessoas não se sentem bem a trabalhar assim...” (E1)</p> <p>“Algumas têm a preocupação... de deixar tudo feito, ferros arrumados e tudo o que há para fazer e se não poderem passam às colegas, outras simplesmente se vão embora e quem quiser que faça, logo isto à partida traz mau ambiente, traz desarticulação.” (E1)</p> <p>“Não há aquele cuidado..., por exemplo ou de fazer um contacto, ... entre as chefes, não é? Como é que vai o serviço? Às vezes ..., nós chegamos e temos menos..., crianças, posso..., uma pessoa dá um apoio num lado, e assim..., intercâmbio entre as equipas que deveria haver, mas não há!” (E3)</p> <p>“...as relações entre as pessoas não serem as melhores, e as coisas não se coordenarem, ... também tem a ver com o horário.” (E1)</p> <p>“Porque, ...é assim, devia de haver..., quando nós temos elementos, não digo supérfluos, mas...o que eu noto é que ..., a responsável pela gestão dos recursos humanos, que não aceita essa sugestão pronto” (E3)</p> <p>“...é uma equipa só de mulheres..., fazia muita falta lá, o sexo masculino. Porque às vezes..., há muito jornalismo” (E3)</p> <p>“...não somos uma classe profissional muito unida” (E3)</p> <p>“...há muito interesse actualmente ..., se for preciso passam por cima de tudo e de todos para alcançarem os fins a que se propõem” (E4)</p> <p>“...em ambiente profissional deveriam de saber ultrapassar os atritos e trabalhar em equipa” (E5)</p> <p>“...a equipa entre elas cada vez tem mais... conflitos” (E5)</p> <p>“...estes conflitos também vêm por arrastamento do hospital privado.” (E5)</p> <p>“...a nível da equipa é uma equipa muito grande que dá origem a muitos conflitos” (E6)</p> <p>“... é uma equipa com alguns conflitos e uma equipa um bocadinho fechada” (E6)</p>

ÁREA TEMÁTICA - CONDIÇÕES E SITUAÇÕES DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DO HESE (3)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
HIERARQUIA PROFISSIONAL	RELAÇÕES PROFISSIONAIS	<p>"...éramos um grupo muito unido apesar de sermos poucas" (E8)</p> <p>"...então a enfermeira da cirurgia de homens ajudava a de mulheres e vive - versa" (E10)</p> <p>"Porque depois há umas que têm o horário acrescido, há outras que têm o horário normal e as que têm horário normal saem às três da tarde..., e isso causa muitos atritos..., na equipa, muitos mesmo" (E11)</p> <p>"...as relações na equipa multidisciplinar que se calhar não são as melhores" (E11)</p> <p>"...relações entre médicos e enfermeiros, entre enfermeiros e auxiliares de acção médica..., não é a melhor e isso às vezes traz atritos" (E11)</p>
	TRABALHO EM EQUIPA	<p>"... Trabalhávamos, como se diz em equipa" (E1)</p> <p>"...as pessoas são mais individualistas" (E1)</p> <p>"...talvez o espírito de equipa não esteja talvez tão incutido nestas profissionais de hoje" (E1)</p> <p>"...as pessoas deveriam de trabalhar em equipa, mas...o que eu penso é que as pessoas se regem um bocado por as funções que lhes são incumbidas e o espírito de equipa existe muito pouco." (E1)</p> <p>"...a maioria das pessoas não funciona como equipa, faz o seu trabalho...e às vezes mesmo que solicitadas para... ajudar, não o fazem!" (E1)</p> <p>"...isso não é trabalhar em equipa" (E1)</p> <p>"...teremos de trabalhar em equipa quando outros necessitarem de nós..." (E1)</p> <p>"Na urgência geral... tínhamos mais ajudas, porque há muito mais pessoas a trabalhar, as equipas são formadas por cinco ou seis elementos, existem os maqueiros, existem médicos, há sempre quem ajude... da parte física" (E2)</p> <p>"Em todos os serviços há sempre pessoas que ajudam mais, que colaboram mais, e há sempre aquelas pessoas que colaboram menos" (E2)</p> <p>"...o trabalho em..., de enfermagem com o de auxiliar não está muito coordenado também, ou seja a gente às vezes perde muito tempo em coisas que as auxiliares poderiam fazer" (E3)</p> <p>"...há uma grande descoordenação, porque é assim, o lógico era a criança fazia o aerossol, o técnico ia fazer a cinesiterapia e tu aspiravas a seguir, não há essa coordenação..." (E3)</p> <p>"...onde há trabalho é onde a gente está, independentemente da gente estar de um lado ou de outro haaa..., ajudamos umas às outras" (E4)</p> <p>"Se há uma urgência..., há muito mais pessoas, acorrem muito mais pessoas, é a parte da cirurgia, é a parte de anestesia, é a parte..., portanto toda a gente ocorre" (E4)</p>

ÁREA TEMÁTICA - CONDIÇÕES E SITUAÇÕES DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DO HESE (4)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
HIERARQUIA PROFISSIONAL	TRABALHO EM EQUIPA	<p>"...nunca se trabalha em equipa" (E5)</p> <p>"Trabalhasse individualmente, cada um ocupa as suas funções e não ajuda mais ninguém" (E5)</p> <p>"...deixou de haver aquele espírito de ajuda que antes havia e as pessoas agora trabalham mais cada um por si" (E6)</p> <p>"...muitas vezes esse trabalho em equipa é só de nome, não é o que se verifica na prática, porque as pessoas só ajudam, ou só colaboram ou só trabalham em equipa quando querem, não é com todas as pessoas" (E6)</p> <p>"...as pessoas às vezes trabalham também, para se evidenciarem, para subirem, para demonstrar qualquer coisa a alguém" (E6).</p> <p>"...há..., uma continuidade de trabalho em termos de equipa" (E7).</p> <p>"...há serviços pela sua natureza, pelo seu objecto de trabalho... que estão mais vocacionados para o trabalho em equipa" (E7)</p> <p>"...há uma tendência para o individualismo e para o isolamento, e sobretudo aquilo que a gente vai buscar ao trabalho em equipa que é, a partilha de actividades e a colaboração entre os vários membros da equipa por vezes é um bocado esquecida" (E7)</p> <p>"...gostaria que o espírito de equipa ..., fosse mais preciso, mais dinâmico, que tivesse mais partilha" (E7)</p> <p>"...era óptimo que nós tivéssemos um trabalho de equipa, que na nossa equipa tivéssemos um enfermeiro, um médico, um psicólogo, dietista, um fisioterapeuta e por aí fora, no sentido de uma abordagem global ao doente..., isso é quase impossível, nem temos recursos que nos permitam fazer isso" (E7)</p> <p>"...que muitas das vezes esta questão do trabalho em equipa é mais a colaboração que existe entre o enfermeiro e o médico, e um ou outro técnico que efectivamente possa..., possa acontecer..., não posso dizer que haja aqui verdadeiramente..., uma equipa multidisciplinar" (E7)</p> <p>"...não existem equipas, existem elementos designados para determinado turno que funcionam independentes uns dos outros cada qual com a sua função e desempenha a sua tarefa e já não ajuda" (E9)</p> <p>"...não há o..., o espírito de inter ajuda tão grande como havia aqui há uma anos atrás..., as pessoas mais velhas têm mais esse espírito do que as mais novas" (E9)</p> <p>"..., cada pessoa naquele turno tem que..., desempenhar determinada função e só desempenha aquela, e às vezes nem que o colega esteja aflito não ajuda" (E9)</p> <p>"...as pessoas estão muito individualizadas nos serviços" (E10)</p> <p>"Eu acho que se fala muito em equipas mas cada vez mais as pessoas estão a individualizar o trabalho" (E11)</p>

ÁREA TEMÁTICA - CONDIÇÕES E SITUAÇÕES DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DO HESE (5)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
RECURSOS	RECURSOS HUMANOS	<p>"...durante a noite era ... houve períodos em que se tinha de preparar a medicação durante a noite porque o pessoal de enfermagem era pouco" (E1)</p> <p>"...em certo período era tudo preparado na vela, depois de manhã as enfermeiras é que ... depois administravam aos doentes..." (E1)</p> <p>"...não daria para estar..., para ter mais pessoal..." (E1)</p> <p>"...o serviço começou a encher muito de repente e foi na altura em que se notou mais a falta de pessoal." (E1)</p> <p>"... Havia uma superlotação do serviço, daí a... a carência de enfermeiros." (E1)</p> <p>"...a equipa de enfermagem aumentou, portanto, penso que são os elementos necessários para uma urgência" (E1)</p> <p>"...o pessoal de enfermagem era menos, chegámos a fazer vela uma sozinha..." (E1)</p> <p>"...chegou a uma altura que começámos a fazer noites sozinhas" (E2)</p> <p>"...se entrar uma urgência só uma pessoa não consegue dar resposta" (E2)</p> <p>"...foi um pouco complicado porque éramos apenas..., salvo erro sete elementos, fazíamos tardes e noites sozinhos" (E3)</p> <p>"Há carência porque é assim..., há colegas que saem que não são substituídas" (E3)</p> <p>"Já a chefe num dia teve de fazer..., há..., noite e manhã!" (E3)</p> <p>"Dois enfermeiros, cinquenta doentes" (E4)</p> <p>"...a gente neste momento estamos a fazer noites sozinhas" (E4)</p> <p>"Os recursos humanos estão mal geridos." (E5)</p> <p>"...naqueles dias que havia mais movimentos e estava só uma pessoa, que deveriam de estar mais porque aquilo é um..., trabalho intenso..., e exige muita vigilância" (E6)</p> <p>"...são sempre escassos, nunca chegam" (E7)</p> <p>"...uma coisa é nós querermos o ideal, e outra coisa é querermos aquilo que é efectivamente possível" (E7).</p> <p>"...tudo generalistas, os especialistas são dois ou três" (E7)</p> <p>"...as condições também não eram as melhores, foi..., eram apenas dois enfermeiros que trabalhavam e que tinham bastantes tarefas acumuladas." (E9)</p> <p>"Começou - se a criar uma unanimidade exigida mais ou menos na equipa, que em vez de serem dois passaram a ser três pessoas, duas para a sala e uma para o recobro o que já facilitava um pouco em termos de trabalho" (E9)</p> <p>"...os médicos depois recusavam - se a..., operar sem instrumentista, o que criou uma necessidade de haver sempre alguém com essa função" (E9)</p>

