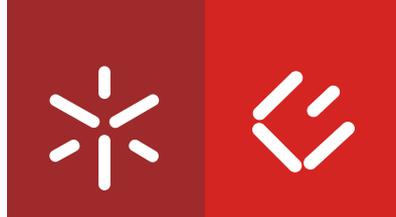


Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Laura Rafaela Sousa Ribeiro Fernandes

**Trabalho Emocional e Enfermagem:
Uma Abordagem Qualitativa**



Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Laura Rafaela Sousa Ribeiro Fernandes

**Trabalho Emocional e Enfermagem:
Uma Abordagem Qualitativa**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Gina Maria Gaio Santos

Direitos de Autor e Condições de Utilização do Trabalho por Terceiros

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações
CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Agradecimentos

Chegou o fim de mais uma etapa no meu percurso e é o momento de agradecer a todos os que contribuíram para que alcançasse mais um objetivo.

Agradeço aos meus pais, Laura e Marcelino, por me terem suportado todos os anos de estudos, especialmente à minha mãe por ter estado sempre presente e pelo apoio incondicional.

Aos meus irmãos, Ricardo, Joel e João, pela prontidão e ajuda que sempre prestaram ao longo dos anos.

Às minhas cunhadas, Carla, Ana e Geraldina, pela motivação e amizade ao longo deste processo.

Um agradecimento especial à minha cunhada e também enfermeira Ana, pelos conselhos, força e apoio.

Ao meu afilhado Pedro Afonso e aos meus sobrinhos Sara, João e Beatriz, pelos momentos de alegria e afeto.

Aos amigos, pelos convívios, trocas de ideias e ajuda mútua.

A todos os enfermeiros que disponibilizaram um pouco do seu escasso tempo para realizarem as entrevistas.

À minha orientadora, por ter aceite o desafio de me orientar e por me encaminhar a bom porto.

Declaração de Integridade

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho acadêmico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Resumo

Esta dissertação tem subjacente o tema do trabalho emocional na área da enfermagem. Ao longo do tempo, o Trabalho Emocional tem sido alvo de bastantes pesquisas, mas os autores ainda não conseguiram entrar em consonância acerca das considerações que tecem acerca do tema.

O principal objetivo foi analisar as principais dinâmicas e fatores presentes no trabalho emocional nos profissionais de enfermagem, bem como as consequências e as formas de lidar com as emoções dentro do contexto da enfermagem. Neste sentido, foi desenvolvido um estudo de natureza qualitativa, onde foram realizadas 21 entrevistas semiestruturadas a enfermeiros a exercer a sua profissão. Através da análise dos dados das entrevistas foi possível extrair informações acerca dos aspetos negativos e positivos relativos ao trabalho do enfermeiro, os significados atribuídos ao trabalho emocional, as formas de trabalho emocional, as expectativas sociais associadas ao profissional de enfermagem, os tipos de emoções experimentadas pelo enfermeiro e práticas de enfermagem associadas, estratégias individuais para lidar com as emoções, as consequências do trabalho emocional e as políticas e práticas organizacionais sugeridas pelos enfermeiros para uma gestão eficaz das emoções no trabalho

Os resultados deste estudo permitem afirmar que os profissionais de enfermagem têm necessidade de suprimir e controlar emoções negativas. As narrativas dos entrevistados revelam ainda que estes não foram devidamente preparados para gerir as emoções associadas ao trabalho e, por isso, podem emergir sentimentos de exaustão, desilusão e cansaço.

Foram também identificadas estratégias para lidar com as emoções no trabalho tais como, falar com os colegas, família ou amigos, ir ao ginásio, entre muitas outras alternativas. A par disto, foram encontradas estratégias organizacionais, tal como, facultar apoio psicológico como base para lidar com as situações difíceis do seu quotidiano.

Em suma, é indispensável lidar com as emoções enquanto enfermeiro e profissional e gerir toda a carga emocional que existe no local de trabalho.

Palavras Chave: Emoções, Enfermeiros, Sentimentos, Trabalho Emocional.

Abstract

This dissertation is based on the theme of emotional work in nursing. Over time, the subject of Emotional Work has been the target of much research, but the academics have not yet been able to agree on the considerations they make about the theme.

The main objective of the empirical was to analyze the main dynamics and factors present in emotional work in nursing professionals, as well as the consequences and ways of dealing with emotions within the nursing profession. In this sense, a qualitative study was developed, where 21 semi-structured interviews were carried out with nurses exercising their profession. Through the analysis of the interview data, it was possible to extract information about the negative and positive aspects of the nurse's work, the meanings attributed to emotional work, the forms of emotional work, the social expectations associated with the nursing professional, the types of emotions experienced by the nurse and associated with nursing practices, the individual strategies for dealing with emotions, the consequences of emotional work and the organizational policies and practices suggested by the nurses for the effective management of emotions at work.

The results of this study allow us to state that nursing professionals need to suppress and control negative emotions. The interviewees narratives also reveal that they were not properly prepared to manage the emotions associated with work and that feelings of exhaustion, disappointment and tiredness may emerge.

Several strategies have also been identified to deal with emotions at work, such as talking to colleagues, family or friends, going to the gym, among other options. In addition, other organizational strategies were suggested by the nurses, such as having psychological support by the organization or other forms of emotional support, as basis for dealing with difficult emotional situations in their professional lives.

In sum, it is essential to deal with emotions as a nurse and to manage all the emotional burden attached to the workplace and the nursing profession.

Keywords: Emotional Work, Emotions, Feelings, Nurses.

Índice Geral

| | |
|--|----|
| Introdução | 1 |
| Primeiro Capítulo: Revisão da Literatura | 4 |
| 1.1 Emoção e Sentimento – Definição e Diferenciação | 4 |
| 1.2 O Trabalho Emocional: Breve Definição do Conceito..... | 6 |
| 1.3 Dimensões e Características do Trabalho Emocional..... | 8 |
| 1.4 Funções e Disfunções do Trabalho Emocional..... | 14 |
| 1.5 Consequências do Trabalho Emocional para o Indivíduo..... | 17 |
| 1.6 Enfermagem e Trabalho Emocional..... | 22 |
| Segundo Capítulo: Metodologia | 35 |
| 2.1. Problemática da investigação e objetivos de estudo..... | 35 |
| 2.2. A metodologia qualitativa e a técnica da entrevista | 36 |
| 2.3. Amostragem e Caracterização dos Participantes | 40 |
| 2.4. A codificação dos dados | 44 |
| Terceiro Capítulo: Análise e Discussão dos Resultados | 51 |
| 3.1 Apresentação dos resultados | 51 |
| 3.2 Prática de Enfermagem e Características da Função | 51 |
| 3.2.1 Aspirações Profissionais..... | 51 |
| 3.2.2 Planos Profissionais | 52 |
| 3.2.3 Aspetos Positivos na Relação com o Utente..... | 53 |
| 3.2.4 Aspetos Positivos na Relação com a Família do Utente | 56 |
| 3.2.5 Aspetos Positivos nas Relações Interpessoais no Trabalho..... | 57 |
| 3.2.6 Aspetos Negativos nos Cuidados ao Utente | 58 |
| 3.2.7 Aspetos Negativos na Relação com a Família do Utente | 66 |
| 3.2.8 Aspetos Negativos nas Relações Interpessoais no Trabalho | 71 |

| | |
|--|------------|
| 3.2.9 Aspectos Negativos relativos à Gestão de Recompensas..... | 73 |
| 3.2.10 Aspectos Negativos relacionados com a Sobrecarga de Trabalho e Gestão do Tempo | 73 |
| 3.2.12 Aspectos Negativos relacionados com Formação e Desenvolvimento do Profissional de Enfermagem..... | 78 |
| 3.3 Conceito de Trabalho Emocional..... | 80 |
| 3.3.1 Significados Atribuídos ao Trabalho Emocional..... | 80 |
| 3.3.2 Formas de Trabalho Emocional..... | 87 |
| 3.3.3 Expectativas Sociais Associadas ao Profissional de Enfermagem..... | 94 |
| 3.3.4 Estratégias Pró-ativas para Lidar com as Emoções..... | 97 |
| 3.3.5 Estratégias Reativas para Lidar com as Emoções..... | 102 |
| 3.3.6 Consequências Negativas do Trabalho Emocional..... | 107 |
| 3.3.7 Políticas e Práticas Organizacionais sugeridas pelos Enfermeiros para uma Gestão Eficaz das Emoções no Trabalho..... | 109 |
| Quarto Capítulo: Conclusão, Limitações e Pistas para Futuras Investigações..... | 115 |
| 4.1. Discussão dos Resultados e Principais Contributos do Estudo Empírico..... | 115 |
| 4.2. Conclusões e Contribuições do Estudo..... | 126 |
| 4.3 Limitações do estudo e pistas para investigações futuras..... | 129 |
| Referências Bibliográficas..... | 131 |
| Anexos..... | 140 |

Índice de Figuras

Figura 1: Gestão das emoções e implicação nos indivíduos (Adaptado de Mann, 2005, p.310) 30

Índice de Tabelas

| | |
|---|-----|
| Tabela 1: Caraterização dos Participantes..... | 42 |
| Tabela 2: Prática de Enfermagem e Características da Função..... | 45 |
| Tabela 3: Trabalho Emocional..... | 47 |
| Tabela 4: Motivos para a escolha profissional..... | 51 |
| Tabela 5: Planos Profissionais..... | 52 |
| Tabela 6: Aspetos positivos na relação com o doente..... | 53 |
| Tabela 7: Aspetos positivos na relação com a família do doente..... | 56 |
| Tabela 8: Aspetos Positivos nas Relações Interpessoais no Trabalho..... | 57 |
| Tabela 9: Utentes Hostis..... | 58 |
| Tabela 10: Aspetos relacionados com a especificidade de cada utente..... | 59 |
| Tabela 11: Lidar com situações de mau prognóstico..... | 63 |
| Tabela 12: Desvalorização do trabalho do enfermeiro da parte do utente..... | 64 |
| Tabela 13: Gestão de emoções difíceis na relação com o Utente..... | 65 |
| Tabela 14: Gestão de emoções difíceis na relação com a Família do utente..... | 66 |
| Tabela 15: Desvalorização do trabalho do enfermeiro da parte das famílias..... | 70 |
| Tabela 16: Aspetos Negativos nas Relações Interpessoais no Trabalho..... | 71 |
| Tabela 17: Aspetos negativos relativos à gestão de recompensas..... | 73 |
| Tabela 18: Aspetos negativos relacionados com Volume de Trabalho e Dificuldades na Gestão de Tempo..... | 73 |
| Tabela 19: Aspetos negativos relacionados com Conflito de papéis e Organização dos horários de trabalho e/ou de serviço..... | 75 |
| Tabela 20: Formação e Desenvolvimento do Profissional de Enfermagem para a gestão das dificuldades emocionais do serviço..... | 78 |
| Tabela 21: Significados e Situações Atribuídas ao Trabalho Emocional..... | 80 |
| Tabela 22: Formas de lidar com a expressão de emoções no trabalho/serviço..... | 87 |
| Tabela 23: Formas de Fingimento Emocional..... | 91 |
| Tabela 24: Fatores que facilitam a exibição de trabalho emocional..... | 92 |
| Tabela 25: Imagens Sociais Associadas ao Profissional de Enfermagem..... | 95 |
| Tabela 26: Estratégias Pró-ativas..... | 97 |
| Tabela 27: Estratégias Reativas..... | 102 |

| | |
|---|-----|
| Tabela 28: Natureza das emoções e situações partilhadas com outras pessoas..... | 104 |
| Tabela 29: Consequências para o Indivíduo do Trabalho Emocional | 107 |
| Tabela 30: Fatores Organizacionais que dificultam a Gestão das Emoções | 110 |
| Tabela 31: Políticas e Práticas Organizacionais Sugeridas pelos Enfermeiros para uma Gestão Eficaz das Emoções no Trabalho..... | 112 |

Introdução

Nos dias de hoje estamos cada vez mais submersos no trabalho e é comum ouvir o constante desabafo das pessoas sobre as mais variadas razões, entre elas podemos destacar: a dificuldade que existe em lidar com os indivíduos que nos rodeiam, uma vez que, cada um tem a sua singularidade, idade, classe social, as suas diferentes perspetivas, as suas crenças, modos de estar e de se comportar. Todas as pessoas sentem emoções básicas e têm a capacidade de desencadear nos outros diferentes tipos de emoções. Independentemente de serem positivas ou não, são fundamentais para a nossa existência e desenvolvimento individual.

A experiência de sentir emoções está presente em todas as pessoas, nas diversas situações em que existe interação entre os indivíduos. Em geral, é exigente lidar com pessoas nos mais diversos contextos, no entanto, em contexto profissional essa dificuldade é ainda mais exigente. Na realidade essa exigência é variável de área profissional para área profissional.

Esta questão é claramente evidenciada por Alicia Grandey (2000, p.95) que refere que "os pesquisadores estão a começar a explorar como as emoções são geridas pelos funcionários para melhorar os resultados do trabalho. Um exemplo é uma funcionária que muda o que sente, ou os sentimentos que demonstra, para interagir com os clientes de uma forma mais eficaz."

A questão levantada pela investigadora supracitada motivou-me a estudar o tema Trabalho Emocional, opção que se justifica uma vez que as emoções estão cada vez mais presentes no nosso quotidiano, com reflexos e consequências ao nível dos resultados do trabalho nas organizações, em geral, e nas empresas, em particular.

No leque diversificado de trabalhos que existem nos dias de hoje é imprescindível que os funcionários não só lidem com as pessoas e as suas diferentes personalidades, como também com todas as emoções e sentimentos que advém desse contacto. É, por isso, muito importante falar de trabalho emocional, porque de uma forma ou de outra todos acabam por o executar.

Esta consciência veio dar uma nova dimensão à compreensão da dinâmica organizacional e a perspetiva de que a gestão das emoções é um elemento importante. Por consequência, impulsionou as pesquisas da temática e, assim, o conceito de Trabalho Emocional.

São múltiplas as áreas profissionais sobre as quais me podia debruçar, contudo, decidi dedicar-me à área de enfermagem. Esta escolha foi influenciada pela minha convivência com familiares que exercem essa profissão, e que cujo o seu discurso me sensibilizou para o impacto significativo que o trabalho emocional tem, no desempenho da sua prática.

Posto isto, este estudo tem como principal objetivo identificar e analisar as principais dinâmicas e fatores presentes no trabalho emocional destes profissionais de enfermagem, assim como as diferentes consequências e diferentes formas que estes encontram para lidar com a gestão das emoções a nível profissional.

Assim, apresentam-se as questões de partida da investigação:

- Segundo a perceção dos enfermeiros, quais os principais aspetos positivos e negativos na sua prática profissional?
- De que forma manifestam os profissionais de enfermagem o trabalho emocional?
- Que tipo de emoções são percecionadas pelo profissional de enfermagem?
- Quais são as estratégias individuais desenvolvidas que os ajudam a lidar com a carga emocional do trabalho?
- Qual o papel dos colegas na diminuição da carga emocional?
- Quais as consequências do trabalho emocional?
- Qual a relevância e o papel da chefia na diminuição da carga emocional?
- Quais as medidas que devem ser adotadas pela organização como forma de apoio no âmbito do trabalho emocional?
- Será o trabalho emocional prejudicial ou saudável para os enfermeiros?

O estudo desenvolveu-se em duas fases: na primeira, procedeu-se à revisão da literatura, cujo objetivo passou por inventariar, da forma mais exaustiva possível, os temas e os autores relevantes para o tema em análise.

Deste modo, o primeiro capítulo, dedica-se ao estudo teórico aprofundado do trabalho emocional, e encontra-se estruturado em subcapítulos. Num primeiro momento são exploradas e analisadas as principais teorias e definições relativamente ao conceito, as dimensões e características do trabalho emocional, funções e disfunções do trabalho emocional no sentido de melhor compreender este fenómeno. Num segundo momento são exploradas as consequências do trabalho emocional e por fim a relação entre o trabalho emocional e a prática de Enfermagem. A construção deste corpo teórico serviu para orientar e sustentar toda a pesquisa, constituindo-se como fio condutor para todas as diferentes etapas da investigação.

No segundo capítulo, e após a elaboração do guião de entrevista, estão descritos e justificados os critérios e procedimentos metodológicos empregues, como o recurso à metodologia qualitativa como tipo de investigação, a entrevista como instrumento de recolha de dados e a codificação dos

dados como processo de análise dos resultados. Nesta secção procedemos igualmente à descrição dos 21 enfermeiros participantes do estudo empírico.

O capítulo seguinte consiste na análise e discussão dos resultados obtidos, no qual se apresentam as categorias temáticas descritas nas grelhas de análise, que guiam a estrutura deste capítulo. Cada subcapítulo diz respeito a uma categoria temática e encontra-se dividido nas respetivas dimensões de análise e indicadores, acompanhados das declarações ilustrativas correspondentes, que foram realizadas ao longo das entrevistas. Simultaneamente com a apresentação dos resultados é realizada uma comparação com a revisão de literatura, de modo a tornar o capítulo o mais rico possível.

No quarto e último capítulo, são elucidadas as conclusões desta investigação, apontando as principais ilações e reflexões relativas a este estudo, assim como as limitações adjacentes ao estudo, sendo ainda sugeridas pistas para futuras investigações.

Primeiro Capítulo: Revisão da Literatura

Antes de aprofundar a temática Trabalho Emocional, parece-me necessário explicitar a diferença entre dois termos, Emoção e Sentimento, que no senso comum são utilizados com o mesmo significado, mas que na realidade não o têm. Esta distinção será feita de uma forma breve, permitindo uma melhor compreensão da temática em estudo.

1.1 Emoção e Sentimento – Definição e Diferenciação

As emoções e os sentimentos são dois conceitos distintos, que muitas vezes são interpretados como sendo sinónimos. Porém existem diferenças indiscutíveis que separa os dois conceitos radicalmente (Elói, 2013).

Segundo o autor referido anteriormente, as emoções nos seres humanos são elaboradas, específicas e variadas e são parte fundamental para o desenvolvimento saudável e até mesmo para a sobrevivência. Pelo que, o controlo das emoções são um fator essencial para o desenvolvimento do trabalho emocional.

O neurologista António Damásio (2005), recorrendo à linguagem das neurociências contribuiu para a investigação nesta área em grande escala e defende que as emoções “desempenham uma função na comunicação de significados a terceiros e podem ter também o papel de orientação cognitiva” (Damásio, 2005, p. 147).

No seu livro “*O Erro de Descartes*”, o autor distingue dois tipos de emoções: as emoções primárias e as emoções secundárias.

As emoções primárias, define como sendo as emoções inatas que qualquer ser humano tem. Segundo o autor, estamos programados para reagir com uma emoção de modo pré-organizado independentemente de fatores externos, tais como, fatores sociais e culturais. Contudo, como seres sociais que somos, uma emoção desencadeia uma alteração fisiológica e corporal no indivíduo, de forma espontânea e instintiva (Damásio, 2005). Nas emoções, fazem parte emoções primárias, como: a alegria, tristeza, medo, nojo, raiva e surpresa (Elói, 2013).

Segundo Damásio (2005), as emoções primárias, constituem o processo básico, mas não descrevem todos os comportamentos emocionais possíveis. Desta forma, no que diz respeito ao desenvolvimento do indivíduo “seguem-se mecanismos de emoções secundárias que ocorrem mal começamos a ter sentimentos e formar ligações sistemáticas entre categorias de objetos e situações,

por um lado, e emoções primárias, por outro” (Damásio, 2005, p, 151). Este processo tem início com as percepções, reflexões e pensamentos conscientes desenvolvida pelo indivíduo em relação a uma determinada pessoa ou situação, isto é, o sujeito faz uma avaliação cognitiva do conteúdo do acontecimento de que faz parte. Desta forma, as emoções secundárias são mais complexas, uma vez que provém de representações adquiridas e não inatas. Estas representações adquiridas são resultado das experiências do indivíduo ao longo da sua vida, logo, podemos afirmar que são influenciadas pelos fatores socioculturais. “Apesar de as relações entre tipo de situação e emoção serem em grande medida semelhantes entre diferentes indivíduos, a experiência pessoal e única personaliza o processo para cada indivíduo” (Damásio, 2005, p. 153). Nas emoções, fazem parte emoções secundárias, como: a culpa, a vergonha, a gratidão, a simpatia, a compaixão, o orgulho, a inveja, o desprezo, o espanto (Elói, 2013).

Segundo o autor supracitado, uma emoção não é mais que um conjunto de respostas químicas e neuro cerebrais, que vão desencadear um estímulo que vai quebrar o equilíbrio habitual do cérebro e conseqüentemente gerar a emoção.

Damásio (2005) descreve a essência da emoção como a “coleção de mudanças no estado do corpo que são induzidas numa infinidade de órgãos por meio das terminações das células nervosas sob o controle de um sistema cerebral dedicado, o qual responde ao conteúdo dos pensamentos relativos a uma determinada entidade ou acontecimento” (Damásio, 2005, p.155). O autor, menciona essas mudanças de corpo, como alterações na cor da pele, postura corporal, alteração da expressão facial e estas, que podem ser perceptíveis por um indivíduo meramente espectador. Contudo, existem alterações que o corpo do indivíduo sofre, que só são perceptíveis pelo próprio indivíduo. A etimologia da palavra emoção “*movimento para fora*” vai de encontro aquilo que o autor defende. (Damásio, 2005, p. 155).

Os sentimentos no ser humano são considerados como uma evolução das emoções, mas na realidade estes podem ou não estar relacionados com as emoções. A verdade é que todas as emoções desencadeiam sentimentos, mas nem todos esses sentimentos resultam de emoções, e a estes sentimentos, o autor define como sentimentos de fundo (*background*). Chama-se sentimento de fundo porque tem origem em estados corporais de “fundo” e não em estados emocionais. (Damásio, 2005).

Segundo Jorge Elói (2013), estes sentimentos de fundo, são desencadeados por um estímulo interno físico ou psicológico do indivíduo, o que leva o seu organismo a responder de acordo com aquilo que sente (bem-estar ou mal-estar). Perante estas situações, o organismo pode responder com

alterações musculoesqueléticas (contração ou relaxamento, energia ou fadiga) refletindo-se em variações na postura e nos movimentos.

Segundo Damásio (2005), os sentimentos de fundo são os que ocorrem com mais frequência ao longo da vida do indivíduo e não são nem demasiados positivos nem negativos. Muitas vezes o indivíduo nem se apercebe deste sentimento de fundo, tem consciência dele ou consegue definir a sua qualidade. Em contrapartida, os sentimentos emocionais descritos ocorrem com menos frequência e tem uma conotação mais positiva ou negativa na vida do indivíduo. Um sentimento emocional é o que sentimos quando manifestamos alegria porque nos acontece algo bom, ou ficamos tristes quando perdemos alguém querido. Ou seja, quer a tristeza quer a alegria é um estado do corpo que ocorre devido às emoções sentidas. “Quando o corpo se conforma aos perfis de uma daquelas emoções, sentimo-nos felizes, tristes, irados, receosos ou repugnados. Quando os sentimentos estão associados a emoções, a atenção converge substancialmente para sinais do corpo, e há partes dele que passam do segundo para o primeiro plano de nossa atenção.” (Damásio, 2005, p.166). “Quando sentimos felicidade, cólera ou outra emoção, o sentimento de fundo é suplantado por um sentimento emocional. O sentimento de fundo é a imagem da paisagem do corpo quando essa não se encontra agitada pela emoção”. (Damásio, 2005, p. 168).

Em suma, os sentimentos são uma ideia sobre o corpo e/ou organismo, quando este é perturbado de alguma forma pelos processos emocionais. Um exemplo simples que descreve esta conclusão é: quando aparece perante nós um perigo, antes de qualquer outra coisa, mesmo da consciência, existe a emoção, o medo, embora nos primeiros segundos nem o próprio indivíduo perceba o que está a ocorrer. Posteriormente surge o juízo “tenho medo”, “estou assustado” e isso é aquilo que sentimos e se define como sentimentos (Damásio, 2005)

Hochschild (1983, p.7) designa o trabalho emocional como a “gestão das emoções para criar uma expressão facial e corporal publicamente observável”. De acordo com a autora, a gestão das emoções é uma forma dos trabalhadores alcançarem os objetivos organizacionais.

Na atualidade, o trabalho emocional, é parte integrante da função, e a organização exige do trabalhador a gestão das suas emoções e sentimentos de forma adequada.

1.2 O Trabalho Emocional: Breve Definição do Conceito

O estudo do trabalho emocional ganha protagonismo devido à socióloga Arlie Hochschild (1983), que focaliza o seu estudo na companhia aérea Delta Airlines, no qual estuda as hospedeiras de

bordo, e observa que esta empresa exige que estas colaboradoras finjam determinado tipo de emoções que acabam por resultar numa elevada carga emocional no trabalho – a este fenómeno a autora apelidou de trabalho emocional (Hochschild, 1983). Com este estudo a autora constatou que estas funcionárias têm que cumprir as expectativas impostas pela organização, demonstrando simpatia, educação e acima de tudo o seu sorriso, o que implicava ter de disfarçar e suprimir as suas emoções e sentimentos.

Segundo esta autora, o trabalho emocional representa "a gestão do sentimento para criar uma exibição facial e corporal publicamente observável". (Hochschild, 1983, p.7).

Na globalidade, o trabalho emocional tem latente um potencial positivo para o desempenho dos profissionais. Como notou Hochschild (1983), os clientes de uma organização, independentemente do seu setor de atividade, não estão dispostos a interagir diariamente, ou pontualmente, com funcionários inoportunos e grosseiros. Atualmente, praticamente todas as profissões exigem a capacidade de lidar com pessoas com diferentes personalidades e, por isso, a comunicação torna-se o foco das relações entre o trabalhador e o cliente, como salienta, desde logo, Hochschild (1983).

Como já mencionei anteriormente, falar de trabalho emocional leva-nos a falar de emoções e sentimentos. Hochschild (1983) coloca os sentimentos no mesmo patamar de sentidos como a audição e a visão, isto porque, tal como a audição e a visão, as emoções também transmitem informações. Neste sentido, a referida autora esclarece que "a emoção é um sentido que fala sobre a auto-relevância da realidade" (Hochschild, 1983, p.85). Pensa-se, com muita frequência, que as emoções e os sentimentos nos levam a cometer atos irracionais, pelo que por isso, as pessoas tendem a afastar-se e a identificarem as emoções como fonte de dúvida e de perigo. Há que considerar, porém, que nem as pessoas tomadas pelo medo, nem as pessoas que reprimem as suas emoções, procedem da melhor forma: as primeiras, por não serem capazes de usar as suas capacidades de pensamento e reflexão, enquanto as segundas ficam contidas na sua redoma e não conseguem discernir aquilo que é relevante na realidade que as rodeia (Hochschild, 1983). Adicionalmente, à medida que vamos progredindo no tempo, as ações dos trabalhadores vão sendo mais controladas e geridas pelas organizações e, por essa razão, estes sentem-se impotentes por não conseguirem controlar as condições de trabalho a que se submetem (Hochschild, 1983).

Mastracci, Guy e Newman (2012, p.XV), começam por utilizar no seu texto a expressão "cabeças frias, corações quentes" no que diz respeito ao trabalho emocional. Estes autores questionam se não será isso que hoje em dia se pretende dos profissionais. Contudo, o disfarce de emoções ou estados de espírito genuínos exigirá em contrapartida que não se dê apenas importância

ao trabalho cognitivo, mas, também, ao trabalho emocional. Mastracci e colegas (2012, p.XV) consideram que o trabalho emocional remete assim à gestão dos “próprios sentimentos e dos sentimentos do outro para concluir o trabalho” (Mastracci et al., 2012, p.XV). Além desta consideração, os referidos autores explicam que o trabalho emocional apresenta diversas especificidades, originando deste a variação da expressão genuína dos profissionais até à demonstração de emoções que não sentem verdadeiramente obrigando-os a colocarem “máscaras faciais”. É por esta razão que o trabalho emocional não é apenas um acessório ou componente que os profissionais levam consigo para o local de trabalho, mas acaba por resultar numa ocupação ou tarefa a tempo inteiro (Mastracci et al., 2012).

Para Grandey (2000), o trabalho emocional pode dar azo a um bom desempenho da organização, mas, por outro lado, pode resultar em efeitos negativos na saúde mental e psicológica dos profissionais. Já na perspetiva de Vilela e Assunção (2007, p.90), “não é o trabalho emocional em si que esgota o trabalhador, mas o conjunto de exigências afetivas, o contexto da organização e as condições em que esse trabalho emocional é realizado”.

Assim sendo, o impacto e as consequências do exercício de Trabalho Emocional nos indivíduos que o executam também se impõe como objeto de análise na presente investigação.

Pondo isto a seguir abordarei detalhadamente as principais dimensões e características que compõem o trabalho emocional.

1.3 Dimensões e Caraterísticas do Trabalho Emocional

As organizações são colocadas à prova todos os dias, a cada passo pela tecnologia e por outras inovações, quer sejam tecnológicas ou não, a concorrência aumenta exponencialmente, o que, por aglomerar das situações, afeta as dimensões emocionais e gestão de sentimentos dentro de cada empresa e em diferentes circunstâncias (Kupers & Weibler, 2008).

Para tal, e aplicando esta teoria à área organizacional, Kupers e Weibler (2008) referem que é de extrema importância propiciar emoções que viabilizem o saudável e eficiente funcionamento da organização, bem como a gestão de emoções problemáticas, isto porque cada vez mais as emoções são recursos muito valiosos para criar valor à empresa e para fazer face à inovação e competição a que estamos expostos. Para Hochschild (1983), o trabalho emocional deixa de ser uma prática privada e passa a ser pública, na medida em que os recrutadores das organizações moldam e treinam os indivíduos tão intensivamente que muitas vezes as pessoas deixam de ser elas próprias, perdem a sua identidade. Muitas vezes os indivíduos têm de aprender a conter e gerir as suas emoções de raiva e frustração, pois só assim conseguirão atingir aquilo que a organização pretende. Também Zapf, Vogt,

Seifert, Mertini e Isic (1999) consideram que o trabalho emocional se faz através da regulação emocional que é exigida da parte dos profissionais, de forma a alcançar as emoções definidas pela organização.

Weaver, Allen & Byrne (2019) afirma que o trabalho emocional é usualmente considerado como uma resposta às regras de exibição da organização, em que as mesmas pretendem direcionar as expressões das emoções dos funcionários de forma a aumentar a satisfação do cliente e dessa forma trazer proveito à organização.

Segundo Gabriel & Diefendorff (2015), o trabalho emocional é visto como um processo de autorregulação entre as interações dos clientes com as constantes regulações, acompanhamentos e ajustes dos sentimentos e emoções dos trabalhadores através de duas estratégias de regulação das emoções: atuação superficial e atuação profunda.

Efetivamente, as organizações têm expectativas relacionadas com as emoções, que devem ser demonstradas aos clientes, por parte dos seus funcionários: são as chamadas regras de exibição ou normas de expressão (Wessel & Steiner, 2015). Nesta medida, o trabalho emocional pode ser executado de três formas, são elas: (a) o fingimento ou atuação superficial, (b) o fingimento ou atuação profunda, e a (c) expressão das verdadeiras emoções (Ashforth & Humphrey, 1993).

A atuação superficial é uma norma de expressão que “envolve a simulação de emoções que não são realmente sentidas, o que é realizado pela representação cuidadosa de sinais verbais e não verbais, tais como expressão facial, gestos e tom de voz” (Ashforth e Humphrey, 1993, p.92). Na atuação superficial, o indivíduo exterioriza determinadas emoções sem as sentir e sem qualquer esforço para as vivenciar. Porém, importa clarificar que isto não significa que na representação superficial o agente não experiencie qualquer emoção, apenas significa que a emoção exprimida difere da emoção sentida (Ashforth & Humphrey, 1993). Os mesmos autores, dão um exemplo disto, mencionando as hospedeiras de bordo que são espelhadas no estudo de Hochschild (1983). Na mesma linha de pensamento, Jennifer Wessel e Dirk Steiner (2015) pormenorizam e definem a atuação superficial como a regulação emocional que envolve o fingimento de emoções.

Kruml e Geddes (2000) revela que quando um trabalhador está a praticar atuação superficial, ele altera o seu comportamento e aparência exterior de maneira a expor as emoções que são impostas; age, assim, como se fosse um ator, simula as suas emoções. Exemplificativo é quando um trabalhador finge um sorriso numa situação de conflito, o que pode levar à dissonância emocional e gerar outras consequências, tais como o *stress* e o esgotamento emocional do indivíduo (Brotheridge & Grandey, 2002).

Na atuação profunda, o indivíduo faz um esforço para gerar as emoções adequadas, isto é, tenta exteriorizar as emoções que realmente se sentem ou se tenta sentir (Ashforth e Humphrey, 1993). Na perspetiva de Hochschild (1983), a atuação profunda pode ser levada a cabo por duas vias: a primeira, passa por incitar determinada emoção. Nesta situação, Ashforth e Humphrey (1993) explicam que o indivíduo tenta exprimir ou suprimir uma emoção. A segunda via, refere-se à imaginação treinada, que emerge sempre que se apresentam pensamentos, imagens e memórias para induzir a emoção que está relacionada.

Em síntese, Ashforth e Humphrey (1993), definem a atuação superficial como um comportamento externo da pessoa, e a atuação profunda como os sentimentos internos.

Mais uma vez, estes autores citam Hochschild (1983) e salientam que a terceira e última forma de normas de expressão para executar o trabalho emocional, diz respeito à expressão da emoção espontânea e genuína, que é esperada pelos que nos rodeiam. Ashforth e Humphrey (1993) realçam, por último, que a definição de trabalho emocional engloba a realização da atuação superficial e profunda, mas ocorre um problema quando se tenta fazê-lo, e que diz respeito ao facto de esta não permitir que se expressem genuinamente e espontaneamente as emoções que são esperadas.

Rafaeli e Sutton (1989) enfatizam que as regras de exibição podem ter impacto a nível do comportamento, conhecimentos e atitudes das pessoas. Nesse sentido, os mesmos autores, propõem que as regras de exibição podem ser influenciadas por normas sociais, ocupacionais e organizacionais. As normas sociais dirigem o comportamento entre as pessoas, em todas as culturas. Estas normas regem e definem quais as emoções que devem estar expostas e exteriorizadas, e as que pelo contrário devem ser inibidas e/ou evitadas. As normas ocupacionais e organizacionais são difíceis de analisar separadamente, e também devem ser vistas como primárias, uma vez que, analisam a força e multiplicidade das emoções expostas no local de trabalho (Rafaeli & Sutton, 1989).

De acordo com as considerações de Van Dijk e Kirk-Brown (2008), as regras de exibição podem ser um componente importante para evitar a dissonância emocional, isto se forem utilizadas quando um indivíduo se encontra em confronto com as emoções que está a sentir e aquelas que é forçado a exprimir. Estes autores levaram a cabo um estudo com trabalhadores da área da hotelaria e constataram que a organização impelia os funcionários a adaptar as suas emoções aquando o contacto com os clientes. O fingimento superficial levado a cabo pelos trabalhadores funcionava para estes como um facilitador da exibição de determinadas emoções consideradas desejáveis, ainda que elas não correspondessem ao seu verdadeiro estado emocional.

De acordo com Hochschild (1983), as profissões ou funções que exigem trabalho emocional partilham três características em comum: a primeira é o contacto direto (face a face, na maior parte das situações ou por via telefónica) com o cliente; a segunda requer que o profissional influencie estados emocionais, atitudes e comportamentos no outro (tal como exemplifica a autora poderá ser gratidão ou medo, consoante o pretendido); Por último, a terceira característica, permite que o empregador, socorrendo-se de treino e supervisão, exerça um certo grau de controlo sobre as atividades emocionais dos seus profissionais (Hochschild, 1983), ou seja, a expressão de emoções implica obedecer a certas regras.

Ashforth e Humphrey (1993) inspiram-se nas ideias de Hochschild (1983) e comentam que os sentimentos e emoções estão presentes durante o trabalho dos indivíduos, mas a par disto é exigido pelas organizações que os profissionais atinjam um leque de expectativas e metas, e como resultado disto, podem surgir vários efeitos psicológicos prejudiciais para estes últimos. Para estes autores, o trabalho emocional não é mais do que a demonstração das emoções que são incutidas pelos supervisores ou gestores por parte dos profissionais. Estes autores expandem a análise inicial de Hochschild (1983) e colocam o foco no comportamento dos indivíduos, e não exclusivamente nas emoções. A definição de Ashforth e Humphrey (1993, p.90) de trabalho emocional “ênfatisa o comportamento e dissocia a *experiência* da emoção da *expressão* efetiva dessa mesma emoção” [italizado nosso]. Assim sendo, o trabalho emocional pode ser entendido como uma forma de gestão de impressões na medida em que intencionalmente os indivíduos direcionam o seu comportamento para os outros a fim de neles gerarem determinado tipo de emoções, bem como promoverem certas percepções sociais no outro sobre si e sobre o processo de interação social (Ashforth e Humphrey (1993))

Também, para outros autores (Morris & Feldman, 1996; Zapf & Holz, 2006) o trabalho emocional é visto como “a regulação emocional necessária para exibir as emoções desejadas pela organização relativamente à sua força de trabalho” (Zapf & Holz, 2006, p. 1). Nessa perspetiva, o trabalho emocional é uma forma de a organização garantir o controlo sobre a exibição de emoções que beneficiem o desempenho individual e, conseqüentemente, organizacional.