ÁREA TEMÁTICA - CONDIÇÕES E SITUAÇÕES DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DO HESE (6)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
RECURSOS	RECURSOS HUMANOS	<p>"...parece - me que já não, que..., que..., já não há tanta falta de pessoal" (E9)</p> <p>"...no turno da tarde e da noite era só uma enfermeira sem colega e sem auxiliar" (E10)</p> <p>"...em recursos humanos..., há serviços mais deficientes que outros" (E10)</p> <p>"...era a enfermeira que fazia tudo e não havia auxiliares" (E10)</p> <p>"...recursos humanos é assim..., há sempre necessidade de mais" (E11)</p> <p>"...os filhos estão doentes todos os dias falta gente" (E11)</p> <p>"...começámos duas enfermeiras a fazer turno..., portanto a assegurar os cuidados mínimos no Bloco e hoje estamos quatro" (E11)</p> <p>"...poderemos dizer que presentemente eu terei défice de 1 ou 2 enfermeiros" (E12)</p>
	RECURSOS MATERIAIS	<p>"...no serviço (...) havia muito pouca roupa" (E1)</p> <p>"...a maior dificuldade era material" (E1)</p> <p>"...tínhamos grandes dificuldades com o material também, porque...o material ... servia para não sei quantos doentes" (E1)</p> <p>"...os laringoscópios eram um para duas salas, os esfigmomanómetros era um para duas salas, os estetoscópios a mesma coisa" (E1)</p> <p>"...por enquanto, ainda não se sente muito a nível dos serviços" (E2)</p> <p>"Era assim..., estava habituada às fraldas descartáveis já há muito tempo..., quando eu cá cheguei era fraldas de pano ainda nos miúdos, fraldas de pano com..., os alfinetes, com as calças plásticas..." (E3)</p> <p>"Não havia ..., os dial - flows para controlar as gotas portanto era tudo...mais ou menos, a olhómetro..." (E4)</p> <p>"...o equipamento satisfaz, quer equipamento para tratamento, quer para diagnóstico, quer inclusivamente para reabilitação" (E7)</p> <p>"...somos talvez um dos serviços que tem..., os recursos materiais mais actuais que..., infelizmente poderiam ser mais utilizadas e não são, mas temos de facto recursos materiais..., bons e actualizados" (E8)</p> <p>"...em termos de recursos materiais, parece - me claro que não tive grandes carências" (E9)</p> <p>"...o problema deles..., são os recursos técnicos, porque eles têm muito pouco..., equipamento auxiliar" (E10)</p>

ÁREA TEMÁTICA – CONDIÇÕES E SITUAÇÕES DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DO HESE (7)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
RECURSOS	RECURSOS MATERIAIS	<p>“...os recursos materiais parece – me..., adequados a uma unidade de Medicina..., temos seringas, bombas, pronto..., temos todo esse equipamento” (E12)</p> <p>“...parece – me é que neste momento face à evolução técnica e científica..., começamos a ter necessidade maior no número de recursos que começam a ser neste momento insuficientes” (E12)</p>
	RECURSOS TÉCNICOS	<p>“...elevadores para ajudar a levantar os doentes, na altura, na medicina não existiam” (E2)</p> <p>“...também não havia carro de urgência...” (E3)</p> <p>“...também havia ..., falta de oxímetros, de monitores cardio – respiratórios” (E3)</p> <p>“Não havia um monitor cardíaco, não havia uma bomba infusora..., eu costumo dizer que..., fazia – se tudo à mão, era tudo feito à mão!” (E4)</p> <p>“Na UCPA, é a área mais carenciada que nós temos, muitas das vezes faltam monitores e nós temos que andar a transportar o monitor de uma sala para a UCPA e vice – versa” (E5)</p> <p>“Eu tenho..., um elevador para levantar os doentes e que..., facilitaria e evitaria muito..., alguns problemas que possam vir a acontecer que é muito..., frequente..., os enfermeiros terem hérnias discais” (E8)</p> <p>“Recursos técnicos até já estamos melhores do que estivemos aqui a alguns anos atrasados” (E11)</p> <p>“...no âmbito de uma unidade de Medicina que deveríamos ter um elevador para levantar os doentes..., mas o elevador não cabe nos quartos” (E12)</p> <p>“ Preocupámo – nos por exemplo, numa banheira que é..., possível deslocar..., até aos quartos dos doentes para..., proporcionar uns cuidados de higiene mais globais, em vez de fazer os cuidados de higiene na cama..., a banheira não cabe..., que é amovível e dá para transportar..., não cabe dentro do espaço” (E12)</p>
	RECURSOS FÍSICOS	<p>“... Vinham preencher as vagas todas do serviço e não só, os corredores, casas de banho, duas casas de banho que tínhamos cá em baixo com banheira onde os doentes tomavam banho, quando essas casas de banho não estavam ocupadas com camas” (E1)</p> <p>“Em termos físicos também é um serviço que condiciona muito porque tem um espaço físico muito pequeno” (E2)</p> <p>“Estamos todos muito..., muito próximos uns dos outros, médicos, auxiliares, pais, enfermeiros, nós não temos um bocadinho de privacidade, nem uma casa de banho temos para nós” (E2)</p> <p>“...camas atravessadas, camas de toda a maneira e feito, o que interessava era encher” (E4)</p> <p>“...o nosso calcanhar de Aquiles neste momento ali, é..., o espaço físico que é muito, muito, muito, muito reduzido” (E4)</p>

ÁREA TEMÁTICA - CONDIÇÕES E SITUAÇÕES DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DO HESE (8)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
RECURSOS	RECURSOS FÍSICOS	<p>“...talvez a estrutura física..., fosse já um bocadinho melhor..., porque não tinha..., aquele edifício de rés - do - chão e primeiro andar” (E8)</p> <p>“...já estivemos bastante mal, quando a medicina era ..., nas anteriores instalações, neste momento não” (E8)</p> <p>“Primeiro as condições físicas mesmo do local de trabalho não eram as melhores...” (E9)</p> <p>“...era um hospital de campanha era só o tecto e divisórias de madeira ..., não havia casa - de - banho capazes, não havia absolutamente nada” (E10)</p> <p>“...na anterior unidade de cuidados que eu estava que era a ..., um serviço de Medicina..., a estrutura toda ela estava desajustada, desorganizada..., velha e portanto, não havia condições para a prestação de cuidados por mais..., preocupação e empenhamento que houvesse” (E12)</p> <p>“...actualmente..., portanto a estrutura está desajustada embora seja francamente melhor face à anterior” (E12)</p>

ÁREA TEMÁTICA - CONDIÇÕES E SITUAÇÕES DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DO HESE (9)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
RECURSOS	ESTRATÉGIAS ADOPTADAS	<p>1 - Pelo pessoal de enfermagem</p> <p>“Houve uma altura em que, em que teve de ser solicitado ao director (que não era director era supervisor), haaa... teve que ser solicitado para a colocação de pessoal pelo menos por empréstimo de outros serviços...” (E1)</p> <p>“as seringas eram lavadas e fervidas, na altura eram fervidas, e as agulhas também, eram desobstruídas por nós, tentávamos desobstruir as que estivessem obstruídas, eram lavadas, eram limadas por nós” (E1)</p> <p>“Dos recursos humanos não é, tanto que não é que a chefe é cartas e cartas, e cartas e cartas e cartas atrás umas das outras e..., e nós a assinarmos todas e não sei quê, que não queremos estar sozinhas, que não podemos estar sozinhas” (E4)</p> <p>“Não há pessoal, e portanto..., olha tinha - se que trabalhar à tarefa!” (E8)</p> <p>“...nós improvisávamos muito e conseguíamos fazer alguma coisa” (E10)</p> <p>“...criávamos coisas fantásticas para criar condições de trabalho” (E10)</p>
		<p>2- Pela instituição</p> <p>“...o primeiro serviço realmente foi o infecto, a ter material descartável” (E1)</p> <p>“...as pessoas ficaram com horário acrescido para taparem esses, esses buracos dessa falta de enfermeiros.” (E1)</p> <p>“...até agora ninguém tem feito nada.” (E4)</p> <p>“...horas extraordinárias muito esporadicamente...” (E4)</p> <p>“... , poucas horas extraordinárias.” (E4)</p> <p>“...no fundo temos admitido pessoal, sempre que ele está disponível..., deitamos mão dos horários acrescidos... de trabalho extraordinário” (E7)</p> <p>“...compensou -se a..., a falta de recursos humanos com..., o horário acrescido” (E8)</p> <p>“...o horário acrescido mais horas extraordinárias para colmatar a falta de pessoal” (E9)</p> <p>““Mas cada vez mais sentimos a pressão..., de justificar..., chegamos a justificar duas, três e quatro vezes..., as horas extraordinárias de um enfermeiro” (E12)</p>