Segundo Alicia Grandey (2000), o trabalho emocional pode envolver melhorar, fingir ou suprimir emoções para alterar a expressão facial. Na perspetiva desta autora, existem, assim, três posturas que os profissionais podem levar e ou desenvolver no trabalho.

Relativamente à primeira situação, o indivíduo identifica-se com o trabalho realizado, exhibe emoções positivas e, como resultado disso, consegue presentear os clientes com um serviço caloroso e

pessoal. Neste caso, o profissional não consegue nem precisa despersonalizar os seus comportamentos e atitudes no trabalho.

No segundo caso, o de fingimento, o indivíduo encara o trabalho como se fosse um ator, torna-se indiferente às situações, não se importa com o contexto de trabalho e as pessoas à sua volta. Esta postura pode ajudar a reduzir o *stress* e evitar um possível esgotamento emocional por agir passivamente. Neste caso, as pessoas atuam com base na superficialidade na realização do seu trabalho.

Na terceira e última situação, a de supressão emocional, o indivíduo dissocia-se totalmente e permanece alienado do seu trabalho, consegue atuar de modo dirigido para a resolução de situações problemáticas que surgem (tem capacidade de ação), mas cria um forte distanciamento emocional que pode desembocar na sua alienação emocional. Porém, este profissional apesar de assumir uma postura cínica face ao que faz: “somos apenas meros criadores de ilusões”, corre o risco de sofrer emocionalmente, com o sentimento de que nada produz de realmente significativo através do seu trabalho.

Alicia Grandey (2000) aponta duas diferenças entre o estudo de trabalho emocional realizado por Ashforth e Humphrey (1993) e o estudo feito por Hochschild (1983): a primeira, prende-se com a própria definição de trabalho emocional. Para Ashforth e Humphrey (1993), o trabalho emocional tem como foco os comportamentos que são observáveis e não as emoções, como considerado por Hochschild (1983). A segunda diferença é que Ashforth e Humphrey centram-se na eficácia da tarefa e não na saúde mental e no *stress* que o trabalho emocional gera para o trabalhador.

Assim, o trabalho emocional é debatido em termos de quatro dimensões distintas: (a) a frequência de exibição de emoções consideradas apropriadas, (b) à atenção que é conferida às regras de exibição das emoções exigidas, (c) à variedade de emoções que devem ser exibidas, (d) e, por último, à dissonância emocional gerada como resultado de ter que expressar as emoções desejadas pela organização, mas que não são genuinamente sentidas pelo trabalhador, e as consequências negativas que isso pode produzir naquele (Morris & Feldman, 1996, p. 987).

Gross (2014) enumera cinco estratégias de regulação fundamentais para a compreensão do trabalho emocional: seleção da situação, modificação da situação, manipulação da atenção, mudança cognitiva e modulação da resposta.

A primeira delas, a *seleção da situação* requer que se usem medidas que permitam que uma situação nos permita controlar o aparecimento de emoções desejáveis ou indesejáveis. O autor dá dois

exemplos concretos: quando evitamos um vizinho que é aborrecido ou quando procuramos um amigo para podermos chorar.

Uma segunda estratégia de regulação das emoções é a *modificação da situação*. Esta surge quando uma situação é modificada de modo a alterar o impacto emocional desejado. Por exemplo, quando os pais fazem uma visita aos filhos que estão na universidade, sendo que a modificação da situação pode levar os filhos a esconderem as quantidades exorbitantes de roupas que têm fora do sítio ou algo que não querem que os pais vejam.

Na *manipulação da atenção* pretende-se que aquela seja direcionada para que dê azo a determinados aspetos, por exemplo, quando na situação de um acidente grave um paramédico procura distrair um condutor acidentado e lhe pede para falar sobre a sua família (Mastracci et al., 2012).

A penúltima estratégia diz respeito, à *mudança cognitiva*, ou seja, corresponde à alteração da forma como vemos uma situação de maneira a substituir o significado emocional que lhe atribuíamos anteriormente. Quando uma pessoa pensa que ir a uma entrevista de emprego é uma oportunidade de descobrir mais sobre a organização a que se candidata, e que não equivale necessariamente a ficar com a vaga, é um exemplo de mudança cognitiva.

A *modulação da resposta* é a última estratégia de regulação da emoção. Esta refere-se à inibição intencional de comportamentos negativos ou positivos, tais como expressões faciais ou comportamentais. Verificamos esta estratégia quando no acidente anteriormente mencionado, o paramédico mantém uma atitude positiva e não diz ao condutor acidentado que este tem que ficar encarcerado por um par de horas. Ainda segundo Mastracci et al. (2012, p.5), esta última técnica de regulação das emoções significa que a expressão das emoções adequadas a uma determinada situação pode ser aprendida e aperfeiçoada na prática profissional.

A este respeito, Schaubroeck e Jones (2000) apoiam o seu estudo nos efeitos que os traços de personalidade e variáveis situacionais trazem ao trabalho emocional e refletem que é necessário que o mesmo seja praticado com autenticidade. Mais uma vez, estes autores também referem a escassez de estudos empíricos acerca do trabalho emocional, sendo, por isso, muito importante existirem mais estudos nesta área. Para estes autores, a manifestação de emoções positivas no local de trabalho, na generalidade dos casos, traz benefícios em termos de saúde mental, mas, por outro lado, se as emoções expressas se focarem na estratégia de supressão de emoções indesejáveis e se as pessoas não forem capazes de as ajustar, os efeitos da autenticidade emocional poderão não ser benéficos (Schaubroeck & Jones, 2000; Morris & Feldman, 1996).

Em concordância com estes autores, torna-se fundamental descrever as funções e disfunções que estes comportamentos geram nos indivíduos aquando da exigência a nível organizacional.

1.4 Funções e Disfunções do Trabalho Emocional

Na sua investigação, Hochschild (1983) questiona se a alienação das emoções genuínas não levará à despersonalização na interação entre os indivíduos e ao sentimento de estarem a ser falsos ou até mesmo superficiais. Todavia, muitos dos inquiridos do estudo desta autora, alegam que a despersonalização e a superficialidade que podem desenvolver na relação com o outro são também necessários. Necessários, ao ponto que pode chegar muitas vezes a tornar as suas ações e expressões mecânicas e repetitivas. Porém, eles veem essa atitude como um mecanismo de defesa, embora reconhecendo, simultaneamente, que é uma conduta desapropriada. Os próprios intervenientes no estudo defendem que é difícil e exige muito trabalho interior, manter a distância entre o próprio indivíduo e a sua atuação interna e externa, tornando-se o trabalho emocional um constante desafio.

Nesta medida, o trabalho emocional pode até facilitar a eficácia da tarefa e a autoexpressão e ir de encontro às expectativas do cliente, assim como também pode desencadear dissonância emocional e autoalienação no trabalhador (Ashforth e Humphrey, 1993, p.88). Conclui-se assim que o trabalho emocional é fonte assim de vantagens e desvantagens.

Apesar de muitos autores focarem o trabalho emocional apenas em aspetos negativos, Humphrey, Ashforth e Diefendorff (2015), contestam dizendo que o trabalho emocional pode ser saudável, quer para os colaboradores quer para as organizações. Acreditam que muitos dos aspetos negativos atribuídos ao trabalho emocional podem ser provenientes da má adaptação da estratégia da regulação das emoções, tais como: o uso excessivo da atuação à superfície, a identidade dos profissionais não estar adequada ao cargo que desempenham e os próprios não se identificarem com o cargo. Estes autores mencionam que a nível de aspetos positivos, o trabalho emocional aumenta quando os colaboradores se adequam aos cargos e papéis que desempenham e as organizações concedem autonomia e seguem regras de exibição positivas que conseqüentemente os levam a expressar emoções também elas positivas.

Um dos aspetos positivos que vai de encontro ao que defendem os autores supracitados, é que o trabalho emocional tem a função de tornar o exercício da tarefa ou da função mais eficaz. Evidentemente, se o indivíduo sentir que todas as tarefas foram cumpridas graças ao uso das emoções

adequadas à situação, o trabalho emocional pode aumentar a autoeficácia (Ashforth e Humphrey, 1993).

Uma outra vantagem do trabalho emocional evidenciada, está no permitir ao indivíduo a autoexpressão de emoções que lhe possibilita a projeção de pelo menos parte do seu verdadeiro “eu” na relação com o outro (Ashforth e Humphrey, 1993). Por exemplo, na prestação de um serviço de saúde, a manifestação de empatia e de ajuda ao outro que está numa situação de fragilidade pode resultar de uma expressão da nosso “eu” autêntico. E conseqüentemente, tudo isto leva a um funcionário mais realizado, mais eficiente o que naturalmente contribui para os melhores resultados da entidade. Porém, e dada a dificuldade de continuamente realizar o trabalho emocional há um conjunto de disfunções ou desvantagens que os mesmos autores sentiram necessidade de aflorar.

A primeira desvantagem é o oposto da primeira vantagem por eles mencionada, a eficácia da tarefa. Defendem na verdade que pode ser uma vantagem, quando ela está na base da prestação de um bom serviço ao utente/cliente, mas que, na maior parte das vezes, acaba por ser muito difícil atingi-la. Isto porque, para poder qualificá-la como um bom serviço, são necessárias ter em consideração múltiplas variáveis, por exemplo, para um cliente, um bom serviço depende da comunicação genuína da mensagem, da preocupação e da sensibilidade que lhe é transmitida. Um outro contributo mencionado para a eficácia da tarefa, consiste que um bom serviço dependa, também, das limitações físicas dos indivíduos e de recursos. E, em terceiro lugar, a prestação de um bom serviço está, como dizem os autores, nos olhos do observador: cada cliente tem expectativas específicas, o que alarga o leque de variação (Ashforth e Humphrey, 1993). Isto significa que a exibição contínua da emoção eficaz para a prestação de um bom serviço ao cliente pode ser difícil de discernir pelo trabalhador, logo, há o risco de ter um cliente insatisfeito.

A segunda disfunção associada ao trabalho emocional na prestação de um serviço refere-se ao facto de que aquilo que resulta para a organização e para o cliente, pode não coincidir com aquilo que o trabalhador procura ou deseja obter do seu trabalho (Ashforth e Humphrey, 1993). Como já evidenciámos anteriormente, a investigação de Hochschild (1983) é reveladora dos efeitos prejudiciais que a atuação superficial e a atuação profunda podem transferir para o trabalhador. Hochschild (1983) designa de dissonância emocional as emoções que não são de facto sentidas, ou seja, a atuação superficial, e é possível nestes casos que pessoas que exprimam assim as suas emoções se sintam falsas e hipócritas no exercício do seu trabalho.

Surge assim a terceira disfunção do trabalho emocional e a mais prejudicial para o indivíduo: a discrepância emocional. O maior efeito negativo desta disfunção emerge quando existem discrepâncias

entre aquilo que é expresso pelo trabalhador e o que é esperado por parte da organização. Ashforth e Humphrey (1993) refletem este ponto citando Van Maanen e Kunda (1989), num estudo em que observaram os motoristas num parque de diversões. Segundo os autores eles tinham que frequentemente se mostrar alegres, e concluíram que estes começavam a agir como se fossem robôs, quase como se estivessem num entorpecimento emocional.

Em conformidade com a análise de Bakker e Heuven (2006), a dissonância emocional refere-se à divergência que existe entre as emoções que são sentidas e as emoções que são necessárias e adequadas a um determinado contexto de trabalho. Assim, o esforço emocional emerge quando os profissionais modificam os seus sentimentos, de maneira a transmitir sentimentos apropriados ou esperados em cada situação (Kruml e Geddes, 2000). Também para Zapf et al. (1999), a dissonância emocional advém de a exigência do indivíduo ter de manifestar emoções que na realidade não sente.

Zapf et al. (1999) não referem somente a dissonância emocional, mas inspirando-se em trabalhos já existentes, acrescentam também a importância do esforço emocional. Para estes autores, a dissonância emocional tem a ver com a atuação superficial e a atuação profunda passiva, ou, como lhe chamam, a regulação automática das emoções. Exemplificando, os mesmos autores comentam que se um trabalhador sentir naturalmente a emoção que é suposto sentir naquela situação, a dissonância emocional é baixa, por outro lado, a dissonância emocional é alta quando o indivíduo não sente nenhuma emoção ou sente a emoção oposta à qual deveria sentir.

A dissonância emocional nas pesquisas de Zapf et al. (1999) é vista como um problema de regulação emocional e, por consequência, pode causar *stress* e exaustão emocional.

Um estudo feito com professores por Näring, Vlerick e Van de Vem (2011) incide na ideia de que as emoções no local de trabalho e a atuação superficial têm um impacto crescente na exaustão emocional. A este respeito, Kinman, Wray e Strange (2011) observaram que os professores que eram mais experientes profissionalmente tinham níveis mais elevados trabalho emocional. Ainda assim, estes autores sublinham que é extremamente necessário que se implementem ações de sensibilização relativamente às exigências emocionais que a profissão acarreta e como é possível regular essas emoções, tanto nos colaboradores que entram recentemente no trabalho, como naqueles que já operacionalizam essas funções há mais tempo.

Em suma, as disfunções do trabalho emocional podem, ao longo do tempo, influenciar negativamente a funcionalidade do trabalho emocional, e, de certa forma, prejudicar as funções do trabalho emocional.

Kupers e Weibler (2008) afirmam que é de extrema importância o trabalho emocional envolver a regulação emocional, uma vez que esta se trata de uma ferramenta esperada pelos profissionais no que diz respeito à exposição de certas emoções de forma a impulsionar os objetivos da organização.

1.5 Consequências do Trabalho Emocional para o Indivíduo

Na revisão da literatura referente ao trabalho emocional, existem múltiplos estudos e investigações que abordam as consequências do trabalho emocional no indivíduo. Vários autores, Hsieh, Jin e Guy, 2011, Goss, 2013, Cossette e Hess, 2012, Waldron & Krone 1991, Guy e Newman 2013, Hwa 2012, Brotheridge e Grandey 2002, Prentice 2013), identificam efeitos negativos para os indivíduos apesar de os mesmos proporcionarem resultados positivos à organização. Contudo, deparamos com estudos que reforçam a possibilidade de consequências positivas para o indivíduo (Mastracci et al., 2012; Guy e Newman 2013; Hsieh, Jin e Guy 2011; Goss 2013, Cossette e Hess 2012, Hwa 2012, Prentice 2013, Allen et al., 2010; Dijk e Kirk, 2008; Humphrey, Ashforth & Diefendorff, 2015).

A satisfação no trabalho pode ser influenciada pela gestão de emoções e sentimentos, neste sentido, quanto melhor esta gestão for feita maior a possibilidade de os profissionais sentirem uma satisfação exponencial. Nessa medida, a expressão de emoções no trabalho poderá funcionar como que o “adoçante que dá sabor ao dia de trabalho e faz com que eles desejem ir trabalhar no dia seguinte...” (Mastracci et al., 2012, p.XV). Em conformidade com estes autores, Guy e Newman (2013, p.7) afirmam que a satisfação no trabalho surge do “envolvimento dos indivíduos no trabalho que desempenham” e, que, por sua vez, o envolvimento pode ser delineado como “um estado de realização persistente, positivo e motivacional, caracterizado pelo vigor, dedicação e absorção” pelos profissionais.

Cossette e Hess (2012) analisaram a motivação dos funcionários e conseguiram explicitar que a motivação conduz a posturas e emoções autênticas da parte dos mesmos, tal como sucede com a satisfação no trabalho. A motivação foi relacionada com a exibição de comportamentos autênticos face aos clientes, como descrevem os autores: “quando os funcionários endossam a importância de regular as suas emoções em relação aos clientes, é mais fácil para eles serem mais autênticos nas suas interações e regular espontaneamente as emoções de acordo com as exigências do trabalho” (p.334) Para estes autores, a motivação leva à adoção de estratégias de regulação de emoções e à expressão autêntica de emoções. Do outro lado, estão os funcionários com baixos níveis de motivação que, “suprimem as emoções autênticas e fingem outras emoções” (Cossette e Hess, 2012, p.334).

Também Waldron e Krone (1991) investigam as consequências relacionais da emoção sentida e da emoção que é expressa. Como os autores indicam, as consequências relacionais são “mudanças perceptivas ou comportamentais que duram além do evento que produz emoções” (Waldron & Krone, 1991, p.5) e dependem essencialmente de três fatores.

No primeiro fator, mencionam a intensidade da emoção que é sentida, e a forma como esta tem um impacto no relacionamento, independentemente de a emoção ser expressa ou não. Neste sentido, os autores deixam um exemplo: um colaborador que tem a experiência negativa de ser humilhado por o supervisor, e face, a esta emoção sentida, muda de departamento terminando assim o relacionamento com o mesmo. Um exemplo positivo e oposto a este cenário, pode surgir quando o supervisor elogia um funcionário.

O segundo fator, relaciona o efeito da emoção sentida poder ser gerida com a combinação entre o estatuto e a emoção do indivíduo, quer isto dizer, que um funcionário poderá sentir-se intimidado ou com medo quando tem interações com um supervisor ou um membro da sua empresa que tenha um grau hierárquico superior, por outro lado, se colegas com o mesmo estatuto ou grau lhe gerarem sentimentos de intimidação poderão não ser aceites de bom grado e a relação que tinham pode sofrer alterações ou até terminar.

Por último, o terceiro fator pode também acarretar consequências relacionais, diz respeito à expressão ou coibição da emoção sentida, isto pode acontecer se um funcionário exprimir sentimentos de raiva para com o seu supervisor e, nesta situação, a supressão da emoção pode ser um caminho viável para manter a estabilidade emocional (Waldron & Krone, 1991).

Goss (2013, p.3) defende a dualidade das emoções, explica que, se por um lado, as emoções podem “direcionar a atenção para as principais características do ambiente, otimizar a nossa capacidade sensorial, sintonizar a tomada de decisão, preparar respostas comportamentais, facilitar interações sociais e melhorar a memória episódica”. No entanto, pelo lado oposto, o mesmo autor refere que as emoções negativas perturbam a intensidade e a duração de determinado episódio ou situação de trabalho em determinadas circunstâncias.

Hsieh, Jin e Guy (2011, p.49), na sua pesquisa, dão ênfase a um leque alargado de empregos na Função Pública e constatam que com o aumento do trabalho emocional o nível de satisfação no trabalho também aumenta. Os autores chegam também à conclusão de que quanto melhor o profissional for capaz de realizar o trabalho emocional, melhor ele será na expressão emotiva e na supressão das suas emoções negativas. Porém os mesmos autores (Hsieh et al., 2011) também evidenciam que o trabalho emocional, para além de ter um impacto direto no *burnout* ou esgotamento

emocional, também afeta indiretamente, outras atitudes ou comportamentos individuais, como sejam o sentimento de eficácia pessoal na realização do trabalho, a exigência de demonstrar uma expressão facial falsa, que não corresponde à veracidade das emoções sentidas, e, conseqüentemente, a uma diminuição da satisfação no trabalho e do engajamento no trabalho (Hsieh et al., 2011, p.49).

Para Guajardo & Vásquez (2018), a insatisfação com o trabalho, é uma das conseqüências do trabalho emocional. Concluíram que quanto mais capacidade o trabalhador tiver para lidar com as emoções negativas experienciadas em contexto laboral, e substituí-las por emoções positivas “reparação emocional” maior é a sua satisfação profissional (Guajardo & Vásquez, 2018).

Os mesmos autores, referem os sintomas depressivos como uma outra conseqüência do trabalho emocional. Quanto maior, a carga emocional exigida pelo trabalho, maior a quantidade de sintomas depressivos presentes, o que por sua vez, afeta a prestação de cuidados e a relação com o paciente e a longo prazo pode conduzir à exaustão profissional.

Com vista nos factos apresentados por Allen, Pugh, Grandey e Groth (2010), quando um funcionário se dirige a um cliente com um sorriso, esse sorriso pode dizer muito sobre esse colaborador, tanto pode expressar sentimentos verdadeiros como, pelo contrário, não ter ligação com o que o funcionário estará a sentir no momento.

Hsieh et al. (2011) referem ainda que quanto mais evidenciarmos falsas emoções mais isso se irá refletir em maior incidência de *burnout*. Porém, este pode ser dissipado com a utilização eficaz das emoções e com a capacidade de realizar eficazmente o trabalho emocional pela demonstração de emoções positivas (Hsieh et al., 2011, p.49).

Existem múltiplas causas de *stress* e *burnout*, mas uma delas prende-se exatamente com a questão do trabalho emocional, que é citado por Hochschild (1983, p.131) “a tarefa de gerir um estranhamento entre o “eu” e a emoção intrínseca e entre o “eu” e a exposição pública de emoções”. Para resolver esta situação o trabalhador deve aprender a despersonalizar ou a dissociar-se da situação, pois sem essa adaptabilidade os indivíduos chegam a situações de irritabilidade e de angústia, que podem ser geradoras de *stress* emocional.

Dado o exposto, Guy e Newman, entendem que o *burnout* é uma “síndrome psicológica que ocorre entre os indivíduos que fazem "trabalho com pessoas", uma aflição dos "indivíduos que se preocupam" (Guy e Newman, 2013, p.9). O esgotamento no trabalho ou *burnout* resulta assim na dormência das emoções ao ponto de o indivíduo ser incapaz de sentir qualquer emoção. Com o tempo, isto pode transformar-se num processo de doença, com um estado de exaustão física, emocional e mental que causam *stress* emocional crónico resultante do intenso, e emocionalmente exigente

envolvimento com as pessoas e excesso de compromisso com o trabalho. (Guy & Newman, 2013). É por isso que o *burnout* está mais presente em pessoas cujos trabalho exijam contacto interpessoal contínuo, tais como em equipas de emergência médica, polícias, professores, enfermeiros, entre outras atividades profissionais que requerem um contacto frequente e contínuo na dimensão interpessoal e relacional.

O *burnout* é assim a principal consequência negativa do trabalho emocional para o indivíduo. Segundo os autores Guy et al. (2013), ele rege-se por três diferentes dimensões: (a) a exaustão emocional, (b) o cinismo e a (c) e o sentimento de ineficácia.

Sucintamente, a primeira dimensão, a exaustão emocional, refere-se ao indivíduo experimentar uma sobrecarga de trabalho e sentir que todos os seus recursos físicos e emocionais estão esgotados. Ele sente-se exaurido e incapaz de reagir à situação que o esgota: física e emocionalmente. Um estudo recente (Hwa, 2012), realizado com funcionários de um hotel na Malásia, defende que a atuação superficial está relacionada com a exaustão emocional, e, por outro lado, a atuação profunda está negativamente relacionada à exaustão emocional, isto significa que este último tipo de atuação pode ajudar a mitigar e/ou aliviar a exaustão emocional. Neste sentido, acredita-se que os profissionais se sentirem as emoções impostas pela organização, em vez de apenas fingirem, sentirão menos exaustão e esgotamento emocional.

No que tange às considerações de Brotheridge e Grandey (2002, p.33), a atuação superficial oferece um “menor sentido de realização pessoal” e, por isso, está largamente associada a sentimentos de exaustão e desapego, ao passo que a atuação profunda sustenta-se num “maior sentido de eficácia pessoal no trabalho (p.33)”, o que se associa à realização pessoal.

A segunda dimensão, o cinismo, refere-se ao sentimento de alienação e de distanciamento do trabalho, sendo que as pessoas passam a agir mecanicamente, como se estivessem desprovidas de qualquer tipo de emoção ou sentimento. Esta é uma forma de as pessoas se protegerem de exigências emocionais que consideram esmagadoras para a sua sanidade psicológica e mental.

Por último, a terceira dimensão, diz respeito à ineficácia ou à sensação de ineficiência, ou seja, as pessoas não têm confiança no seu trabalho e por isso não conseguem atingir objetivos, o que também afeta e interfere com a sua autoestima no trabalho.

A este respeito, Prentice (2013) elabora um estudo relacionado com a área do turismo nomeadamente hotelaria e restauração na Flórida, EUA, onde aprofunda a relação entre o trabalho emocional e o *burnout*. A autora comprova que as estratégias de atuação do trabalho emocional estão positivamente associadas ao *burnout*. Prentice (2013) constata que o *burnout* emerge se os

funcionários não agirem genuinamente, o que chamámos de atuação profunda. Aqueles podem não querer fazê-lo devido aos salários insuficientes que auferem ou porque simplesmente não conseguem, e isso pode refletir-se mais uma vez na baixa autoestima e na autoalienação.

Vários autores (Allen et al., 2010; Dijk e Kirk, 2008; Humphrey, Ashforth & Diefendorff, 2015) partilham da mesma opinião que os autores anteriores, referenciando que as consequências são muito mais positivas para o indivíduo quando se dá ênfase à atuação profunda, tendo como resultados a diminuição dos níveis de *burnout* e o aumento da satisfação do cliente. Assim, as consequências para o indivíduo e os resultados negativos no respetivo desempenho são muito mais evidenciadas quando se atua superficialmente, o que dá azo a mais situações de *burnout* e comportamentos de retirada organizacional, como o abandono do trabalho.

Um dos caminhos a percorrer para reduzir estes efeitos negativos e, conseqüentemente, o *burnout* é a capacidade de usar a inteligência emocional, segundo a autora Prentice (2013). Para esta, torna-se claro que um alto nível de inteligência emocional pode ser um precursor para melhorar o desempenho dos funcionários e diminuir o *burnout*. Torna-se por isso importante para Prentice (2013), que, nas fases iniciais de recrutamento, os funcionários sejam selecionados com propósitos e de acordo com testes adequados para aferir das suas capacidades emocionais.

Em virtude do que foi mencionado existem cinco estratégias que ajudam a amenizar as consequências negativas do *burnout* ou esgotamento e que são sugeridas por Guy e Newman (2013). A primeira estratégia tem a ver com a execução de relatórios de incidentes críticos, estes relatórios, que também podem ser reuniões em equipa, ajudam os indivíduos a lidar com os traumas e emoções intensas.

A segunda são os planos de autocuidado, este tipo de plano pede que o trabalhador delinear as suas metas, estejam elas relacionadas com o trabalho ou com a sua vida pessoal e extralaboral.

Outra das estratégias é o redesenho/reestruturação do trabalho ou função. Segundo as autoras, é possível usar esta estratégia quando existe, por exemplo, numa organização funções que exigem contato direto com os clientes e outras apenas cargos de gestão sem contato direto com o público, e o que se pretende é que os diferentes profissionais vão rodando de postos/funções entre si de modo a todos experimentarem ambos os trabalhos. Ou seja, no fundo Guy e Newman (2013), sugerem uma reestruturação dos elementos, incluindo tarefas, deveres e responsabilidades de diferentes trabalhos, a fim de conseguir torná-lo mais encorajador e inspirador para os trabalhadores.

A quarta estratégia são as interrupções no trabalho, isto permite que os funcionários aliviem um pouco a pressão do trabalho para poderem voltar com as suas forças anímicas e psicológicas recarregadas, como indicam os autores Guy e Newman (2013).

A última estratégia é intitulada de hábitos da mente. Segundo Costa (2008) é um composto do indivíduo, ou seja, as suas habilidades, atitudes, dicas, experiências passadas e dificuldades, sendo elas todas valorizadas e tidas em consideração pela organização em conjunto com o comportamento intelectual. Tendo isto em consideração, a organização procura oferecer ao indivíduo distrações ou a satisfação de interesses pessoais, de modo a que os profissionais se consigam abstrair e pensar em algo que não seja o trabalho (Guy & Newman, 2013). Estas estratégias requerem que haja uma preocupação da parte da organização em encontrar uma harmonia entre o que é necessário no cargo pedido e as características de cada pessoa, não descurando posteriormente um treino eficaz, sensibilização e avaliações de desempenho (Guy & Newman, 2013).

Em síntese, Humphrey, Ashforth e Diefendorff (2015, p.764) referem que o trabalho emocional pode “melhorar o bem-estar dos funcionários, a satisfação do cliente e a eficácia organizacional, em geral, desde que seja bem gerido e realizado”.

Hsieh et al. (2011), referem que os profissionais devem estar conscientes da importância da realização de trabalho emocional, sobretudo quando se trata de prestar serviço público, como é o caso dos profissionais de enfermagem.

Posteriormente abordarei, em particular, na questão do trabalho emocional nos profissionais de enfermagem.

1.6 Enfermagem e Trabalho Emocional

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015, p.99) o enfermeiro é “o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária”.

Os principais objetivos dos profissionais de enfermagem incidem sobre a promoção da saúde, prevenção da doença, o tratamento e a reabilitação dos utentes e família e, posteriormente, a sua reintegração na sociedade (Malagutti & Miranda, 2011). Assim, estes autores defendem que a enfermagem é também conhecida como a arte de cuidar do ser humano de forma holística.

Para a Ordem dos Enfermeiros (2015, p.99) os “cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais”. Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros (2001) teve a necessidade de definir os padrões dos cuidados de enfermagem, com o objetivo de implementar sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, de modo a obrigar a uma reflexão sobre a prática do profissional e enfermagem e das organizações de saúde. Segundo o enquadramento conceptual enunciado, o processo de cuidar é influenciado por múltiplos contextos, como por exemplo, o ambiente em que a pessoa vive e se desenvolve, quer a nível humano, físico, psicológico, político, económico, sociocultural e organizacional (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Nesta perspetiva, enfermagem é vista como o cuidar de um indivíduo na sua totalidade, como ser humano que sofre, sente alegria, bem-estar, no fundo, um ser que tem a vivência de múltiplos estados emocionais, o que obriga a que os profissionais de saúde sejam obrigados a lidar com todas estas emoções na sua prática clínica.

Como elucida Gray (2010, p.349), “as emoções nas organizações de saúde tendem a permanecer tácitas e com necessidade de esclarecimentos” e é por essa razão que vamos aqui detalhar a questão da enfermagem e do trabalho emocional. Assim, o trabalho emocional varia, segundo James (1992, p.500), consoante a gestão que cada pessoa faz da situação em particular. James (1992) dá como exemplo do cuidado na gestão das emoções a seguinte frase: “gritar com um bebé a chorar é tão inapropriado como dizer a alguém com doença de Alzheimer que está confuso”.

Ashforth e Humphrey (1995) também cogitam sobre o facto de as emoções serem descuradas nas organizações. É frequente considerar que as emoções contrastam com a racionalidade e, por isso, as duas nunca se alinham. Estes autores refletem que ambas se complementam e devem ser pensadas em simultâneo. Bolton (2001) transparece que não é novidade que a emoção é relevante para as organizações e também que “uma das conceções mais duradouras e populares de uma ocupação que exija um trabalho emocional extenso seja a enfermagem” (Bolton, 2001, p.85).

Como espelham Smith e Gray (2001), acerca dos testemunhos dos enfermeiros presentes na sua investigação, falar de emoções era algo que as entrevistadas consideravam fundamental no trabalho de forma ajudar e orientar a sua prática clínica. Ainda, segundo outra enfermeira deste mesmo estudo, o trabalho emocional consistia em o profissional conseguir transmitir e oferecer uma sensação de conforto, bem-estar e confiança nos seus cuidados (Smith & Gray, 2001).

A enfermagem é uma profissão que envolve a interação e a relação constante com outros indivíduos o que, conseqüentemente, se reflete na prestação de cuidados ao utente e na saúde dos

profissionais, pelo que é fundamental a gestão do trabalho emocional na profissão de Enfermagem (Guajardo & Vásquez, 2018). Segundo um estudo realizado por Henderson (2001), os profissionais de enfermagem referem que a relação que mantêm com os utentes é como “dançar o tango”, ou seja, quer o doente quer o enfermeiro andam lado a lado, em sintonia, para a frente e para trás, e cada um ajuda o outro (Henderson, 2001). O trabalho emocional estabelece-se como uma ligação invisível entre o enfermeiro e o utente e, por isso, é importante refletir acerca das experiências destes profissionais (Smith & Gray, 2001).

O trabalho emocional é baseado na gestão do próprio estado emocional pelo profissional, necessária para realizar o trabalho de forma eficaz. Henderson (2001) refere que isso só acontece se o enfermeiro estiver envolvido emocionalmente no cuidar da pessoa e que essa ligação emocional pode ser influenciada pelas anteriores situações difíceis ou gratificantes a que os profissionais estiveram sujeitos, quer tenha sido nas suas vidas pessoais ou profissionais. Isto significa que o contexto e as circunstâncias em que o utente e o enfermeiro se encontram envolvidos determina o envolvimento emocional que existe entre os mesmos.

Para pôr em prática o trabalho emocional, o profissional de enfermagem tem de ter desenvolvido algumas capacidades, nomeadamente: capacidade para sentir o estado emocional do utente; capacidade de observar/analisar o que a outra pessoa está a sentir; capacidade de compreender se o utente precisa alterar o seu estado emocional (por exemplo, numa situação de emergência, se se encontra num estado de histeria conseguir acalmar-se); capacidade de perceber se a pessoa sente necessidade de esconder os seus verdadeiros sentimentos e emoções (por exemplo, sente medo mas não o demonstra) e capacidade para agir de forma a contribuir para um melhor comportamento emocional do utente (Hsieh, Guy, & Wang, 2019).

De acordo com os autores supracitados, a capacidade de monitorar, refletir e avaliar uma determinada ação é exemplificativa do trabalho que os enfermeiros podem executar e esse trabalho envolve emoções (Gray & Smith, 2008). Segundo Gray e Smith (2008), o trabalho emocional veio aumentar o cuidado do profissional para com o paciente, o que, por sua vez, conduziu à reflexão e à gestão de emoções e ao constante melhoramento do atendimento.

Para ser um bom enfermeiro, na ótica de um utente, é necessário demonstrar emoções e sentimentos, a maioria dos utentes gosta de contacto próximo e não de profissionais que vão, por exemplo, ao seu quarto apenas fazer as suas coisas e saiam sem que haja qualquer interação (Henderson, 2001). Henderson acrescenta ainda que todo o trabalho de enfermagem implica que os enfermeiros estejam em constante procura pelo aperfeiçoamento profissional. Assim, o trabalho

emocional está presente em toda a prática de enfermagem e a experiência que o profissional vai adquirindo é crucial nas interações interpessoais (Delgado, Upton, Ranse, Furness & Foster, 2017).

Conforme Siffleet et al. (2015) argumentam a experiência pessoal e profissional também contribuem para a confiança e capacidade dos enfermeiros na gestão das emoções mais difíceis e no controlo das consequências emocionais que advêm do cuidado dos utentes e respetivas famílias. Como reporta um enfermeiro neste estudo: "...a experiência definitivamente tem muito a ver com isso e eu acho que ver como as outras pessoas lidam com as situações também. Eu próprio não tenho apenas sete anos de experiência; tenho sete anos de observação de outras pessoas, o que definitivamente contribui" (Siffleet et al., 2015, p.309).

Pode também acrescentar-se que o trabalho emocional é visto como uma "componente chave das relações interpessoais entre o enfermeiro e o paciente" (Smith & Gray, 2001, p.44), como nos diz outra enfermeira: "é apenas sentar-se com o paciente e sentir que há um elo" (Smith & Gray, 2001, p.44). Como relata Henderson (2001), o contacto emocional que o profissional mantém com os seus utentes é uma grande fonte de satisfação.

Em jeito de conclusão, os autores supracitados comentam que o trabalho emocional constitui um instrumento comunicacional facilitador entre o paciente e o enfermeiro (Gray, 2010; Smith & Gray, 2001). Como confirma uma enfermeira a este respeito: "se não se envolver o paciente como pessoa e falar sobre os seus problemas, tranquilizá-lo, e falar com ele sobre a família (...) isso tornará a enfermagem muito difícil. Se não estiver sintonizado com o sentimento do paciente e não mostrar que se importa, [o enfermeiro] não poderá lidar com todos os pequenos problemas que surgem" (Gray, 2010, p.353).

Um estudo relacionado com enfermeiros de saúde mental reflete que não é possível com as formas de atuação profunda e superficial (Hochschild, 1983) conceder "respostas emocionais espontâneas" (Edward, Hercelinskyj & Giandinoto, 2017, p.216). À luz das considerações de Edward e colegas (2017), a atuação superficial apenas pode ser usada para gerir a carga emocional em casos em que os pacientes apresentem necessidades complexas e especiais e onde seja difícil estabelecer um relacionamento entre o enfermeiro e o paciente.

Barnett, Hays e Cantu (2019) analisam os enfermeiros dos cuidados paliativos e concluem que estes enfermeiros usam mais a atuação profunda, ao invés da atuação superficial, o que indica que a maior parte destes profissionais coloca as suas emoções internas em consonância com as emoções expostas.

Algumas das sugestões exploradas por Barnett et al. (2019) para que os enfermeiros consigam regular as suas emoções e reprimir os sentimentos negativos são as seguintes:

1. Fazer pausas no trabalho;
2. Realizar atividades com os colegas do trabalho;
3. Executar exercícios de relaxamento;
4. Desenvolver estratégias cognitivas, tais como a regulação emocional, meditação e reavaliação cognitiva.

Se estas estratégias forem efetuadas devidamente pelos profissionais poderá haver a diminuição da fadiga dos enfermeiros e, conseqüentemente, o aumento da produtividade, redução do stress e menor rotatividade (Barnett et al., 2019).

Uma abordagem com foco em enfermeiros de prestação de cuidados paliativos, avançou que o “conceito de bem-estar emocional era complexo e multifacetado e associado a todos os profissionais de enfermagem, independentemente do modo como lidavam com as emoções e se sentiam mais ou menos equilibrados” (Rose & Glass, 2010, p.1408). Este estudo de Rose e Glass, (2010) realizado na Austrália com enfermeiros de cuidados paliativos, revela a predominância de três temas nas narrativas daqueles profissionais: (1) a exigência do trabalho, (2) a gratificação e o (3) conforto progressivo com o exercício da profissão.

Neste estudo, a maior exigência profissional associava-se ao fardo emocional e à necessidade de gerir emoções negativas na relação com os pacientes e os seus familiares. E, por isso, estes enfermeiros referiam que havia a necessidade de “melhorar os relacionamentos, procurar apoio, desenvolver aptidões e alcançar resultados de qualidade no atendimento ao paciente” (Rose & Glass, 2010, p. 1409). O sentimento de gratificação, por seu lado, relacionava-se com a satisfação por sentirem que contribuíam para o bem-estar destes pacientes, criavam relações fortes, e faziam realmente a diferença na vida daquelas pessoas enquanto estavam ao seu cuidado (Rose & Glass, 2010). Henderson (2001) também refere que o estabelecimento deste contacto emocional com o utente e respetiva família é uma grande fonte de satisfação para os profissionais de enfermagem. Por último, o sentimento de conforto estava ligado a um maior bem-estar e desenvoltura sentidos por estes enfermeiros em termos de competências e aptidões para a realização do seu trabalho. Quanto mais aptidões sentiam possuir na gestão das emoções, mais confortáveis se sentiam na função e surgiam melhores resultados no seu trabalho e um maior sentimento de gratificação (Rose & Glass, 2010).

Nestes grupos de enfermeiros, o trabalho emocional está presente na gestão das emoções que surgem na relação com os pacientes e as famílias quando a doença progride e, ao mesmo tempo, está

relacionado com a energia positiva que os enfermeiros eram capazes de exteriorizar e transmitir quando atendiam e tratavam os seus pacientes (Rose & Glass, 2010; Siffleet et al., 2015).

Ao longo do dia de trabalho, os enfermeiros passam por diversas situações de stress e, ao mesmo tempo, têm de se esforçar para lhes garantir tranquilidade enquanto recuperam. Como consequência necessitam de desempenhar elevados níveis de trabalho emocional para corresponder a todas as necessidades que lhes são impostas, quer por parte dos utentes como da sua família (Imani, Kermanshahi, Vanaki & Lili, 2018). Conforme Bailey, Scales, Lloyd, Schneider e Jones (2015) indicam no seu estudo, as famílias dos pacientes podem constituir uma fonte de stress, basta o enfermeiro perceber pelo seu olhar ansiedade. São também verificados casos em que existe empatia com os familiares, mas maioritariamente, neste estudo, são referidas relações complicadas.

No estudo realizado por Siffleet e colegas (2015), uma enfermeira refere que as famílias também têm necessidades, sobretudo quando o estado de saúde do familiar é incerto. Nesta situação, as famílias não só necessitam de explicações adicionais por parte do enfermeiro, como também chegam a ter de desabafar e exteriorizar um pouco a ansiedade que têm dentro de si. Mas cuidar das famílias, para além do paciente, pode ser difícil para o profissional de enfermagem, especialmente quando existem situações mais complicadas para gerir, como a morte, quando isso acontece recaem sobre os enfermeiros os sentimentos de impotência e tristeza. A doença, a morte, o sofrimento, quer físico ou emocional, não deixam de fazer parte do trabalho que os enfermeiros têm em mãos. Neste estudo, também os enfermeiros que não conseguem defender-se do sofrimento experimentam problemas emocionais, como “tristeza, sofrimento, infelicidade, angústia, ansiedade, medo, tristeza, frustração, desilusão e insatisfação” (Siffleet et al., 2015, p. 306), originado isto situações graves de stress nestes profissionais. Em contrapartida, quando os enfermeiros sentem que deram o seu melhor com os doentes e respetivas famílias também emerge o bem-estar emocional que gera “sentimentos de felicidade, prazer e satisfação pessoal, como explicam Siffleet e colegas (2015, p. 306). Para a grande maioria dos enfermeiros desta investigação, o bem-estar emocional estava associado aos sentimentos de felicidade e satisfação no contato e prestação dos melhores cuidados aos doentes e as famílias. A melhor prestação de cuidados ocorria quando os enfermeiros conseguiam facultar cuidados holísticos, quando o enfermeiro sentia que tinha feito tudo o que podia pelos utentes e famílias e alcançavam as metas que consideravam adequadas às necessidades dos utentes e respetivas famílias (Siffleet et al., 2015). A solução apontada por Bakker e Heuven (2006) para combater estas exigências profissionais e emocionais, é dotar os funcionários de competências para regular toda esta panóplia de emoções.

Nesta matéria, também, a investigação de Lewis (2005) realizada com enfermeiros num serviço de neonatologia, verificou que os enfermeiros estavam constantemente ligados às emoções dos pais e a perceber a constante variação das emoções daqueles. Como é relatado por uma enfermeira:

“... até certo ponto, temos que ter um pouco de amizade ou capacidade de brincar... temos o bebé deles [dos pais] nas nossas mãos e eu acho que eles estão totalmente assustados com tudo (...) eu acho que temos que ser diplomatas e o que precisamos é fornecer-lhes o máximo possível de informações ... (...) Estamos a construir um relacionamento... sabemos que algumas pessoas não nos querem como amiga, mas, apenas como enfermeira, e que outras veem-nos como amiga e é possível construir um relacionamento com elas” (Lewis, 2005, p.570).

Segundo Lewis (2005), estes enfermeiros têm que trabalhar de acordo com certos padrões, tanto a nível de cuidados médicos como a nível de emoções adequadas, isto para poderem acalmar os pais destes bebés sujeitos a cuidados especiais. Isto faz com que este grupo de enfermeiros tenha elevados padrões de profissionalismo sobre quais as emoções que podem ou não ser expressas, bem como sobre a distância e o desapego que são necessários manter com os pais dos respetivos pacientes, neste caso recém-nascidos com necessidades muito especiais.

Para lidar com todas estas emoções frequentemente há profissionais que optam por estratégias de distanciamento emocional. No estudo de Henderson (2001) uma das enfermeiras refere que se vê como uma pessoa desapegada e objetiva no trabalho e, no seu caso, isso reflete-se devido à sua necessidade de se proteger emocionalmente, desligando-se da situação para não pensar constantemente no que se passou. Por outro lado, outra enfermeira admite tratar cada utente como se fosse um membro da sua família. Como refere Henderson (2001), é difícil discernir qual o uso adequado de emoções, ou se é importante desligar e praticar o desapego emocional, ou, por outro lado, envolver-se emocionalmente. Os enfermeiros da investigação não mostraram opiniões consonantes, todavia apenas uma minoria frisou a necessidade de desapego emocional. Em resumo, é possível concluir que dependendo da situação e contexto é indispensável equilibrar os estados emocionais, seja o desapego ou envolvimento emocional (Henderson, 2001).

Na área dos cuidados de saúde, é difícil abordar o trabalho emocional sem relatar que este constitui uma aptidão crucial e basilar para tornar o percurso do utente/paciente o mais suave possível. Para que estas aptidões sejam reconhecidas pelos enfermeiros como um dos elementos basilares do seu trabalho é necessário que na sua formação recebam preparação para lidar com os efeitos do trabalho emocional (Mann, 2005). Na pesquisa de Henderson (2001), uma enfermeira

espelha que tudo o que aprendeu na universidade enquanto aluna do curso de enfermagem foi apenas o básico, tal como, gerir recursos, tudo o resto que diz respeito ao conhecimento das pessoas, e todo o campo emocional que advém das suas práticas, não lhe foi ensinado, e é isso também que todos os participantes deste estudo sentem.

Mann (2005) elucida-nos que é indiscutível que, apesar dos enfermeiros tentarem exprimir as emoções em conformidade com as regras de exibição emocionais exigidas pelas organizações, em muitas situações do dia-a-dia as emoções que verdadeiramente são sentidas não correspondam às emoções que são desejadas.

De acordo com a ótica de Grandey e Sayre (2019), algumas organizações impõem aos seus trabalhadores a regulação das emoções de forma a irem de encontro ou a cumprirem as regras de exibição, como é o caso de ter de forçar um sorriso, o que tem consequências indesejáveis a nível pessoal e profissional.

Seguindo a reflexão desta autora (Mann, 2005), pode também ter-se em consideração que os enfermeiros não necessitam de seguir as regras de exibição estipuladas pela organização se, por vontade própria, realizarem o trabalho emocional porque assim o desejam. Neste caso, os enfermeiros cuidam genuinamente dos seus pacientes e, através disso, adquirem alegria pelo que fazem, sentem que essa é a sua aptidão, atuam de acordo com os seus verdadeiros sentimentos (e.g., regras sentimentais). Quando os funcionários modificam as suas emoções para se mostrarem sinceros, estão a agir profundamente e o seu desempenho está a ser aperfeiçoado, mas quando é necessário fingir, quer isto dizer agir superficialmente, isso pode provocar consequências ao nível do bem-estar emocional destes (Grandey & Sayre 2019). Existem múltiplas situações em que para o enfermeiro se torna impossível oferecer emoções apropriadas e verdadeiras como, por exemplo, quando existem situações da vida pessoal desestabilizadoras. Se se assim for, é possível que a realização de trabalho emocional acarrete consequências negativas para o bem-estar mental do profissional. Isso fica a dever-se à dissonância emocional intensa sentida por este, de tal forma que o enfermeiro tenta sentir emoções apropriadas e genuínas, mas simplesmente, não é capaz de o fazer (Mann, 2005).

Efetivamente, a dissonância emocional que provém da atuação superficial pode ter um impacto negativo no trabalho dos enfermeiros, ao nível da prática clínica, o que conseqüentemente compromete o seu bem-estar emocional, desencadeando o stress e o esgotamento no trabalho (Delgado, Upton, Ransie, Furness & Foster, 2017). A superação de estados emocionais negativos é um processo fundamental para a redução do impacto do stress no local de trabalho e para a prevenção de um impacto negativo a nível psicossocial.

Na enfermagem é indispensável que o profissional expresse as suas emoções na interação com o utente, ainda assim, tem de ser mantida distância emocional para que a relação não exceda a interação meramente profissional, e não se transfira para a esfera da vida pessoal do profissional (Bakker & Heuven, 2006). Bakker e Heuven (2006) concluem que os enfermeiros estão sujeitos a níveis elevados de exaustão emocional porque têm que demonstrar uma constante empatia e preocupação para com os seus pacientes, sendo de extrema importância a regulação de sentimentos e expressões.

A figura 1 representa o modo como pode ser feita a gestão das emoções e a sua implicação para os indivíduos, de acordo com Mann (2005, p.310).

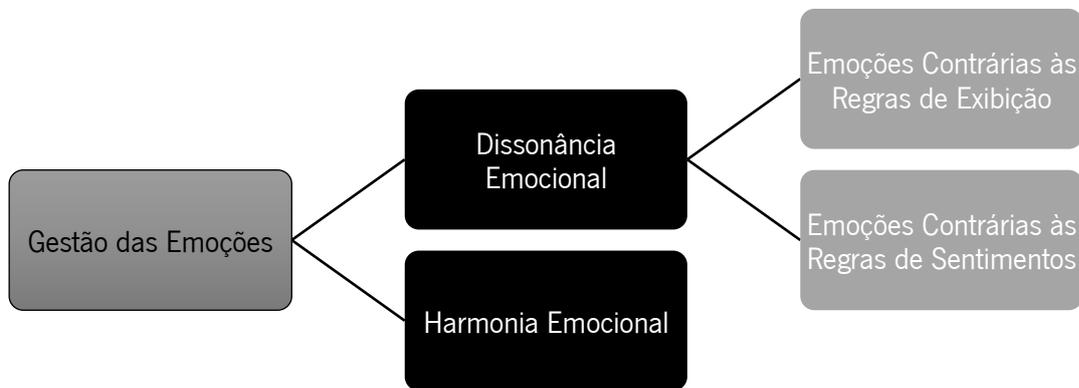


Figura 1: Gestão das emoções e implicação nos indivíduos (Adaptado de Mann, 2005, p.310)

De acordo com Mann (2005), a gestão das emoções pode dividir-se em duas formas: dissonância emocional e harmonia emocional. Sempre que os enfermeiros têm que extinguir as emoções que lhes surgem espontaneamente, e demonstrar emoções que não coincidam com as suas (e.g., demonstrar empatia e preocupação), estamos perante a dissonância emocional. De outra forma, a harmonia emocional surge quando as emoções dos pacientes e dos enfermeiros coincidem. Neste último caso, os enfermeiros sentem as emoções dos seus utentes e têm que se abstrair para desempenharem a sua função.

A dissonância emocional pode ainda originar dois tipos de regras de exibição de emoções, a primeira quando o enfermeiro ou cuidador sente emoções contrárias às regras de exibição especificadas pela organização, citando a autora trata-se de regras que as “expectativas sociais ou organizacionais consideram contrárias à exibição apropriada” (Mann, 2005, p. 309). Assim, o “ator

realiza trabalho emocional porque tem que fazê-lo e não porque quer” (Mann, 2005, p. 311). O segundo tipo de emoções ocorre quando o enfermeiro sente emoções contrárias às regras “sentimentais”, pelas palavras de Mann (2005, p. 309) isso implicar ir contra “as próprias expectativas do cuidador [enfermeiro] sobre o sentimento apropriado”, “o ator realiza um trabalho emocional porque ele quer e pensa que é a coisa certa a fazer” (Mann, 2005, p. 311). Mann (2005) e Grandey, Fisk e Steiner (2005) chegam à conclusão de que o trabalho emocional deverá ter a função de diminuir as consequências negativas da expressão de emoções e, conseqüentemente, manter e aumentar os resultados positivos, tanto para o utente como para os enfermeiros ou cuidadores.

Neste seguimento, se deixarmos o trabalho emocional ser esquecido e/ou negligenciado, a prestação de serviços de saúde deixará de dar lugar às emoções e necessidades emocionais de todos os envolvidos, e surgirão as tais consequências negativas já anteriormente mencionadas, e que podem ser consequências negativas tanto na saúde e bem-estar do paciente, como da equipa de cuidados de saúde (Mann, 2005). Como corroboram Pisaniello, Winefield e Delfabbro (2012), a enfermagem atinge assim um alto patamar de complexidade, o que conduz à realização de trabalho emocional tanto para benefício da organização como do profissional, bem como da relação entre o enfermeiro e o utente.

Emoções verdadeiras e relações sociais compensadoras são alguns dos efeitos positivos provenientes da atuação profunda na expressão de emoções, ainda assim este tipo de atuação não está imune de propiciar problemas de saúde mental (Kong & Jeon, 2018). Porém, a atuação superficial continua a ser ainda mais prejudicial (Kong & Jeon, 2018; Pisaniello, Winefield & Delfabbro, 2012). Os mesmos autores elucidam que suprimir emoções tem um caráter mais negativo do que a regulação da emoção. Efetivamente, quando os enfermeiros não fazem esta regulação da emoção ficam mais desgastados a nível pessoal e sofrem uma grande pressão no trabalho. De acordo com Pisaniello et al. (2012), o trabalho emocional, por vezes, não é realizado em todo o seu esplendor porque os enfermeiros têm um grande conjunto de tarefas a seu cargo e, por isso, sentem-se sobrecarregados. A sobrecarga de tarefas impede-os de se envolverem e interagirem com os pacientes para poderem criar uma relação emocional mais forte e/ou vinculativa. O trabalho em equipa, estar rodeado de bom ambiente, reciprocidade e pessoas que se entrecorrem é outro dos fatores que influencia o bem-estar emocional dos enfermeiros. Pelo contrário, a ausência do trabalho em equipa e os conflitos entre os colegas podem conduzir a sentimentos de ansiedade e dificultar uma boa gestão das emoções (Siffleet et al., 2015). Como reporta Siffleet et al. (2015), o alcance dos objetivos e metas estipulados para o cuidado do utente é um dos fatores que aumenta a satisfação no trabalho do enfermeiro e, conseqüentemente, propicia bem-estar emocional.

Também Rees (2013) analisa a forma como os profissionais procuram mitigar a angústia que muitas vezes sentem em situações de trabalho, ou seja, de que forma é possível propiciar o seu melhor bem-estar e conclui que é alcançável através de processos reflexivos. A autora refere que alguns dos enfermeiros utilizam estas reflexões para treinarem o seu distanciamento emocional enquanto contacta com o doente, enquanto outros aproveitam estas atividades reflexivas para fazer o contrário e valorizarem o contacto com o utente (Rees, 2013). Como referiu um enfermeiro “posso ir sempre para casa e não sentir nenhuma culpa...gosto de saber que tudo foi feito com muita paciência, que nenhuma pedra é deixada por virar e eu sou duro” (Siffleet et al., 2015, p.308). Os enfermeiros tinham orgulho nos seus processos reflexivos e o facto de isso os ajudar a lidar com as emoções negativas, no entanto depois do término do turno sentiam a necessidade de descarregar toda a carga emocional (Rees, 2013). No entender de Rees (2013) os processos reflexivos “parecem ser úteis como um meio de dar espaço para explorar sentimentos e facilitar uma compreensão mais profunda das reações dos enfermeiros a eventos significativos e de desenvolvimento profissional” (p.50).

Em síntese, Diogo (2012) defende que é de extrema importância o trabalho emocional tornar-se gradativamente mais transparente e compreensível para todos os envolvidos nos cuidados de saúde, pois, desse modo, os enfermeiros terão mais capacidades de se adaptarem e superarem a pressão emocional e stress inerentes à sua profissão. A este respeito, Macqueen (2000) vem trazer uma consideração importante que vai de encontro ao que Bakker e Heuven (2006) explicam. Esta autora menciona que como hoje em dia todos os indivíduos, sem distinção da profissão, mantêm interações interpessoais qualquer que seja a circunstância, isso acaba por ser negligenciado no caso da enfermagem. Por todas as pessoas necessitarem de manter boas relações interpessoais, não significa que todos os enfermeiros sejam extremamente eficientes e talentosos para realizar este tipo de interações. Por esse motivo, é muito importante que os enfermeiros recebam formação, desde o início da sua preparação profissional, de modo a facilitar boas relações interpessoais para que possam auxiliar e atender os seus pacientes.

Em suma, segundo Golfenshtein e Drach-Zahavy (2014) como o trabalho emocional é algo identificável por todos os profissionais de enfermagem, é fundamental que estes desenvolvam e se familiarizem com as ferramentas de trabalho emocional, de maneira a estarem conscientes das suas emoções e da forma como as transmitem aos outros, com vista à criação de um ambiente benéfico tanto para a sua saúde como para prestar cuidados aos seus utentes. Algumas das ações sugeridas por Golfenshtein e Drach-Zahavy (2014) incluem:

1. Explicação e fomento do crescimento de aptidões, tais como capacidade de autoconsciência e regulação emocional. Henderson (2001) também defende a mesma ideia dizendo que todo o trabalho de enfermagem implica que os enfermeiros estejam em constante procura pela tomada de consciência das próprias emoções.
2. Diálogo e debate acerca das emoções e práticas para a orientação da utilização da atuação superficial e atuação profunda.
3. Atividades para criação de empatia e interação com os utentes, primando pelo uso da atuação profunda ao invés da atuação superficial pelos enfermeiros.

Houck (2014) traz-nos a perspectiva de enfermeiros de oncologia que diariamente estão expostos a um grande leque de consequências, tais como o esgotamento físico e emocional, e refere que para que seja possível prevenir estas consequências em primeiro plano é necessário reconhecimento do trabalho do enfermeiro. Em seguida é necessário que as organizações proporcionem meios para que o enfermeiro o possa fazer. Houck (2014) refere um programa que tem como objetivo ajudar os enfermeiros a desenvolver capacidades e aptidões para se manterem saudáveis, quer emocionalmente como fisicamente. São exemplos a formação, o aconselhamento e a oportunidade para fazer o luto; estratégias de autocuidado e capacidades de comunicação; apoio de profissionais da área da psicologia; reuniões de equipa; rotação dos enfermeiros por diferentes serviços; entre outros aspetos. A falta de rotação dos enfermeiros, ou seja, a atribuição repetidamente dos mesmos utentes e famílias ao mesmo enfermeiro traz como consequência a exaustão emocional (Siffleet et al., 2015). Guajardo e Vásquez (2018) acrescentam ainda que “uma das propostas é que, durante a sua formação, os enfermeiros sejam treinados para identificar e controlar as suas emoções e que, com tais ferramentas, sejam capazes de realizar as suas tarefas profissionais, colocando em prática as suas melhores competências” (p.522).

Em suma, segundo Gray (2009), o trabalho emocional em enfermagem é uma parte vital da qualidade dos cuidados de saúde que podemos encontrar no sistema do serviço nacional de saúde. Para além de ser crucial no que diz respeito às relações interpessoais, também influencia e contribui significativamente para uma melhor prestação de cuidados ao utente/família. Contudo, a autora refere que o trabalho emocional em enfermagem necessita de uma maior exploração das emoções dos profissionais e utentes, de forma a poderem ser desenvolvidos métodos, sistemas e técnicas que permitam ao profissional obter uma melhor prática e, conseqüentemente, uma maior realização profissional.

Realizada a revisão da literatura, o Segundo Capítulo desta dissertação desenvolve seguidamente as questões relacionadas com a explicitação da Metodologia utilizada neste estudo.

Segundo Capítulo: Metodologia

Seguidamente, apresento a problemática da investigação e os seus objetivos, assim como a metodologia, que inclui uma explanação sobre o método e técnica de recolha de dados e de amostragem utilizadas. Ainda, neste capítulo, procedo à caracterização dos participantes do estudo e descrevo a codificação efetuada dos dados recolhidos.

2.1. Problemática da investigação e objetivos de estudo

O tema da investigação incide sobre o trabalho emocional na classe profissional dos enfermeiros. Segundo Phillips (1996), o trabalho emocional é um tema de debate na enfermagem fundamental devido à importância que este tem sobre os profissionais e sobre os pacientes que recebem os seus cuidados. O mesmo autor refere que o estudo da temática em questão é crucial, uma vez que o trabalho emocional na saúde é um componente importante e exigente para aqueles que prestam os cuidados de saúde; acarreta consequências quer para os profissionais, quer para os utentes, e a sociedade em geral, e por que é atualmente aceite a noção de holismo nos cuidados de saúde e a prática de cuidados de saúde holísticos numa sociedade que continua a ter em consideração somente o paradigma científico/biomédico.

Posto isto, o problema de investigação consiste em perceber até que ponto as organizações de saúde tendem a manter-se silenciosas relativamente às emoções, e conseqüentemente, ao trabalho emocional na prática clínica. Além disso, também se pretende perceber de que forma é que os profissionais de enfermagem lidam com o trabalho emocional e as consequências que o mesmo acarreta para os mesmos. O problema de investigação envolve ainda a identificação das condições de trabalho que as organizações oferecem para evitar ou reduzir as consequências negativas do trabalho emocional e as recomendações dos profissionais de enfermagem relativamente a esta temática.

Tendo em conta, a problemática apresentada e a revisão de literatura realizada, e com base nas questões de partida, são de seguida expostos detalhadamente os objetivos deste estudo empírico:

1. Identificar e descrever os principais fatores positivos e negativos na profissão de enfermagem, que requerem trabalho emocional;
2. Identificar as formas de trabalho emocional elegidas pelos enfermeiros;
3. Identificar o tipo de emoções que são percecionadas pelo profissional no exercício da sua atividade;

4. Identificar, descrever e compreender quais as estratégias individuais que os enfermeiros utilizam para lidar com a carga emocional do trabalho;
5. Identificar as consequências do trabalho emocional e perceber se este é prejudicial ou benéfico para os enfermeiros
6. Identificar e descrever quais as medidas que as organizações poderiam adotar para diminuir a carga negativa do trabalho emocional.

2.2. A metodologia qualitativa e a técnica da entrevista

Como processo da pesquisa ou estratégia de pesquisa, foi eleita a abordagem fenomenológica ou abordagem de teor qualitativo, atendendo ao caráter subjetivo do fenómeno em estudo, uma vez que análise se refere a sentimentos e emoções, esta abordagem foi considerada a mais adequada ao estudo, e, no mesmo sentido, este processo permite um acesso mais profundo à temática do trabalho emocional.

A pesquisa qualitativa “começa com pressupostos, uma visão de mundo, o possível uso de uma lente teórica, e o estudo de problemas de pesquisa indagando o significado que indivíduos ou grupos atribuem a um problema social ou humano” (Creswell, 2007, p.37). Segundo as explicações de Denzin e Lincoln (2000) a pesquisa qualitativa “consiste num conjunto de práticas interpretativas (...) que tornam o mundo visível.” De acordo com estes autores, estas práticas transformam o mundo numa série de “representações e podem incluir vários instrumentos de recolha de dados como observação participantes e diários de campo, entrevistas, fotografias, gravações e memorandos individuais. Neste nível, a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem interpretativa e naturalista do mundo. Isto significa que os pesquisadores qualitativos estudam os fenómenos nos seus ambientes naturais, tentando que façam sentido ou interpretando-os em termos dos significados que as pessoas lhes conferem” (Denzin & Lincoln, 2000, p.3).

Creswell (2007) refere que as investigações qualitativas são escolhidas quando existe um problema ou questão relativamente pouco explorado, quando é essencial examinar um grupo ou população e ouvir os seus contributos, que muitas vezes são ignorados, ou quando é fundamental entender uma determinada questão minuciosamente e que só pode ser compreendida diretamente com os indivíduos e ouvindo os seus contributos e relatos reais, ou seja, recorrendo ao diálogo da entrevista.

Fraser e Gondim (2004, p.146) especificam que a abordagem qualitativa tem a intenção de desvendar as opiniões dos entrevistados acerca de uma determinada temática, mas, para além disso,

almeja compreender “as motivações, os significados e os valores que sustentam as opiniões e as visões de mundo”. Este fomentar de diálogo com o entrevistado e compreensão da sua perspectiva é conseguida através do direcionamento da conversa de forma aberta, deixando espaço para o entrevistado expor a sua perspectiva e o surgimento de novos assuntos relativos à pesquisa (Fraser & Gondim, 2004).

Dentro da abordagem fenomenológica, e num paradigma interpretativo, a técnica da entrevista em profundidade surge como a técnica de recolha de dados mais habitual. Segundo Haguette (1987), a entrevista é definida como um processo de interação social entre o entrevistador e o entrevistado e cujo objetivo é a “obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado” (Haguette, 1987, p.75).

De acordo com Fraser e Gondim (2004, p.140), a entrevista como técnica qualitativa detém duas principais vantagens, a saber: (1) o auxílio na comunicação e relação entre o entrevistador e o entrevistado, o que vai “permitir uma melhor compreensão dos significados, dos valores e das opiniões dos atores sociais a respeito de situações e vivências pessoais”; (2) a flexibilidade no decorrer da pesquisa, e na posterior avaliação de resultados, isto porque o entrevistado intervém em todo processo de interpretação e construção do trabalho do entrevistador/pesquisador.

Pardal e Correia (1995) explicitam que a entrevista semiestruturada é aquela com maior flexibilidade em termos de aplicação, sendo que o diálogo entre entrevistado-entrevistador deve ser dirigido fluidamente com o decorrer natural da conversa. Ou seja, através da pesquisa analítica na entrevista é possível atingir uma compreensão mais aprofundada do fenómeno em análise e de tudo aquilo que se encontra à sua volta, resultado de uma partilha constante das opiniões e informações entre o entrevistado e o entrevistador/pesquisador.

A modalidade utilizada nesta investigação foi a entrevista semidirecta presencial uma vez que o entrevistado e o entrevistador se encontraram face a face e existiram trocas verbais, quer para perguntas como para respostas. Adicionalmente, foi possível observar a linguagem não verbal, tais como pausas e silêncios, movimentos corporais, alterações no volume e tom de voz, bem como as variadas reações faciais inerentes à conversa ocorrida (Fraser & Gondim, 2004).

De acordo com Bell (1997) a adaptabilidade é uma grande vantagem associada à entrevista. Um entrevistador bem treinado consegue conduzir a entrevista para os tópicos relevantes, e explorar determinadas ideias, ou mesmo compreender os motivos e os sentimentos do entrevistado sobre o fenómeno em estudo, coisa que o inquirido nunca poderá fazer. A forma como determinada resposta é dada (o tom de voz, a expressão facial, a hesitação, entre outros aspetos) pode fornecer informações que uma resposta escrita nunca revelaria” (Bell, 1997, pp.118-119).

Neste estudo foi utilizada uma entrevista semiestruturada cujo guião pode ser consultado no Anexo I. O objetivo da utilização da entrevista semiestruturada foi, neste caso, que os enfermeiros pudessem refletir acerca daqueles que são os seus procedimentos, práticas e emoções diárias de forma a conseguir identificar e descrever o seu trabalho emocional.

As questões que são colocadas ao longo da entrevista devem estar sob total compreensão do entrevistador, que é habitualmente o investigador, para que o mesmo possa direcionar o processo da entrevista de forma eficaz. Para haver uma gestão eficaz da entrevista é necessário que o entrevistador saiba como dirigir a entrevista para os temas que lhe interessam. Assim, o entrevistador deve estar ciente da relação de confiança a estabelecer com o seu interlocutor /a e utilizar isso em prol da sua investigação, pelo esclarecer de dúvidas e questões ao entrevistado, deixando claro o objetivo da pesquisa e a utilização que será feita da informação obtida (Legard, Keegan & Ward, 2003). O entrevistador deve assim ter a capacidade de ouvir atentamente o entrevistado e compreender as suas respostas e explicações; seguir uma lógica de pensamento na formulação de questões e ter boa memória para conduzir a entrevista e retomar a pontos chave desta.

Segundo Fraser e Gondim (2004, p.147), relativamente à escolha dos entrevistados, é importante não direcionar a procura dos mesmos apenas com o intuito de superar um determinado patamar numérico, uma vez que a importância está no alcance de diferentes ângulos e perspetivas por parte do entrevistado. O número de entrevistas deve ser pensado de acordo com “os objetivos da pesquisa, os diferentes ambientes a serem considerados e, principalmente, a possibilidade de saturação do tema”. No decorrer desta investigação foram realizadas 21 entrevistas em profundidade a enfermeiros de diferentes serviços e organizações, pois o objetivo não foi generalizar os resultados, mas, sim, compreender em profundidade o fenómeno em contextos distintos.

Existe um conjunto de etapas estipulados por Legard e colegas (2003) que devem ser seguidas ao longo da entrevista. Neste estudo, procurou-se respeitar as etapas propostas pelos autores, a saber:

1. **Chegada:** desde o momento que o entrevistador se encontra com o entrevistado é iniciado o processo da entrevista, onde é necessário estabelecer desde logo uma ligação com o entrevistado e deixá-lo o mais à vontade possível.
2. **Introdução da investigação:** é neste ponto que o entrevistador deve apresentar o seu tema de investigação, referenciando a confidencialidade e pedindo consentimento para a gravação da entrevista.
3. **Início da entrevista:** as perguntas iniciais são importantes para contextualizar a pesquisa bem como para formular perguntas posteriores ao entrevistado.

4. **Durante a entrevista:** nesta etapa o entrevistador deve conduzir o entrevistado pelas perguntas que elaborou, bem como por aquelas que surgem no decorrer da conversa. É daqui que resultam as ideias, reflexões, emoções e sentimentos que numa situação do quotidiano não aconteceria.
5. **Término da entrevista:** o entrevistador pode perto do término da entrevista, indicar ao entrevistado que a mesma se encontra perto do final. É também nesta fase que o entrevistador procura falar sobre assuntos que ficaram por abordar.
6. **Após a entrevista:** após a paragem da gravação, o entrevistador deve agradecer ao entrevistado e refletir acerca de como a sua contribuição poderá ajudar no estudo. Deve responder a perguntas feitas pelo entrevistado ou dar qualquer informação que seja solicitada e garantir mais uma vez a confidencialidade.

Segundo Legard e colegas (2003) o local de realização das entrevistas deve ser deixado ao critério do entrevistado, como foi o caso deste estudo, e o ambiente do local deve ser tranquilo e sem distrações. Neste estudo, as entrevistas foram realizadas no local de trabalho do entrevistado, num café com zona para estudo, na universidade, e, ainda, na residência privada tanto do entrevistado como do entrevistador, sempre respeitando a vontade dos entrevistados quanto ao local de realização.

É importante que a gravação da entrevista seja feita em áudio para que o entrevistador tome poucas ou nenhuma notas no decorrer desta e possa colocar toda a sua atenção no que o entrevistado expõe. Desde que assegurada a confidencialidade e obtido o consentimento para a gravação, raras são as vezes em que os entrevistados se recusam a serem gravados para posteriormente se proceder à transcrição da mesma (Legard et al., 2003). No presente estudo, as gravações de áudio foram feitas com o telemóvel da própria entrevistadora e nenhum dos entrevistados demonstrou reticência na utilização deste método de gravação

Após a realização das entrevistas, e transcrição destas, prosseguiu-se para a última etapa da parte empírica do estudo e que diz respeito à codificação e análise da informação obtida, isto é, dos dados empíricos. Neste estudo, optou-se por realizar uma análise temática de conteúdo. De acordo com Quivy e Campenhoudt (1998), a análise temática de conteúdo pode é adequada para as entrevistas em profundidade. Este método de recolha de dados “oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade” (Quivy & Campenhoudt, 1998, p.227).

2.3. Amostragem e Caracterização dos Participantes

A escolha dos entrevistados foi feita apenas sustentada no facto de cada pessoa ter competência reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros como profissional de enfermagem e trabalhar atualmente na área de enfermagem.

A técnica de amostragem eleita foi a amostragem não aleatória, de conveniência, e com recurso ao sistema “bola de neve”. De acordo com Gonçalves (2006), este tipo de amostragem acede a diferentes grupos de pessoas que se conhecem entre si, e é utilizada quando se pretende aceder a populações específicas e difíceis de alcançar. Atkinson e Flint (2001) acrescentam também que a técnica de amostragem por bola de neve procura identificar populações de difícil acesso, pelo recurso a referências ou contactos de outros similares que são facultados pelos já entrevistados.

No presente estudo foi utilizada a amostragem já referida (não aleatória “bola de neve”), uma vez que foram inquiridos profissionais de difícil acesso. São classificados como de difícil acesso pois são profissionais de enfermagem ativos, em contexto hospitalar ou clínicas privadas, o que implica respeitar um conjunto de normas para aceder a estes profissionais, e, também, estar dependente da disponibilidade de cada enfermeiro, que dada a prática de horários rotativos não facilitou em nada o seu acesso.

Como nesta temática se aborda um tema de alguma sensibilidade, as emoções e sentimentos de pessoas/profissionais no âmbito da sua prática de enfermagem, a realização das entrevistas dependeu de pessoa para pessoa. Assim, numa fase inicial estabeleci o contacto com profissionais de enfermagem que faziam parte do meu ambiente sociofamiliar e, a partir deles, consegui chegar até outros profissionais por eles sugeridos que se adequavam às questões e ao tema em estudo. É importante referenciar que o entrevistador é quem decide como iniciar, desenvolver e terminar a recolha de dados (Biernacki & Waldford, 1981). Neste caso, o critério de saturação da informação obtida foi determinante.

No presente estudo foram então entrevistados 21 enfermeiros, sendo que apenas 1 dos entrevistados é do sexo masculino e os restantes 20 do sexo feminino. A média de idades dos entrevistados é de 29,5 anos.

Relativamente ao **estado civil** 13 dos inquiridos são solteiros e 8 casados. Em relação aos **filhos** de cada enfermeiro, 16 pessoas não têm filhos, e as restantes têm 1 ou 2 filhos, encontrando-se, no momento da entrevista, 2 entrevistadas grávidas.

No que diz respeito ao **nível de escolaridade** cerca de 71% dos entrevistados detinha a Licenciatura em Enfermagem, cerca de 14% dos inquiridos possuía uma pós-graduação, nas áreas de

Enfermagem do Trabalho, Cuidados Paliativos e Gestão de Unidades de Saúde, 1 enfermeira (5%) tinha uma pós-graduação em Ostomias e uma Especialização Médico Cirúrgica, outra tinha um Mestrado em Doente Crítico e Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica e, por último, outra entrevistada encontrava-se a realizar uma Especialização em Saúde Materna.