ÁREA TEMÁTICA - CONDIÇÕES E SITUAÇÕES DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DO HESE (10)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
METODOLOGIA UTILIZADA	PLANEAMENTO DAS ACTIVIDADES	<p>"...nessa altura não havia... essas divisões, trabalhávamos em conjunto, tanto de manhã como de tarde como de noite." (E1)</p> <p>"...a enfermeira que passasse visita, com o médico, o responsável do serviço - a chefe, ou na ausência dela, haaa... as enfermeiras mais velhas faziam a visita sobretudo nos turnos da tarde, durante a noite se... se necessário ir lá o médico para uma emergência" (E1)</p> <p>"...as actividades eram ...feitas não por plano" (E1)</p> <p>"Temos um plano em que é atribuída funções às enfermeiras nesta sala, naquela e na outra, dividido por cinco salas mais o recobro." (E1)</p> <p>"...uma estava de medicação e a outra estava de medicamentos e depois ajudávamos mutuamente..." (E4)</p> <p>"...obrigaram as pessoas que não tinham horário acrescido a terem horário acrescido para poderem dar... resposta aos tempos operatórios" (E5)</p> <p>"...o enfermeiro que está de responsável de turno também tem doentes a cargo dele." (E6)</p> <p>"...em 1974 até 1980 nós tínhamos uma distribuição de trabalho por tarefas: um enfermeiro fazia..., fazia injectáveis, outro fazia higiene, outro fazia registos, outro fazia outra coisa qualquer, "especializava -se" nesse..., nessa área, mas perdia aquela visão global do doente, e sobretudo a relação directa sobre o próprio doente." (E7)</p> <p>"...utilização do método individual ou do método por enfermeiro responsável, por força do sistema de classificação de doentes que a aproximação do enfermeiro aquele doente faz - se muito mais facilmente do que se fazia antigamente" (E7)</p> <p>"...a própria metodologia de processo de enfermagem, metodologia científica no observar, planear e executar e avaliar está mais presente hoje nos enfermeiros do que estava ..., nos meus tempos." (E7)</p> <p>"não havia metodologia de trabalho nenhuma, portanto nós organizávamo - nos..., uma para..., a terapêutica..., e as outras dividiamo - nos..., por quartos tanto no rés - do - chão como no primeiro andar..., mas à tarefa claro!" (E8)</p> <p>"...nós tínhamos de fazer tudo, absolutamente tudo" (E10)</p> <p>"...quando comecei..., a trabalhar..., digamos que os enfermeiros..., faziam de tudo um pouco..., eram os enfermeiros que prestavam os cuidados de higiene aos doentes, eram os enfermeiros que alimentavam os doentes, eram os enfermeiros que mobilizavam os doentes, eram os enfermeiros que eram responsáveis pela eliminação em termos de dejeções, micções e não sei quê, eram os enfermeiros que faziam as camas, eram os enfermeiros que ..., preparavam a esterilização, eram os enfermeiros que faziam tudo e mais alguma coisa" (E12)</p>

ÁREA TEMÁTICA – CONDIÇÕES E SITUAÇÕES DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DO HESE (11)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
METODOLOGIA UTILIZADA	INTEGRAÇÃO NO SERVIÇO	<p>“...tínhamos que aprender por nós próprios ... vendo o que é que os outros faziam” (E1)</p> <p>“...uma semana só a fazer manhãs, comecei logo a fazer tardes e velas...como tal tinha que...exigir de mim própria um esforço maior, fazendo cábulas daquilo que ia vendo, daquilo que ia fazendo para que realmente não me esquecesse” (E1)</p> <p>“...um tempo de..., adaptação ao serviço deveria ser pelo menos quatro meses..., colocaram - se lá várias pessoas só com uma função..., sem fazer integração..., se calhar também foi isso que levou a que as pessoas ficassem mais individualistas e a fazerem só o seu trabalho e a não fazerem o dos outros” (E9)</p> <p>“...mete - se pessoal para desenrascar, não se formam as pessoas em condições” (E9)</p> <p>“...fundamental porque um elemento quer acabe o curso quer mude de serviço mesmo com alguns anos de serviço” (E10)</p> <p>“...há...pessoas que passado muito pouco tempo de acabar o curso já estão sozinhas..., é um risco..., muito grande..., não só para eles como para os doentes bem como para a instituição” (E10)</p> <p>“...Se há pessoas que estão mais motivadas para a profissão e se integram se calhar mais facilmente e até tem o seu próprio temperamento e que sabem ultrapassar dificuldades que lhe surjam... há outros que não, ou..., pela sua maneira de ser já têm maior dificuldade, ou porque é um serviço onde não gostam de estar” (E10)</p> <p>“Quando a gente entrava tinha de ver o serviço, o lugar onde estavam as coisas que iam ser utilizadas e..., daí para a frente cada um trabalhava com sabia fazer “ (E11)</p> <p>“...na altura em que se fizeram protocolos da integração dos novos elementos haaa...cuidava - se mais da entrada dos enfermeiros” (E11)</p> <p>“...para se poder integrar nas várias especialidades tem que estar supranumerário, e não estão. Como não há elementos no serviço, não estão” (E11)</p> <p>“...plano de integração contempla inúmeras actividades” (E12)</p> <p>“...relativamente à integração dos enfermeiros e enfermeiros graduados, relativamente à integração dos enfermeiros especialistas e dos enfermeiros chefes não existe integração” (E12)</p> <p>“...nós como chefes..., temos a preocupação e estamos preocupados com, a integração dos enfermeiros, ninguém se preocupa a nível da estrutura organizacional, com a integração dos enfermeiros chefes e dos enfermeiros especialistas nas unidades” (E12)</p>

ÁREA TEMÁTICA - CONDIÇÕES E SITUAÇÕES DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DO HESE (12)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
METODOLOGIA UTILIZADA	HORÁRIOS	<p>"Os horários eram diferentes, na altura... já não me recordo bem mas ... não... não me recordo, neste momento nós fazemos 140 horas, na altura, tínhamos uma saída ao meio - dia e uma folga, era o horário que existia na altura." (E1)</p> <p>"...nem toda a gente está contente com o horário, as pessoas exigem muito hoje." (E1")</p> <p>"...foi tirado o horário acrescido a algumas pessoas e ficaram outras" (E1)</p> <p>"...o horário está muito desajustado, porque saem umas às quatro e meia, outras às três." (E1)</p> <p>"...o horário não tem um seguimento..." (E1)</p> <p>"O horário, não é muito uniforme, ... há uma grande disparidade nos horários, na forma como o horário está feito e as coisas acabam por ser desiguais." (E1)</p> <p>"...há pessoas que só fazem manhãs por interesse, há outras que é o serviço que lhes exige que só façam manhãs." (E1)</p> <p>"...tem que haver uma coordenação no horário!" (E1)</p> <p>"...agora como o caso em que estão pessoas a fazerem horário acrescido e outras não." (E1)</p> <p>"Ou haveria horário acrescido para todos, ou não havia para ninguém." (E1)</p> <p>"...recorria-se muitas vezes a horas extraordinárias, não nos era permitido fazer horário acrescido, porque não nos era concedido." (E2)</p> <p>"Fazíamos 35 horas, mais horas extraordinárias, que poderiam ser nos descansos para a noite, ficarmos sem folga..., normalmente fazíamos duas noites seguidas, ao fim de um mês isso dava oito noites por mês, o que é muito cansativo!" (E2)</p> <p>"Só a chefe e eu é que estamos de horário fixo" (E3)</p> <p>"É o horário de roulement, é das 8 às 16:30, das 16:30 às 24:30 e da meia-noite Às 8:30." (E3)</p> <p>"Não, horário acrescido não! E horas extraordinárias..., só eram autorizadas..., com conhecimento do enfermeiro director antecipadamente" (E3)</p> <p>"Normalmente é as duas manhãs, uma tarde e uma noite." (E4)</p> <p>"...recentemente tive horário acrescido, ou seja tive horário acrescido durante nove meses" (E5)</p> <p>"a equipa anda completamente sub carregada não é? Passam o tempo a fazer horas extraordinárias, estão sempre lá não têm vida pessoal" (E5)</p> <p>"...uns têm... horário acrescido, ou seja 42 horas por semana e outros têm horário completo, o que gera uma certa confusão" (E5)</p>