Em média, os inquiridos encontravam-se a **trabalhar na sua profissão** de enfermeiro há 6,73 anos. Em termos de duração mínima, uma entrevistada tinha iniciado a sua carreira há 10 meses, enquanto em termos de extensão máxima, temos outra entrevistada que já exercia a enfermagem há 25 anos.

Acerca do **tipo de serviço** que cada enfermeiro desempenhava, há uma diversidade dos entrevistados por várias áreas de especialidade, sendo que, o maior número de entrevistados (8 enfermeiras) desempenhava tarefas no serviço de Cirurgia Geral e 3 no serviço de Cirurgia Plástica e Cirurgia Geral, enquanto os restantes se distribuíam por outras áreas de especialidade. De referenciar ainda que a enfermeira dos Cuidados Intensivos Coronários entrevistada, se encontrava a trabalhar em Inglaterra, sendo que a entrevista foi feita presencialmente no período de férias da mesma em Portugal.

Cerca de 95% dos entrevistados (20 entrevistados) possuíam um **vínculo contratual** com a sua organização designado por contrato por tempo indeterminado e/ou contrato sem termo e apenas 1 entrevistado detinha um contrato a termo de 1 ano. Em relação aos **anos de serviço** na organização em que se encontra atualmente, os inquiridos trabalham, em média há cerca de 5,47 anos na sua instituição atual. No entanto, duas enfermeiras trabalhavam há 22 anos e outra pessoa há 25 anos na mesma instituição.

No que tange ao **tipo de horário** praticado, a quase totalidade (20 enfermeiros) trabalhavam em horários por turnos rotativos (manhã, tarde e noite) e apenas uma enfermeira tinha um horário fixo porque se encontrava em regime de amamentação. Muito importante, quase metade dos entrevistados (10 enfermeiros) prestava **serviços de enfermagem em mais do que uma instituição**.

No quadro 1 pode ver-se, de forma mais detalhada, as características sociodemográficas e profissionais dos 21 entrevistados para este estudo empírico.

Tabela 1: Caraterização dos Participantes

| Enfermeiro Código Numérico | Sexo | Idade | Estado civil | Filhos | Habilitações académicas | Anos como enfermeiro | Tipo de serviço | Vínculo contratual | Anos de serviço na instituição atual | Tipo de horário | Trabalho em mais do que uma instituição |
|---|-------------|--------------|-------------------------|---------------------|---|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|---|----------------------------|--|
| 1 | F | 31 | Casada | Grávida | Licenciatura em Enfermagem | 9 anos | Cirurgia Geral e Cirurgia Plástica | Contrato por tempo indeterminado | 3 anos | Turnos rotativos | Sim |
| 2 | M | 31 | Solteiro | 0 | Licenciatura em Enfermagem | 8 anos | Hemodiálise | Contrato sem termo | 8 anos | Turnos rotativos | Não |
| 3 | F | 26 | Solteira | 0 | Licenciatura em Enfermagem | 4 anos | Cirurgia Geral | Contrato sem termo | 4 anos | Turnos rotativos | Não |
| 4 | F | 32 | Casada | Grávida | Licenciatura em Enfermagem | 10 anos | Pneumologia/Neurologia | Contrato por tempo indeterminado | 3 anos e meio | Turnos rotativos | Sim |
| 5 | F | 23 | Solteira | 0 | Licenciatura em Enfermagem | 1 ano e meio | Cuidados intensivos coronários | Contrato por tempo indeterminado | 1 ano e meio | Turnos rotativos | Não |
| 6 | F | 50 | Casada | 1 filha. 11 anos | Pós Graduação “Enfermagem do trabalho” | 25 anos | Cirurgia Geral | Contrato por tempo indeterminado | 25 anos | Turnos rotativos | Sim |
| 7 | F | 26 | Solteira | 0 | Pós Graduação em cuidados Paliativos. | 3 anos | Oncologia/nefrologia | Contrato sem termo | 3 anos | Turnos rotativos | Não |
| 8 | F | 25 | Solteira | 0 | Licenciatura, a realizar especialidade em Saúde Materna | 3 anos | Cirurgia Plástica e Cirurgia Geral | Contrato sem termo | 3 anos | Turnos rotativos | Não |
| 9 | F | 28 | Casada | 0 | Licenciatura em Enfermagem | 5 anos | Cirurgia Plástica e Cirurgia Geral | Contrato por tempo indeterminado | 5 anos | Turnos rotativos | Sim |
| 10 | F | 28 | Solteira | 0 | Licenciatura em Enfermagem | 5 anos | Cirurgia Geral | Contrato por tempo indeterminado | 5 anos | Turnos rotativos | Sim |
| 11 | F | 45 | Casada | 2. 11 e 13 anos | Especialização médico-cirúrgica. | 23 anos | Cirurgia Geral | Contrato por tempo | 22 anos | Turnos rotativos | Sim |

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|---|----|----------|--------------------------|---|-----------------|--|----------------------------------|--------------|-------------------|-----|
| | | | | | Pós Graduação em ostomias. | | | indeterminado | | | |
| 12 | F | 29 | solteira | 0 | Licenciatura em Enfermagem | 5 anos | Cirurgia Geral | Contrato sem termo | 5 anos | Turnos rotativos | Sim |
| 13 | F | 28 | Solteira | 0 | Licenciatura em enfermagem. | 5 anos. | Neonatologia | Contrato por tempo indeterminado | 7 meses | Turnos rotativos | Sim |
| 14 | F | 27 | Casada | 0 | Licenciatura em Enfermagem | 5 anos | Ortopedia e Medicina Física e Reabilitação | Contrato por tempo indeterminado | 5 anos | Turnos rotativos | Não |
| 15 | F | 27 | Solteira | 0 | Licenciatura em Enfermagem | 4 anos | Cirurgia Geral | Contrato por tempo indeterminado | 4 anos | Turnos rotativos | Sim |
| 16 | F | 25 | Solteira | 0 | Licenciatura em Enfermagem | 3 anos | Internamento | Contrato por tempo indeterminado | 3 anos | Turnos rotativos | Não |
| 17 | F | 35 | Casada | 0 | Licenciatura em Enfermagem | 10 anos | Cirurgia Geral | Contrato por tempo indeterminado | 5 anos | Turnos rotativos | Não |
| 18 | F | 33 | Casada | 1 filho de 2 anos e meio | Mestrado em Doente Crítico e especialidade Enfermagem Médico-cirúrgica. | 8 anos e meio. | Cirurgia Geral | Contrato por tempo indeterminado | 6 anos | Turno Fixo Manhãs | Não |
| 19 | F | 23 | Solteira | 0 | Pós graduação em gestão de unidades de saúde | 1 ano e 6 meses | Residência Sênior | Contrato a termo de 1 ano | 1 ano e meio | Turnos rotativos | Não |
| 20 | F | 25 | Solteira | 0 | Licenciatura em Enfermagem | 2 anos | Urologia | Contrato sem termo | 1 ano | Turnos rotativos | Não |
| 21 | F | 23 | Solteira | 0 | Licenciatura em Enfermagem. | 10 meses | Ginecologia/Senologia | Contrato por tempo indeterminado | 10 meses | Turnos rotativos | Sim |

2.4. A codificação dos dados

Para Coffey e Atkinson (1996) uma parte integrante do processo da pesquisa qualitativa é a segmentação e a codificação dos dados. Para que os investigadores consigam fazer um bom trabalho e alcancem o que almejam é necessário que sejam eficientes na organização, gestão e eleição dos dados mais relevantes das entrevistas.

Para uma boa codificação dos dados é necessário, numa primeira instância, conferir etiquetas aos dados de acordo com os conceitos que temos em mãos, e que em grande medida, derivam da revisão da literatura previamente realizada. Grosso modo, o processo de codificação pode ser definido como o confinar o conjunto de todos os dados em informação decifrável, e mais segmentada, para que, posteriormente, surja a criação das categorias temáticas mais refinadas.

Coffey e Atkinson (1996, p.27) referem que a codificação dos dados “abrange uma variedade de abordagens e formas de organizar dados qualitativos”. Para percebermos o que os nossos dados nos querem dizer, e elaborar conceitos, temos que ligar certos códigos ou temas aos dados. A codificação é um “processo que permite ao pesquisador identificar dados significativos e preparar o terreno para interpretar e tirar as devidas conclusões” (Coffey & Atkinson, 1996, p.27).

Conforme indicado por Charmaz (2009, p.69), codificar significa “categorizar segmentos de dados com uma denominação concisa que, simultaneamente, resume e representa cada parte dos dados” (p.69). Desta forma, o código permite selecionar, separar e classificar os dados de forma a que seja possível fazer posteriormente a sua interpretação analítica.

As Tabelas 2 e 3 apresentam em detalhe as categorias temáticas principais e as subcategorias relativas a cada categoria temática. Temos duas categorias temáticas centrais: (1) Prática de Enfermagem e Características da Função; (2) Trabalho Emocional. Estas, por sua vez, subdividem-se em várias subcategorias temáticas relacionadas e podem ser consultadas em detalhe nas Tabelas 2 e 3.

Tabela 2: Prática de Enfermagem e Características da Função

| Categorias Temáticas | Subcategorias |
|---|---|
| Motivos para a escolha profissional | Cuidar do outro e contribuir para melhorar a sua saúde |
| | Progressiva identificação com a profissão |
| | Influência de exemplos próximos |
| | Trabalhar na área da saúde |
| | Trabalho que permite proximidade com as pessoas |
| | Realizar o trabalho desejado (amor à profissão) |
| | Prazer de dar e ajudar (altruísmo) |
| | Ajudar a salvar vidas |
| Planos Profissionais | Realizar formação contínua |
| | Apostar em formação especializada na sua área de enfermagem |
| Aspetos Positivos na Relação com o Utente | Gratificação pessoal com a recuperação do utente e contribuir para a sua recuperação (sentir felicidade e satisfação) |
| | Reconhecimento por parte do doente pelo trabalho prestado (marcar a diferença na vida do utente) |
| | Prazer em cuidar do outro |
| | Relação próxima entre doente/enfermeiro (empatia e confiança) |
| | Proporcionar bem-estar, alegria, descontração e tranquilidade ao doente |
| | Contactar e conversar com o doente (convívio social) |
| Aspetos Positivos na Relação com a Família do Utente | Reconhecimento e respeito por parte dos familiares pelo trabalho de enfermagem (e.g., agradecimento por colaborar na recuperação do seu familiar) |
| | Dialogar com a família (e.g., tranquilizar a família, relação de proximidade do enfermeiro com a família) |
| | Presenciar diferentes tipos de relações familiares (e.g., famílias colaborantes e prestáveis) |
| | Sentimento de ser útil à família do utente |

| | |
|--|---|
| Aspetos Positivos nas Relações Interpessoais no Trabalho | Reconhecimento por parte da chefia |
| Aspetos Negativos nos Cuidados ao Paciente/Utente | Utentes/pacientes hostis Aspetos relacionados com a especificidade de cada doente Lidar com situações de mau prognóstico (e.g., proporcionar positividade ao doente perante a doença) Desvalorização do trabalho do enfermeiro da parte do utente Gestão de emoções difíceis na relação com o utente |
| Aspetos Negativos na Relação com a Família do Paciente | Gestão de emoções difíceis na relação com a família do doente Desvalorização do trabalho do enfermeiro da parte das famílias |
| Aspetos Negativos nas Relações Interpessoais no Trabalho | Lidar com a desvalorização e desrespeito profissional entre profissionais de saúde Lidar com a falta de comunicação e cooperação entre profissionais de saúde Lidar com conflitos entre profissionais devido à amplitude da equipa Lidar com situações de discriminação e tratamento diferencial na relação com a família do Utente Lidar com as constantes exigências dos superiores |
| Aspetos Negativos Relativos à Gestão de Recompensas | Lidar com a desigualdade a nível salarial |
| Aspetos Negativos Relacionados com a Sobrecarga de Trabalho e Gestão do Tempo | Dificuldades em termos de gestão de tempo para a realização de múltiplas tarefas sobrepostas Falta de meios (materiais e humanos) disponíveis para lidar com o volume e a complexidade de trabalho Gerir as necessidades de atenção em particular de cada utente |
| Aspetos Negativos relacionados com Conflito de Papéis | Lidar com o stress causado pelo trabalho (e.g., gerir desgaste físico e psicológico, clima de trabalho desgastante) Lidar com atipicidade do dia de trabalho |

| | |
|--|--|
| e Organização dos Tempos de Trabalho e/ou de Serviço | Realizar a passagem de turno e o trabalho por turno (rollman) |
| | Lidar com a dificuldade em separar a vida profissional da vida pessoal (e.g., chamadas constantes para o telefone pessoal para ir trabalhar em dias de folgas) |
| | Lidar com a impossibilidade de fazer pausas (e.g., ritmo de trabalho acelerado que não permite pausas para descanso) |
| | Dificuldades em conciliar o cumprimento de objetivos estipulados pela organização e os cuidados ao doente |
| | Dificuldades na gestão das entradas/saídas dos doentes no serviço |
| Aspetos Negativos relacionados com Formação e Desenvolvimento do Profissional de Enfermagem | Ausência de preparação para a gestão de situações difíceis |
| | Insuficiente ou inadequada formação profissional do enfermeiro para lidar com o sofrimento e a dor |

Tabela 3: Trabalho Emocional

| Categorias Temáticas | Subcategorias |
|--|---|
| Significados Atribuídos ao Trabalho Emocional | Capacidade de proporcionar felicidade às outras pessoas (e.g., primar por um relacionamento terapêutico com os utentes, promover um cuidar personalizado) |
| | Fornecer apoio emocional e psicológico às pessoas (e.g., fomentar uma atitude de escuta e empatia, auxiliar o utente a atingir bem estar geral) |
| | Gerir emoções negativas relacionadas com o estado clínico do utente (e.g., sentimento de impotência perante a morte, sentimento de impotência face à impossibilidade de prestar mais cuidados personalizados ao utente, lidar com situações de mau prognóstico e de dor intolerável, sentimentos de tristeza, ansiedade e angústia, incapacidade de “desligar da dor” vivenciado pelo utente) |

| | |
|--|--|
| | Gerir emoções negativas na relação com a família do utente em situações de morte ou sofrimento (e.g., mostrar sensibilidade quando se comunica a morte do utente à família, confortar e apaziguar o utente e/ou a família, abandono do familiar doente) |
| | Situações geradoras de emoções positivas no serviço/trabalho (e.g., sentimentos de gratidão e reconhecimento, receber visita do utente no serviço depois da alta, assistir ao nascimento de um bebé, presenciar situações de recuperação total do utente, cuidados de higiene, posicionamentos, transferências, autocuidado de eliminação urinária e intestinal, tratamento de feridas, preparação de terapêutica) |
| Formas de Trabalho Emocional | Fingir/camuflar emoções genuínas e “pôr um sorriso” (e.g., autocontrolo das emoções próprias para dar segurança ao doente) |
| | Supressão das emoções e sentimentos negativos (e.g., raiva, frustração, desgosto, impotência) |
| | Evitar a transferência de emoções negativas de foro pessoal no cuidado ao paciente |
| | Forçar emoções positivas na relação com os familiares para os proteger do desgaste emocional |
| | Ser forçada a criar empatia em situações de doentes pouco colaborantes |
| | Forçar o sorriso perante um mau diagnóstico que o paciente ainda desconhece |
| | Demonstrar uma “expressão facial adequada” perante o doente |
| | Ser reconhecido pelos cuidados prestados pelo utente (e.g. respeito, confiança) |
| | Regular as emoções próprias para melhor compreender as dos outros (e.g. desenvolver o autoconhecimento e auto monitorização das próprias emoções) |
| Expectativas Sociais Associadas ao Profissional de Enfermagem | Enfermeiro como prestador de apoio emocional |
| | Enfermeiro como alguém empático (e.g. amável, sempre disponível para ouvir, e satisfazer todas as necessidades) |
| | Enfermeiro como alguém que humaniza os cuidados a prestar ao utente |
| | Enfermeiro como alguém que age mecanicamente e de forma fria e emocionalmente distante |

| | |
|---|--|
| | Enfermeiro como alguém corajoso |
| Estratégias Pro-ativas para Lidar com as Emoções | Praticar exercício físico |
| | Reflexão constante do desempenho profissional que permite o agir centrado no cuidar (e.g., facultar um cuidado holístico ao doente) |
| | Frequentar formações |
| | Trabalhar mentalmente as dimensões morais e ética do cuidar (e.g., preparar conscientemente a forma de comunicar más notícias, respeitar a privacidade do utente/família, Ser Grata, Ser solidária) |
| | Autodesenvolvimento de competências sociais e interpessoais (e.g., ser compreensiva e tolerante, ser assertiva e paciente, ser calma e tranquila, desenvolver a capacidade empática, transmitir paz e calma aos familiares, chorar com os doentes e com a família, rir com os doentes e com a família) |
| | Atividades de lazer (e.g., ler, ver filmes, fazer meditação) |
| | Convívio social (com amigos, com a família, com colegas) |
| | Consciencialização do cuidar até ao fim de vida |
| Estratégias Reativas para Lidar com as Emoções | Fala com alguém acerca do dia-a-dia para diminuir stress |
| | Não permitir que os problemas de trabalho interfiram na vida pessoal e vice versa (e.g., manter o dia preenchido com múltiplas tarefas como forma de se abstrair do trabalho, ser reservada no trabalho, segmentar dimensões da vida) |
| | Manter o foco no que é importante (e.g. relativizar certos acontecimentos, tomar consciência dos objetivos e tarefas diariamente) |
| | Evitamento do conflito |
| | Criar um “escudo” emocional (e.g. estabelecer uma relação impessoal de afastamento com o utente/família, capacidade para se afastar quando se encontra emocionalmente desgastado, manter silêncio) |
| | Rotatividade dos doentes |
| | Partilhar aprendizagens/experiências e dúvidas com colegas |
| | Desabafar e partilhar preocupações e tristezas com familiares próximos (e.g. pais, marido/mulher/namorado/a) |

| | |
|--|---|
| | Partilhar situações marcantes com amigos |
| Consequências Negativas do Trabalho Emocional | Síndrome de esgotamento/ <i>burnout</i> pelo trabalho (e.g., sentimento de baixo envolvimento e baixa motivação para o trabalho, sentir-se emocionalmente/psicologicamente exausta, aumento da irritabilidade face ao outro, Falta de paciência) |
| | Deterioração de saúde física e mental (e.g., cansaço físico, impacto negativo sobre o sistema imunológico, aumento de insónias, fadiga, hipertensão e neoplasias, sentir-se deprimido) |
| | Insatisfação com o trabalho |
| | Níveis mais baixos de produtividade/desempenho da função |
| | Aposentações antecipadas devido às exigências do trabalho emocional |
| Políticas e Práticas Organizacionais Sugeridas pelos Enfermeiros para uma Gestão Eficaz das Emoções no Trabalho | Criar formas de apoio psicológico (e.g., apoio psicológico para lidar com o stress mas fora do contexto da organização, criar um gabinete de apoio psicológico na organização, com terapeutas e psicólogos, para ajudar a lidar com situações difíceis) |
| | Formação para a gestão de emoções (e.g., mais formação na área da psicologia) |
| | Promover mais encontros profissionais onde os enfermeiros partilhem experiências |
| | Criação de sala de refúgio (ter um ambiente propício para compreender, discutir e refletir sobre a prática de enfermagem) |
| | Preferência pela inexistência de formas de apoio por parte da organização |
| | Terapeutas de reiki, medicinas alternativas disponíveis para os profissionais |
| | Sessões de fisioterapia e massagem |

Terceiro Capítulo: Análise e Discussão dos Resultados

3.1 Apresentação dos resultados

A apresentação e análise dos resultados subdivide-se em dois conceitos principais, o primeiro apresenta a prática da enfermagem e as características da função do enfermeiro e o segundo refere-se ao trabalho emocional. De notar que, em alguns casos, cada entrevistado referiu mais do que um exemplo/tema para ilustrar as suas respostas, pelo que as subcategorias não coincidem com o número absoluto de entrevistados. Noutras situações, apenas um pequeno número de entrevistados refere determinadas categorias temática e respetivos subtemas.

3.2 Prática de Enfermagem e Características da Função

3.2.1 Aspirações Profissionais

Relativamente às aspirações profissionais, os vários entrevistados referem como centrais para a escolha da profissão de enfermeiro/a os motivos detalhados na Tabela 4.

Tabela 4: Motivos para a escolha profissional

| Menções | Subcategorias |
|---------|--|
| 8 | Cuidar do outro e contribuir para melhorar a sua saúde |
| 5 | Progressiva identificação com a profissão |
| 3 | Influência de exemplos próximos |
| 2 | Trabalhar na área da saúde |
| 2 | Trabalho que permite proximidade com as pessoas |
| 1 | Realizar o trabalho desejado (amor à profissão) |
| 1 | Prazer de dar e ajudar (altruísmo) |
| 1 | Ajudar a salvar vidas |

Dos 21 entrevistados, 8 revelaram que o motivo da escolha da profissão de enfermeiro foi o facto de poder prestar cuidados aos outros e contribuir para melhorar a sua saúde, 5 indivíduos referiram que essa escolha recaiu porque se identificavam com a profissão, 3 por influência de exemplos próximos, 2 disseram que sempre quiseram trabalhar na área da saúde, 2 pela proximidade com as pessoas, 1 fez essa escolha pelo amor à profissão de enfermagem, 1 pelo prazer de dar e

ajudar e, finalmente, 1 por ajudar a salvar vidas. Os excertos seguintes ilustram estas várias subcategorias:

“Sempre quis trabalhar na área da saúde, talvez por, em criança, ter necessidade de ir ao hospital várias vezes... acho que sempre fiquei fascinada com o facto de chegar lá doente e alguém cuidar de mim e ficar melhor...no fundo, queria fazer o mesmo.” (Enfermeira 3)

“...sempre achei uma profissão muito bonita cuidar dos outros, poder ajudar a salvar vidas.” (Entrevistado 9)

“...eu gostava de ajudar as pessoas, basicamente começou por aí, era o gostar de saber o que fazer numa situação em que alguém não estivesse bem.” (Enfermeira 17)

“...Eu sempre achei que queria estar ligada à saúde e o que na altura me fez realmente escolher foi realmente a proximidade que eu poderia ter com as pessoas, eu adoro trabalhar com pessoas e gosto muito daquilo que a minha profissão representa... gosto muito de ver os doentes a saírem bem do hospital, saírem saudáveis... gosto muito dessa proximidade.” (Enfermeira 5)

“Sempre quis ser enfermeira, sempre vivi em contexto hospitalar, devido aos meus pais trabalharem em hospital e sempre vi o trabalho desempenhado pelos enfermeiros, e sempre o admirei... desde pequena sempre quis ser enfermeira.” (Enfermeira 10)

3.2.2 Planos Profissionais

Tabela 5: Planos Profissionais

| Menções | Subcategorias |
|---------|---|
| 2 | Realizar formação contínua |
| 1 | Apostar em formação especializada na sua área de enfermagem |

A maior parte dos enfermeiros não fez referência a planos profissionais para o futuro, sendo que apenas três dos entrevistados fazem menção a esse aspeto no decorrer da entrevista. Duas pessoas queriam realizar formação contínua e um dos entrevistados referiu que tinha intenção de apostar em formação na sua área de enfermagem.

“...fazer formações de uma forma contínua para nos tentarmos atualizar...” (Enfermeira 11)

“Neste momento tenho apenas a Licenciatura em Enfermagem... ainda não tenho nenhuma especialização e pós-graduação, mas é um dos meus objetivos no futuro, especificar-me numa área para poder evoluir e prestar cuidados mais especializados e melhores. A área da especialização é algo que tenho de ponderar melhor.” (Enfermeira 1)

Os **aspectos positivos** do trabalho de enfermagem foram subdivididos em três subcategorias, das quais se referem: a relação com o utente, a relação com a família do doente e as relações interpessoais no trabalho.

3.2.3 Aspectos Positivos na Relação com o Utente

Tabela 6: Aspectos positivos na relação com o doente

| Menções | Subcategorias |
|---------|---|
| 10 | Gratificação pessoal com a recuperação do utente e contribuir para a sua recuperação (sentir felicidade e satisfação) |
| 8 | Reconhecimento por parte do doente pelo trabalho prestado (marcar a diferença na vida do utente, sentir-se útil) |
| 12 | Prazer em cuidar do outro e práticas de enfermagem |
| 6 | Relação próxima entre doente/enfermeiro (empatia e confiança) |
| 5 | Proporcionar bem-estar, alegria, descontração e tranquilidade ao doente |
| 4 | Contactar e conversar com o doente (convívio social) |

Relativamente aos aspectos positivos na relação com o utente, os inquiridos apontam diferentes aspectos. Dos 21 entrevistados, 10 fazem referência à gratificação pessoal obtida quando o utente recupera, e a contribuição para a sua recuperação, contribuir para que o doente tenha alta clínica, conseguir aliviar um pouco dos seus sintomas e da sua dor, o que faz emergir sentimentos de satisfação e felicidade enquanto enfermeiros, e o sentimento de dever cumprido no final de um dia de trabalho. Eis alguns excertos que ilustram estes temas mencionados pelos entrevistados:

“O que é que eu mais gosto no meu trabalho... Sem dúvida o que mais gosto, é poder cuidar dos outros e poder ajudar os outros na sua recuperação ...um exemplo... recebemos no serviço alguns jovens após um acidente de viação, que ficaram dependentes, com múltiplas fraturas e muito debilitados. Eu sou jovem...é um choque ver alguém tão novo assim, e a verdade é que podíamos ser nós ou qualquer pessoa amiga ou familiar. Mas... com o tempo a prestação de cuidados específicos, personalizáveis e constantes, nós fazemos muitas coisas boas, ajudamos na cicatrização das suas feridas externas, aliviamos a sua dor com medicação, apoiamos quando quer desistir e depois de algum tempo, aquele jovem doente e dependente, volta a ser um jovem saudável e totalmente independente... é tão bom poder ver isso com os meus olhos... sem dúvida que essa é a melhor gratificação que posso receber pelo meu trabalho.” (Enfermeira 1)

“O que eu mais gosto é cuidar das pessoas e vê-los a reabilitar... uma pessoa que está mesmo débil, numa situação de doença grave e de dia para dia conseguimos ver que começam a ter outra capacidade de autoconfiança, autocontrolo, por exemplo na área de doentes... de doenças do colo rectal, doenças neoplásicas...”

estes doentes muitas vezes são submetidas a colectomias ficando com uma ostomia de eliminação... ou seja, a saída de fezes de uma cavidade, a nível da cavidade abdominal tem lá um orifício e saem as fezes... e muitas vezes esta alteração da sua imagem corporal afeta-os e muito...e temos muitas pessoas jovens a passar por isto... e para mim é uma mais valia poder ajudar e intervir nessa questão... para mim é mesmo o reconhecimento da nossa prática a pessoa apesar desta adversidade, poder ser autónoma, a nível de estigma, perder autoconceitos e recuperar a sua autoimagem... é gratificante e maravilhoso ver que muitos utentes têm alta a dizer, «não eu consigo superar isto, pois no fundo, a ostomia foi uma resolução de um problema, não foi o problema em si, foi a resolução de um cancro que me acabaria para matar. Logo, houve solução e sou grato por isso...» E fico muito feliz quando a pessoa tem a sua reabilitação, muitas vezes não é total, mas conseguem lidar e adaptar-se esta nova situação da sua vida.” (Enfermeira 11)

“O que mais gosto é poder cuidar do outro nas suas necessidades e receber um sorriso de volta ou apenas um “obrigado” depois do esforço que nós, profissionais de saúde, fazemos diariamente para prestar os melhores cuidados aos doentes...isso faz-me sentir com o sentimento de dever cumprido, satisfeita e feliz pelo que fiz pelos doentes.” (Enfermeira 16)

O reconhecimento por parte do doente pelo trabalho prestado, marcar a diferença na vida do utente, que se manifesta através do carinho e respeito que se instala da parte dos doentes para com os profissionais. Consequentemente, com isso emerge o sentimento de que estão a ser úteis a nível profissional, sendo que 8 pessoas referem este facto.

“O que eu mais gosto no meu trabalho como enfermeiro é de... do reconhecimento, quando a pessoa doente nos diz “muito obrigado”, “você hoje tratou-me mesmo bem” ou “hoje saí de coração cheio”, para mim o dia até pode ser mau, mas, para mim, isso é o mais gratificante...” (Enfermeiro 2)

“O retorno, ver que com, por vezes pouco, conseguimos deixar alguém um pouco mais feliz. Por exemplo, naqueles idosos em que faz parte da sua rotina aparar diariamente a barba para se sentirem bem...quando são internados e devido às suas limitações isso nem sempre é possível...por vezes, o simples facto de a um domingo, dia em que ele tem mais visitas, nos cuidados de higiene lhe cortar a barba, que não é nossa função, mas tornamos aquele doente mais feliz, com um sorriso e satisfeito... consequentemente, a família quando o vê bem cuidado também fica mais tranquila e feliz por o seu ente querido estar a ser bem tratado.” (Enfermeira 7)

“Da relação próxima entre o enfermeiro e doente, de saber que estou a ajudar e a fazer a diferença na vida de alguém...” (Enfermeira 20)

Adicionalmente, 12 pessoas fizeram alusão ao prazer em cuidar dos outros e como as práticas de enfermagem são importantes para os cuidados do outro. Assim, vários enfermeiros dão o exemplo de algumas práticas de enfermagem cuidadoras do outro como, por exemplo, cuidados de higiene ao utente, posicionamentos, transferências, autocuidado de eliminação urinária e intestinal, tratamento de feridas, preparação de terapêutica, como os aspetos que mais apreciam nas tarefas quotidianas:

“O que mais gosto é de prestar cuidados de enfermagem ao doente, seja dar banhos, mudar fralda, posicionar, ajudar a caminhar, pensos, dar medicação...gosto de tudo o que faço.” (Enfermeira 18)

“...Eu sei que é uma coisa simples e as pessoas até podem achar ridículo... mas a verdade é que nestas palavras eu sinto o carinho, alegria e o conforto que se calhar eu proporcionei aquele utente no mais simples cuidar de enfermagem...o banho... sem dúvida que são momentos que me proporcionam consequências positivas, tais como, o aumento da satisfação profissional e das relações interpessoais e com a pessoa doente, gerando um sentimento de realização profissional.” (Enfermeira 1)

“por vezes os doentes que colocam próteses na anca e pensam que não voltam a andar, é fantástico ver a felicidade e satisfação deles e da família ao ver que conseguiu essa tarefa.” (Enfermeira 14)

A relação próxima entre doente e enfermeiro e o estabelecimento de uma relação de empatia e confiança também foi um dos aspetos referidos por 6 dos entrevistados.

“Como já disse, adoro a proximidade que estabelecemos com o doente e a família desde a sua admissão até à sua alta clínica... o que mais me dá prazer no meu trabalho é mesmo ver as pessoas a ficarem bem, vemo-las chegar muito mal ao bloco e estar presente e fazer parte da sua recuperação, para depois vê-las a sair andar, a mobilizar-se e a serem independentes é uma coisa incrível.” (Enfermeira 5)

“O que é que eu mais gosto no meu trabalho como enfermeira...é o facto de poder ajudar... o estar com o doente, muitas vezes os doentes precisam apenas de ter ali alguém e saber em quem confiar e o sermos nós, se calhar isso é o que mais me agrada e o que mais me dá gosto... continuar aqui e passar todas estas barreiras do tempo, do rácio e todas estas coisas... basicamente é saber que o doente ainda confia em nós e confia no nosso trabalho e confia... sente que há ali alguém com quem pode falar, em quem pode confiar, acho que é isso que mais...” (Enfermeira 18)

Outro dos aspetos mencionados por 5 pessoas, foi proporcionar bem-estar, alegria, descontração e tranquilidade ao doente em situações de fragilidade e doença:

“Gosto de tentar levar alguma alegria aos meus doentes... tentar aliviar o peso de estarem num sítio que só lhes diz que estão doentes, que foram operados, onde veem pessoas com dores. Gosto de brincar com os doentes, de me pôr a cantar com eles... gosto de fazer piadas, mas com o intuito de eles se levantarem e se esforçarem para cumprirem as nossas indicações. Por exemplo, dizer a um doente que ainda não saiu da cama, que tem de treinar a marcha porque tem de continuar a levar a esposa ou marido a passear após a alta... Isso de uma forma lúdica ajuda-o na sua recuperação, mas acima de tudo motiva-o e proporciona-lhe um melhor bem-estar.” (Enfermeira 3)

“Talvez das coisas que mais gosto é quando consigo ter um sorriso de volta, consigo sair da porta e sentir-me realizada e com sentimento de dever cumprido... sentir-me útil. Por vezes temos doentes que não recebem visitas de familiares durante uma série de tempo e nós acabamos por ser a família deles, e acabam por se tornar

apáticos, frios, e é difícil comunicar com eles... conseguir falar com eles, arrancar-lhes um sorriso, tentar trazer-lhes um pouco de vida, para mim, é tudo... às vezes o pouco, é muito no meio do nada.” (Enfermeira 10)

“O que eu mais gosto no trabalho é do contacto com as pessoas e a possibilidade de poder ser útil nos momentos de maior fragilidade. E nesses momentos mais frágeis, acima de tudo transparecer-lhes alguma paz, calma de forma a poderem ser doentes mais tranquilos e assim conseguirem ter uma melhor recuperação.” (Enfermeira 4)

Quatro pessoas disseram que era contactar e conviver com o doente aquilo que mais gostavam no trabalho de enfermagem:

“O contacto com os doentes, poder conversar com eles e ajudá-los no que mais precisam ou quando não têm capacidade para fazer. Muitas vezes, o simples facto de pegarmos numa cadeira e nos sentarmos junto do doente a conversar com ele e a ouvi-lo cinco minutos, faz toda a diferença na relação que estabelecemos com o doente e consequentemente na sua motivação para a sua recuperação.” (Enfermeira 8)

3.2.4 Aspetos Positivos na Relação com a Família do Utente

Tabela 7: Aspetos positivos na relação com a família do doente

| Menções | Subcategorias |
|---------|---|
| 7 | Reconhecimento e respeito por parte dos familiares pelo trabalho de enfermagem (e.g., agradecimento por colaborar na recuperação do seu familiar) |
| 5 | Dialogar com a família (e.g., tranquilizar a família, relação de proximidade do enfermeiro com a família) |
| 3 | Presenciar diferentes tipos de relações familiares (e.g., famílias colaborantes e prestáveis) |
| 1 | Sentimento de ser útil à família do utente |

Evidenciamos agora a segunda subcategoria dos aspetos positivos, intitulado por relação com a família do utente. É possível referir neste campo que 7 dos 20 entrevistados aludem ao reconhecimento e respeito por parte dos familiares pelo trabalho de enfermagem e o agradecimento da parte da família pelo trabalho que praticam todos os dias em prol da recuperação dos seus familiares:

“Esta pergunta eu acho que é muito interessante ...porque tudo depende dos familiares, eu já tive familiares incríveis que reconhecem o nosso esforço e trabalho e outros que não reconhecem nada do que nós fazemos...” (Enfermeiro 5)

“A relação que temos com os doentes e a sua família e o reconhecimento da nossa importância nesta fase da sua vida...” (Enfermeira 21)

Cinco dos entrevistados mencionam o diálogo com a família, que conduz a que se sintam mais tranquilos e seja possível construir uma relação mais próxima entre família do doente e enfermeiro. Eis dois excertos ilustrativos:

“... Acho que... não há nenhuma receita ou poção mágica ... se assim lhe pudermos chamar... acho que vai muito ao encontro de não perder a sensibilidade, a escuta atenta, o aconselhamento, o apoio e o carinho como se...como se de um familiar nosso se tratasse...Desta forma, e oferecendo toda aquela panóplia de terapêutica e cuidados de conforto para aliviar a sintomatologia do utente, acho que conseguimos dar algum conforto ao utente e à família dentro dos recursos que nos são possíveis...” (Enfermeira 1)

“Com algumas famílias cujos doentes estão internados há muito tempo, estabelecemos uma relação tal que algumas mesmo depois do fim do internamento me continuei a dar muito bem...eu ainda tenho doentes e familiares dos doentes que me vêm visitar de vez em quando ao hospital.” (Enfermeira 5)

Três pessoas referiram o presenciar de diferentes tipos de relações familiares, ligações que envolvem famílias colaborantes e prestáveis, assim como reencontros familiares.

“A relação com os familiares depende de familiares para familiares... Há familiares muito prestáveis, atenciosos e colaborantes, que por vezes até nos ajudam nos cuidados ao doente. É bom para nós, é ótimo para o doente e gratificante para a família que sente que é parte integrante na recuperação do seu familiar...” (Enfermeira 15)

Uma outra enfermeira refere o sentimento de ser útil à família do utente.

“Fico sempre feliz quando um doente, que está internado há muito tempo e que já passou por muitas complicações cirúrgicas vai para casa. Nesses casos, é quase inevitável criar uma ligação com eles, com as suas famílias, presenciar cada uma das suas diferentes relações... quando nos afeiçoamos a eles, é muito bom saber que contribuimos para o bem-estar da pessoa e poder vê-la ir para casa com a sua família ao fim de tanto tempo.” (Enfermeira 3)

3.2.5 Aspetos Positivos nas Relações Interpessoais no Trabalho

Tabela 8: Aspetos Positivos nas Relações Interpessoais no Trabalho

| Menções | Subcategorias |
|---------|------------------------------------|
| 2 | Reconhecimento por parte da chefia |

A última vertente dos aspetos positivos mencionada são as relações interpessoais no trabalho. Apenas duas pessoas mencionam como aspeto positivo o reconhecimento da chefia pelo trabalho realizado:

“...Agora como eu também tenho algumas funções de gestão também é gratificante quando os nossos quadros dizem “obrigada por isto” ou “tiveste cuidado com isto” isso também é bom.” (Enfermeiro 2)

Os **aspectos negativos** no trabalho foram divididos em 7 subcategorias, estando elas relacionadas com: os cuidados ao doente, a relação com a família do utente, as relações interpessoais no trabalho, a gestão de recompensas, os aspectos relacionados com as condições de trabalho, os conflitos de papéis e organização dos tempos de trabalho e/ou serviço e, por último, a formação e desenvolvimento de carreira.

3.2.6 Aspectos Negativos nos Cuidados ao Utente

Tabela 9: Utentes Hostis

| Menções | Subcategoria |
|---------|------------------------|
| 21 | Existem utentes hostis |

No que diz respeito aos cuidados ao utente a primeira coisa que ressalta a atenção é o facto de todos os entrevistados referirem que existem utentes hostis e o facto dessa hostilidade ser um aspeto negativo.

“...Existem inúmeras situações com os utentes que nos marcam, e nos deixam marcas profundas de aprendizagem...infelizmente na nossa profissão, deparamo-nos com pessoas com alteração do estado de consciência e orientação... umas quer pela idade ou demência...e outras pelo traumatismo ou doença... os utentes não estando no seu perfeito juízo, ficam com alterações do comportamento, ou seja, tornam-se agressivos, apelativos, impulsivos, implicativos e, acima e tudo, muito pouco colaborantes, o que em nada facilita a nossa prática clínica...Recordo-me de uma situação recente de um utente com aproximadamente 50 anos de idade que sofreu um acidente de viação e fez múltiplas fraturas e uma pequena lesão cerebral... no entanto, essa pequena lesão cerebral deixou pequenas grandes marcas, ou seja...o utente tinha períodos em que estava orientado e colaborante, mas outros em que se tornava irreconhecível aos olhos dos mais queridos, sendo agressivo, apelativo e desobediente... recordo-me que passava os dias e noites a subir e descer a cama com o comando... tocava à campainha de 5 em 5 minutos e assobiava ou gritava mesmo no silêncio da noite.... foi desgastante, mesmo estando junto dele e fazendo o que ele pedia, ele mantinha o comportamento...e numa noite escura e silenciosa, uma campainha a tocar inúmeras vezes, e um assobio que por muito baixo que seja... incomoda e desperta os outros utentes, interrompendo o seu descanso que é tão fundamental para a sua recuperação...” (Enfermeira 1)

“...há muitos doentes hostis e que não cooperam, tento agir naturalmente, sem alterar o tom de voz e adotar um discurso o mais escasso possível.” (Enfermeira 16)

“...há utentes assim, mas temos que fazer um esforço para lhes darmos os mesmos cuidados de qualidade... por vezes quando não cooperam temos que os imobilizar contra a sua vontade, outros tentamos compreender o porquê das suas atitudes e tentamos criar um plano que lhes agrade.” (Enfermeira 20)

Tabela 10: Aspetos relacionados com a especificidade de cada utente

| Menções | Subcategorias |
|---------|---|
| 17 | Gerir a morte de um utente |
| 11 | Gerir situações imprevisíveis relativas ao estado de saúde do paciente |
| 6 | Presenciar deterioração do estado clínico do utente |
| 8 | Gerir doentes não colaborantes e/ou hostis (e.g., lidar com doentes quando estes perturbam outros doentes, lidar com doentes com personalidade autoritária, lidar com doentes agressivos, lidar com doentes com historial marcado de múltiplos internamentos) |
| 5 | Lidar com doentes apelativos |
| 4 | Lidar com utentes descompensados psicologicamente (e.g., situações de demência/alucinações/ antecedentes psiquiátricos) |
| 3 | Lidar com constantes exigências dos utentes |
| 2 | Gerir doentes que não aceitam a nova condição de saúde |
| 1 | Lidar com a intimidade física que implica cuidar de corpo doente |

O segundo aspeto negativo relativo aos cuidados com o utente centra-se em situações imprevisíveis relativas ao estado de saúde do paciente e às suas respetivas especificidades. Nesta matéria, 17 pessoas referem que gerir a morte de um utente é o mais difícil do trabalho. Eis o que é dito a este respeito por algumas enfermeiras:

“...a morte de um doente jovem é algo que mexe muito comigo, pois imagino que podia ser eu própria, os meus amigos, familiares... é algo que não se gere.” (Enfermeira 6)

“A comunicação de más notícias, como o agravamento do estado clínico, ou a morte, são conversas difíceis independentemente da experiência.” (Enfermeira 7)

“...arranjar a melhor maneira de lhe dizer a má notícia [de morte do familiar], primeiro há uma coisa que não concordo, mas que acaba por acontecer, por que faz parte, quando, por exemplo, temos que transmitir uma notícia de um falecimento de um familiar, muitas vezes fazemo-lo por telefone porque o familiar não está presente, a maior parte das vezes é isso que acontece. E eu não concordo porque nós não sabemos quem é que está do outro lado, por muito que nos diga: “sim, sou x pessoa” não sabemos como é que está, se o doente falece a meio da noite se calhar não vamos ligar às três, quatro da manhã, acho que não faz muito sentido, mas não sabemos como é que está e também não vamos dizer a uma pessoa [sem justificar o porquê]: “olhe, pode vir

ao hospital?"; não sei se é a melhor forma porque muitas vezes são pessoas de longe e que não vêm ao hospital naquele momento só porque sim, sem saber para quê..." (Enfermeira 18)

Já 11 inquiridos mencionam a gestão de situações imprevisíveis relativas ao estado de saúde do utente, enquanto 6 entrevistados mencionam como difícil lidar com a deterioração do estado clínico do utente.

"Temos que tentar dar a volta, e ir por outros caminhos, infelizmente a nossa prática clínica é feita de momentos imprevisíveis e inconstantes [que dependem da evolução do estado de saúde do doente]" (Enfermeira 19)

"É difícil não demonstrar fragilidade emocional em frente a pais cujo filho se encontra numa situação de saúde de deterioração... é difícil, sendo uma das funções do enfermeiro é dar apoio aos pais." (Enfermeira 13)

"(...) essa situação aconteceu-me uma vez ligar para uma familiar de uma doente que por acaso não foi comigo, foi com a colega, mas a colega pediu-me para a ajudar nessa situação porque não sabia como lidar com isso, eu liguei, perguntei se era familiar deste doente e nessa altura se bem me recordo já sabia mais ao menos o desfecho que poderia acontecer e a senhora começa aos berros, literalmente aos berros e eu identifiquei-me e expliquei o que tinha acontecido e a senhora começa aos berros e tu perante isso o que é que fazes? Está ali uma senhora ao telefone, aos berros, desesperada e tu não consegues fazer nada, só se pode dizer acalme-se, deixe-me falar, e a senhora só berrava e tanto que me desligou o telefone. Depois acabou por ficar tudo bem, dentro dos possíveis não é, lá veio ver o familiar, mas são essas situações... (...) Por muito que façamos esse trabalho diário, muitas vezes chega a altura e os familiares ficam desesperados e as reações são várias e sentimos que não estavam preparados para aquilo que iria acontecer, apesar de diariamente termos falado com ele..." (Enfermeira 18)

Oito profissionais referem que o mais complicado é gerir doentes não colaborantes e/ou hostis, como por exemplo, os doentes que perturbam outros doentes, utentes com uma personalidade mais autoritária ou agressivos e doentes com um historial marcado, como é o caso de já terem muitos internamentos no seu historial enquanto doente.

"...há vários doentes que não colaboram connosco, que se recusam a cumprir as nossas indicações. Nessas situações, tento explicar o que poderá acontecer caso ele não cumpra e, se mesmo assim, o doente não colaborar, tento falar com os familiares. Tirando isso, não podemos fazer muito mais, porque nós estamos lá para aconselhar e ajudar e não para obrigar ninguém a fazer algo que não quer." (Enfermeira 3)

"...pessoalmente, nestas situações...de desgaste e impaciência...tento manter presente no meu pensamento que o utente não está bem, e que não tem este comportamento conscientemente e porque assim o deseja mas, sim,... por que é como um bebé e acho que isso ajuda a ser mais compreensiva, mais tolerante, a ter mais calma e ser mais carinhosa com eles...mesmo nestas situações mais difíceis." (Enfermeira 1)

"Um utente agressivo, por exemplo, que não coopera minimamente com o profissional, tendo este que tentar perceber o porquê de tal agressividade e agir o mais calmamente possível. Por exemplo, por vezes os doentes

chamam-nos nomes menos bonitos, e, nessas situações, é fundamental respondermos tranquilamente e sem ofensas para evitar o conflito” (Enfermeira 4)

“...eu lembro-me aqui há já muito tempo de um senhor que ele entrava constantemente mais cedo que os outros, ele pensava que tinha essa autoridade de entrar mais cedo e aquilo estava a tornar-se sistemático e, para nós, estava a ser um bocado complicado gerir aquilo e para os outros pacientes também. E eu lembro-me de ter chamado esse doente à atenção e ele não aceitou bem, foi um bocado agressivo e eu pensei que ele fosse reagir mal, mas foi mesmo agressivo e mal educado, e eu não estava à espera daquilo daquela pessoa e isso deixou-me um bocado em baixo, mesmo até a minha futura relação com ele, como enfermeiro, ficou um bocado, em termos de relação terapêutica, eu senti que tinha limitações nisso, em estabelecer essa relação com ele e senti que ele perdeu um bocado de confiança em mim.” (Enfermeiro 2)

“...há utentes que são hostis. Há doentes... eu trabalho com doentes crónicos e os doentes conhecem muito das rotinas, eles conhecem quando nós estamos a trabalhar, eles chegam a saber os carros que nós temos... sabem os nossos carros... há alguns doentes que é assim... eu acho que nem é por maldade, acho que alguns é a maneira de ser deles, a própria personalidade e outros porque estão cansados de tantos hospitais, internamentos e intervenções.” (Enfermeiro 2)

Cinco inquiridos demonstram insatisfação quando têm que lidar com doentes apelativos. Eis o que é descrito a este respeito por um enfermeiro:

“...no meu serviço o que é que é mais difícil de gerir são duas coisas... primeiro, nós trabalhamos com doentes crónicos, o doente crónico tem muitas especificidades, são muito apelativos, conhecem muitas vezes a doença deles tão bem como nós... e muitas vezes pensam que conhecem a doença, depois essa questão nós às vezes tentamos orientá-los segundo aquilo que é melhor para eles, mas eles como já têm um passado de ir a hospitais, medo do hospital, passaram internados muito tempo... já conhecem muitos enfermeiros, já conhecem muitos médicos, tornam-se mais apelativos e acho que é um bocado difícil de gerir isso.” (Enfermeiro 2)

Também 4 enfermeiros referem lidar com utentes descompensados psicologicamente, por exemplo, doentes que apresentam situações de demência, alucinações ou antecedentes psiquiátricos.

“...Nós no cuidado com os doentes o que... temos que perceber é que doente é que temos à frente, se é um doente orientado, se é um doente consciente, a última decisão acaba por ser sempre dele (...). O nosso papel é informá-lo devidamente, explicando-lhe os riscos, explicando-lhe o melhor, o pior, e tudo isso e a última decisão é dele. Se ele de certa forma tem uma atitude mais hostil, mais de resmungar, mais de contrariar, que não coopera, que não colabora, estando o doente orientado, a última decisão é dele. Não estando o doente orientado sabemos que aquele doente não está orientado e, portanto, a decisão sabendo que é o melhor para aquele doente temos que agir em conformidade... (...) ok, um doente estando desorientado, aí já temos nós que tomar a decisão por ele e em prol sempre do que é melhor para o doente, não podemos fazer nada que seja maléfico para o doente, apesar de às vezes o doente pensar que sim, mas não estando orientado... não vamos deixar um doente levantar-se, por exemplo, de uma cama sozinho, um idoso, e cair, e dizer “pois a culpa é sua”, se ele não está orientado,

está confuso, agora um doente orientado que lhe explicamos: “olhe não faça isto porque pode acontecer isto”, e o doente faz, a responsabilidade é dele.” (Enfermeira 18)

“Eu posso dizer que dos momentos em que tive mais dificuldade em lidar com os doentes, é geralmente quando eles estão bastante confusos, a seguir a uma cirurgia é bastante comum eles terem alucinações e é muito complicado de gerir porque muitas vezes não importa aquilo que nós lhe digamos, eles têm a ideia deles e vão fazer o que querem. E, muitas vezes, o tipo de doentes que eu tenho que estão muito monitorizados, que não se podem mexer, que têm ostomias, é muito difícil mantê-los quietos...” (Enfermeira 5)

Lidar com as exigências dos utentes e o ter que cumprir as suas vontades também é um facto referido por 3 pessoas.

“Muito difícil [a interação com alguns utentes]. São os que muitas vezes nos causam os maiores problemas por não passarem o dia internados, perceberem o nosso trabalho, e o nosso papel junto do doente. Temos que saber tudo e poder responder a tudo... o que nem sempre é assim.” (Enfermeira 21)

“Não é fácil... por vezes temos que vestir uma meia elástica... se o doente veste de uma certa forma...quase que nos exige e obriga a que o façamos da mesma forma, senão tornam-se apelativos.” (Enfermeira 17)

Duas pessoas dizem que o mais difícil é gerir doentes que não aceitam a sua nova condição de saúde.

“Há pessoas mais renitentes... às vezes não é fácil, porque há doentes que nunca foram doentes em nenhuma situação da sua vida, por exemplo, agora que eu estava bem, agora que eu estava na reforma e estou nisto e muitas vezes não aceitam esta nova adaptação, esta nova situação, muitas vezes aquela situação em que estão na sua atividade profissional e, de repente, entram na reforma. E surgem as situações e muitas vezes as pessoas não aceitam, depende muito do carácter da personalidade de cada pessoa, mas aquela que foi sempre saudável, foi sempre autónoma e pensou sempre no amanhã e pensa que quando for para a reforma vai passear e fazer isto e aquilo e no dia em que entra na reforma, vai ao médico, faz algum controlo, alguns exames e cai-lhe tudo, ficam sem chão, e às vezes não é fácil lidar com as pessoas com essa revolta... são situações sempre delicadas e eu acho que não há regras.” (Enfermeira 11)

“...talvez seja aquela situação em que te falei de... e talvez eu não lide muito bem com isso que é no início quando os doentes começam um tratamento, muitos não estão preparados para aceitar a doença, para terem estratégias para integrarem uma doença que não tem cura na vida deles e que os compromete até ao final da vida. E, para além disso, muitos deles não tem um background familiar que os possa sustentar nisso e muitas vezes os apoios infelizmente são muito... não são os esperados e muitas vezes as pessoas têm algumas expectativas quando a isso, que a segurança social possa ajudar e nem sempre é assim, às vezes as pessoas... e principalmente no meio onde eu trabalho, as pessoas têm algumas dificuldades económicas e a doença limita-os profissionalmente, ou seja, eles que já lutam para conseguir viver com aquele rendimento que têm mensal, depois surge a doença e torna-se mais complicado ainda aceitar a doença.” (Enfermeiro 2)

Outra pessoa refere como mais complicado o facto de ter que lidar com a intimidade física que implica cuidar de corpo doente:

“...O facto de lidar diretamente sobre o corpo do outro faz com que nós, profissionais de enfermagem, estejamos em contato com a intimidade do doente, assim como com os seus sentimentos e as suas emoções... É um trabalho complexo...” (Enfermeira 1)

Tabela 11: Lidar com situações de mau prognóstico

| Menções | Subcategorias |
|---------|--|
| 14 | Dificuldade em transmitir a informação de mau prognóstico ao utente |
| 1 | Proporcionar positividade ao doente perante a doença (o que muitas vezes pode contribuir para criar expetativas) |

Relativamente ao lidar com situações de mau prognóstico, 14 entrevistados alegam que a dificuldade está relacionada com a transmissão de más notícias.

“Pessimamente...quando tenho que dar uma má notícia ao utente ou família sinto que independentemente dos anos de experiência, nunca é algo fácil de lidar e gerir emocionalmente. A notícia de mau prognóstico é de competência médica, mas a verdade é que depois de o comunicarem ao utente e família quem esclarece, e os apoia neste momento de dor, angústia e revolta é, sem dúvida, quem lhe presta cuidados continuamente, ou seja, somos nós enfermeiros.... Acho que... as más notícias que são da nossa competência comunicar, infelizmente é a comunicação do óbito do seu ente querido, e posso dizer-te que em 10 anos de experiência, nenhuma mas nenhuma vez, foi mais fácil de que uma outra... mesmo com palavras de conforto, não há nada que não nos faça sentir a mágoa, a dor, a tristeza profunda, a desilusão... e frustração daquela pessoa que perdeu alguém que ama... nesse momento somos invadidos por pena e por dor por aquela família ou utente até porque mesmo inconscientemente, imaginamos como podendo ser um dos nossos familiares. (...) Ainda recentemente... tivemos um jovem da minha idade que entrou no nosso serviço com o diagnóstico de uma pancreatite aguda que é uma inflamação do pâncreas, e que inicialmente tudo tinha para correr bem... A verdade é que dia para dia ia piorando, piorando até que se descobriu uma neoplasia metastizada, ou seja, um tumor que já estava espalhado. (pausa longa). Foi transferido para a unidade de oncologia para cuidados paliativos, ou seja, a medicina não tinha muito para lhe oferecer nem á sua família e, sim, isso para mim... é muito triste e difícil de lidar pois podíamos ser nós ou a nossa família. A morte é algo muitas vezes inesperado em alguns doentes e noutros nem assim tanto, mas a verdade é que quando isso acontece, somos nós quem ligamos á família se não estiverem presentes no momento, e somos nós que abraçamos e apoiamos a família quando estão presentes...” (Enfermeira 1)

“Sim muitos doentes são e descarregam a frustração que sentem da parte médica nos enfermeiros, os médicos não explicam o que têm, não dizem que exames vão realizar... o que faço é explicar que esse não é o meu

trabalho que tem que ter esse tipo de comportamento com quem está a falhar no seu trabalho e não comigo. Outros querem tudo na hora, tento explicar que sou uma enfermeira para 8 ou 12 doentes que não consigo estar em todos ao mesmo tempo.” (Enfermeira 9)

Outro exemplo disto é saberem que o doente vai falecer e não poderem transmitir essa informação ao utente:

“É um sentimento de impotência, saber que um doente não tem cura e irá falecer e... muitas vezes pior é ter de omitir essa informação ao utente. Recordo-me de um exemplo concreto em que um doente relativamente novo, 60 e tal anos, tinha um mau prognóstico e a família decidiu não lhe contar...a equipa médica aí também falhou, pois o doente estando consciente tinha esse direito... mas a família decidiu assim e o senhor foi se apercebendo que ia ficando pior e que o passaram para um quarto sozinho... e que vinha toda a gente visitá-lo... e ele questionava o porquê e afirmava que ia ser operado e ficar bem...” (Entrevista 7)

Adicionalmente, 1 enfermeiro tocou no aspeto de proporcionar positividade ao doente perante a doença, o que pode criar falsas expectativas.

“Tento transmitir o lado positivo ao doente, pois encaro muito assim a vida, há sempre alguém a vivenciar algo pior do que nós, contudo, quando se trata dos doentes, tento ter um cuidado redobrado para não criar demasiadas expectativas... tem de haver bom-senso... a doença pode ter as duas partes da moeda...e de um momento para o outro o doente cria expectativas que podem não corresponder à realidade no final, e pode trazer-lhe consequências.” (Enfermeira 17)

Tabela 12: Desvalorização do trabalho do enfermeiro da parte do utente

| Menções | Subcategoria |
|---------|---|
| 9 | Incapacidade de reconhecimento e desvalorização do profissional por parte dos utentes |

A desvalorização profissional do enfermeiro por parte dos utentes é outro aspeto referido pelos inquiridos, mais aprofundadamente 9 dos entrevistados referem o desrespeito e desvalorização que existe para com o profissional de enfermagem e a incapacidade de reconhecimento que existe por parte dos utentes em relação ao trabalho e cuidados que prestam.

“...um doente que me considerou má profissional, insinuando que não sabia executar pensos. Senti-me revoltada, desrespeitada e expliquei que sou enfermeira e que sabia o que estava a fazer.” (Enfermeira 14)

“...houve uma situação com os pais de uma criança que precisava de ser puncionada, a criança chorava durante o procedimento e os pais, face à situação, pediram que parasse o procedimento...senti-me triste, desrespeitada.” (Enfermeira 13)

“Os clientes que exigem tudo bem realizado no menor tempo possível... não valorizam o nosso empenho, dedicação e trabalho.” (Enfermeira 12)

Tabela 13: Gestão de emoções difíceis na relação com o Utente

| Menções | Subcategorias |
|---------|--|
| 11 | Gerir a comunicação com o utente em situações imprevisíveis de evolução do seu estado de saúde |
| 8 | Lidar com a dificuldade em disfarçar os sentimentos |
| 5 | Gerir as emoções próprias aquando a morte do utente |
| 7 | Lidar com a transferência de pensamentos negativos do trabalho para casa |

Um importante fator mencionado por 11 dos enfermeiros diz respeito à gestão de situações imprevisíveis relativas à evolução do estado de saúde do paciente:

“Sem dúvida quando um doente descompensa, eles normalmente estão acordados, estão conscientes e é muito difícil estar a trabalhar sabendo que alguma coisa está bem e tentar não os assustar com o que está a acontecer, que muitas vezes é grave, é muito difícil gerir também quando há paragens cardíacas, é muito complicado gerir a nível emocional e manter a calma.” (Enfermeira 5)

“Acho que o exemplo mais marcante que tenho é de uma senhora, por volta dos 50 anos, com um carcinoma pulmonar, em fase terminal. Quando cheguei ao quarto dela, a senhora estava num estado de agonia, agarrada à mão da auxiliar e, posteriormente, à minha, a implorar ajuda porque não conseguia respirar... liguei à equipa médica, mediquei a doente, foi a sensação de maior impotência que experienciei enquanto enfermeira... Ter alguém a pedir ajuda e não conseguir ajudar ou atuar tão rápido como gostaria... é frustrante... tive também de pedir muito ao médico para que lhe prescrevesse mais medicação para deixar a doente confortável, mas até isso acontecer, não conseguia deixá-la sozinha muito tempo, o que atrasou imenso os meus cuidados aos outros doentes... mas, nessa situação, não consegui evitar.” (Enfermeira 3)

“... Após essas situações preciso de algum tempo para eu própria assimilar todas as reações deles, e me conseguir afastar de todo aquele sofrimento que eu presenciei...” (Enfermeira 7)

Acrescendo ao que já foi mencionado, 8 pessoas referenciam lidar com a dificuldade em disfarçar os sentimentos.

“...lá está são estas situações mais complicadas onde nós temos que saber até onde podemos chegar, até onde podemos ir e atuar um bocadinho por aí, não podemos fazer mais do que aquilo que as nossas competências nos permitem fazer, neste caso eu fiz o que estava ao meu alcance, mais não podia fazer... se calhar se fosse por mim eu não teria dado alta aquela doente, mas não sou eu que dou altas aos doentes, portanto, se calhar, neste tipo de situações tenho que disfarçar os meus sentimentos... mas é um bocadinho por aí, é sabermos que... temos consciência de que aquela situação pode não ser a melhor para aquele doente, mas temos que saber

quando parar e saber até onde podemos ir e onde é o nosso lugar, porque não podemos ultrapassar uma decisão médica, podemos ter espírito crítico sobre ela e podemos pensar sobre ela e podemos discutir com o médico sobre ela, agora ultrapassar e... aí não, e, se calhar, temos que disfarçar e camuflar para não haver aqui algum conflito entre as equipas com quem trabalhamos... (Enfermeira 18)

Cinco enfermeiras evidenciam dificuldades em gerir as emoções próprias aquando a morte do utente.

“Acho que tento disfarçar mais quando lido com doentes terminais... tento não transparecer que estou a cuidar de alguém que vai morrer, tento aliviar o ambiente, caso a pessoa e a família ainda estejam nessa fase. Quando já estão mesmo perto da morte, tento mostrar o maior respeito possível e tratar a pessoa com a dignidade que merece...” (Enfermeira 3)

“...quando temos um doente instável e tentámos fazer de tudo para o salvar e acaba por falecer...é difícil lidar com este sentimento de impotência e revolta por não ter conseguido.” (Enfermeira 14)

Finalmente, 7 outras pessoas assinalam a transferência de pensamentos negativos do trabalho para casa como o mais complicado, ou seja, não conseguir deixar de pensar naquilo que correu mal durante muito tempo.

“É muito difícil. Eu tento não levar para casa, tento chegar a casa e não falar, mas há dias que é impossível, há dias em que preciso de chegar a casa e falar sobre o assunto se calhar para desabafar...” (Enfermeira 17)

“...passa um dia, passam dois, passam três, o estado de saúde vai-se degradando e em termos emocionais isto é muito complicado, ter um doente assim instável nas mãos, a cuidar, às vezes o apoio que temos médico nem sempre é o melhor. E isso tudo também, a nível emocional é assim um bocadinho difícil de gerir, mesmo depois de sair do trabalho.” (Enfermeira 18)

“Aparentemente lido bem no momento em que a situação ocorre, no entanto, quando chego a casa dou por mim a pensar em tudo o que aconteceu no turno. Normalmente falo bastante acerca do que aconteceu e isso ajuda-me a aliviar o stress.” (Enfermeira 8)

3.2.7 Aspetos Negativos na Relação com a Família do Utente

Tabela 14: Gestão de emoções difíceis na relação com a Família do utente

| Menções | Subcategorias |
|---------|---|
| 21 | Interação e comunicação difícil com familiares do utente (e.g., situações de famílias pouco colaborantes, hostis, apelativas) |
| 10 | Gerir as emoções dos familiares (e.g., quando se comunica a morte do familiar ou um mau prognóstico) |
| 8 | Gerir as necessidades de atenção em particular de cada família (e.g., ter atenção às |

A totalidade dos entrevistados fizeram menção a situações ou incidentes no trabalho reveladores da dificuldade em lidar com a família dos utentes, conforme descrito de seguida:

“Depende muito dos familiares, mas geralmente não é fácil... também não é fácil para as pessoas verem os seus familiares hospitalizados e, por vezes, têm atitudes mais hostis... nós que estamos 24 horas com o utente acabamos sempre por ser responsabilizados pelo estado de saúde dele. Tento sempre tranquilizar os familiares, responder a todas as dúvidas e encaminhá-los para o médico para se informarem melhor e com paciência e tempo a interação acaba por ser melhor.” (Enfermeira 20)

“É assim... a relação com os familiares na generalidade não te consigo dizer que ou é fácil ou difícil, depende muito dos familiares, há familiares que são super atenciosos, é um gosto falar com eles, é um gosto telefonar-lhes, aceitam o que nós dizemos, pedem-nos opinião, ligam-nos a perguntar o que é que podem fazer mais. E há outros que são super negligentes e que depois não aceitam, não aceitam, as nossas orientações e para além disso depositam toda a responsabilidade no sistema, ou seja, a partir daquele momento nós é que somos responsáveis por aquele familiar e essas são as situações mais difíceis de gerir.” (Enfermeiro 2)

Ainda neste sentido, e agora no que respeita às especificidades de cada família, houve 24 menções por parte dos entrevistados a situações difíceis de gerir com a família do utente. Várias enfermeiras fazem referência à existência de famílias pouco colaborantes ou pouco compreensivas.

“Depende dos familiares. Também há familiares hostis e que não cooperam com nada e, nesse caso, a interação torna-se difícil, porque o próprio profissional de saúde, evita falar ou seja, nesses casos, para esses familiares não arranjam mais conflitos, não se vai tão frequentemente ao quarto do doente, só apenas quando necessário e quando tocar na campainha. Quando os familiares cooperam com o enfermeiro e nos veem como uma peça fundamental na recuperação do doente, a interação é muito mais fácil.” (Enfermeira 16)

“... há familiares complicados, não compreensivos, capazes, de por vezes nos dizerem que “você é pago para isto, não tenho que ser eu a colaborar com isso”... com os familiares que colaboram, acabamos por fazer um excelente trabalho entre enfermeiro, doente e família, com os que não colaboram tentamos não dar grande abertura, tratando o doente como todos por igual.” (Enfermeira 15)

“Uma vez um familiar começou a reclamar de tudo e não me dava tempo a explicar... foi no logo no início que comecei a trabalhar... saí do quarto e lembro-me que comecei logo a chorar, foi difícil, mas tive apoio das minhas colegas... também não gosto de ver os clientes insatisfeitos com o nosso trabalho, mas naquela situação não teve razão.” (Enfermeira 19)

Outros profissionais de enfermagem mencionam que o lidar com famílias agressivas/hostis é o mais complicado:

“Não gosto de ser maltratada... muitas das vezes somos maltratados por familiares porque pensam que o familiar deles que está internado é prioritário perante outros e tratam-nos abaixo de lixo, sendo mesmo indelicados nas palavras, insultando-nos, não compreendendo que temos de gerir os doentes, consoante o estado clínico em que se encontram, e apesar de tentarmos explicar, nem nos tentam ouvir... Não gosto de ser agredida, já fui agredida por duas vezes no trabalho, penso que cada vez mais estamos sujeitos a agressão e ninguém vê isso, só tem visibilidade, como dá agora nas notícias o médico agride doente, mas enfermeiros que são agredidos fisicamente várias vezes por doentes ou até por familiares, ou até ameaçados de morte ou de porrada quando saírem do turno, isso não tem visibilidade. Somos uma profissão cada vez mais desprotegida.” (Enfermeira 10)

“...Teve um recentemente que foi terrível porque a família implicava pela mínima coisa, só o facto de ter tocado na campainha e ninguém lá ter ido, fez um escândalo porque tinha o pai que estava no cadeirão que tinha que ir para a cama porque estava cheio de dores e tinha que ir para a cama e tinha que ser já...Respirei fundo, tentei explicar que estávamos com outros doentes, que não podíamos ir lá no momento e como é que me senti... senti-me revoltada, porque mesmo depois de ter explicado a pessoa foi extremamente agressiva e nós temos certos limites que não podemos ultrapassar, não podemos dizer certas coisas, e ficamos revoltados porque não podemos fazer nada.” (Enfermeira 17)

Outro dos aspetos enunciados por algumas enfermeiras é lidar com famílias apelativas, com constantes exigências:

“Muito difícil, porque são extremamente apelativos e normalmente são mais complicados que o próprio doente e querem muitas respostas que às vezes não podemos dar por que não é do nosso âmbito, é mais do âmbito médico.” (Enfermeira 17)

“...Não gosto de doentes ou de famílias que acham que só cuidado de um doente e me interrompem várias vezes enquanto cuido dos outros doentes que, por vezes, naquele momento, precisam mais da minha ajuda do que a pessoa que me interpela... Um exemplo, é ter familiares a invadirem o quarto de outros doentes para falar comigo, não respeitarem quando digo “aguarde um bocado, por favor”, para me fazer perguntas tipo “pode arranjar-me mais uma almofada?”, ou seja, coisas que podiam esperar mais cinco minutos ou que poderiam pedir às assistentes operacionais, não perturbando a prestação de cuidado aquele doente.” (Enfermeira 3)

“É uma relação muito difícil, a maior parte das vezes. Como é claro, não podemos generalizar todos os familiares, pois temos de tudo, mas a maior parte das vezes temos aqueles familiares sugadores da alma, em que não nos largam, andam atrás de nós pelo serviço todo, entram pelos quartos dos outros utentes, mesmo quando não são os familiares deles, para fazer a mesma pergunta pela décima vez e ouvir a mesma resposta, mas na esperança que eu mude a resposta, pois esperam informação clínica da nossa parte e isso compete ao médico e encaminhamos para a hora de atendimento médico, ao qual todos tentam escapar e tentar arrancar-nos toda a informação e mais alguma, e depois vão para casa e tudo e continuam a ligar através do telefone do serviço.” (Enfermeira 10)

Finalmente, um menor número de enfermeiros menciona ser difícil lidar com famílias desestruturadas, enquanto outros confessam que é difícil gerir famílias mais fragilizadas e, consequentemente, mais conflituosas:

“Há famílias que não é fácil... juntam-se todos no quarto, ninguém se entende, trazem os conflitos pessoais e familiares para o hospital, desentendem-se... famílias desestruturadas...é muito complicado gerir as situações sociais.” (Enfermeira 17)

“...A verdade é que estas famílias quando estão em contacto connosco estão desfavorecidas...estão fragilizadas, inseguras, num sufoco, com medo, com receios e só desejam o cuidado melhor e possível para o seu ente querido... Se fosse um dos nossos talvez sentíssemos o mesmo... e a verdade é que estas famílias anseiam por respostas e resultados no menor curto espaço de tempo, mas na medicina e na prática clínica esta não é a realidade... (...) O diagnóstico e o tratamento da doença levam o seu tempo e cada pessoa como ser único que é, leva o seu tempo de forma muito singular... e, por vezes, esse tempo de espera não é fácil de gerir para estas famílias neste estado de ansiedade e angústia... os quartos das enfermarias são partilhados com dois doentes, por vezes, o facto de dizermos algo ao utente da cama da frente, para o qual o outro doente não temos resposta, já é motivo de as famílias ficarem aborrecidas, desconfiadas e menos tolerantes...A verdade é que eu compreendo a aflição, o sufoco e angústia que é ter alguém que é nosso ente querido doente e não termos respostas. Infelizmente, como já lhe referi, também vivenciei isso com a minha mãe... não é fácil, pois quando se trata dos nossos, nós queremos o seu melhor e fazemos de tudo para o ajudar na sua recuperação. As famílias não compreendem é que o doente ao presenciar a sua agressividade, exigência, muitas vezes falta de respeito...sim... porque há imensas vezes.... o doente também não se sente bem com a situação, sente vergonha, gera ansiedade, o que em nada ajuda na sua reabilitação... a realidade pura, é que nós enfermeiros é que estamos 24 horas com o utente e, por isso, muitas destas manifestações menos simpáticas das famílias recaem sobre nós. Como tudo, é mantendo a calma, quando é possível, a tolerância e o respeito que se conduz as coisas de forma mais subtil... mesmo com as famílias mais conflituosas.” (Enfermeira 1)

Adicionalmente, 10 pessoas referem ser difícil a gestão das emoções dos familiares, por exemplo, quando se comunica a morte de um familiar ou o deteriorar da situação de saúde do familiar.