ÁREA TEMÁTICA - CONDIÇÕES E SITUAÇÕES DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DO HESE (13)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
METODOLOGIA UTILIZADA	HORÁRIOS	<p>"...os enfermeiros trabalhavam 48 horas por semana, tinham uma folga semanal o resto era distribuído em manhãs, tardes, noites e por aí fora - Turnos de oito horas, como temos hoje, 8 - 16/ 16 - 24 e 0 - 8 horas" (E7)</p> <p>"...aparece uma redução de horário para 42 horas, e depois para 40, assim sucessivamente após uma greve dos enfermeiros, então vem a redução para 40 horas, e criaram - se aqui algumas condições melhores em termos de horário de trabalho para os enfermeiros" (E7)</p> <p>"Actualmente, estamos com 35 horas, o que equivale a dizer que na distribuição..., destas horas pelos turnos de trabalho de dia e por semana, o enfermeiro trabalha em média ..., quatro dias por semana haaa..., nalguma semanas poderá eventualmente trabalhar cinco dias por semana para fazer o compute das 35 horas." (E7)</p> <p>"...observando alguns critérios: não deixando fazer dois turnos seguidos, ...e fazendo com que na elaboração dos horários a situação, exista pelo menos dezasseis horas de intervalo de um turno e outro para haver recuperação de energias, portanto isto é facilitador de facto de melhores condições de trabalho dos enfermeiros" (E7)</p> <p>"...fazíamos..., praticamente o horário de 42 horas..., duas manhãs, duas tardes e duas noites, e era esse o roulement praticado, não havia a diferenciação que existe agora do horário de 42 horas, para o horário de 35" (E8)</p> <p>"...não havia..., uma definição de horários, não se respeitava a rotatividade" (E9)</p> <p>"Enquanto lá estive eu preferi fazer horários fixos porque tinha os miúdos" (E10)</p> <p>"...duas manhãs..., que eram das oito às dezasseis, depois duas tardes que eram das dezasseis às vinte e quatro e duas noites que eram das vinte e quatro às zero" (E10)</p> <p>"O horário da manhã é escolar aquilo..., é didáctico, aprende - se muito no horário da manhã" (E10)</p> <p>"...é mais a chefe de serviço que faculta os horários..., adaptando os horários às necessidades das pessoas" (E11)</p> <p>"Portanto ele tentou adaptar o nosso horário às exigências da equipa médica, não às necessidades do serviço" (E11)</p> <p>"...na área da prestação de cuidados..., fazendo 35 horas semanais, ou seja 140 horas mensais" (E12)</p> <p>"...só houve um período em que fiz..., um regime de horário acrescido, foi enquanto fui..., auditor interno do sistema de classificação de doentes" (E12)</p> <p>"...outra condição é que nenhum enfermeiro pode fazer de Segunda a Domingo mais do que duas noites" (E12)</p> <p>"Nunca nenhum enfermeiro fez dois turnos seguidos, embora isso seja uma prática e uma visão minha porque sei que em algumas unidades deste hospital estão autorizados a fazer tarde e noite, manhã e tarde" (E12)</p>

ÁREA TEMÁTICA - CONDIÇÕES E SITUAÇÕES DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DO HESE (14)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
TRANSFERÊNCIA DE SERVIÇO	MOTIVO	<p>"...na altura porque, começou ...a entrar pessoal mais novo, começaram a sair as pessoas ...da minha idade" (E1)</p> <p>"...porque depois eu comecei a ter problemas alérgicos" (E1)</p> <p>"...acabaria por pedir transferência mais tarde." (E1)</p> <p>"Agora, ... o enfermeiro director ..., aceita os pedidos de transferência com mais facilidade" (E1)</p> <p>"O enfermeiro director resolvia que aquela enfermeira X iria para um serviço Y, e assim era, não havia reclamações" (E1)</p> <p>"...pediam transferência de serviço já a pensar...em curriculum." (E1)</p> <p>"...não se adaptam ao serviço" (E1)</p> <p>"...ou pelas relações pessoais..." (E1)</p> <p>"...para fazer curriculum e mais nada" (E1)</p> <p>"...as pessoas pensam duas vezes e começam-se a saturar, e começam-se a faltar e desejosas de se irem embora...do serviço." (E1)</p> <p>"Ao fim de três anos de trabalhar na medicina, achei que profissionalmente já não me satisfazia, que já tinha aprendido muita coisa na medicina, mas que naquele momento estava... um pouco estagnada." (E2)</p> <p>"Quería outras coisas, queria aprender mais, pedi então transferência para a urgência geral que me foi concedida." (E2)</p> <p>"Por motivos pessoais e de doença, tive que pedir transferência, porque já não aguentava a carga física da urgência geral, e então pedi transferência para a urgência de pediatria que ia abrir." (E2)</p> <p>"...sentia necessidade de aprender, outras técnicas, outras patologias, outros conhecimentos." (E2)</p> <p>"Neste momento já não estou na urgência de pediatria, estou na Neonatologia, não fui eu que pedi transferência, mas por motivos de saúde, também, tive de deixar de fazer noites, estive grávida e como o meu serviço já não comportava mais um elemento sem fazer noites, o director transferiu - me para a Neonatologia" (E2)</p> <p>"...eu tinha pedido transferência..., para Évora, porque..., uma vez que sou filha única estava muito longe dos pais" (E3)</p> <p>"As pessoas mais velhas acomodam - se..., preferem não falar no assunto porque têm medo de sair do Bloco" (E5)</p> <p>"Entre na Universidade para o curso de gestão e então não seria compatível estar..., uma vez que não havia pós - laboral, estar a trabalhar em Santa Maria e vir às aulas a Évora" (E5)</p> <p>"...pedi transferência para a medicina porque achei a obstetrícia que não me proporcionava experiências que eu tinha necessidade de ter como enfermeira saída da escola à pouco tempo" (E6)</p> <p>"...estive 5 anos no Bloco..., por problemas de saúde pedi transferência e estive 6 anos na diálise..., que também por problemas de saúde pedi agora para vir para aqui, eu estou aqui à poucos meses." (E6)</p>

ÁREA TEMÁTICA - CONDIÇÕES E SITUAÇÕES DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DO HESE (15)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
TRANSFERÊNCIA DE SERVIÇO	MOTIVO	<p>"...precisavam de uma enfermeira para a maternidade e na altura a enfermeira supervisora ou..., penso que era assim..., fez uma reunião e disse que uma de nós teria que se oferecer." (E8)</p> <p>"...castigo" (E9)</p> <p>"...como o meu marido acabou o curso e optámos por vir para a província" (E10)</p> <p>"...para darmos um bocadinho mais de condições aos miúdos" (E10)</p> <p>"...decidiram mudar - me o horário e eu como não podia ter outro horário, a minha vida não ..., permitia mudei para o Centro de saúde" (E10)</p> <p>"Como por lá não havia muitas hipóteses de me criarem a vaga de especialista, que eu já era, e aqui..., disseram que até convinha porque queriam criar o Serviço de Saúde Ocupacional, eu voltei para o hospital" (E10).</p> <p>"...serviço militar obrigatório" (E12)</p> <p>"...fui transferido por convite" (E12)</p> <p>"Posteriormente fiz concurso para enfermeiro chefe..., e depois fui colocado na Medicina" (E12)</p>
	FREQUÊNCIA	<p>"Agora poucas pessoas pedem transferência, raramente..." (E1)</p> <p>"...as pessoas mais novas que estão lá à pouquíssimo tempo pedem transferência, mas o enfermeiro Director não dá transferências a ninguém!" (E5)</p>

ÁREA TEMÁTICA - CONDIÇÕES E SITUAÇÕES DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DO HESE (16)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
CUIDADOS PRESTADOS	HIGIENE E CONFORTO	<p>"Fazíamos as higiènes de manhã" (E1)</p> <p>"...começávamos por exemplo a fazer as higiènes"(E1).</p> <p>"...banhos dados, tínhamos que fazer..., as higiènes todas à saída de vela" (E10)</p>
	COLHEITA DE ESPÉCIMES PARA ANÁLISES	<p>"...fazíamos a colheita... as colheitas e análises, eram feitas por nós pessoal de enfermagem, a enfermeira da vela" (E1)</p> <p>"As enfermeiras da vela, é que faziam as colheitas de sangue, as colheitas de expectoração, que tínhamos muitas" (E1)</p> <p>"... as colheitas de... fezes, para análises que tínhamos também bastantes" (E1)</p>
	ALIMENTAÇÃO	<p>"Distribuíamos nós a alimentação aos doentes" (E1)</p> <p>"A distribuição da alimentação era feita por nós como já disse, e depois administrávamos aos doentes que não... que não conseguiam comer sozinhos" (E1)</p>
	TERAPÊUTICA	<p>"...medicação, soros muitos soros, tínhamos sempre muitos soros" (E1)</p> <p>"...preparávamos tudo..., soros, injectáveis, comprimidos - os per - os, era tudo preparado..."(E1)</p>
	OUTROS CUIDADOS	<p>"...algaliações."(E1)</p> <p>"...o enfermeiro, por exemplo que está na UCPA, tem que ser ele constantemente a repor a UCPA" (E5)</p> <p>"...pensos feitos" (E10)</p> <p>"...preparações para operar..., preparações para exames" (E10)</p> <p>"Abrimos..., um processo para cada funcionário atendendo..., ao grupo profissional, depois fazemos..., as provas biométricas, fazemos o electrocardiograma, colhemos sangue e urina para análise, enviamos..., nós temos tudo codificado" (E10)</p> <p>"...fazemos electrocardiograma, teste da visão, actualização do plano vacinal e depois..., pronto o acompanhamento dos acidentes de trabalho e a caracterização dos acidentes de trabalho..., o acompanhamento das consultas e de..., exames periódicos e de exames ocasionais sempre que as pessoas precisam de nós" (E10)</p> <p>"...o material para arrumar, temos os inventários para fazer, temos as caixas para arrumar" (E11)</p>