“Dar más notícias às pessoas é uma coisa horrível porque muitas vezes é difícil encontrar as palavras certas para dizer porque nada do que vamos dizer vai parecer muito correto para aquela pessoa... e todas as famílias e pessoas são diferentes, vão receber a notícia de forma diferente...umas sabemos que a vamos magoar, independentemente das palavras que usamos... outras reagem com uma frieza tal...é assustador.” (Enfermeira 5)

“Sentimo-nos mal, porque transmitir uma má notícia nunca é agradável, nunca é bom, eu sinto em termos pessoais... como é que eu vou dizer, o que é que vou dizer, como é que ela vai reagir, sempre na dúvida, sempre com algum receio de como a pessoa vai receber a notícia, é complicado... transmitir uma má notícia nunca é fácil.” (Enfermeira 18)

“No nosso caso, as más notícias, são dadas mais à família, quando o doente falece e maioritariamente por telefone... tento sempre ligar para um número de um filho se for o caso de um idoso ou para o número de uma esposa, o marido, o pai ou a mãe, tendo sempre em atenção a quem damos a notícia e se a pessoa se encontra sozinha ou não... às vezes não temos escapatória, porque já são dois idosos que vivem sozinhas e só se têm um ao outro... aí acabo por dizer que o estado clínico agravou e que é melhor a senhora ou o senhor dirigir-se ao hospital mesmo para falar com os médicos e aí é comunicado o óbito presencialmente, mas, por norma, é feito por nós por via telefónica. Sinto-me mal... acabei de dizer a um familiar que perdeu o outro, apesar de tudo, é uma perda, é uma falha e custa.” (Enfermeira 10)

“...Aquelas situações em que a pessoa não sabe o seu prognóstico e a família também não sabe e temos que disfarçar de maneira que eles não percebam porque não podemos transmitir isso, normalmente é a parte médica que tem que o fazer... Lembro-me de uma jovem que tinha um mau prognóstico, já tinha um cancro em estado avançado, mas ela sabia da situação e foi complicado lidar com ela, mas ela lidou melhor com a situação porque ela sabia do seu prognóstico, mas foi uma situação complicada...” (Enfermeira 17)

Outros profissionais mencionam que é difícil gerir as necessidades de atenção particulares de cada família:

“...explico o sucedido e dou tempo à pessoa para reagir, tento perceber o que o familiar precisa. É sempre uma angústia que sinto e não consigo disfarçar o desconforto.” (Enfermeira 20)

“É difícil gerir as situações com as famílias em que têm certas crenças e valores... recordo-me de uma doente testemunha de Jeová que foi confrontada com a probabilidade de morrer se não autorizasse a transfusão sanguínea, a família presente nem permitiu que a utente refletisse sobre o assunto...no dia seguinte tínhamos uma folha com muitas assinaturas a opor-se... basicamente a doente teve mais de uma semana a sofrer e sem possibilidade de cura...até que nos chamou e disse que queria que fosse feita a transfusão, mas que nenhum familiar pudesse saber ou descobrir.” (Enfermeira 17)

“...eu não lhe vou dizer que vai melhorar [ao familiar] por que eu sei que não vai, então às vezes fico em silêncio e tento promover-lhe o conforto e o bem-estar, uma das coisas que agora tento lidar mesmo é o que é que lhe preocupa? E abordo um bocadinho a morte se puder ou nalguma crença que eles tenham, tento enveredar por esse campo.” (Enfermeira 11)

Tabela 15: Desvalorização do trabalho do enfermeiro da parte das famílias

| Menções | Subcategorias |
|---------|---|
| 6 | Desrespeito e desvalorização pelo profissional |
| 3 | Incapacidade de reconhecimento por parte da família |

A desvalorização do profissional de enfermagem por parte das famílias é outro dos tópicos abordado pelos entrevistados. Seis pessoas aludem ao desrespeito e desvalorização pelo profissional,

enquanto 3 inquiridos fazem referência à incapacidade de reconhecimento que a família tem perante os enfermeiros. Eis alguns excertos ilustrativos:

“Da desvalorização e desrespeito que certos doentes e suas famílias nos dão...” (Enfermeira 14)

“...o problema é que nem sempre os familiares são recetivos e respeitam o nosso trabalho... muitas vezes querem interferir nos cuidados, pensam que por verem uma máquina que podem alterar o sistema de soro... é complexo eu diria que é complexo...” (Enfermeira 5)

“O que menos gosto e falta de educação nas pessoas, por vezes, até poem em causa o meu trabalho, não reconhecendo que estou a fazer o meu melhor e, alegando, que querem falar com o médico de serviço, quando depois de todas as avaliações que fazemos do doente, este se mantém estável. É como se achassem enfermeiros também, mas sem conhecimento científico de causa.” (Enfermeira 16)

3.2.8 Aspetos Negativos nas Relações Interpessoais no Trabalho

Tabela 16: Aspetos Negativos nas Relações Interpessoais no Trabalho

| Menções | Subcategorias |
|---------|--|
| 5 | Lidar com a desvalorização e desrespeito profissional entre profissionais de saúde |
| 3 | Lidar com a falta de comunicação e cooperação entre os profissionais de saúde |
| 2 | Lidar com conflitos entre profissionais devido à amplitude da equipa |
| 1 | Lidar com situações de discriminação e tratamento diferencial na relação com a família do Utente |
| 1 | Lidar com as constantes exigências dos superiores |

Cinco pessoas referenciam lidar com a desvalorização e desrespeito profissional entre profissionais e saúde.

“Sinto-me muitas vezes maltratada e desrespeitada pelos próprios colegas de trabalho...” (Enfermeira 5)

“... nós, o trabalho em equipa, nós somos muitos, temos conflitos entre nós e isso também é difícil de gerir.” (Enfermeiro 2)

Outras 3 pessoas referem lidar com a falta de comunicação e cooperação entre os profissionais de saúde.

“A falta de comunicação entre profissionais de saúde, os cuidados eram muito mais personalizados e eficazes se houvesse muito mais comunicação.” (Enfermeira 8)

“A parte médica, não existe comunicação entre médicos e enfermeiros, muitas das vezes sabemos das mudanças de dieta, altas e exames pelos doentes e não pelos médicos, entre outras coisas como remoção de algalias, drenos, e outras coisas, só sabemos quando fazemos a impressão das folhas terapêuticas.” (Enfermeira 9)

“Gerir conflitos. [Porquê?] Somos pessoas, temos maneiras de ser, maneiras de pensar diferentes... tento sempre promover trabalho em equipa e gerir... humildade acima de tudo e tentarmos sempre partilhar experiências, um dos objetivos que eu sempre promovo é a partilha de conhecimentos... nem somos mais nem menos, alguma dúvida não tenho problema nenhum em questionar, também gosto e faço questão aos mais jovens de dizer: “que qualquer dúvida, perguntas, estás à vontade”, e isso gera confiança. Se num grupo trabalharmos em equipa e se desconfiarmos, se tivermos insegurança vai correr tudo mal. Se somos responsáveis do turno, sabemos que há um doente instável, se há um profissional que não se abre, que fica reservado, nós não sabemos se estamos ou não a dar segurança aquele doente, enquanto que uma pessoa que é humilde ou tem alguma dúvida, alguma partilha, sabemos que há muita maior segurança para o doente e para nós e o turno corre de uma forma muito mais equilibrada e normal.” (Enfermeira 11)

Dois enfermeiros referem o lidar com conflitos entre profissionais devido à amplitude da equipa.

“...e depois também é complicado... nós, o trabalho em equipa, nós somos muitos, temos conflitos entre nós e isso também é difícil de gerir.” (Enfermeiro 2)

“...é comum sentir-me triste quando estou a fazer aquilo que eu posso e não vejo o meu doente a melhorar, às vezes há alguma insatisfação na equipa quando... mas é normal, por vezes temos muitos doentes a serem admitidos e temos que gerir isso. E às vezes quando a equipa está muito ocupada, basicamente quando não há assim muito trabalho em equipa, eu acho que se gera aquele sentimento de frustração, do género “podias-me estar a ajudar mas não estás”. Mas eu acho que isso é normal e trabalhar numa equipa nem sempre é fácil, mas acho que os maiores sentimentos de insatisfação, quando os há, são nesse tipo de contextos.” (Enfermeira 5)

Uma enfermeira menciona o ter que lidar com a uma situação de discriminação e tratamento diferencial no trabalho por parte de familiares:

“...posso dizer que há uma situação muito concreta que me marcou pela negativa e que foi com uma familiar de uma doente que infelizmente me tratou muito mal e houveram questões relacionadas com racismo, uma vez que eu não sou inglesa, mas mais uma vez embora a situação tenha sido muito desagradável para mim e eu senti-me muito mal, na altura chorei muito, e achei que a senhora estava a ser muito injusta comigo, mas, felizmente, a minha equipa apoiou-me imenso. Na altura a senhora até quis fazer uma reclamação sobre mim, e acabou por não a poder fazer porque a minha chefe na altura foi falar com ela e explicou-lhe toda a situação, explicou-lhe que eu estava a fazer o procedimento que era protocolado pelo hospital e que ela realmente poderia fazer aquela reclamação se ela assim o quisesse, mas que na verdade não fazia sentido porque eu estava apenas a fazer o meu trabalho. E fui muito apoiada nesse dia pela minha equipa, foi um dia muito difícil, eu lembro-me que esta situação aconteceu por volta das quatro da tarde e eu não consegui trabalhar mais, lembro-me que estive mais de uma hora sentada numa divisão lá sozinha a chorar e eles foram muito compreensivos e eu não voltei a trabalhar até ao final do turno, eles não me mandaram para casa por que não podiam, mas eu fiquei lá e foi só isso.” (Enfermeira 5)

Uma outra enfermeira fez alusão à gestão de constantes exigências dos superiores e à impossibilidade de mudar aspetos do funcionamento do serviço.

“...Acho que isto é transversal a todas as unidades de saúde, temos que nos guiar por determinados parâmetros, e os chefes têm que exigir que esses parâmetros sejam cumpridos por que a eles também lhes tem que ser cobrados o cumprimento desses parâmetros e desses objetivos. Portanto, por muito que digamos que isto não está bem, isto não está bem, e por muito que façamos alguma coisa para tentar melhorar, há sempre alguém de cima que não nos permite fazer mais e melhor porque as condições são assim, por isso, de certa forma, muitas vezes as coisas não mudam. É frustrante falar e as coisas continuarem iguais porque sabemos que não há nenhuma solução para a resolução desse problema.” (Enfermeira 18)

3.2.9 Aspetos Negativos relativos à Gestão de Recompensas

Tabela 17: Aspetos negativos relativos à gestão de recompensas

| Menções | Subcategoria |
|---------|---|
| 1 | Lidar com a desigualdade a nível salarial |

No que diz respeito aos aspetos negativos relativos à gestão de recompensas, 1 pessoa realça que é difícil lidar com a desigualdade a nível salarial.

“Não gosto do nível salarial que temos...é injusto pessoas que trabalham há 3 anos na instituição receberem menos dos que foram contratados posteriormente.” (Enfermeira 19)

3.2.10 Aspetos Negativos relacionados com a Sobrecarga de Trabalho e Gestão do Tempo

Tabela 18: Aspetos negativos relacionados com Volume de Trabalho e Dificuldades na Gestão de Tempo

| Menções | Subcategorias |
|---------|--|
| 18 | Dificuldades em termos de gestão de tempo para a realização de múltiplas tarefas sobrepostas |
| 17 | Falta de meios (materiais e humanos) disponíveis para lidar com o volume e complexidade de trabalho |
| 8 | Gerir as necessidades de atenção em particular de cada utente (nem sempre é possível dar atenção necessária ao utente, uma vez que são muitos utentes) |

No que diz respeito aos aspetos negativos relacionados com a Sobrecarga de Trabalho, 18 entrevistados fazem alusão à dificuldade de gestão de tempo e volume de tarefas e ao facto de muitas vezes a gestão de tempo depender das necessidades de cada utente. Eis alguns excertos ilustrativos:

“...a gestão de tempo face às necessidades de cada utente... por exemplo, um doente a fazer um penso pode demorar cinco minutos, mas se for um queimado pode demorar uma hora... e, muitas vezes, os rácios [enfermeiro/número de pacientes] não são os adequados à prestação de cuidados de excelência.” (Enfermeira 4)

“...Primeiro, a gestão do tempo, pois o turno tem sempre o mesmo número de horas e rotinas, no entanto, quando cuidamos de pessoas, tudo se torna imprevisível... A mesma tarefa pode levar 2 minutos assim como 10 minutos... Um exemplo concreto, se vou realizar uma colheita de sangue a um utente, se ele é colaborante e orientado faço-o em dois minutos, se o doente tem maus acessos periféricos, ou se está agitado e não colaborante... É preciso conseguir alguém que esteja disponível para me auxiliar e assim poder realizar a tarefa... O que nem sempre é fácil... E muitas vezes em vez de 2 minutos perdemos 10 minutos... Isto é um único exemplo, e um exemplo simples, mas tudo somado ao longo de um turno faz muita diferença, e o facto de cuidarmos de pessoas, que precisam de apoio, têm medo e receios, dependendo de cada doente em particular precisam de um tempo diferente muitas vezes até para a mesma tarefa... Por exemplo, eu posso dar um banho em 10 minutos a um utente colaborante e que está relativamente bem, mas também posso demorar 1 hora com outros que não conseguem colaborar por ter dores características do pós-operatório... torna-se muito difícil gerir o tempo de acordo com estas básicas rotinas...” (Enfermeira 1)

“Como costumo dizer...os enfermeiros são “pau para toda a colher” ...nós servimos para tudo...e isto é fruto da multiplicidade de tarefas que são da nossa competência diariamente...preparar medicação, fazer pensos, vigiar estado clínico, dar banhos...entre outros.” (Enfermeira 3)

“O mais difícil de gerir são os cuidados e o tempo para todos os doentes que nos são atribuídos por turno, temos pouco tempo para gerir todos os cuidados que o doente necessita pois são doentes que necessitam de muita dedicação e atenção da nossa parte, às vezes o que nos ajuda é o trabalho entre equipa e a colaboração dos utentes.” (Enfermeira 15)

Relativamente aos aspetos negativos relacionados com as condições materiais de trabalho 17 entrevistados expõem a falta de meios (materiais e humanos) disponíveis para lidar com o volume e a complexidade de trabalho.

“Torna-se um constante desafio, cumprir com todas as minhas responsabilidades e obrigações num turno, quando o tempo é escasso, o rácio entre utente e enfermeiro é desadequado, e quando as rotinas podem ser alteradas a qualquer momento pela instabilidade dos doentes pós-cirúrgicos. O que nos obriga constantemente a priorizar e torna cada vez mais difícil o prestar cuidados de qualidade” (Enfermeira 8)

“...Depende do turno... mas geralmente, sinto que deixo coisas por fazer, porque não tenho capacidade para mais. O meu objetivo é fazer tudo o que posso pelos meus doentes e, se não tiver tempo, não me dedico tanto à parte informática do meu trabalho. Há prioridades.” (Enfermeira 3)

“...talvez as intervenções em simultâneo, por exemplo, realizar os cuidados de higiene, colher sangue para analisar e realizar pensos para as equipas médicas avaliarem as feridas, e administrarem medicação, tudo nos turnos da manhã, das 9h30 às 12h30, e por vezes sem recursos humanos suficientes.” (Enfermeira 12)

“A carga de trabalho... a carga de trabalho, a carga emocional, mas se calhar o mais difícil a carga de trabalho... [Porquê?] porque é um serviço extremamente dinâmico, é um serviço onde temos... os doentes em si, são doentes com situações... em situações complicadas, muitas vezes a descompensar e exigem um grau de vigilância muito grande, o tempo que temos também não é muito, o rácio de enfermeiros que temos também não é o desejável, o expectável... e se calhar o mais difícil é isso, temos muito trabalho e para o pouco tempo que temos, para os poucos enfermeiros que temos, às vezes queremos fazer mais e não conseguimos porque... devido às patologias que o doente tem... há doentes em situações... com patologias muito complicadas...que não conseguem colaborar connosco. Por exemplo, um homem quando quer urinar, se o utente estiver bem, facilmente segura o urinol, faz e no final pausa e a auxiliar vai despejar... mas um doente incapaz, ou temos de segurar nós no urinol ou em último recurso recorrer à fralda, dispositivo urinário, o que implica mais trabalho e mais tempo.” (Entrevista 18)

Outros enfermeiros referem que o facto de disporem de pouco tempo não lhes permite dar uma atenção personalizada a cada utente, o que lhes gera insatisfação.

“Ora bem, gostava de ter mais tempo e maior disponibilidade para as pessoas, ter tempo para estar mais disponível para as pessoas, conversar, estar com os doentes, dar-lhes atenção.” (Enfermeira 17)

“Sinto-me realizada na maior parte das vezes e outras fico com a sensação de que precisava de mais tempo para prestar melhores cuidados.” (Enfermeira 8)

“Sim, muitas também. A insatisfação de não conseguir sentar-me ao lado de um doente e ser ouvido, amigo, o não ter tempo para isso, de não ter tempo para conversar sobre o que o preocupa, o que o deixa triste, ou até mesmo as dúvidas que tem.” (Enfermeira 15)

“A falta de tempo como eu já disse, realmente é uma coisa que me atrapalha bastante e o facto de não conseguir fazer nada às vezes por alguns doentes, o saber que não temos... o saber que aquela pessoa tem um problema grave e que não vamos ter forma de o ajudar e ver a vida da pessoa destruída no fundo.” (Enfermeira 17)

Tabela 19: Aspetos negativos relacionados com Conflito de papéis e Organização dos horários de trabalho e/ou de serviço

| Menções | Subcategorias |
|---------|--|
| 11 | Lidar com o stress causado pelo trabalho (e.g., gerir desgaste físico e psicológico, clima de trabalho desgastante) |
| 7 | Lidar com atipicidade do dia de trabalho |
| 8 | Realizar a passagem de turno e o trabalho por turno (rollman) |
| 5 | Lidar com a dificuldade em separar a vida profissional da vida pessoal (e.g., chamadas constantes para o telefone pessoal para ir trabalhar em dias de folgas) |

| | |
|---|--|
| 3 | Lidar com a impossibilidade de fazer pausas (e.g., ritmo de trabalho acelerado que não permite pausas para descanso) |
| 3 | Dificuldades em conciliar o cumprimento de objetivos estipulados pela organização e os cuidados ao doente |
| 2 | Dificuldades na gestão das entradas/saídas dos doentes no serviço |

Onze pessoas dizem ter de lidar com o stress causado pelo trabalho como, por exemplo, gerir o desgaste físico e psicológico, assim como o clima de trabalho desgastante.

“Completamente esgotada é só o que posso dizer, esgotada a nível físico, nós fazemos turnos de 13 horas e esgotada a nível emocional muitas vezes também, porque nós vivenciamos experiências muito complicadas.”
(Enfermeira 5)

“Ao final de 12 horas já é desgastante em termos físicos e em termos mentais, muitas das vezes sinto que o meu rendimento mental já não é o mesmo.” (Enfermeira 9)

“Por vezes, termino o dia cansada e com dores de ombros e na coluna, devido ao stress que vou acumulando ao longo de um turno de 12 horas com paragens muito curtas.” (Enfermeira 12)

Sete dos entrevistados declaram lidar com a atipicidade do dia de trabalho e o quão árduo pode ser um dia “normal” de trabalho.

“Um dia típico de trabalho começa com a passagem de turno, seguida da avaliação de sinais vitais, avaliação das necessidades de cada utente e cuidados de higiene, realização de tratamento de feridas. Segue-se a preparação e administração de medicação sempre em função da avaliação do estado do doente, vão surgindo diferentes necessidades às quais é necessário que o enfermeiro adapte as suas ações e intervenções, surgindo a necessidade de posicionamento frequentes, administração de medicação em SOS, preparação de utentes para a realização de exames... trata-se de uma área em que um dia típico de trabalho se torna muitas vezes num dia atípico.” (Enfermeira 4)

“... Esta é que é a realidade... Não sei se conseguiste perceber bem, mas no nosso serviço os utentes estão estáveis e de um momento para o outro descompensam, automaticamente temos de fazer tudo para lhe salvar a vida e durante horas estamos centrados naquele doente e a prestar-lhe os cuidados diferenciados que ele necessita para sobreviver... Mas isto acontece, e na verdade é que todos os outros são da minha inteira responsabilidade e também precisam que lhe preste todos os outros cuidados para a sua recuperação da forma única e particular como seres humanos que são... basicamente tenho dias em que o dia de trabalho é uma loucura.” (Enfermeira 1)

Vários indivíduos refletem o facto de realizar a passagem de turno e os sentimentos de insegurança que lhe estão relacionados, quer pelo facto de, por vezes, não receberem a informação

correta, quer porque, derivado do cansaço sentido, também eles podem esquecer de reportar informação importante aos colegas. As passagens de turno e o sistema rollman são particularmente notados por alguns dos enfermeiros:

“...O colega passa-me a informação, mas, muitas vezes, o cansaço e desgaste é tanto, que por vezes se confunde...isso deixa-me insegura para o meu trabalho. Por exemplo, às vezes diz que o utente da cama 1 fez um pico febril às 16 horas e dei-lhe paracetamol às 16 e 10 e logo a seguir corrige dizendo, não foi o da cama 1 foi o da cama 11... o da cama 1 fez de noite...” (Enfermeira 17)

“...sinto-me muitas vezes insegura com a informação que muitas vezes não é devidamente transmitida na passagem de turno... somos seres humanos... expressamo-nos de forma diferente...muitas vezes estamos cansados, o turno foi atribulado...e nem tudo lembra...e pode ficar a faltar informação crucial.” (Enfermeira 1)

“...É frustrante chegar ao final de um dia de trabalho e virmos para casa a pensar no que fizemos bem ou mal, o que fizemos ou deixamos por fazer, se nos esquecemos de dizer alguma coisa ao colega na passagem de turno...é ingrato... e depois com todo o cansaço de horas acumuladas e turnos rotativos...tudo se torna ainda mais desafiante e desmotivador.” (Enfermeira 9)

Outros profissionais mencionam sentir dificuldades em separar a vida profissional da vida pessoal, é exemplo disto quando os enfermeiros relatam que recebem chamadas constantes para irem trabalhar nas suas folgas ou quando não dedicam o tempo que desejam à família.

“...afeta-nos muito depois e às vezes é muito difícil de fazer essa separação entre a nossa vida profissional e vida pessoal, muitas vezes chego a casa e penso que se calhar não fiz tudo o que podia por aquela pessoa e nem sempre é fácil.” (Enfermeira 5)

“Estou cansada...de estarem constantemente a ligar para o telefone pessoal para ir trabalhar nas folgas e da falta de tempo [para a família] pelo excesso de trabalho do serviço.” (Enfermeira 8)

Para mim cada dia é mais difícil gerir a minha prática clínica... (...) a constante multiplicidade de tarefas, para o mesmo número de horas...ao fim de 20 anos de prática desta constante exaustão...tem-se tornado mais difícil...e com os meus filhos e a minha família ainda mais...Muitas vezes sinto que falho com eles em prol da exigência do meu trabalho”.(Enfermeira 11)

Ainda, 3 profissionais mencionam o lidar com a impossibilidade de fazer pausas e terem um ritmo de trabalho muito acelerado, o que se reflete também em termos de saúde física.

“E difícil gerir as minhas necessidades nutricionais com os cuidados a gerir com os doentes, uma vez que, nem sempre é possível lanchar ou almoçar...” (Enfermeira 16)

“É exaustivo, só parar ao fim de 12 horas...é um cansaço indiscriminável.” (Enfermeira 15)

Adicionalmente, 3 entrevistados revelam dificuldades em gerir o cumprimento de objetivos estipulados pela organização e os cuidados a prestar aos utentes.

“...deparamo-nos com tantas tarefas para fazer que temos de estar constantemente com uma ginástica mental...ver o que realmente é mais importante para cada um dos nossos doentes de forma singular... é muito difícil...” (Enfermeira 11)

“O stress, o cumprir de objetivos que nem sempre são a favor do doente, mas da instituição, e que nos retira muito tempo de qualidade de cuidados junto do doente e da sua família.” (Enfermeira 21)

“...termos que cumprir determinados objetivos que muitas vezes passam por meras burocracias apenas em prol da instituição e dos números que a representa.” (Enfermeira 21)

Finalmente, pelo menos 2 enfermeiros revelam as dificuldades na gestão das entradas e saídas dos doentes no serviço, o que destabiliza toda a organização de tempo e tarefas.

“Talvez dar entrada dos doentes que vêm do bloco operatório e da urgência, são doentes que exigem muita supervisão e infelizmente nos turnos da tarde é constante e muitas vezes vêm uns a seguir aos outros.” (Enfermeira 20)

“Acho que o mais difícil de gerir é o turno da tarde, isto porque, uma vez que somos um serviço cirúrgico, temos doentes com altas constantemente. Por vezes, os médicos atrasam imenso a chegada dos documentos da alta o que faz com que os doentes saiam muito tarde do serviço... isto implica que, numa tarde, possa ter de receber 4 a 5 doentes, o que leva o seu tempo, acabando por me deixar menos tempo para cuidar dos outros doentes que já estão internados.” (Enfermeira 3)

3.2.12 Aspetos Negativos relacionados com Formação e Desenvolvimento do Profissional de Enfermagem

Tabela 20: Formação e Desenvolvimento do Profissional de Enfermagem para a gestão das dificuldades emocionais do serviço

| Menções | Subcategorias |
|---------|--|
| 17 | Não existiu preparação para situações difíceis |
| 4 | Existiu preparação para situações difíceis |
| 9 | Insuficiente ou inadequada formação profissional do enfermeiro para lidar com o sofrimento e a dor |

Quando questionados se sentiam que foram preparados para as situações difíceis inerentes ao seu trabalho, a grande maioria, ou seja, 17 entrevistados alegam não terem sido preparados para lidar com a carga emocional e as situações imprevistas que surgem no trabalho.

“Se alguém me preparou? Acho que não... não sinto que ninguém me preparou para esta roda viva de emoções e sentimentos que um dia de trabalho como profissional de enfermagem acarreta... penso que só com a experiência, aprendizagem e maturidade é que se vai tornando menos difícil gerir este turbilhão de emoções sentidas muitas vezes num só turno... Não sei se dizer que é mais fácil, é o mais correto, talvez seja mais correto dizer que se torna mais simples... não deixar que nos afete e interfira com a nossa vida pessoal e consequentemente emocional... Mas, para mim, honestamente nunca é fácil lidar e gerir este misto de emoções e sentimentos positivos e negativos que nos invadem sem contar num curto espaço de tempo... Sem nunca esquecer que, independentemente do que possamos sentir, e da forma como ficamos menos ou mais afetados, isso nunca pode ou deve interferir com o nosso restante e imenso trabalho... O que não é nada, mas nada fácil.” (Enfermeira 1)

“Não. Acho que nós, principalmente em Portugal, do conhecimento que eu tenho, acho que devemos ser dos melhores enfermeiros técnicos, talvez da Europa, mas apesar dos ensinamentos clínicos nos tentarem alertar para isso e nos primeiros anos nós lidamos com situações complicadas, mas acho que não saímos da escola minimamente preparados para o que se avizinha.” (Enfermeiro 2)

“Acho que vamos aprendendo conforme nos aparecem as situações. Na licenciatura falam sobre o que vai acontecer na nossa vida profissional, mas nunca ninguém nos dá estratégias para lidar com situações complicadas.” (Enfermeira 8)

“Não, não temos preparação para isso, mas eu acho que com o tempo de experiência vamos arranjando até muitas vezes inconscientemente estratégias pessoais para lidar com essas situações mais difíceis.” (Enfermeira 9)

“Nunca ninguém nos ensina, aprendemos sozinhos e com o tempo, acho que nós próprios vamos aprendendo com cada situação que vai aparecendo...depende muito na situação, mas na altura arranjo a melhor forma de gerir o momento e tudo passa.” (Enfermeira 10)

“Durante o curso ensinam-nos que existem situações difíceis e transmitem-nos algumas estratégias que podemos usar, no entanto, com a experiência cada um é que vai desenvolvendo as suas estratégias para ultrapassar estas situações.” (Enfermeira 14)

Apenas uma pequena parte, 4 pessoas, dizem que existiu preparação para as situações difíceis.

“Posso dizer que sim, enquanto fui estudante eu tive mentores e orientadores incríveis, eu cresci imenso no meu estágio de integração à vida profissional, durante a licenciatura o enfermeiro que estive comigo fez questão de me pôr à prova e embora a responsabilidade ainda fosse dele, porque eu era aluna, fez com que eu sentisse que realmente eu é que estava a ter aquela responsabilidade e eu acho que isso me facilitou um pouco as coisas quando comecei a trabalhar... Embora eu ache que nesse aspeto ainda estou a aprender, cada situação é uma situação e nem sempre nós conseguimos geri-la da melhor maneira por mais que tentemos.” (Enfermeira 5)

“Na pós-graduação que tirei, mais recentemente, ensinaram-nos algumas estratégias.” (Enfermeira 7)

Nove entrevistados referem como aspetos negativos relacionados com a formação e desenvolvimento a insuficiente formação dos enfermeiros para lidar, mais especificamente, com estados emocionais de dor e sofrimento.

“Desde que sou enfermeira, só tive uma única formação de gestão de emoções...quando faço 35 a 40 horas por semana de trabalho e 90% delas lido com sofrimento”. (Enfermeira 7)

“É frequente...em situações como a morte iminente...quando nos sentimos impotentes e não conseguimos salvar alguém... acho que devias ter outros tipos de apoio, alguém com quem conversar e formações na área da gestão de emoções.” (Enfermeira 7)

3.3 Conceito de Trabalho Emocional

Nesta segunda parte da apresentação dos resultados são discutidas as temáticas associadas ao significado do trabalho emocional que o profissional de enfermagem atribui, assim como as estratégias, quer individuais quer organizacionais, para lidar com as emoções geradas pelo trabalho de enfermagem.

3.3.1 Significados Atribuídos ao Trabalho Emocional

Tabela 21: Significados e Situações Atribuídas ao Trabalho Emocional

| Menções | Subcategorias |
|---------|---|
| 8 | Capacidade de proporcionar felicidade às outras pessoas (e.g., primar por um relacionamento terapêutico com os utentes, promover um cuidar personalizado) |
| 7 | Fornecer apoio emocional e psicológico às pessoas (e.g., fomentar uma atitude de escuta e empatia, auxiliar o utente a atingir bem estar geral) |
| 18 | Gerir emoções negativas relacionadas com o estado clínico do utente (e.g., sentimento de impotência perante a morte, sentimento de impotência face à impossibilidade de prestar mais cuidados personalizados ao utente, lidar com situações de mau prognóstico e de dor intolerável, sentimentos de tristeza, ansiedade e angústia, incapacidade de “desligar da dor” vivenciado pelo utente) |
| 5 | Gerir emoções negativas na relação com a família do utente em situações de morte ou sofrimento (e.g., mostrar sensibilidade quando se comunica a morte do utente à família, confortar e apaziguar o utente e/ou a família, abandono do familiar doente) |
| 12 | Situações geradoras de emoções positivas no serviço/trabalho (e.g., sentimentos de gratidão e reconhecimento, receber visita do utente no serviço depois da alta, assistir ao |

| |
|--|
| nascimento de um bebé, presenciar situações de recuperação total do utente, cuidados de higiene, posicionamentos, transferências, autocuidado de eliminação urinária e intestinal, tratamento de feridas, preparação de terapêutica) |
|--|

Os significados atribuídos ao trabalho emocional referem-se, numa primeira dimensão, à capacidade de proporcionar felicidade às outras pessoas e ver a retribuição, pelo outro, dos cuidados que lhe são prestados. Este aspeto é referenciado por 8 enfermeiros.

“... Sou uma pessoa muito otimista e alegre, e acho que quando cuido dos meus doentes, consigo transmitir essa alegria e fazer com que a partilhem comigo. Enche-me de alegria quando os doentes me dizem: “Oh Senhora Enfermeira, já não me lembro de me rir assim...” (Enfermeira 5)

“...Penso que já referi anteriormente, mas no cuidar em enfermagem, o enfermeiro estabelece sempre uma relação terapêutica com as pessoas de quem cuida... E quando falamos de relação terapêutica, sem dúvida que estão envolvidos sentimentos e... emoções quer do cuidador, quer de quem é cuidado...” (Enfermeira 1)

“...apesar de ser um trabalho com muitos momentos difíceis, existem muitos momentos gratificantes, dos quais: quando um utente muitas vezes sem falar, só com um olhar, com um gesto nobre...um pequeno sorriso...essas são as conquistas do meu dia de trabalho.” (Enfermeira 16)

“...uma das coisas que mais gosto, é quando um doente e a sua família olham para nós e sorriem com a face, com o olhar...nesse momento sentimos um sentimento verdadeiro...sentimo-nos úteis...sentimos que fizemos a diferença na vida daquelas pessoas.” (Enfermeira 15)

Sete indivíduos declaram que fornecer apoio emocional e psicológico às pessoas também exige trabalho emocional. Exemplo disso, é quando fomentam uma atitude de escuta e empatia e auxiliam o utente, e também as respetivas famílias, a atingir bem-estar físico, psicológico e emocional.

“...eu gosto de me relacionar com os familiares dos doentes em geral, acho que é importante, acho que o doente quando vai para casa tem que ter o apoio da sua família e eu acho que é importante nós cuidarmos da família que está ali, muitas vezes temos um doente que está muito mal, mas também temos um familiar que está muito preocupado e temos que nos pôr no papel deles.” (Enfermeira 5)

“...nós cuidamos de pessoas, que precisam de apoio, têm medos e receios, estão num sítio onde não conhecem ninguém...acho que temos de manter esta sensibilidade e estar preparados para dar este suporte ao utente e à sua família.” (Enfermeira 11)

“...para ganharmos a confiança do utente e da sua família é fundamental haver empatia, mas acima de tudo disponibilizar tempo para ouvi-los...Exemplo: sempre que possível puxo uma cadeira e sento-me a falar com os doentes e a sua família...gostava é de poder fazer isto mais vezes.” (Enfermeira 17)

Mas é a gestão de emoções negativas na relação com o utente, no que se refere especificamente à evolução do seu estado de saúde e morte iminente, a tarefa que exige mais trabalho emocional da parte do profissional de enfermagem. Neste caso, o sentimento de impotência perante a situação de morte iminente é descrito como uma das emoções mais difíceis de gerir e que nunca se esquece. Presenciar a morte de outro ser humano é referido pela quase generalidade dos entrevistados (18) como a situação que mais trabalho emocional requer da sua parte. Eis alguns excertos ilustrativos.

“...A morte de uma pessoa é sempre difícil, fica um sentimento de impotência.” (Enfermeira 12)

“...A tristeza surge em situações onde há um agravamento da condição de saúde do recém-nascido, em situações de vida ou morte e a insatisfação surge, por vezes, quando a carga de trabalho é intensa e não é possível realizar tudo o que é pretendido... aí apodera-se de nós um sentimento de dever não cumprido.” (Enfermeira 13)

“A situação de trabalho que mais me marcou... não sei... acho que quando as pessoas acabam por morrer lá são situações complicadas, acho que isso sem dúvida deve ser das situações complicadas quando a vida de outra pessoa, de um ser humano, e tu vês a pessoa morrer ali, quando isso acontece, as pessoas estão em paragem, a adrenalina é tanta com conversões, medicação, ataques de urgência, ambul, entubação, a adrenalina é tanta que tu ali só estás a tentar ser tecnicamente o melhor possível, mas depois quando aquela adrenalina passa... eu lembro-me de uma situação que eu senti que tive mesmo uma descarga de adrenalina brutal no corpo e depois quando isso sai e vem a parte emocional é difícil gerir... Eu lembro-me de uma situação em que em duas noites a seguir em que dormi mal, mas custou-me muito lembrar-me sempre das situações e tu lembraste de como a pessoa era viva e depois... é esgotante, acho que sem dúvida essas situações em que as pessoas nos morrem nas mãos é o mais marcante. (Enfermeiro 2)

“O mais difícil de gerir são as situações de morte, de agravamento do estado [de saúde], descontentamento por parte do doente ou da família...” (Enfermeira 21)

Nesta matéria, diversos enfermeiros descrevem em detalhe situações em que tiveram que lidar com um mau prognóstico quanto à evolução do estado de saúde do utente ou mesmo com a sua morte inesperada e a incapacidade que sentiram de “desligar da dor” vivenciada pelo utente. Essas situações foram particularmente penalizadoras para estes profissionais, sobretudo por se tratarem de pessoas jovens ou de utentes com os quais o profissional se identificava pessoalmente.

“Pela negativa acho que foram algumas e foram situações em que vi pessoas novas com mau prognóstico, algumas acabaram por não falecer, mas foi difícil de lidar porque no fundo revemo-nos um bocadinho nessas pessoas... Algumas pessoas que se calhar partiram inesperadamente, assim, do nada...” (Enfermeira 17)

“...a morte é algo menos bom com que temos de lidar...mas recordo-me de uma situação que me marcou profundamente...eu ainda era aluna, quando no meu estágio de integração à vida profissional acompanhei uma jovem de 16 anos que tinha um glaucoma, ou seja, um tumor no nervo ótico...tive o privilégio, ou não, de ir assistir a essa cirurgia que tinha tudo para correr bem... Recordo-me no dia anterior à cirurgia a menina dizia-me

que queria ser médica para encontrar a fórmula para que ninguém tivesse de passar por o sofrimento que ela e os pais tinham passado até ali... A verdade é que ela foi ao bloco, e o tumor era muito extenso e não o conseguiram remover, ou seja, restavam-lhe os cuidados paliativos com apenas 16 anos... Quando ela acordou eu estava do lado dela e a mãe chorava e ela só dizia: "Oh mãe por que choras? Eu fui operada, eu já não tenho aquela coisa má comigo... Eu estou com muito sono e devo estar feia, mas eu vou ficar boa, bonita e vou estudar muito para ser médica" ... Confesso que tive de sair, não aguentei, não consegui conter as lágrimas... A esperança era o sentimento daquela criança, aquela mãe vivia a realidade, vivia a dor, o tormento, o sentimento de revolta de não poder fazer mais nada pela filha... Vivía algo que eu nunca espero sentir... Ambas sabíamos que ela tinha meses de vida, mas a verdade é que ninguém tinha coragem para desesperaná-la...foi muito doloroso mesmo e foi uma aprendizagem única..." (Enfermeira 1)

"Acho que é normal sentir essas emoções num trabalho como o que tenho, vemos coisas e situações complexas... sinto-me triste por ver um doente falecer quando é jovem, quando tem filhos pequenos... Pessoas que partem antes do seu tempo, como se costuma dizer. Mas além dessas situações, também é difícil ver a quantidade de idosos é abandonada..." (Enfermeira 3)

"(...) Foi uma senhora ainda jovem... um dia a doente foi encontrada em paragem, estamos a falar de uma doente de trinta e poucos anos, com dois filhos, um deles uma bebé de dois anos na altura, e a doente até conseguiu reverter da paragem, depois andou por outros serviços e acabou por ficar em estado vegetativo e acabou por falecer e essa foi uma delas que me marcou. Era uma jovem, depois nós também pensamos naquelas famílias, como é que aquele marido, companheiro ou o que quer que seja cuida de duas crianças que ficam sem mãe..." (Enfermeira 18)

"...É difícil lidar com a morte de um adulto, mas é extremamente complicado quando se trata de uma criança." (Enfermeira 13)

"...acho que presenciar a morte cerebral de um colega de profissão da minha idade...nunca vou esquecer." (Enfermeira 11)

"Cada vez que não conseguimos reanimar um doente, marca-me pela negativa, é uma impotência que ninguém consegue imaginar. Sentimos que não fizemos tudo o que pudemos, apesar de termos feito. Revemos tudo o que fizemos centenas de vezes à procura de uma falha e nunca encontramos, é difícil aceitar uma perda." (Enfermeira 10)

Outros enfermeiros descrevem como gerem situações com utentes em fase terminal, procurando apaziguá-los perante a morte iminente:

"...doentes em fase terminal também tento lidar para eles tentarem aceitar a morte, mas também tento tranquilizá-los... sei que recentemente tive um caso no nosso serviço, uma utente que já a conhecia desde há 20 anos atrás que foi operada comigo na ginecologia, tinha um filho de 19 anos e que se encontrava naquilo a que se chama o verdadeiro sofrimento da fase terminal...e tentei mesmo transmitir-lhe tranquilidade, por coincidência estava uma familiar, que era a madrinha do filho e falei mesmo com o miúdo, e depois tentei mostrar para ela

estar em paz porque alguém vai cuidar, alguém é responsável, e quando eles têm alguém de suporte, tento sempre inculcar que tudo vai com paz, com calma porque há alguém que vai acompanhar e dar segurança...”
(Enfermeira 11)

Outros enfermeiros referem o lidar com a morte na presença dos familiares como tendo sido a experiência mais difícil das suas vidas profissionais. À situação de morte do utente, adiciona-se a carga emocional de ter a família presente naquele momento crítico, o que exige ainda mais do profissional de enfermagem em termos de autocontrolo emocional e capacidade de confortar a família.

“...Recordo-me de uma situação recente, em que um doente estava mal há dias e nós acompanhamos aquela família e aquele doente na sua fase terminal. De repente a família chama por nós aflita, a chorar desesperadamente, e pergunta: “Ele já não respira pois não Senhora Enfermeira?”. Não há palavras, para responder... uma morte é difícil sempre para mim, mas quando a família assiste, é desgastante...tiram-nos as energias todas.” (Enfermeira 17)

“...Outra situação foi uma senhora com os seus 40 ou 50 anos, uma neoplasia em estado terminal que a cada dia que passava o estado dela ia-se degradando e era notório a degradação do estado da doente, mas houveram ali dois dias, uma semana em que a degradação foi de tal ordem que de um dia para o outro notou-se uma diferença brutal no estado físico da senhora, e a família não tinha dado ao filho conhecimento da situação da mãe, estamos a falar de um jovem de 16 anos, o único dia em que o filho foi ao hospital foi precisamente nesse dia em que a mãe morreu, ou seja, o filho acabou por ver aquela mãe naquela situação, não a pode acompanhar durante aquele tempo porque a família achava que para ele não era benéfico e o filho acabou por ir naquele dia ao hospital e a mãe acabou por falecer naquele dia e dá que pensar, dá que pensar em que imagem é que aquele filho vai ficar da mãe, por que é que a família não falou antes, será que deveria ter falado, será que não, como é que eu reagia naquela situação. E são situações que nos marcam, são negativas, e que nos marcam e nos dão que pensar e às vezes são estas coisas que nos dão assim uns arrepios, e perguntamos porque é que nós não conseguimos fazer melhor, são assim estas...”(Enfermeira 18)

Ainda, outra enfermeira refere o quão difícil é para ela também presenciar situações de indiferença e abandono da família perante um utente idoso.

“...Muitas vezes vemos as famílias a tratarem os doentes como um peso, um fardo e, apesar de compreender que é difícil cuidar de um idoso, há formas de estar e cuidar, que fazem diferença e não demonstra aos idosos esses sentimentos de ‘peso’ e ‘fardo’... porque muitos deles sabem e apercebem-se da situação...e muitas acabam mesmo por abandoná-los...” (Entrevista 3)

De referir que a preocupação do enfermeiro em mostrar sempre a sensibilidade quando se comunica a morte do utente à família é muito visível nas narrativas de vários enfermeiros. Eis dois excertos ilustrativos:

“...quando o doente está mesmo na reta final da vida, tento demonstrar o maior respeito possível e tratar a pessoa e a sua família com a dignidade que todos merecem.” (Enfermeira 3)

“A comunicação de más notícias é sempre difícil, eu tento sempre ter outro colega por perto, e que seja num local calmo. Explico o sucedido e dou tempo à pessoa para reagir, tento perceber o que o familiar precisa. É sempre uma angústia que sinto, não consigo disfarçar o desconforto e tenho muita dificuldade em esquecer todo aquele sofrimento.” (Enfermeira 20)

Finalmente, a gestão de emoções negativas é ainda difícil de fazer em situações em que o utente não coopera com a terapêutica e acaba por tornar o agravamento da sua situação de saúde inevitável ou assume uma postura não colaborante ou hostil. Eis alguns excertos ilustrativos:

“...há utentes que em nada cooperam connosco na sua reabilitação e recuperação e dificultam em muito o nosso trabalho...pois simplesmente desistem de lutar e de vencer a doença. Mas também acho que isto torna o nosso trabalho mais desafiante e um aprendizado constante. (Enfermeira 1)

“...uma jovem que não cumpria as indicações que nós lhe dávamos e certo dia, e por muito que disséssemos à doente para não fazer certas coisas, a doente continuava a fazer um bocadinho o que queria, um dia a doente foi encontrada em paragem, estamos a falar de uma doente de trinta e poucos anos, com dois filhos, um deles uma bebé de dois anos na altura, e a doente até conseguiu reverter da paragem, depois andou por outros serviços e acabou por ficar em estado vegetativo e acabou por falecer...” (Enfermeira 18)

“Existem vários tipos de doentes cuja relação não é fácil de manter, quer seja pela sua patologia, pela sua agitação ou pela sua personalidade. Recordo-me de um caso em que tive uma utente que era médica, era bastante complicado criar uma relação com ela uma vez que ela recusava quase todos os nossos cuidados, recusava conselhos ou qualquer tipo de ajuda durante o seu internamento... Nessa situação todos os dias eu tentava fazer algo, perceber o que ela precisava, tentar incentivar à comunicação... quanto mais a utente me conhecia, menos empática ficava a nossa relação. É sempre uma sensação de insatisfação quando não conseguimos de imediato criar uma boa relação com o utente, mas somos todos diferente e por vezes essa relação constrói-se com o tempo.” (Enfermeira 20)

Por contraste, são exemplos de situações geradoras de emoções positivas, presenciar o momento em que um utente reverteu de situação de quase morte. Quatro entrevistados referenciam este aspeto como gerador de alegria.

“...É uma alegria quando conseguimos salvar a vida de alguém.” (Enfermeira 4)

“...Uma das coisas que mais me marcou foi uma situação de uma jovem em paragem cardiorrespiratória, a família á porta do quarto desesperada, a chorar... e o desfecho ter sido feliz, a jovem reverteu e ficou minimamente estável...ver alegria no olhar daquela família, faz toda a diferença.” (Enfermeira 17)

Adicionalmente, outros profissionais recordam a visita dos doentes no serviço após a alta dos mesmos como uma situação geradora de emoções positivas ou situações demonstrativas de gratidão pelos cuidados prestados:

“Acho que algo que me marcou, foi a visita de um doente nosso ao serviço, após a alta. No momento em que me viu, disse que o tinha marcado. Eu fiquei algo estupefacta, pois não me recordava de nada marcante a esse ponto. Até que o senhor me diz que houve uma frase que lhe disse que o marcou, que o tocou e, que naquele momento, soube que estava perto a hora de ir para casa, algo tão simples como “hoje só lhe vou fazer duas maldades”... Acho que quando ele me disse que era isso que o tinha marcado, tive a noção do quanto as nossas palavras têm poder e podem marcar a vida de outra pessoa. Para mim, apesar de ter achado uma frase tão tipicamente minha, mas algo parva, fiquei extremamente feliz por saber que tinha feito a diferença na vida daquele doente...” (Enfermeira 3)

“Pela positiva, um doente que me ofereceu um colar no momento da alta, um doente difícil e por isso teve mais significado esse momento porque reconheceu o meu trabalho e verbalizou-o em palavras e nesse gesto de oferecer o presente...” (Enfermeira 16)

Outros enfermeiros mencionam como mais gratificante presenciar o nascimento de um bebé ou simplesmente receber um abraço de agradecimento ou um sorriso de satisfação. Várias situações descritas pelos enfermeiros são reveladoras de sentimentos e emoções positivas, tais como, carinho, felicidade, alegria, humildade, honestidade, sinceridade, aceitação, satisfação, compaixão, amizade e amor e sentir-se útil ao proporcionar cuidados ao doente. Eis alguns excertos ilustrativos.

“...as emoções positivas, para mim são aquelas que me fazem sentir alegria, o carinho, a empatia, o respeito, a humildade, a sinceridade, e a confiança, se calhar, nos nossos conhecimentos e prestação de cuidados... E...sem dúvida que existem muitos momentos na minha prática em que sou invadida por este tipo de sentimentos... um dos exemplos tão simples e práticos que me fazem sentir o bem-estar, alegria e gratidão que já referi anteriormente, é o simples ato da prestação dos cuidados de higiene e conforto ao utente, o dar banho ao utente... Deves perguntar, como é que sinto felicidade a fazer algo tão simples...O que acontece é que muitas vezes o doente tem restrição de levantar e os cuidados de higiene, o banho tem de ser prestados no leito... É desconfortável para qualquer um de nós, expor todo o nosso corpo principalmente perante aquelas pessoas que nos são de todo desconhecidas... Para qualquer um de nós... A verdade é que... com o diálogo acho que conseguimos conhecer melhor aquela pessoa, enquanto um ser humano único e conseguimos perceber até ao ponto em que podemos agir de forma a preservar a sua privacidade e a sua dignidade... E quantas vezes no final os doentes dizem: “Oh Senhora Enfermeira, apesar de este banho ser na cama, foi quase tão bom como se fosse no chuveiro. Sinto-me tão fresquinho...com o corpo lavado e hidratado... e tenho os meus dentes higienizados e com um bom hálito...” (Enfermeira 1)

“... mas o que mais me marcou talvez fosse o nascimento de um bebé...É um privilégio poder fazer parte de um momento tão único e especial na vida daquela família, é uma alegria quando se vê aquele bebé... quando ele é

pousado sobre o peito da mãe e se vê o olhar terno e carinhoso do amor incondicional daqueles pais, é maravilhoso... É um momento tão mágico que se torna indiscreto..." (Enfermeira 1)

"... e pela positiva, a alta de um recém-nascido grande prematuro para o domicílio após meses de internamento." (Enfermeira 13)

"Já várias me marcaram, mas recentemente recordo-me de um menino de 4 anos que tinha o pai internado no meu serviço e do alto do seu metro de altura e do olhar dos seus grandes olhos azuis perguntou-me: "o que fizeste para tratar assim das pessoas?", apenas lhe sorri e perguntei: "queres um balão?" ao que me respondeu com um sorriso de orelha a orelha. Fiz-lhe um balão e desfrutei, de lágrimas nos olhos, durante cerca de 1 minuto de um abraço pequenino, mas ao mesmo tempo, tão grande e acolhedor, que não me largava. Um simples balão feito com uma luva, deu-me o melhor abraço do mundo." (Enfermeira 15)

"O hospital tem muitas coisas más, muita tristeza, mas ainda há muitas alegrias. Com as positivas lido muito bem, sorriso de orelha a orelha, um simples "obrigada senhora enfermeira, agora sim estou bem". Altas de doentes internados durante meses e meses, com um processo de recuperação muito lento e com várias intercorrências, a visita de antigos doentes que nunca se esquecem de nós, e até mesmo o agradecimento da parte dos familiares aquando a morte de um doente." (Enfermeira 15)

"... Quando as cirurgias correm bem, e os doentes saem a andar, ou doentes que tiveram intercorrências a nível das cirurgias, com grandes regressões, debilidades, em que pensávamos já no pior e os vemos mais tarde, a sair com alta pelo próprio pé. Acho que é um orgulho e satisfação e uma grande alegria." (Enfermeira 10)

3.3.2 Formas de Trabalho Emocional

Esta secção relata o modo como os profissionais de enfermagem procuram gerir o trabalho emocional que a sua profissão exige. De destacar a necessidade de suprimir e controlar as emoções negativas dos profissionais perante algumas das situações anteriormente descritas como implicando trabalho emocional.

Tabela 22: Formas de lidar com a expressão de emoções no trabalho/serviço

| Menções | Subcategorias |
|---------|--|
| 21 | Fingir/camuflar emoções genuínas e "pôr um sorriso" (e.g., autocontrolo das emoções próprias para dar segurança ao doente) |
| 13 | Supressão das emoções e sentimentos negativos (e.g., raiva, frustração, desgosto, impotência) |
| 2 | Evitar a transferência de emoções negativas de foro pessoal no cuidado ao paciente |

Camuflar as emoções genuínas ou fingir emoções, particularmente em situações difíceis, é uma das formas de trabalho emocional elegida pelos enfermeiros deste estudo. Mais uma vez, os

entrevistados não conseguiram ficar apenas por enumerar um fator o que resulta em mais subcategorias do que o número de enfermeiros.

Dos 21 inquiridos, todos mencionam situações de sofrimento em que se tornou necessário “camuflar” a expressão de emoções genuínas. Isso foi, em alguns casos, obtido com o recurso ao autocontrole das emoções próprias como forma de garantir o bom desempenho da função. Eis como esse camuflar ou “fingimento” emocional é descrito por alguns profissionais, em variadas situações:

“É necessário camuflar os meus sentimentos quando estamos perante um recém-nascido em situação de vida ou morte, cujos pais necessitam de apoio. Acho que é o mais adequado a fazer e para melhorar o meu desempenho profissional.” (Enfermeira 13)

“Desligo as emoções, ponho um sorriso e faço o meu trabalho como se não se tivesse passado nada. Nem sempre temos dias bons e os doentes não têm culpa disso. Por isso, dou o meu melhor, apesar de todas as circunstâncias.” (Enfermeira 10)

“... Sinto-me frustrada por ter de camuflar os meus sentimentos verdadeiros, sucintamente acho que é isso. Eu acho que não, eu acho que é mesmo isso, é saber que às vezes não podemos ir até onde queremos ir, porque não temos competências para tal e não podemos fazer mais do que aquilo que as nossas competências nos permitem, basicamente é isso... por isso não posso... não digo que não me sinta desiludida, e que me sinta impotente...mas é a minha atividade profissional...e o meu comportamento enquanto enfermeira não pode ficar afetado por esse tipo de situações, eu posso não concordar, posso... Posso contrariar um bocadinho alguma decisão, alguma situação que eu ache menos bem, e até atuar de acordo com isso, tendo algum espírito crítico, agora deixar de o fazer ou de tomar determinada decisão médica, por exemplo, isso não porque a última decisão acaba por ser muito deles.” (Enfermeira 18)

“Isso acontece, mas... eu posso dizer que por vezes eu faço a camuflagem daquilo que eu sinto porque os doentes que eu tenho realmente estão muito monitorizados, estão em situações às vezes muito complexas. E nós muitas vezes conseguimos perceber o que está a acontecer só a olhar para o monitor e, por vezes, até nós ficamos assustadas com o que estamos a ver, mas temos que realmente manter aquela serenidade e dar alguma segurança ao doente. Eu já trabalhei com algumas alunas desde que cá estou e tive alguns problemas com isso porque é normal eles terem um pouco mais de dificuldades de lidar com as emoções e muitas vezes os doentes apercebem-se de que alguma coisa não está bem por causa disso...” (Enfermeira 5)

“Essa situação é bastante frequente, por vezes, não concordamos com as decisões clínicas a que os nossos doentes estão sujeitos e não podemos deixar que eles se apercebam. Por vezes há uma falha muito grande no respeito pelos deveres da ética e, honestamente, isso é algo que tenho alguma dificuldade em ultrapassar. Sinto que provoca um afastamento em relação ao doente, que de certa forma prejudica a minha relação de empatia e desempenho profissional, mas temos que camuflar quando não podemos alterar a situação. A verdade é que saúde tem de render, e muitas vezes os interesses das chefias para alcançar determinados objetivos definidos pelas organizações, a meu ver, põem em causa a qualidade do cuidar.” (Enfermeira 20)

Adicionalmente, 13 enfermeiros referem que têm que suprimir as emoções negativas que sentem, tais como raiva, frustração ou impotência face a determinadas situações complicadas. Neste caso, não há fingimento emocional, mas, sim, uma espécie de “corte” com a exibição de emoções que se consideram perturbadoras do seu bem-estar emocional.

“Por exemplo, eu sou muito chegado à minha avó e durante o turno eu recebi a notícia que tinha tido um AVC e tinha ido para o hospital... eu recebi a notícia e estava a subir as escadas para o andar de cima e lembro-me que quando recebi a notícia fiquei a tremer, mas não estava com ninguém, e fui para a casa de banho, lavei a cara, desci para a sala, e nós já estávamos quase no final do turno e eu sei que na sala acho que ninguém se conseguiu aperceber... Eu devia estar muito calado mais do que o costume, mas reprimi isso para mim e depois no final do turno desci para o balneário, estava sozinho e depois eu lembro-me que estava a tremer muito das mãos, para me vestir e tudo e um colega meu entrou e ele perguntou “olha está tudo bem?” e eu “está” e eu saí e descarreguei tudo...agi da mesma forma, reprimi para mim e como quando estava sozinho estava um bocado mais à vontade e se calhar extravasava mais um bocado até fisicamente porque eu estava mesmo a tremer e quando entrou esse colega ele apercebeu-se porque até me mandou uma mensagem, mas depois quando estava sozinho eu tive que descarregar...” (Enfermeiro 2)

“...Quando as coisas correm mal com um determinado doente, (...) claro que nos sentimos revoltados, claro que... que dizemos podíamos ter feito mais e nessa situação há aquele sentimento de poderia ter feito mais e melhor... posso-te falar de um caso, por exemplo, que foi um dos casos que mais me marcou e que agora me estou a lembrar. Tinha uma doente que fez uma cirurgia, não interessa a cirurgia propriamente dita, mas no dia da alta eu achava que a senhora não estava muito bem e chamei a médica e perguntei várias vezes à senhora, se a senhora estava bem, se sentia bem para ir para casa por que os médicos lhe queriam dar alta naquela altura e senhora disse-me: “sim, de certa forma sim, isto vai passar”. E eu achava na minha avaliação como enfermeira, achava que a senhora, e mediante a cirurgia que fez, que não estava bem para ir para casa e que precisava de mais tempo no internamento, para estar vigiada e se calhar fazer outro tipo de medicação e... ainda chamei a médica. A médica veio ver a doente e a médica também ficou assim um bocadinho naquela expectativa que realmente a alta era muito precoce, mas a senhora pedia para ir para casa, por que em casa se sentia melhor e ia recuperar. Muito bem, a senhora teve alta, no dia a seguir soube que a doente tinha falecido e essa situação realmente deixou-me a pensar... o que eu podia ter feito mais para evitar que a senhora tivesse tido alta? O que é que... mas eu também não sou eu que... não podia fazer mais nada porque eu fiz aquilo que me competia e atuei mediante os recursos que tinha, a última decisão de dar alta a um doente não é nosso, é do médico. Portanto, se ele achou que a doente tinha condições de ter alta... quem sou eu para dizer o contrário... são estes sentimentos que... pronto dá alguma tristeza, alguma frustração e alguma indignação, mas temos que saber seguir em frente e se calhar estar despertos para outro tipo de situações que nos possam surgir, ou iguais ou parecidas, para tentar arranjar outras formas ou ir buscar outros recursos para que estas coisas... se controlar ninguém controla ou... às vezes não conseguimos controlar, mas tentar evitá-las ou tentar fazer com que as coisas não tenham este fim.” (Enfermeira 18)

Ao nível da supressão de emoções, alguns profissionais referem a necessidade de autoproteção emocional, com o recurso à opção por uma postura racional e distante face à situação vivenciada pelo doente. Eis dois excertos:

“...Olha, é muito complicado, mas eu acho que nós como enfermeiros já temos uma... se calhar o que vou dizer parece um bocadinho duro, mas eu acho que nós como enfermeiros já temos uma capa protetora e uma frieza que nos ajuda de certa forma a superar determinadas situações e determinadas emoções. Posso-te falar numa situação muito pessoal... o meu irmão faleceu numa paragem cardíaca... em casa, e se me perguntares, por exemplo, se vir um doente ou se eu tiver que cuidar de um doente que falece, é um bocadinho complicado separar as coisas, mas tenho que arranjar ferramentas não te sei dizer quais... mas ter assim um bocadinho de frieza e pensar ok... “não nos podemos envolver demasiado no cuidado do doente”, é uma pessoa, não é nosso familiar, é uma pessoa que nós cuidamos mas não nos podemos envolver muito na situação daquela pessoa. Estamos com a família que muitas vezes também é complicado e às vezes esse... ou seja, o já ter estado na pele de alguém, na pele de uma pessoa que já perdeu alguém, às vezes é saber um bocadinho o que se está a passar no lugar... o que aquela pessoa está a sentir naquele lugar, mas também não podemos ir muito mais além, não nos podemos pôr no lugar dela, é complicado... (...) eu acho que é mesmo isso, é ter um bocadinho de frieza para pensar “ok, isto é o meu trabalho, isto acontece, vai-nos acontecer a vida toda”, mas não podemos ultrapassar aquela barreira que existe entre nós e um doente, ainda que haja alguma proximidade também tem que haver algum afastamento.” (Enfermeira 18)

“... Continuamos a trabalhar e continuamos a pensar... nós temos que ter uma capa, alguma frieza, pode ser duro o que estou a dizer, mas se, por um lado, temos que ter alguns sentimentos de transmitir alguma confiança ao doente, por outro lado, temos que ter alguma frieza e saber ultrapassar as coisas. Passou, fizemos o nosso melhor e temos que seguir em frente... o meu pensamento é esse, fiz o meu melhor, não consegui fazer mais, aquilo que fiz foi bom para o doente, foi bom para a família, foi o melhor que consegui fazer com os recursos que tenho, e tenho que andar em frente e continuar a trabalhar.” (Enfermeira 18)

Além disso, dois entrevistados mencionam evitar a transferência de emoções negativas do foro pessoal nos cuidados ao paciente, é exemplo desta forma de trabalho emocional quando uma enfermeira descreve o AVC da mãe.

“... Acontece muitas vezes estarmos tristes na nossa vida pessoal por algum problema como toda gente, mas aquele doente não tem culpa e nós temos de conseguir esconder o que sentimos... Recordo-me perfeitamente, de uma situação que nunca mais vou esquecer (pausa longa). Em 2017 estava eu num turno da manhã, quando a minha mãe de 50 anos sem antecedentes, me liga e diz: “filha vou para o hospital pois estou paralisada do lado esquerdo e não me consigo mexer, acho que tive um AVC”... Sim foi verdade...Nesse momento caiu-me tudo, chorei, tive medo... muito medo... de perder a minha mãe, foi um... foi um misto de sentimentos menos bons que acho que nem os sei descrever. [expressão triste]... A verdade é que... até que um colega chegasse para me substituir na prestação dos cuidados de enfermagem dos quais estava responsável naquele turno, eu tive de fazer o meu trabalho... Eu ainda prestei cuidados de higiene e conforto no leito, preparei medicação, e muitas outras

coisas, mas não me pergunte como... pois não sei como fui capaz. [expressão triste]... Não fui capaz de sorrir nem forçadamente para os doentes, mas... mas acho que os tratei com todo o amor e carinho que tinha pela minha mãe naquele momento. [emocionada]... Eles sentiram que eu não estava bem...sim... porque os doentes sentem, mas não lhes prestei piores cuidados nem partilhei com eles a minha dor... Simplesmente escondi e cuidei como se fosse um dia normal em que estava um bocadinho menos sorridente...” (Enfermeira 1)

Tabela 23: Formas de Fingimento Emocional

| Menções | Subcategorias |
|---------|--|
| 5 | Forçar emoções positivas na relação com os familiares para os proteger do desgaste emocional |
| 5 | Ser forçada a criar empatia em situações de doentes pouco colaborantes |
| 2 | Forçar o sorriso perante um mau diagnóstico que o paciente ainda desconhece |
| 2 | Demonstrar uma “expressão facial adequada” perante o doente |

Um aspeto que se destacou nas entrevistas foi exatamente o Fingimento Emocional e, conseqüentemente, a necessidade de forçar emoções que não se sentem verdadeiramente. Assim, 5 dos entrevistados definem que forçam/fingem emoções positivas na relação com os familiares para os proteger do desgaste emocional.

“...diariamente somos invadidos por um misto de sentimentos e emoções quer positivas, quer negativas... Eu sinto que... cuido dos utentes e da sua família com uma felicidade inata...e uma capacidade de proporcionar esse sentimento nas outras pessoas com o meu bom senso interior, mas não desminto que muitas vezes tenho de saber gerir sentimentos extremos, induzindo os meus próprios sentimentos, para fazer com que os outros se sintam cuidados e seguros... Não é fácil acompanhar um doente que está 15 dias internado, é desgastante ir para o hospital, estar no hospital e cada dia ser uma incerteza. Penso que desta forma os vamos protegendo e vamos contribuindo para evitar o desgaste que todas estas notícias menos boas deixam na família...” (Enfermeira 1)

Cinco pessoas afirmam que são forçadas a criar empatia em situações de doentes pouco colaborantes.

“Sim há doentes que não querem cooperar... tento manter a tranquilidade e fazer com que essa atitude mude explicando a importância de tal ação.” (Enfermeira 14)

“Foi numa situação em que era necessário colocar uma sonda naso-gástrica e ele [o paciente] mostrou-se renitente... as pessoas são mais recetivas, e, por exemplo, numa colocação de uma sonda naso-gástrica, se explicar o procedimento com calma, que medidas ele deve ter para tentar colaborar e respeitar um bocadinho, o que eu sei é que o sucesso é mais fácil e eles colaboram mais do que chegar ali e agir de imediato, porque às vezes com calma, respeitar um bocadinho, com espaço e com tempo eles conseguem lidar.” (Enfermeira 11)

Dois enfermeiros mencionam que forçam o seu sorriso perante um mau diagnóstico que o paciente ainda desconhece.

“... quantas vezes sabemos de antemão que se trata de um mau prognóstico, e ficamos tristes e desanimados por aquele doente, por aquela família...que na realidade podíamos ser um de nós ou dos nossos... Muitas vezes o doente aborda-me com esperança e motivação pois a verdade ainda é para ele um desconhecido, e como não é da minha competência dar informação clínica médica, quantas vezes me limito a dar um sorriso forçado e não desesperançar aquele ser humano.... Sim, porque aquele doente vai perceber que sei algo mais se tiver uma atitude menos positiva que a dele... (Enfermeira 1)

“... Normalmente só tento disfarçar os meus sentimentos quando são situações de emergência em que tenho que agir e acabo por nem perceber o que estou a sentir naquele momento ou, por exemplo, em situações terminais, tento esconder a minha tristeza da família. Apesar de sermos humanos tento não chorar ao pé dos doentes e familiares e há situações em que se torna complicado disfarçar o que estou a sentir... Acaba por perturbar o meu desempenho porque fico receosa sempre que tenho que entrar naquele quarto e agir como se me sentisse normal com a situação.” (Enfermeira 8)

Dois enfermeiros referem o demonstrar um “rosto adequado” ou a “expressão facial certa” perante o doente de forma a manter a sua postura enquanto enfermeiro cuidador.

“... Na minha opinião o doente e a família têm uma série de expectativas relativamente ao profissional de enfermagem que cuida, e isso obriga-nos a manter uma postura esperada e que aos olhos dos outros é a mais adequada.” (Enfermeira 18)

“... e isto do enfermeiro ter de ter uma postura adequada aos olhos dos outros, por vezes gera em nós um misto de sentimentos de ansiedade e de stress...porque no fundo nem sempre podemos ser verdadeiros...e isso afeta e muito o nosso desempenho profissional” (Enfermeira 5)

Face à necessidade de fingir emoções que não são as genuínas, muitos profissionais entrevistados descreveram alguns fatores que consideram facilitadores da expressão de estados emocionais positivos.

Tabela 24: Fatores que facilitam a exibição de trabalho emocional

| Menções | Subcategorias |
|---------|---|
| 9 | Ser reconhecido pelos cuidados prestados pelo utente (e.g. respeito, confiança) |
| 8 | Regular as emoções próprias para melhor compreender as dos outros (e.g. desenvolver o autoconhecimento e auto monitorização das próprias emoções) |

Um fator identificado pelos entrevistados como facilitador do trabalho emocional, passa, por exemplo, pela demonstração de respeito e confiança pelo seu trabalho por parte do utente e/ou família.

“...quando o doente nos diz: “oh senhora enfermeira eu sei que você está a fazer o melhor por mim, eu sei que vocês têm muito doentes e não consegue fazer melhor”, este tipo de expressões, nós sentimos que o nosso trabalho está a ser reconhecido e respeitado por aquelas pessoas que realmente são mais importantes do que qualquer outras. Por que é a pessoa que está à nossa frente, de quem cuidamos e acho que são essas situações que mais satisfação nos dá, o vermos o estado evolutivo de um doente pela positiva...” (Enfermeira 18)

“...é muito gratificante quando os doentes ou a sua família demonstram o carinho que têm por nós e a confiança no nosso trabalho...esses dias valem a pena só por esses gestos de reconhecimento.” (Enfermeira 17)

Outra das formas de facilitação do trabalho emocional passa pelo profissional ser capaz de fazer uma autogestão das suas emoções para melhor compreender a situação que os outros vivenciam, conforme é descrito nos excertos seguintes:

“...acho que isso depende de cada pessoa e depende da forma como cada pessoa encara o trabalho... e digo-te de falecimento como posso falar devido á situação familiar que já te mencionei... eu no meu trabalho quando me deparo com estas situações, tento sempre recordar o que senti e ser mais compreensiva com aquela família...afinal eu sei o que eles estão a sentir.” (Enfermeira 18)

“Não é algo fácil, tenho que pensar no que vou dizer, como e quando o vou fazer, e compreender o impacto que terá na pessoa.” (Enfermeira 4)

“... Para mim não é possível cuidar holisticamente sem ser dessa mesma forma, com amor, com carinho, com alegria, com tristeza, com satisfação e insatisfação, ou seja, aquilo que já lhe referi das emoções que sentimos...mas isto...sem ser aquilo que nós somos interiormente...” (Enfermeira 1)

Também na relação com os familiares do utente, é necessário aprender a autorregular as próprias emoções, conforme ilustrado nos seguintes excertos:

“Varia muito de família para família, há famílias que se tornam em verdadeiros aliados e nos ajudam a cuidar do doente e outras que só complicam o processo. Desde exigirem muitas coisas, mas não serem capazes de alimentar os seus familiares, se pedirmos... alguns familiares querem tanto ajudar que acabam por stressar ainda mais os doentes... temos de manter uma postura muito assertiva, ter paciência para que consigamos lidar com eles. Muitas vezes é uma postura que vamos adquirindo ao longo do tempo, com a experiência, a reflexão diária, que nos dá segurança e nos faz perceber a melhor forma de lidarmos com essas situações.” (Enfermeira 3)

“Temos as duas vertentes, familiares que são muito compreensivos que entendem o funcionamento de um hospital e outros que implicam até com um copo de água. Em ambas as situações, temos que tentar ser o mais

assertivos possível, tento sempre perceber o ponto de vista dos outros e a partir daí, tento explicar tudo e falar calmamente para tentar que ambas as partes fiquem satisfeitas.” (Enfermeira 9)

3.3.3 Expectativas Sociais Associadas ao Profissional de Enfermagem

Face às diversas exigências de trabalho emocional requeridas ao profissional de enfermagem, um tema que sobressaiu nas entrevistas refere-se ao modo como aquele vivencia o seu trabalho e que ele exiba em termos emocionais. É opinião unânime de todos os entrevistados de que existe um modelo pré-concebido de comportamento para o Profissional de Enfermagem: o enfermeiro é um profissional que deve ser empático, atencioso, e atender a todas as necessidades do paciente e/ou familiares, sem nunca revelar estados emocionais disruptivos. Em suma, deve ser um modelo de papel nos cuidados a prestar ao utente. Eis como é descrito o profissional de enfermagem pelos próprios:

“Sim...não tenho dúvidas que para a sociedade, em geral, um profissional de enfermagem tem de ser um exemplo... quer no comportamento, assim como na postura... Eu penso que o enfermeiro é visto como um cuidador... uma pessoa simpática, carinhosa, que se envolve com o utente e com a família, prestando os seus cuidados e demonstrando o seu apoio emocional... Acho que tudo que fuja do padrão visto como correto já não é adequado para um profissional que cuida de um doente...Não sei se isto deveria ser assim, mas penso que isto é a realidade que eu sinto...a verdade é que nós somos seres humanos não perfeitos, e errantes como qualquer pessoa normal no mundo... Mas quando se trata da saúde que é algo tão estimado por todos...as pessoas tornam-se menos tolerantes com comportamentos que numa outra situação ou contexto seriam vistos como normais.” (Enfermeira 1)

“Eu acho que as pessoas veem o profissional de enfermagem como muitas vezes uma pessoa fria que não tem emoções. E eu acho que isso não é verdade, já tive situações um pouco desagradáveis, posso falar assim de um caso concreto, eu tive o meu pai numa situação muito complicada em termos de saúde e lembro-me que chorei na frente de uma familiar minha e ela respondeu-me que eu não podia estar a chorar porque eu era enfermeira e os enfermeiros não podem chorar e não podem ficar daquela maneira. E eu disse-lhe “mas eu sou enfermeira mas eu também sou uma pessoa”, eu também sou humana e também tenho emoções... eu acho que dentro da profissão em si, nos meus colegas, nenhum se vê a si próprio como uma pessoa fria ou como uma pessoa muito controlada emocionalmente, todos nós temos os nossos dias e todos nós compreendemos isso. Eu estou muito à vontade para chorar se precisar no meu serviço e nas situações em que assim for.” (Enfermeira 5)

“Sim, acho que há um modelo de submissão, ou seja, a instituição de trabalho e até as próprias pessoas que recorrem a essa instituição esperam do enfermeiro uma maneira de atuar que se coadune com a sua própria maneira de agir e lidar com diversas situações, mas esquecem-se que para lidar com diferentes tipos de pessoas, por vezes, não há um fio condutor, por vezes, adulteramos até a nossa forma de ser para nos protegermos emocionalmente das outras pessoas.” (Enfermeira 16)

“[O] Enfermeiro tem de ser uma máquina, tem que ser capaz de fazer e saber tudo, sobre todos os assuntos. Tem que fazer telefonemas, resolver situações sociais e familiares, entre outros... nós mesmos a partir do momento em que o fazemos, bem feito, e resolvemos as situações, pomo-nos nesse papel porque queremos.”
(Enfermeira 21)

Porém, um grande número de entrevistados refere que nem sempre essas expectativas sociais são correspondidas na prática profissional, nomeadamente quando se lida com a componente emocional da função. Pelo menos metade dos entrevistados, acredita que enquanto enfermeiro/a, é impossível corresponder a todas as expectativas sociais quanto à exibição de comportamentos emocionalmente adequados:

“Acho que não há nenhum modelo para nos comportarmos emocionalmente. Acho que, no fundo, cada pessoa tenta lidar com as emoções à sua maneira... claro que temos algumas condutas sociais...acho que as pessoas esperam de nós, por sermos enfermeiros, que sejamos sempre amáveis, que estejamos sempre disponíveis para ouvir, que estejamos sempre ao lado da cadeira para ouvir e satisfazer todas as necessidades e até para antever as necessidades das pessoas... No fundo isso também é a nossa essência, mas às vezes não estamos 100% lá porque também temos outras tarefas para fazer e, às vezes, também emocionalmente não estamos 100% capazes para estar lá, muitas vezes até estamos lá mas não estamos... estamos a ouvir mas não estamos a prestar tanta atenção.” (Enfermeiro 2)

“Não acho que haja modelos. Acho que cada um de nós é único e lida com as diversas situações à sua maneira, de acordo com as suas experiências e modo de ser... Eu sou enfermeira, mas acima de tudo sou um ser humano, que também tem sentimentos e, cada um de nós, lida com as emoções como acha correto, não seguindo modelos.” (Enfermeira 3)

“Eu não penso que haja um modelo de como um enfermeiro se deve comportar emocionalmente. Cada um de nós tem a sua forma de interagir com o doente e realizar os cuidados, que também advém muito da personalidade do enfermeiro. Contudo, existe uma ideia de que o enfermeiro tem que ser um profissional extremamente empático e com capacidade de criar uma forte relação emocional e terapêutica com todo o tipo de doentes, sempre prestável, sempre disponível, sempre bem-disposto. Com as exigências do nosso trabalho é quase impossível sermos assim 24 horas por dia.” (Enfermeira 20)

Tabela 25: Imagens Sociais Associadas ao Profissional de Enfermagem

| Menções | Subcategorias |
|---------|---|
| 4 | Enfermeiro como prestador de apoio emocional |
| 4 | Enfermeiro como alguém empático (e.g. amável, sempre disponível para ouvir, e satisfazer todas as necessidades) |
| 2 | Enfermeiro como alguém que humaniza os cuidados a prestar ao utente |

| | |
|---|--|
| 3 | Enfermeiro como alguém que age mecanicamente e de forma fria e emocionalmente distante |
| 1 | Enfermeiro como alguém corajoso |

Um tema muito explorado pelos enfermeiros foi assim a questão das imagens e expectativas sociais associadas ao profissional de enfermagem, quer na ótica dos utentes, família, chefia, e sociedade em geral.