ÁREA TEMÁTICA - CONDIÇÕES E SITUAÇÕES DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DO HESE (17)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
REGISTOS	DE ENFERMAGEM	<p>"A nível de registos não... não me recordo" (E1)</p> <p>"...não tínhamos folhas de registos de enfermagem" (E1)</p> <p>"Só mais tarde me recordo de termos a folha de registos de enfermagem, onde registávamos o básico, aqueles pontos mais essenciais que se passasse com cada doente, aquelas coisas mais importantes para na visita médica" (E1)</p> <p>"...preocupam-se muito, não sei porquê mas talvez isso lhe seja inculcado, ...pelos registos" (E1)</p> <p>"...em Agosto de 1974, os registos que o pessoal de enfermagem fazia eram feitos num livro à parte" (E7),</p> <p>"E só por volta de 1978/79..., se começou a utilizar..., as folhas de enfermagem para o registo de ocorrências" (E7)</p> <p>"Hoje, a ocorrência é individual, feita por turno e digamos que..., atendendo sobretudo às actividades de enfermagem que estavam planeadas, aquelas que foram executadas e sobretudo a avaliação dos efeitos..., dessa execução de cuidados" (E7)</p> <p>"...nos gabinetes de enfermagem se for a partir da duas e tal, está tudo agarrado aos processos que há uma grande preocupação com os registos" (E10)</p>
	TERAPÊUTICOS	<p>"...tínhamos a folha de terapêutica, e como existe neste momento, deixávamos..., pronto registávamos a medicação toda para comprovar como se tinha efectuado aquela administração" (E1)</p>
	PROCESSO CLÍNICO INDIVIDUAL	<p>"e ... quererem consultar o processo e verem a folha de enfermagem, o que se passou realmente com aquele doente, haaa... de mais importante..." (E1)</p> <p>"...em Agosto de 1974..., não tínhamos acesso ainda ao processo clínico" (E7)</p> <p>"E só por volta de 1978/79, se começou então a utilizar o processo clínico" (E7)</p>

ÁREA TEMÁTICA – CONDIÇÕES E SITUAÇÕES DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DO HESE (18)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
PLURIEMPREGO	CAUSAS	<p>“...neste momento há uma grande diversidade onde as pessoas podem ter mais umas horas extras para trabalhar fora das horas normais... de serviço!” (E1)</p> <p>“Hoje penso que as pessoas pensam um bocado mais nelas, pensam um bocado mais no dinheiro, talvez porque hoje há um maior consumismo” (E1)</p> <p>“Eu desde que comecei a trabalhar que trabalhei em duplo” (E2)</p> <p>“Quando nós começamos a trabalhar queremos sempre ganhar mais algum dinheiro, principalmente se não somos casadas, se não temos filhos, se não temos outras...outra prisão entre aspas, se não temos uma família a quem dar resposta, acabamos por ter mais tempo livre, e começa a trabalhar num sítio em part – time e isso acaba por ser viciante” (E2)</p> <p>“...fazem isso por necessidades económicas” (E6)</p> <p>“...o jovem, porque acabou o curso, porque está numa fase de formação de família, porque tem ambições em mudar de carro, em construir casa e por aí fora..., quer dizer a grande motivação dele é efectivamente o dinheiro” (E7)</p> <p>“...a sociedade hoje está assim e as pessoas procuram ganhar muito dinheiro e muito rápido..., e portanto trabalham..., não só no hospital, mas imediatamente assim que saem das escolas procuram outros campos de trabalho, na privada” (E8)</p> <p>“...o que é importante é rapidamente comprar uma casa e rapidamente comprar um carro, é..., ter uma vida desafogada” (E8)</p> <p>“...fazem isso para ganharem um pouco mais de dinheiro” (E9)</p> <p>“...as pessoas querem ter uma..., um nível de vida elevado, e para isso têm que ter mais do que um... emprego” (E9)</p>
	VANTAGENS	

ÁREA TEMÁTICA - CONDIÇÕES E SITUAÇÕES DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DO HESE (19)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
PLURIEMPREGO	DESVANTAGENS	<p>"Trabalhar em dois sítios é muito cansativo, o stress aumenta, o cansaço aumenta, quando vais fazer principalmente as noites que é uma coisa..., vais mais irritada" (E2)</p> <p>"...o dinheiro que ganhas a mais não compensa o tempo que não estás em casa" (E2)</p> <p>"...as que trabalham em duplo..., tem já uma certa tendência para serem conflituosas e uma certa tendência para se irritarem, nota-se quando estão mais cansadas" (E2)</p> <p>"...estás cansada e acabas por descurar de certos aspectos que poderão levar a acidentes, que se tiveres menos cansada tens mais atenção e prevines" (E2)</p> <p>"...depois têm aqueles part - times todos e ainda mais cansados andam" (E5)</p> <p>"...As pessoas quando vão para o part - time..., nesse trabalho dão o máximo deles, todos os dias..., e depois aqui no hospital encostam - se aos outros" (E6).</p> <p>"Se eu em vez de ter essas 35 horas de trabalho, se eu tenho mais 18, mais 20, por aí a fora, com certeza que há aqui uma sobrecarga de trabalho" (E7)</p> <p>"...à partida as condições de trabalho pioram" (E7)</p> <p>"...a pessoa trabalha 8:30 horas dentro de um hospital, a seguir vai trabalhar para outro lado, ou sai de vela e vai trabalhar para outro lado, não tem a mesma atenção, as mesmas condições psicológicas" (E8)</p> <p>"...claro que às vezes se nota que..., o enfermeiro não está totalmente disponível, está cansado, está exausto" (E8)</p> <p>"...esquecem - se de toda a sua vida, da qualidade de vida que deveriam ter e que não têm" (E9)</p> <p>"..., exige uma sobrecarga horária e sobrecarga física às pessoas" (E10)</p> <p>"...há coisas que não se pagam, não têm preço que é o excesso de trabalho, o excesso de horas" (E10)</p> <p>"...a fadiga ocupacional também provoca a fadiga..., emocional, e se anda cansada não anda com vontade de conversar..., anda irritada, anda cansada tem todos..., aqueles problemas que são inerentes a uma fadiga ocupacional, e..., para além das doenças físicas..., andam com depressões, falta de atenção, isso também inclusive são factores de risco de acidentes de trabalho e de doenças profissionais" (E10)</p> <p>"...chegarem aqui depois da hora, abalarem daqui antes da hora, haaa..., etc..., etc..., etc..., justificarem com um atestado médico quando estão a trabalhar num sítio A, B, C ou D, eu não concordo com isso e manifesto sempre o meu desagrado" (E12)</p> <p>"...pluriemprego afecta no caso das trocas e afecta algumas vezes, que eu já vi isso aqui..., que eu já tenho assistido, alguns enfermeiros mostram um cansaço físico que nota - se, vê - se" (E12)</p>

ÁREA TEMÁTICA - PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ENFERMEIROS DO HESE (1)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
IMPORTÂNCIA ATRIBUIDA	PROMOÇÃO/ PREVENÇÃO	<p>"...havia uma certa preocupação do pessoal de enfermagem." (E1)</p> <p>"A nossa preocupação na altura para não haver infecções cruzadas, e para nos protegermos também a nós, pessoal de enfermagem." (E1)</p> <p>"...mas mesmo assim não... não tivemos problemas de doenças cruzadas" (E1)</p> <p>"...tínhamos de ter bastante cuidado por causa das hepatites" (E1)</p> <p>"Não estamos muito informados! Não há, nem em relação a este serviço, nem se tem feito assim trabalhos muito relacionados com a promoção...." (E3)</p> <p>"...as pessoas estão descontentes, logo se estão descontentes logo não dão o rendimento que deveriam dar, não dão o rendimento que deveriam dar as coisas não funcionam como deveriam funcionar" (E4)</p> <p>"É um serviço com riscos..., é um serviço de urgência que ..., o nome diz isso tudo...." (E4)</p> <p>"...ter os cuidados..., agrupávamos os doentes mais ou menos por patologias..., os últimos eram os TP's, mas pronto tentávamos agrupar se havia meningites, se havia..., outro tipo de patologias" (E8)</p> <p>"...as pessoas têm muito cuidado com a história das picadas" (E8)</p> <p>"...qualquer coisinha corre - se imediatamente ao serviço de Medicina no Trabalho"(E8).</p> <p>"..., podia haver de facto mais cuidado e utilizarem mais os equipamentos que temos disponíveis para evitar todas essas coisas" (E8)</p> <p>"...havia..., uma percentagem muito elevada de poluição, por causa dos gases anestésicos, que depois traziam condicionantes à..., saúde das pessoas" (E9)</p> <p>"Uma maneira de promover a saúde é evitar riscos desnecessários" (E9)</p> <p>"...não estão ainda sensibilizados para o uso dos equipamentos, só usam quando sabem que as situações lhes podem trazer..., uma situação de risco agravada." (E9)</p> <p>"Em condições normais..., não pensam muito na sua saúde" (E9)</p> <p>"...não há também a motivação dos profissionais para..., se defenderem contra problemas..., porque existem inúmeros problemas decorrentes de posicionamentos incorrectos..., levantes desajustados dos doentes..., hérnias discais e N situações que ocorrem que os enfermeiros..., só valorizam quando acontece a ele em concreto, porque quando acontece aos outros, é aos outros" (E12)</p> <p>"umas vezes por aspectos estruturais e outras vezes por aspectos de mentalização e consciencialização acabam por não formalizar grandemente essas situações e acabam por se expor..., excessivamente..., ao acidente e ao incidente" (E12)</p>

ÁREA TEMÁTICA - PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ENFERMEIROS DO HESE (2)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
IMPORTÂNCIA ATRIBUIDA	FORMAÇÃO	<p>"...não se fazia formação em serviço" (E1)</p> <p>"Concordo que se faça formação em serviço, mas desde que ela... seja útil." (E1).</p> <p>"...fazer formação, por se fazer formação..." (E1)</p> <p>"...hoje em dia a formação ajuda muito o pessoal." (E1)</p> <p>"...há uma preocupação muito grande ... as pessoas têm que fazer curriculum (E1)</p> <p>"...as pessoas não estão... muito motivadas..." (E1)</p> <p>"...aquilo que se aprendeu..., não tem valor, acaba por não ter valor." (E1)</p> <p>"...não dizia só respeito ao bloco, eram vários assuntos tratados (E1)</p> <p>"...vai-nos ensinar, e vai-nos lembrar, sobretudo... as coisas que nós fazemos" (E1)</p> <p>"... a nível de carreira...agora, estamos na fase da formação ..., do complemento" (E1)</p> <p>"...as pessoas estão a concorrer e estão a ir..., não sei se para melhorar a qualidade ..." (E1)</p> <p>"Neste momento acho que se faz muita formação com o objectivo de fazer currículo, principalmente os elementos mais novos, os elementos que têm o curso há três, quatro, cinco anos, querem fazer muita formação..." (E2)</p> <p>"Elementos com, por exemplo 20 anos de carreira..., já não lhes interessa a formação em serviço, fazem porque o chefe pede para fazer, eles não têm incentivo" (E2)</p> <p>"Os mais novos, neste momento o que eu noto..., é aquela ânsia de fazer formação com o objectivo de tirar uma especialidade, de conseguir ter um cargo melhor, de conseguir subir na carreira" (E2)</p> <p>"...notei que a formação em serviço funcionava, pelo menos ..., no meu serviço, na pediatria sempre funcionou a formação em serviço" (E3)</p> <p>"Eu não sei se as pessoas não sentem necessidade, mas..., como estão sempre com...o horário sub carregado, como as pessoas estão sempre cansadas, fazem ..., não são obrigadas, não é?" (E3)</p> <p>"As pessoas fazem! Mas até fazerem os trabalhos andam sempre "agora ainda temos que reunir, agora ainda cá temos de vir a propósito" - não é assim uma coisa..., espontânea. É tipo uma obrigação mesmo, apesar de..., fazerem sempre os trabalhos..." (E3)</p> <p>"...com oito anos, à beira da reforma ..., não me sinto minimamente motivada para..., fazer o complemento" (E4)</p>

ÁREA TEMÁTICA - PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ENFERMEIROS DO HESE (3)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
<p>IMPORTÂNCIA ATRIBUIDA</p>	<p>FORMAÇÃO</p>	<p>"As pessoas neste momento fazem formação para currículo, porque são obrigadas a fazer." (E4) "...depois acaba por ser um bocado levada e..., nas mais velhas não se nota tanto, agora na..., no pessoal mais novo isso é..., não tem explicação." (E4) "...é o currículo e é a parte que também tem interesse..., para o serviço, para o conhecimento das pessoas" (E4) "...complemento eu ainda não consegui perceber muito bem qual é que é a finalidade dele." (E5) "...há X de horas que o hospital dá para as pessoas fazerem formação em serviço, e os chefes à partida se querem as pessoas motivadas teriam que dar essas horas" (E5) "A maior parte delas faz porque lhe é imposta..." (E5) "...não estão motivadas, e como não têm tempo para fazer, não fazem, a não ser que sejam obrigadas" (E5) "...deveria de ser feita periodicamente, e as pessoas deviam de estar motivadas" (E5) "A parte da enfermagem com gestão sempre dava para progredir nem que fosse na chefia, e aí conseguiria mudar alguma coisa nem que fosse na área da..., da enfermagem, não é?" (E5) "... para me equiparar a outros profissionais que estão já a sair já com o complemento..." (E6) "...as pessoas actualmente preocupam-se mais com a formação..., mas nem sempre é com a aquisição de conhecimentos, é mais para progredir" (E6) "...há pessoas que se inscrevem em cursos e formações e depois não põem lá os pés, ou vão lá duas ou três horas e depois estão - se baldando para o resto" (E6) "...os mais novos estão mais atentos à formação, os mais velhos não os vejo muito incentivados a formações" (E6) "há sempre motivação, sobretudo quando aparecem dados novos" (E7) "..., que se faça a revisão bibliográfica, que se estude que se façam as abordagens necessárias, que se discuta essa abordagem juntamente com os serviços, que a partir dessa discussão se seja capaz de centralizar numa norma, num procedimento ou num protocolo, e a partir daí começarmos então a ter práticas de acordo com a revisão bibliográfica que se fez" (E7)</p>

ÁREA TEMÁTICA - PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ENFERMEIROS DO HESE (4)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
IMPORTÂNCIA ATRIBUIDA	FORMAÇÃO	<p>"...o grande futuro relativamente à formação em serviço passa precisamente por esta área da..., investigação"(E7)</p> <p>"No dia em que os enfermeiros começarem a perceber que a produção de conhecimento científico é feita por eles com base na prática que eles têm no dia - a - dia, transforma essa prática em módulos diferentes de actuação, então a motivação aparece" (E7)</p> <p>"Tem que haver aqui um desprendimento dos enfermeiros no sentido do seu investimento, da sua capacidade de aprendizagem" (E7)</p> <p>"...quis estudar, porque achei que era realmente muito necessário" (E8)</p> <p>"...tudo aquilo que cada uma foi aprendendo trazia de bom para melhorar!" (E8)</p> <p>"...é importante que as pessoas tenham preocupação com a sua formação. Mas, que também..., não se esqueçam da opção que tiveram ou que fizeram na vida que foi ser enfermeiros." (E8)</p> <p>"...as pessoas fazem a especialidade no sentido porque lhes vai ..., servir de trampolim para a área da gestão" (E8)</p> <p>"...as pessoas faziam um bocado a formação porque eram obrigadas a fazer, porque na carreira está..., estipulado que se tem que fazer formação em serviço" (E9)</p> <p>"Não quer dizer que com isso que não se fosse aprendendo alguma coisa, e se calhar ficavam despertas para determinadas situações, mas..., raramente vi as pessoas fazerem formação de bom agrado" (E9)</p> <p>"Também há um empenhamento diferente desde que abriu ..., a parte dos complementos de formação..., noto que pelo menos durante esse período as pessoas se empenham um bocado mais a tentar fazer coisas novas em termos de formação, mas..., é sempre muito pouca gente assistir, assistem as pessoas que estão..., no turno naquele dia" (E9).</p> <p>"...a carreira de enfermagem mudou..., deu - se um crescimento a nível..., académico..., somos Licenciados, somos Mestrados, somos Doutorados" (E9)</p> <p>"...as pessoas estão a investir muito na formação, fazem trabalhos de investigação" (E10)</p> <p>"...na altura não se fazia formação nenhuma em serviço" (E11)</p> <p>"Mais como um objectivo de subir na carreira do que propriamente de obter..., grandes conhecimentos" (E11)</p> <p>"...as pessoas querem é o papel e se aprenderem aprenderam, e se não aprenderem também não faz mal nenhum" (E11).</p> <p>"Depois se aquilo é aplicado ou não no diariamente no doente para melhorar os cuidados cada vez mais, isso não tem grande interesse" (E11)</p> <p>"...os enfermeiros quando saem da escola..., preocupam - se em fazer formação e em estar presentes na formação, na formação em serviço e a fazerem formação contínua..., fora do hospital" (E12)</p>

ÁREA TEMÁTICA - PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ENFERMEIROS DO HESE (5)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
<p style="text-align: center;">IMPORTÂNCIA ATRIBUIDA</p>	<p style="text-align: center;">FORMAÇÃO</p>	<p>“...cada vez mais os enfermeiros..., se preocupam em fazer formação, mas numa perspectiva em que sejam predominantemente formadores. Ou seja, não estão tão preocupados em receber formação, querem é todos dar formação e tem a ver com sobretudo..., com os aspectos curriculares” (E12)</p> <p>“...cada vez mais as pessoas estão a trabalhar mais para o curriculum e estão menos preocupados com o seu próprio enriquecimento pessoal e profissional” (E12)</p> <p>“Pode ter participado na formação e não ter aprendido rigorosamente nada, não levar nada à prática..., mas o que interessa é que tem - se o papel em como se teve lá na formação uma hora, duas horas ou três horas” (E12)</p>

ÁREA TEMÁTICA - PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ENFERMEIROS DO HESE (6)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
MECANISMOS ADOPTADOS PELOS ENFERMEIROS	ATTITUDES E COMPORTAMENTOS	<p>"...mudar de bata, tínhamos uma bata de... tecido, haaa..., que usávamos sobre o nosso uniforme" (E1)</p> <p>"...era mudar de bata de quarto para quarto, lavarmos as mãos e desinfetarmos naquele desinfetante de quarto para quarto" (E1)</p> <p>"...um doente que tivesse alta e tivesse tido uma doença realmente contagiosa, (...) o quarto era desinfetado" (E1)</p> <p>"...era enfiado no buraco da fechadura, era tudo calafetado e tínhamos um fogão com um aparelho onde eram metidos as pastilhas e a água, aquilo entrava em ebulição e saía sobre pressão por um tubozinho, que vinha desse dito aparelho onde estava o formol" (E1)</p> <p>"...o quarto, estava em repouso 24 horas" (E1)</p> <p>"...quem abria a porta do quarto, tínhamos que abrir as janelas, porque aquilo é altamente tóxico" (E1)</p> <p>"...éramos nós, o pessoal de enfermagem" (E1)</p> <p>"...tínhamos que por uma fralda na boca e a tapar o nariz, porque os olhos choravam, o nariz pingava, para tentarmos abrir a janela que era difícil de abrir" (E1)</p> <p>"...as pessoas não estão muito..., estimuladas para isso ..., já tomam aquilo assim como tu cá, tu lá com as coisas todas..., com o RX, com aquilo tudo" (E11)</p> <p>"Portanto parece - me que os próprios enfermeiros é que não valorizam..., não se é por não terem a noção, se é porque estão habituados ao ambiente hospitalar, mas não valorizam a sua saúde, nem valorizam os riscos a que estão expostos de modo a se prevenirem e de modo a promoverem a sua própria saúde" (E12)</p> <p>"...um procedimento que está uniformizado é que um enfermeiro quando..., vai dar a injeção ao doente deve levar o seu contentor para colocar a agulha dos contaminados, se calhar contam - se pelos dedos das mãos o número de enfermeiros que faz isso" (E12)</p>
	UTILIZAÇÃO DE EPI'S	<p>"...o material como seringas, agulhas, (...) não era nada descartável" (E1)</p> <p>"...na sala onde eu trabalho há montes de tempo que eu não uso os aventais de chumbo..., a culpa é minha, os aventais estão lá só não os uso porque eu não quero" (E11)</p>

ÁREA TEMÁTICA - PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ENFERMEIROS DO HESE (7)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
MECANISMOS ADOPTADOS PELA INSTITUIÇÃO	MEDIDAS ORGANIZACIONAIS	<p>"...Nós tínhamos entre cada quarto, tínhamos um desinfetante que eu nesta altura não me recordo do nome..."(E1)</p> <p>"...havia um lavatório ao meio entre cada quarto..." (E1)</p> <p>"...dos lados havia um desinfetante, portanto... para, que ficava junto de cada porta dos quartos" (E1)</p> <p>"...usávamos formol (...) em ebulição e que aquilo saia sobre pressão" (E1)</p> <p>"...certa parte desses gases fica dentro da sala e ficamos nós a respirar isso..." (E1)</p> <p>"...o facto de terem aberto o serviço de medicina no trabalho" (E2)</p> <p>"...desde cá estou, que é em 1995, ..., só me apercebi ..., dessa preocupação agora quando foi criado o serviço no trabalho, da medicina no trabalho" (E3)</p> <p>"Acho que sim, ...nunca existiu, cada um fazia as análises, fazia exames, fazia as coisas conforme entendesse e à sua maneira e quem não quisesse fazer nunca fazia, e acho que isto agora..., eu acho que isto é uma medida boa."(E4)</p> <p>"...assim toda a gente é obrigada a fazer e se houver realmente problemas com alguém, são detectados, provavelmente ainda..., muito a tempo, acho que sim..., acho que...enquanto medida institucional..." (E4)</p> <p>"...nós teríamos que nos moldar aos horários dos médicos" (E5)</p> <p>"...abriu este espaço mais por obrigação, mas também penso que isto é uma mais valia para as pessoas" (E6)</p> <p>"...identificam o serviço como uma chatisse... têm que vir aqui e agora até os obrigam a fazer análises e a vir a consultas e eles nem sequer estão doentes" (E6)</p> <p>"...com a abertura do novo serviço dentro do hospital..., da Medicina do Trabalho"(E8)</p> <p>"...a implementação do serviço de saúde ocupacional..., foi uma preocupação em manter os bons níveis de saúde das pessoas" (E9)</p> <p>"...um empenhamento, neste momento..., em dar boas condições aos funcionários" (E9)</p> <p>"...dá apoio só no campo dos acidentes de trabalho, dá apoio após o acidente e já pode..., pode -se considerar uma percentagem em termos curativos" (E9)</p> <p>"...vigilância da saúde dos trabalhadores" (E10)</p> <p>"...serviço de saúde ocupacional que entrou à relativamente pouco tempo de um modo activo..., em acompanhar..., planeando análises, Rx..., exames médicos, Rx tórax" (E12)</p> <p>"...há um trabalho preocupado..., com a saúde dos funcionários" (E12)</p>

ÁREA TEMÁTICA - PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ENFERMEIROS DO HESE (8)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
MECANISMOS ADOPTADOS PELA INSTITUIÇÃO	FORNECIMENTO DE EPI'S	<p>"Não tínhamos máscaras na altura, nem existiam máscaras, era um dos problemas que nós tínhamos" (E1)</p> <p>"...o material como seringas, agulhas, (...) não era nada descartável" (E1)</p> <p>"...não tínhamos outras formas de... evitar esse contacto" (E1)</p> <p>"...exaustão de gases, e neste momento temos, é uma das coisas que melhorou muito no serviço" (E1)</p> <p>"...esses riscos são identificados" (E2)</p> <p>"...estive lá a falar com o médico, e ele disse-nos que..., que realmente nós como trabalhamos muito com crianças devíamos estar sempre sujeitas a um grande stress, e que no serviço deveria de haver algumas medidas..., alguma coisa para combater esse stress, mas não há nada!" (E2)</p> <p>"...a equipa grande que temos a trabalhar na sala de ortopedia, se todos exigíssemos vestir avental, e pôr protector da tiróide, não chegava para a equipa toda" (E11)</p> <p>"Não temos óculos" (E11)</p>

ÁREA TEMÁTICA - EXPECTATIVAS FUTURAS FACE À PROFISSÃO DE ENFERMAGEM (1)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
CENÁRIO FUTURO	PROFISSIONAIS	<p>"...para já há muita gente que...vai para a enfermagem porque não tem ..., outra saída profissional" (E1)</p> <p>"...na altura... não era aquilo que queriam, e acabam por gostar..." (E1)</p> <p>"...preocupam-se muito a subir na carreira, preocupam-se pouco com o doente" (E1)</p> <p>"...acabamos a licenciatura e não..., não vemos reconhecimento nenhum" (E2)</p> <p>"E não vale a pena gastar tanto dinheiro sem se saber se esse investimento vai ter resposta" (E2)</p> <p>"...há muita gente que entra para a enfermagem porque calhou a entrar para ali, isso é um erro muito grande" (E4)</p> <p>"...as pessoas estão cada vez mais viradas para os papéis..., para a escrita e cada vez o doente fica mais esquecido" (E4)</p> <p>"..., há muitas pessoas que ainda não se aperceberam da importância que o serviço tem para a promoção da saúde delas" (E6)</p> <p>"Se o grupo se acomodar..., a enfermagem tem tendência..., a diminuir." (E7)</p> <p>"Se calhar vamos ficar equiparados a outras empresas, deixamos de ter as regalias dos funcionários públicos" (E9)</p> <p>"Os enfermeiros vão ficar a coordenar equipas de técnicos, e os técnicos vão subir" (E9)</p> <p>"Daqui a pouco estamos em vias de extinção!" (E9)</p> <p>"...os enfermeiros novos que aqui vêm alguns vê - se que..., gostavam de fazer outra coisa" (E10)</p> <p>"A maior parte dos enfermeiros novos gostam do que fazem e dizem - nos aqui que gostam e que gostam do local onde trabalham..., há uma percentagem que se manifesta..., ou que gostava de trabalhar noutra cidade, noutro hospital, ou que estava não tão bem naquele serviço" (E10)</p> <p>"...não lhes agrada muito o que fazem ou que já estão a fazer outros cursos ao mesmo tempo" (E10)</p> <p>"Portanto não tiveram nota para entrar em outros cursos e recorreram à enfermagem onde lhes era exigida uma nota menor" (E10)</p> <p>"...vêm para o serviço por vir, só para cumprir horário" (E10)</p> <p>"...acham que por ser licenciadas, por serem Doutoradas..., mexerem numa arrastadeira, ou dar um banho a um doente ou lavar - lhe os órgãos genitais se calhar já não faz parte..., ou é humilhante para a sua qualidade, para a sua..., de Doutor" (E10)</p> <p>"...grande maioria dos enfermeiros hoje que se forma quer ser enfermeiro de secretária, não quer dar banho aos doentes, não quer pôr uma arrastadeira, não quer dar um copo de água a um doente que não sabe se tem dificuldades de deglutição ou não" (E11)</p>

ÁREA TEMÁTICA - EXPECTATIVAS FUTURAS FACE À PROFISSÃO DE ENFERMAGEM (2)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
CENÁRIO FUTURO	PROFISSIONAIS	<p>“...nós estávamos a tentar..., afirmarmos - nos como enfermeiros, como uma profissão independente como uma profissão com..., muito saber” (E11)</p> <p>“...o facto do curso de enfermagem também ter passado a um curso de licenciatura, as pessoas que saem, saem com uma perspectiva de igualdade relativamente a outros licenciados..., e menosprezam estas actividades que são actividades tão importantes quanto as outras e se calhar questionam” (E12)</p> <p>“...há uma necessidade de haver..., de..., de acabar com aquele sentimento que os enfermeiros têm que é: “Eu quero entrar no quadro para ter um lugar seguro”” (E12)</p> <p>“...as pessoas não conseguem estabelecer objectivos para a sua vida no médio e no longo prazo..., o que levam é uma insatisfação com tudo e com todos, porque as pessoas não estão satisfeitas nem com elas próprias” (E12)</p> <p>“Objectivo monetário, interessa é chegar ao topo da carreira” (E12)</p>

ÁREA TEMÁTICA - EXPECTATIVAS FUTURAS FACE À PROFISSÃO DE ENFERMAGEM (4)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
CENÁRIO FUTURO	COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO	<p>“O que mudou se calhar foi a nossa mentalidade, e nós porque somos isso já não queremos fazer determinadas tarefas” (E9)</p> <p>“...aprendi na escola de enfermagem que uma das coisas importantes e..., talvez a altura melhor para a observação de um doente era durante o banho” (E9)</p> <p>“...a culpa disso é dos nossos colegas mais novos que gostam de ser enfermeiros..., de secretária” (E11)</p>

ÁREA TEMÁTICA – EXPECTATIVAS FUTURAS FACE À PROFISSÃO DE ENFERMAGEM (5)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
CENÁRIO FUTURO	TRANSFERÊNCIA DE COMPETÊNCIAS	<p>"...pessoalmente penso que por aí se vai ganhar enfermeiros, se essas funções, forem direccionadas para... auxiliares de acção médica, que sejam preparadas para isso" (E1)</p> <p>"...há que haver muito cuidado naquilo que se vai passar para os auxiliares de acção médica" (E1)</p> <p>"...eles podem ser uma maior valia para os hospitais, em termos de ajuda ao pessoal de enfermagem..., mas nunca sozinhos!" (E1)</p> <p>"Em vez de estarem dois enfermeiros a fazerem uma higiene a um doente, podia estar uma enfermeira e uma auxiliar de acção médica..., na minha opinião penso que não seria por aí... que a enfermagem... perderia qualidades." (E1)</p> <p>"Agora depende, é da maneira como essas coisas vão ser feitas." (E1)</p> <p>"...é uma maneira de rentabilizar mais o pessoal de enfermagem para outras tarefas..." (E1)</p> <p>"Acho que a tendência do nosso país... É conter gastos e para se conter gastos..., tentam formar pessoal em que o ordenado seja um pouco mais baixo do que o do enfermeiro, mas terem à mesma o trabalho feito" (E2)</p> <p>"Para já as pessoas..., têm de ter uma formação específica, que a maioria das auxiliares não têm!" (E3)</p> <p>"...a higiene e conforto, tudo bem, mas sempre com supervisão de..., uma enfermeira" (E4)</p> <p>"...anda - se a formar enfermeiros a..., a fazer licenciaturas, a fazer..., e tão se a tirar coisas que eu acho que são essenciais para a enfermagem, nomeadamente a administração de medicamentos" (E4)</p> <p>"...o futuro que se aproxima ainda vai ser mais complicado, uma vez que se fala em tirar certas funções à par te da enfermagem e atribuir a..., a técnicas auxiliares de saúde e a técnicas auxiliares de saúde especializadas, e técnicas de saúde juniores" (E5)</p> <p>"...o futuro do bloco é dois enfermeiros por sala e três, mais uma auxiliar dessas dos cuidados de saúde que irá circular" (E5)</p> <p>"...os consumíveis poderiam ser repostos por elas." (E5)</p> <p>"...se elas tivessem outra formação, tudo bem, mas depois também há o sigilo profissional de tudo o que se passa" (E5)</p> <p>"...que eu acho bem, não acho! Porque..., nós temos uma preparação específica e..., temos de ser nós a desempenhar determinadas funções e que apesar de podermos delegar algumas das nossas funções há coisas que são próprias da enfermagem, que não se pode delegar a ninguém" (E6)</p> <p>"...as Sras. Auxiliares podem fazer, higiene simples, não é? Agora tudo quanto tenha pensos..., e que o estado do doente, ou as necessidades do doente..., sejam maiores, eu acho que deveria de ser a enfermeira a fazer essa higiene" (E6)</p>

ÁREA TEMÁTICA – EXPECTATIVAS FUTURAS FACE À PROFISSÃO DE ENFERMAGEM (6)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
CENÁRIO FUTURO	TRANSFERÊNCIA DE COMPETÊNCIAS	<p>“...as auxiliares que fazem as funções delas e não têm de estar despertas para uma série de problemas para que nós estamos!” (E6)</p> <p>“...tento combater isso..., e colocar os auxiliares no seu desempenho..., e os enfermeiros que..., tenham o cuidado de não passar aquilo que é deles” (E8)</p> <p>“A auxiliar serve para nos ajudar, para nos amparar, e não para nos substituir” (E8)</p> <p>“Ao longo do tempo as coisas foram melhorando e algumas das tarefas começou – se a ver que poderiam ser feitas pelas auxiliares, como por exemplo arrumar o material que vinha da esterilização” (E9)</p> <p>“Então as auxiliares começaram a fazer algumas tarefas, o que aliviou um bocado o trabalho dos enfermeiros” (E9)</p> <p>“E estamos a delega - las noutros profissionais, coisas que eu penso que nos competem a nós e que não o deveríamos fazer” (E9)</p> <p>“Neste momento o banho é dado pelas auxiliares, muita...coisa se perde” (E9)</p> <p>“...está a chegar a um nível tal que isto está a ficar completamente descontrolado, e depois ficam muito espantadas quando..., o governo decide arranjar os técnicos de... auxiliares, os nossos auxiliares já fazem tudo o que descrito que os técnicos irão fazer, portanto eu não me admiro. Mas a culpa disso tudo é dos enfermeiros, só dos enfermeiros!” (E9)</p> <p>“...não quem atende as campainhas, quem atende os problemas são os auxiliares de acção médica” (E10)</p> <p>“...hoje os enfermeiros já não dão banhos” (E10)</p> <p>“...não pode ser assim, a gente não pode delegar as actividades todas nas auxiliares” (E10)</p> <p>“...auxiliares de enfermagem que estão a prepara medicação” (E10)</p> <p>“...são auxiliares de acção médica haveria algumas tarefas que elas poderiam fazer dentro do Bloco..., sem estar directamente ligado ao doente” (E11)</p> <p>“...com o resto das tarefas que lhe querem dar, ou seja: posicionamento de doentes, fazer pensos, dar a medicação, não concordo de maneira nenhuma com isso” (E11)</p> <p>“...as auxiliares de acção médica e as empregadas da limpeza da Conforlimpa fazem coisas que não deveriam fazer.” (E11)</p> <p>“...a culpa disso é de muitos dos nossos colegas, porque têm medo de pôr a mão na massa” (E11)</p> <p>“...o próprio conteúdo funcional das auxiliares de acção médica encaminha para a cooperação e para a colaboração dos enfermeiros mas parece – me que elas..., só executam tarefas sob delegação dos enfermeiros” (E12)</p> <p>“... mas parece – me que os enfermeiros gostam muito de delegar..., ou gostam excessivamente de delegar” (E12)</p>

ÁREA TEMÁTICA - EXPECTATIVAS FUTURAS FACE À PROFISSÃO DE ENFERMAGEM (7)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
CENÁRIO FUTURO	TRANSFERÊNCIA DE COMPETÊNCIAS	<p>“...os enfermeiros abdicaram predominantemente da actividade de vida alimentação, porque neste momento a alimentação é predominantemente..., efectuada pelas auxiliares à excepção da alimentação por gavagem” (E12)</p> <p>“na própria actividade higiene, quando o doente requer de uma ajuda parcial..., o enfermeiro muitas das vezes delega na própria auxiliar..., a execução embora com a sua supervisão” (E12)</p> <p>“...dá - me ideia que..., estamos a abdicar excessivamente de actividades que são do nosso foro..., que são da nossa essência como profissão” (E12)</p>

ÁREA TEMÁTICA – EXPECTATIVAS FUTURAS FACE À PROFISSÃO DE ENFERMAGEM (8)

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
CENÁRIO FUTURO	INSTITUIÇÃO	<p>“...medo do futuro, em termos de carreira.” (E1)</p> <p>“...a instituição não incentiva muito as pessoas que querem ser enfermeiros, os enfermeiros que querem praticar enfermagem” (E1)</p> <p>“Incentiva pessoas que queiram subir na carreira, e incentiva pessoas que queiram tirar cursos, pós - graduação extra - carreira, que não tenha nada a ver com a carreira de delas...” (E1)</p> <p>“Tanto valor tem o profissional de enfermagem que se preocupa, em cumprir ..., as funções dele, como o que se balda” (E1)</p> <p>“Cada vez há menos pessoal a trabalhar nos serviços, a tendência é... reduzir pessoal” (E2)</p> <p>“Devia de haver uma terapia de grupo” (E3)</p> <p>“...falaram que os hospitais SA a nível monetários que iriam baixar os ordenados dos enfermeiros ..., e iam aumentar o número de horas, de trabalho” (E3)</p> <p>“Fala-se muito em qualidade, mas faz-se pouco, porque ..., no sistema SA, eles têm mais em vista, ...o lucro do que a prestação de cuidados em si” (E3).</p> <p>“...é importante fazer a gestão..., dos recursos, é muito importante, só que omeletas sem ovos nunca se viu ninguém a conseguir fazer” (E3)</p> <p>“...daqui a uns anos vá lá, rodeada de técnicos não sei quais serão as competências deles” (E5)</p> <p>“A visão superior..., podia fazer mais alguma coisinha que também não se faz” (E6)</p> <p>“...o modelo da administração pública que temos é um modelo esgotado” (E7)</p> <p>“...não é necessário ter um licenciado para prestar cuidados de enfermagem gerais, para fazer..., os cuidados de higiene, para fazer os cuidados de alimentação básicos, a gente com qualquer um..., que economicamente..., é melhor para nós (E7)</p> <p>“...isolar os campos de actuação dos enfermeiros” (E7)</p> <p>“...em termos de gestão o que se pretende é aumentar a produtividade a todo o custo, independentemente do que se faz” (E9)</p> <p>“...o que interessa é os lucros, interessando os lucros interessa ter o mesmo trabalho a melhor preço” (E9)</p> <p>“...se a pessoa não cumpre vai - se embora” (E10)</p> <p>“...uma cultura, há um clima organizacional, há uma forma de ser e de estar na profissão” (E12)</p> <p>“Aparece o paradigma quantitativo em detrimento do qualitativo” (E12)</p>