A este respeito, 4 enfermeiros contam que muitas vezes são vistos como prestadores de apoio emocional:

“...Uma vez que trabalhamos com pessoas doentes, ou seja, que emocionalmente não estão bem... isso exige uma sensibilidade acrescida que o utente e a família esperam de nós.” (Enfermeira 15)

“...o enfermeiro tem de ser aquela pessoa bem-comportada e muito querido” (Enfermeira 3)

Outros 4 fazem alusão ao enfermeiro como alguém empático, amável, sempre disponível para ouvir e satisfazer todas as necessidades:

“...independentemente de como esteja a organização do nosso trabalho, é sempre obrigatório para as famílias estarmos dispostos a ouvir tudo...mesmo por vezes assuntos que nada tem a ver com o doente...ou processo de doença.” (Enfermeira 12)

“O enfermeiro para além de ser um cuidador exímio... tem e deve...satisfazer todas as necessidades do utente...esta é a mentalidade...e não pode errar... Senão o utente, a família e às vezes as visitas cobram-nos tudo...é triste.” (Enfermeira 18)

Outros dois enfermeiros referem que o enfermeiro é visto como alguém que humaniza os cuidados a prestar ao doente pela demonstração de afetividade quando este se encontra em situações de grande fragilidade:

“...Como disse anteriormente, o nosso trabalho envolve contacto físico e emocional com o utente... na minha prática procuro ter sempre os mais nobres sentimentos, em especial, o amor, o carinho, a partilha, a solidariedade, a compaixão, tentando fazer do cuidar em enfermagem algo especial... algo verdadeiro e indispensável...” (Enfermeira 1)

“...Vendo a diferença que fazemos no próprio utente, isso faz-me sentir útil, e faz o utente sentir o mesmo, que pode e consegue ultrapassar as diferentes fases da doença, até à cura. Por exemplo, encontrando estratégias para que um utente após AVC consiga aprender a comunicar e vê-lo a pô-las em prática.” (Enfermeira 4)

Adicionalmente, em termos de imagens sociais negativas sobre o enfermeiro, alguns deles (3) referem o facto de o profissional ser, por vezes, injustamente retratado como alguém frio e emocionalmente distante:

“...a sociedade vê os enfermeiros como máquinas...são seres humanos que têm de ser perfeitos, não podem errar e têm de se comportar sempre de forma exemplar.” (Enfermeiro 21)

“...Fico triste quando alguns doentes me dizem: “tem colegas carniceiros, deviam é fazer-lhes isso a eles...nem querem saber dos doentes.”... Lamento...porque conheço a minha equipa e sei que são excecionais...e que se demonstram alguma frieza é porque tem de ser. Recordo-me de um jovem que fez o mesmo comentário...e o que aconteceu foi que ele tinha de ser entubado, colocar uma sonda naso-gástrica para drenar conteúdo do estômago, se o colega não lhe fizesse esse procedimento ele ia vomitar fezes...eu não estive presente...por isso não posso falar...mas de certeza que seria muito mais desagradável para o jovem ver-se a vomitar conteúdo fecaloide em frente das visitas, namorada e desconhecidos...o colega se agiu assim foi para o proteger de sentimentos de vergonha e tristeza...” (Enfermeira 5)

Finalmente, 1 entrevistado refere o enfermeiro como alguém corajoso,

“... Considero-me uma pessoa boa, humilde e corajosa...e acho que é mesmo preciso ter estas características, para ser um bom profissional.” (Enfermeira 14)

3.3.4 Estratégias Pró-ativas para Lidar com as Emoções

Existe um conjunto de estratégias individuais evidenciadas pelos 21 enfermeiros para lidar com as emoções. Subdividimos este ponto em estratégias pró-ativas e estratégias reativas.

Tabela 26: Estratégias Pró-ativas

| Menções | Subcategorias |
|---------|---|
| 6 | Praticar exercício físico |
| 5 | Reflexão constante do desempenho profissional que permite o agir centrado no cuidar (e.g., facultar um cuidado holístico ao doente) |
| 5 | Frequentar formações |
| 5 | Trabalhar mentalmente as dimensões morais e ética do cuidar (e.g., preparar conscientemente a forma de comunicar más notícias, respeitar a privacidade do utente/família, ser Grata, ser solidária) |

| | |
|----|--|
| 15 | Autodesenvolvimento de competências sociais e interpessoais (e.g., ser compreensiva e tolerante, ser assertiva e paciente, ser calma e tranquila, desenvolver a capacidade empática, transmitir paz e calma aos familiares, chorar com os doentes e com a família, rir com os doentes e com a família) |
| 7 | Atividades de lazer (e.g., ler, ver filmes, fazer meditação) |
| 15 | Convívio social (com amigos, com a família, com colegas) |
| 2 | Consciencialização do cuidar até ao fim de vida |

Uma das estratégias pró-ativas que 6 entrevistados referem é a prática de exercício físico.

“...Fora do trabalho, procuro ter outras ocupações para me ajudar a passar o tempo e me fazer desligar da vida profissional...faço exercício físico...procuro estar com a minha família.” (Enfermeira 6)

“...Sendo que a profissão de enfermagem é a arte de cuidar do outro, essa é uma das principais definições que encontramos na literatura... eu acho imprescindível procurar manter o meu corpo e a mente saudável, através do lazer, por exemplo, passeios ao ar livre... não em dias como hoje... que chove torrencialmente, claro... fazer desporto, nomeadamente, o karate e o yoga...” (Enfermeira 1)

“Nem sempre consigo abstrair-me, mas esforço-me para isso, nomeadamente, ir ao ginásio.” (Enfermeira 16)

Cinco entrevistados aludem à reflexão constante do desempenho profissional que permite o agir centrado no cuidar, como, por exemplo, o facultar o cuidado holístico ao doente.

“... Sacudir-me... tentar sacudir as minhas energias negativas mas às vezes não é fácil, ficamos sempre com aquela carga emocional, a pensar o que é que poderia fazer melhor e às vezes questiono e vou para casa e faço uma reflexão ou vou no caminho de regresso a casa e penso o que é que eu deveria fazer, onde é que eu errei. E tento fazer um bocadinho uma autoavaliação de mim própria e muitas vezes até consigo, outras vezes tenho que desabafar com o meu marido... mas cada vez mais tento conseguir gerir um bocadinho e às vezes faço uma autorreflexão a mim própria, tentar fazer assim um esquema para ver como correu o meu dia, onde é que eu errei, para a próxima se surgir esta situação onde é que eu vou atuar, e agora acho que já consigo proteger-me e conciliar com essas situações.” (Enfermeira 11)

“...Penso sempre muito no que fiz, como forma de meditação, do que posso melhorar amanhã quando for trabalhar.” (Enfermeira 14)

“...Eu sinto que com respeito no cuidar do utente de forma holística..., nós podemos prestar os cuidados sem que o utente se sinta desconfortável, ou seja, é possível dar o banho respeitando a integridade e intimidade desta pessoa...” (Enfermeira 1)

Frequentar formações foi outra das estratégias pró-ativas eleitas por 5 participantes do estudo para gerir a carga emocional do trabalho.

“(...) Tentamos sempre aprender, fazer formações de uma forma contínua para nos tentarmos atualizar, mas também tento saber, tentar gerir... Já fiz algumas formações, da parte de psicologia, é uma área que gosto e acho que essas formações também nos dão... ler, uso muito também autor Augusto Cury que nos dá muitas estratégias da forma de autocontrolo, controlo da ansiedade e como gerir os conflitos e isso também já me dá uma reflexão, às vezes estou a agir no próprio trabalho e estou a aplicar uma indicação, uma determinada ideias, umas dicas que deu e assim eu já consigo gerir melhor. (Enfermeira 11)

“Já fiz o curso de toque terapêutico para me ajudar a lidar melhor com a carga emocional do meu trabalho.” (Enfermeira 16)

“...participar em formações... e já fiz formações na área do desenvolvimento pessoal, para me ajudar a lidar com este stress e ansiedade diário.” (Enfermeira 17)

Cinco pessoas referem trabalhar mentalmente as dimensões morais e ética do cuidar, o que inclui preparar conscientemente a forma de comunicar más notícias, pensar como se vai dizer e agir, respeitar a privacidade do utente/família, ser grata e ser solidária.

“As únicas más notícias que dei foi de falecimento e nunca é fácil dizer alguém que um familiar faleceu, nunca é uma notícia fácil, mas tento dizer da melhor forma possível para que quem esteja do outro lado não entre em choque ou se sinta mal...uma voz suave e serena...respeitar o seu silêncio e dor... tento sempre fazer dessa forma .” (Enfermeira 9)

“...muitas vezes temos que respeitar e se não quer, não quer, e explicar as consequências, mas muitas vezes temos que respeitar e não atuar logo de imediato... agora que estratégias é que eu faço muitas vezes, pergunto-lhe: “olhe temos uma colheita de sangue, outra vez, pois é, mas olhe, só faz se quiser, se me autorizar”, e o utente diz logo: “é claro que eu autorizo, é para o meu bem”, eu dou ali a volta à questão. (...) Sou muito grata pelo que tenho.” (Enfermeira 11)

Um grande número de entrevistados preza pelo autodesenvolvimento de competências sociais e interpessoais, ou seja, procuram treinar mentalmente determinado tipo de atitudes ou comportamentos tais como, aprender a ser compreensiva e tolerante, assertiva e paciente, e calma e tranquila.

“...Quando me deparo com estes dias e situações, tento manter-me focada, calma, tranquila...e tento ser mais compreensiva e paciente que nunca... Ter sempre presente que o utente não tem culpa que eu não esteja num dia bom... Esforço-me por ser o mais correta possível, procuro não valorizar os comportamentos ou palavras que me parecem menos corretas...” (Enfermeira 1)

“Com calma e paciência...Por exemplo, quando um doente fala mais alto, já estou preparada para falar calmamente e baixinho.” (Enfermeira 6)

“Quando determinada pessoa, seja um doente ou familiar está a ser mal-educado comigo, e não posso responder na mesma moeda, tenho de manter a calma, a postura, não aumentando o tom de voz.” (Enfermeira 16)

“Se for por via telefónica, tento assegurar-me que estou a falar com a pessoa certa e, calmamente, tranquilamente tenho de informar a situação. De igual forma, se tiver de falar com o doente ou o familiar presencialmente, tento manter a privacidade, proporcionar um ambiente calmo e expor a situação... É sempre difícil ser a portadora dessas más notícias, pois, para mim, eles vão sempre recordar a pessoa que o fez e a forma como o fez, o que impõe muita pressão sobre a forma como conto alguma coisa. De uma forma geral, sinto-me incomodada por ter de o fazer, triste.” (Enfermeira 3)

“Enfermeiro também é indivíduo com experiências e sentimentos... na minha opinião, o doente sente-se mais seguro quando é capaz de notar em nós, não insegurança, mas preocupação com o seu estado de saúde, tristeza com más notícias... e, até hoje, nunca prejudicou o meu desempenho profissional, muito pelo contrário uma vez que a ligação que é estabelecida com o doente e família é muito maior quando partilhamos sentimentos e desta forma ajuda-nos a ultrapassar as situações mais duras. (Enfermeira 21)

Alguns profissionais referem o desenvolvimento da capacidade de transmitir e partilhar emoções positivas como a transmissão de paz e calma, quer ao utente quer à respetiva família.

“...tento sempre inculcar que tudo vai com paz, com calma, porque há alguém que vai acompanhar e dar segurança... (...) Por vezes fico como enfermeira de referência, que quer dizer que sou a responsável, o que me obriga a lidar de perto com as famílias no momento pré-alta clínica...estão ansiosas, com medo e receios...tento criar uma relação de empatia, e transmitir com tranquilidade, confiança e apoio que se tem alta é porque está bem...” (Enfermeira 11)

Outros mencionam ainda partilhar emoções como rir e chorar com os doentes e/ou família do utente.

“Eu acho que a minha estratégia é mesmo deixar que as emoções passem por mim, fazer-me sentir, porque eu acho que depois acabamos por acumular muita coisa e isso não nos ajuda a sermos melhores pessoas, e não nos ajuda a cuidar melhor dos nossos utentes...por isso se tiver de rir rio, mas se tiver de chorar sozinha ou com o doente também o faço.” (Enfermeira 5)

“Acho que não, além de sermos enfermeiros somos seres humanos e emoções não se consegue esconder na minha opinião, quem tiver que se emocionar com a morte de um doente irá fazer.” (Enfermeiro 9)

“Muitas vezes e lido muito bem com emoções positivas... eu não tenho medo de rir com os meus pacientes, todas as pequeninas vitórias que têm no seu dia-a-dia enquanto estão no hospital, eu faço questão de celebrar com eles e eu fico mesmo muito contente quando as coisas correm bem e quando os vejo melhorar e isso dá-me realmente imensa satisfação.” (Enfermeira 5)

Sete entrevistados mencionam as atividades de lazer, como ler, meditar, ou ver um filme e tomar um banho relaxante, enquanto estratégias para lidarem com a carga emocional do trabalho.

"Nada melhor do que chegar a casa, tomar um bom banho... deitar-me e dormir, ou ler um bom livro, ver um filme, estar com a família, sair com os amigos." (Enfermeira 10)

"...ler, uso muito também o autor Augusto Cury que nos dá muitas estratégias da forma de autocontrolo, controlo da ansiedade e como gerir os conflitos, e isso também já me dá uma reflexão, às vezes estou a agir no próprio trabalho e estou a aplicar uma indicação, uma determinada ideia, umas dicas que deu e assim eu já consigo gerir melhor." (Enfermeira 11)

"Mais uma vez, depende do turno. Num dia calmo, é fácil chegar a casa, estar com os meus pais, ver televisão... Num dia mais difícil, é tomar um bom banho para relaxar, falar com o meu namorado, com os meus amigos, os meus pais, ver um filme..." (Enfermeira 3)

"...e tentando ultrapassar o stresse característico desta nossa profissão com meditação, por vezes técnicas de relaxamento, isto quando é possível claro... (risos). Acho que essencialmente procuro uma constante melhoria a nível do meu desenvolvimento pessoal e espero que num futuro isso se reflita positivamente no meu cuidar dos outros... Acho que é isto." (Enfermeira 1)

"Recorro muitas vezes ao toque terapêutico e à meditação...sinto que me ajudam a ser melhor profissional." (Enfermeira 16)

Adicionalmente, 6 enfermeiros dizem conviver com família, 6 conviver com os amigos e 3 conviver com colegas como estratégia preferencial para gerir a carga emocional do trabalho.

"...Por vezes sim, sair com amigos...para descontrair" (Enfermeira 7)

"...jantar com os meus amigos... (Enfermeira 15)

"... Opto por me distrair fazendo coisas para mim, dedicando-me a momentos em família e amigos." (Enfermeira 5)

Por último, a consciencialização do cuidar até ao fim de vida é indicada por 2 indivíduos.

"...Ser enfermeiro é cuidar desde o início da vida, o nascimento... até ao fim da vida...a morte...é fundamental termos presente os nossos deveres e direitos, como é óbvio,...no que diz respeito ao cuidar... Para isso é que temos um código deontológico." (Enfermeira 20)

3.3.5 Estratégias Reativas para Lidar com as Emoções

Vários profissionais também referem algumas estratégias que, todavia, assumem um caráter mais mitigador das emoções disruptivas que sentem e não exatamente resolutivo (que impliquem uma ação que permita eliminar a carga emocional negativa).

No que se refere às estratégias reativas é importante relatar primeiramente se os entrevistados conseguem abstrair-se do trabalho no seu quotidiano, 9 pessoas referem que depende dos dias de trabalho, mas que normalmente é difícil fazê-lo, 8 entrevistados não conseguem abstrair-se do trabalho, enquanto 4 inquiridos conseguem abstrair-se do trabalho.

“... Ao fim de um dia de trabalho é difícil abstrair-me... Por minutos até desligo, mas a verdade é que dou comigo no caminho de casa a pensar o que fiz, se deixei alguma coisa por fazer ou dizer ao colega que me veio substituir... sinto-me insegura por vezes... Aqueles doentes menos bem, trago a preocupação no coração e, muitas vezes, mando mensagem ao colega que ficou para saber se melhorou ou não. Acho que te posso dizer que é possível abstrair-me um pouco, mas não sou capaz de desligar da dor... E do sofrimento dos utentes e da sua família e das situações emocionalmente fortes vivenciadas.” (Enfermeira 1)

“É assim, habitualmente não. Muitas vezes venho para casa a pensar no trabalho, há pessoas que nos marcam naquele dia, coisas que nos disseram... às vezes até me lembro de coisas que me esqueci de fazer e vou ao telemóvel pôr uma lembrança para amanhã...mas habitualmente não me consigo abstrair.” (Enfermeiro 2)

“Se me consigo abstrair em casa? Não, a maior parte das vezes não... a maior parte das vezes por esse cansaço, por essa frustração, por esse desgaste emocional às vezes é difícil saber sair do local de trabalho e dizer acabou aqui, isto fica arrumado, agora vamos para casa... Às vezes é difícil, às vezes não consigo, outras vezes sim, o dia até corre melhor e as coisas até correm bem, mas às vezes é difícil, é difícil porque nós envolvemo-nos muito... lidamos com pessoas, não lidamos com máquinas, lidamos com pessoas que têm sentimentos. (...) E, na minha opinião, o que mais desgaste emocional nos dá é o facto de termos um doente complicado um dia, dois dias, três dias e vemos a situação a complicar, vemos a situação a piorar, e não conseguimos sozinhos ter meios para combater isso. E isso é muito desgastante em termos emocionais e, por isso, não, não consigo separar as coisas, por muito que nos digam o trabalho fica no trabalho isso é completamente impossível...” (enfermeira 18)

Tabela 27: Estratégias Reativas

| Menções | Subcategorias |
|---------|--|
| 20 | Fala com alguém acerca do dia-a-dia para diminuir stress |

| | |
|---|---|
| 6 | Não permitir que os problemas de trabalho interfiram na vida pessoal e vice versa (e.g., manter o dia preenchido com múltiplas tarefas como forma de se abstrair do trabalho, ser reservada no trabalho, segmentar dimensões da vida) |
| 4 | Manter o foco no que é importante (e.g. relativizar certos acontecimentos, tomar consciência dos objetivos e tarefas diariamente) |
| 3 | Evitamento do conflito |
| 3 | Criar um “escudo” emocional (e.g. estabelecer uma relação impessoal de afastamento com o utente/família, capacidade para se afastar quando se encontra emocionalmente desgastado, manter silêncio) |
| 2 | Rotatividade dos doentes |

Em termos de estratégias reativas a partilha de emoções com alguém é a estratégia seguida pela quase totalidade dos entrevistados, 20 pessoas, mencionam que falam com alguém acerca do seu dia-a-dia. Eis alguns excertos que ilustram esta estratégia:

“Sim, falo muito...gosto muito de falar acerca daquilo que faço e das experiências que tenho, falo muito com os meus pais e com o meu namorado e falo muito com os meus amigos, que também são enfermeiros. E eu acho que isso nos ajuda a crescer um bocadinho, porque daquilo que eu vejo, ao discutir com os meus colegas, eu dou o meu feedback e eles dão-me o deles e nós aprendemos muito com isso, eu acho que isso nos ajuda a fazer-nos sentir melhor. Às vezes quando tivemos um dia complicado e pensamos que aconteceu isto será que deveria ter feito isto, pôr essa ideias cá para fora com as pessoas que nos querem bem e com quem nós confiamos, eu acho que é muito bom.” (Enfermeira 5)

“Falo, mas não falo sempre... falo quando é uma situação que realmente me perturba...Essencialmente é com a família, com os meus pais, com o meu marido, às vezes com amigos se tiver oportunidade... Acho que me ajuda, ajuda a descomprimir um bocadinho, não quer dizer que resolva, mas ajuda, sim.” (Enfermeira 17)

“...e, se calhar, as pessoas que estão em casa, que são aquelas pessoas que mais apoio nos dão, muitas vezes também surgem discussões por que as coisas falam-se, de trabalho e não sei quê, e às vezes são elas que levam por tabela porque uma pessoa descarrega tudo em quem nos é mais próximo.” (Enfermeira 18)

“Falo bastante com a minha família, principalmente a minha mãe e a minha avó... e com o meu namorado também embora tente não falar tanto de trabalho com ele porque também é enfermeiro. Também converso com os colegas, mas nem sempre há tempo para discutir alguns assuntos. Conversar ajuda-me sem dúvida a diminuir o stress porque tenho o feedback das outras pessoas e talvez o que fariam naquele momento.” (Enfermeira 8)

Assim, apenas 1 enfermeiro não fala acerca do seu dia a dia de trabalho com ninguém:

“Não falo, mas penso que será um escape, pois partilhar ideias pode ajudar e ultrapassar dificuldades. O tempo que dispenso para falar com amigos é pouco, infelizmente.” (Enfermeira 12)

Considerando que partilhar com os outros as experiências quotidianas é uma estratégia muito comum entre estes profissionais, perguntou-se ainda que tipo de emoções ou situações eram partilhadas e com quem.

Tabela 28: Natureza das emoções e situações partilhadas com outras pessoas

| Menções | Subcategorias |
|---------|--|
| 21 | Partilhar aprendizagens/experiências e dúvidas com colegas |
| 20 | Desabafar e partilhar preocupações e tristezas com familiares próximos (e.g. pais, marido/mulher/namorado/a) |
| 5 | Partilhar situações marcantes com amigos |

A totalidade das pessoas afirma partilhar experiências profissionais e resolver dúvidas com colegas, pois como sublinham, os colegas são pessoas que realmente compreendem e têm conhecimento da realidade que sentem e vivenciam.

“Eu acho que consigo lidar bem, e uma das estratégias que eu tenho pode ser falar com os colegas sobre as situações, o que é que se passa com os doentes, acho que nós ao partilharmos entre nós, porque muitas vezes em casa não podemos contar os pormenores todos, temos que falar só por alto... A estratégia passa um bocado por aí, falar com os colegas, desabafar...às vezes também com o superior. Eu acho que consigo lidar bem... eu acho que tenho essa capacidade natural de conseguir reprimir algumas coisas quando faz sentido, mas acho que a principal estratégia é mesmo essa, é falar com os colegas a pedir opinião, às vezes só mesmo falar.” (Enfermeiro 2)

“Sim, entre colegas vamos comentando situações e partilhando experiências... acho que é extremamente útil uma vez que, não tenho assim tanta experiência, e gosto de ouvir o que os meus colegas mais velhos têm a dizer, eles dão conselhos e ajudam imenso, e às vezes, é mais fácil desabafar com quem percebe exatamente aquilo que estamos a falar. (...) No início questionava muitas vezes os meus colegas mais velhos e, através das experiências deles, acho que fui criando a minha forma de lidar com as situações mais difíceis, nomeadamente, dar ‘más notícias’. A forma de lidar com estas situações é, uma vez mais, através da minha família, amigos e das coisas que gosto de fazer.” (Enfermeira 3)

“... eu gosto muito de falar, eu adoro partilhar experiências com os meus colegas, e eu acho sim que é uma boa maneira de lidarmos melhor com o nosso stress emocional no trabalho, acho que temos todos experiências muito interessantes e todos nós aprendemos um bocadinho quando as partilhamos e acho que é nesse sentido.” (Enfermeira 5)

“Os meus amigos são todos enfermeiros, falamos frequentemente em jantares e em encontros de amigos sobre o nosso dia a dia, sobre as nossas dúvidas e sobre o que nos perturbou ou fez sorrir mais. A família também acaba por ser um bocado o nosso refúgio.” (Enfermeira 15)

Ainda 20 inquiridos desabafam e partilham preocupações e tristezas como familiares diretos, como o marido/namorado ou os pais.

“No meu dia-a-dia eu pessoalmente sinto uma necessidade muito grande de partilhar as situações mais marcantes com alguém...muitas vezes faço-o com os colegas de trabalho e às vezes volto a repetir com a família que me está mais próxima... (...) Um exemplo concreto... uma família em que os familiares se recusam a levar para casa um pai ou uma mãe que sempre cuidou deles e que não se encontra dependente e cuja família tem possibilidades financeiras para isso... é algo que temos de comunicar ao colega para que tome conhecimento e possa ser reportado até chegar a informação à Enfermeira responsável pela situação social... Mas a verdade é que também comento porque sinto a dor, a tristeza, a mágoa daquele velhinho ou velhinha... que se sente rejeitado pelos filhos... Há doentes que se recusam a comer por se sentirem rejeitados pela família, e isto...sinceramente... é algo que me dói muito ver...nesta situação em concreto, eu recordo-me que comentamos entre colegas, mas quando cheguei a casa não consegui não partilhar com o meu marido...eu estava triste e desapontada com aquela situação, com aquela família... Não é que o meu marido me pudesse ajudar a resolver a situação, mas a verdade é que me ouviu e juntos tirámos uma lição de tudo isto...” (Enfermeira 1)

“Sim, falo sempre com os meus colegas...e com os meus pais e com o meu namorado. Já temos o hábito de perguntar ‘como foi o dia’ e acabo sempre por partilhar com eles algumas situações. Acho que é muito benéfico e alivia o stress. Uma pessoa consegue dizer o que não podia no trabalho, seja por que motivo for, fala de momentos bons, de momentos maus e depois passa. Falámos sobre outras coisas e acabo por me abstrair do trabalho. Depois dessa conversa, o trabalho fica no trabalho.” (Enfermeira 3)

“Normalmente falo com os meus pais. Também me vão dando conselhos e são uma boa ajuda.” (Enfermeira 19)

“Falo com os meus pais. Ajuda sempre, é como se libertasse um peso... e como eles trabalham mais ou menos dentro da área, torna-se um pouco mais fácil falar com eles.” (Enfermeira 10)

“Sim, com o meu namorado que trabalha na mesma área... ajuda quando falamos com alguém que entenda e esteja no mesmo campo como nós. Quando falamos com familiares ou amigos de áreas profissionais distintas, para além de ser deontologicamente incorreto, penso que pode não ser bem interpretado e as reações podem ser ainda mais causadoras de stress.” (Enfermeira 21)

“Na maioria dos casos falo com o meu marido... em algumas situações, sim, acho que ir desabafar e falar do que aconteceu durante o dia ajuda, pois conseguimos ouvir opiniões de pessoas que não estão ligadas a saúde e muitas das vezes veem as situações de outra forma.” (Enfermeira 9)

Outros 6 enfermeiros demonstraram a capacidade de não permitir que os problemas pessoais interfiram na vida profissional e vice-versa, ou seja, lidam com a vida pessoal apenas fora do trabalho, e com a vida profissional no âmbito apenas laboral. Para isso, referem ser reservados no trabalho e que fora dele, mantêm o dia preenchido com múltiplas tarefas como forma de se abstrair do trabalho e manter o foco a nível pessoal.

“Tenho de me recordar que, apesar da minha vida pessoal, os doentes que cuido não têm culpa dessas situações... tento comportar-me da mesma forma de sempre, porque quando estou no trabalho, estou no trabalho, estou concentrada e o meu objetivo é cuidar dos meus doentes. A minha vida pessoal devo lidar no fim do turno.” (Enfermeira 3)

“O hospital tem um dom para mim, que é, aquando a entrada na porta, os problemas da nossa vida ficam lá fora, é como se uma branca se passasse pela cabeça. É claro que, quando estamos mais em baixo, os problemas vêm à cabeça, mas, na maior parte das vezes, nem tempo temos que sobre para sequer pensar no que se passa... acaba por ser bom para nós também. Quando surgem problemas no próprio trabalho, que normalmente são as inúmeras tarefas para pouco tempo e pessoas, tento respirar fundo e não stressar, e quando tenho que pedir ajuda para ultrapassar isso, peço sem problema algum... os colegas ajudam-nos muito a ultrapassar esses momentos, ou pelo menos, a respirar.” (Enfermeira 15)

“...Temos de ser mais reservados, tentarmos cumprir o nosso trabalho, mas se tiver alguma coisa emocional a nível pessoal não é fácil, então acho que a melhor estratégia é realizar as minhas atividades, falar com o doente, não me abrir muito com o doente, ficar mais reservada... enquanto que às vezes há uma palavra onde pode surgir um tema de conversa, é mais direcionar para a situação em si e ficar por ali.” (Enfermeira 11)

Quatro pessoas expõem manter o foco no que é importante, relativizar certos acontecimentos, tomar consciência dos objetivos e tarefas diariamente.

“...nem sempre é fácil, mas tento manter-me concentrada e definir bem os meus objetivos e trabalhar em prol disso.” (Enfermeira 5)

“Acho que consigo por me focar nos meus objetivos... eu sei o que eu quero para aquele doente e desenvolvo a minha prática nesse sentido” (Enfermeira 5)

Faz ainda parte deste leque de estratégias reativas, evitar situações de conflitos o que é aludido por 3 enfermeiros. Eis um exemplo:

“A verdade é que nós somos todos humanos e nem sempre estamos bem dispostos ou porque temos algum problema... por vezes eu sinto que não estou muito bem, e o que eu normalmente faço é fazer uma pausa, às vezes vou à casa de banho, sento-me um bocadinho, relaxo um bocadinho... quando começo a sentir que já não estou a ser muito paciente é isso que eu tento fazer, porque quando nós começamos a ficar muito nervosos, já não estamos bem, acaba por ser uma bola de neve, mas por acaso eu posso dizer que tenho sorte porque a

unidade em que trabalho é considerada muito stressante emocionalmente, por isso nós fazemos muitas pausas durante o dia e os nossos chefes incentivam-nos a ter essas pausas para relaxarmos porque realmente ao final de um dia às vezes é muito complicado.” (Enfermeira 5)

Três dos entrevistados identificam que criam um “escudo”, um afastamento emocional, ou seja, estabelecem uma relação impessoal de afastamento com o utente/família, para isso, é importante ter a capacidade para se afastar quando se encontra emocionalmente desgastado e manter silêncio.

“Tentando não nos conectarmos muito aos doentes, manter sempre algum afastamento, criar um escudo o que é bastante difícil na nossa profissão.” (Enfermeira 20)

“Quando temos situações complicadas, não nos podemos envolver muito com o doente, temos sempre de tentar manter alguma distância, isto não significa que não nos importemos com a situação deles... de resto, como já disse, tento apoiar-me na minha família, no meu namorado e amigos, tento fazer coisas que gosto, ver televisão, ir lanchar com amigos, tomar café, ir ao ginásio...” (Enfermeira 3)

Dois inquiridos referem a importância de existir a rotatividade dos doentes como uma estratégia importante.

“...Quando são doentes que estão connosco já há algum tempo e lidamos já diariamente, e neste caso acaba por ser já um doente em fase terminal... acabei por pedir para não ficar muitos dias seguidos nos cuidados com ele, pois acaba por ser desgastante emocionalmente, pois lidamos com o doente e com a família, não se torna fácil, pelo contrário, torna-se cada vez mais difícil... ou então temos doentes que têm um pouco a personalidade autoritária, de que podem mandar em tudo e em todos e que muitas vezes nos desgastam emocionalmente mas de outra forma, até porque se estiverem muitos dias seguidos connosco, acabam por abusar na forma como nos tratam, pois eles criam laços de confiança e de proximidade que não existem. A estratégia que adoto em ambos é ter mais rotatividade pelos doentes.” (Enfermeira 10)

3.3.6 Consequências Negativas do Trabalho Emocional

Tabela 29: Consequências para o Indivíduo do Trabalho Emocional

| Menções | Subcategorias |
|---------|--|
| 12 | Síndrome de esgotamento/ <i>burnout</i> pelo trabalho (e.g., Sentimento de baixo envolvimento e baixa motivação para o trabalho, Sentir-se emocionalmente/psicologicamente exausta, Aumento da irritabilidade face ao outro, Falta de paciência) |
| 10 | Deterioração de saúde física e mental (e.g., Cansaço físico, Impacto negativo sobre o sistema imunológico, aumento de insónias, fadiga, hipertensão e neoplasias; Sentir-se deprimido) |

| | |
|---|---|
| 3 | Insatisfação com o trabalho |
| 2 | Níveis mais baixos de produtividade/desempenho da função |
| 1 | Aposentações antecipadas devido às exigências do trabalho emocional |

Ao longo da análise das entrevistas foram surgindo algumas consequências do trabalho emocional sentidas pelos 21 enfermeiros, e nesse sentido 12 pessoas evidenciaram a síndrome de esgotamento/ *burnout* pelo trabalho, por exemplo, pelo sentimento de baixo envolvimento e baixa motivação para o trabalho, mas, sobretudo, pela sensação de exaustão emocional que é descrita por vários profissionais, conforme mostram os excertos:

“...por vezes nem sei como aguento, como não tenho um esgotamento com este desgaste diário...sinto-me exausta.” (Enfermeira 17)

“Como me sinto?...Grande parte dos dias exausta e insatisfeita por não ter tempo para dar mais aos utentes e família... (...) É emocionalmente desgastante lidar com os sentimentos menos positivos que as pessoas num estado de doença habitualmente têm e fazer por manter o otimismo e a positividade. Acredita que a verdade é que isto ao final de 8 ou 12 horas torna-se exaustivo... e a sensação que fico...é que podia sempre ter dado mais e melhor... mas o nosso trabalho é isto... um constante definir de prioridades.” (Enfermeira 1)

“Sinto-me exausta, porque para além das funções de enfermagem, tenho múltiplas solicitações, telefónicas, do médico, do secretariado, etc, para dar resposta.” (Enfermeira 16)

“Exausta... às vezes faz-nos falta só respirar, e é verdade nós não temos tempo às vezes para respirar, e saímos dali, às vezes não é só cansado fisicamente, mas psicologicamente às vezes é terrível, e a maior parte das vezes é assim.” (Enfermeira 17)

“Sim, é comum... tenho falta de motivação para ir para o trabalho.” (Enfermeira 12)

“...ao fim do dia...sinto-me...muito cansada quer física...quer psicologicamente...tenho dias que chego a casa, deito-me, e não quero falar com ninguém.” (Enfermeira 17)

Dez entrevistados referem sobretudo problemas de saúde física tais como, cansaço físico, impacto negativo sobre o sistema imunológico, com implicações sobre a saúde, como insónias, fadiga, hipertensão e neoplasias e sentir-se deprimido.

“...Num turno de 12 horas se nos sentarmos 1 hora é muito... chego ao final do dia com as pernas doridas” (Enfermeira 9)

“...Não é à toa que nós vemos cada vez mais profissionais de saúde novos com demência... e, muitas vezes, sem terem antecedentes na família...são doentes oncológicos...há estudos sobre isto...o cancro da mama, por

exemplo, é um dos que o seu aparecimento está ligado com as emoções a que estamos sujeitos e privação do sono, insónias devido aos horários rotativos...” (Enfermeira 10)

“... Já tenho problemas de coluna devido à carga que temos diariamente no trabalho com os doentes.” (Enfermeira 3)

“...isto porque na minha opinião esta supressão contínua das emoções verdadeiras pode muitas vezes nem ter um impacto no meu desempenho profissional, mas não tenho dúvidas...não tenho dúvidas nenhuma que tem um impacto negativo sobre o meu sistema imunológico, com implicações sobre a minha saúde... e...infelizmente... já tive prova disso.” (Enfermeira 1)

“Sinto-me cansada, com as pernas pesadas porque não parei 1 minuto, porque nem tive tempo de ir à casa de banho urinar e andei 8 horas a correr de um lado para o outro sem parar.” (Enfermeira 10)

Três enfermeiros manifestam o sentimento de insatisfação que resulta das exigências do trabalho emocional.

“...É das coisas que mais custa...este sentimento que se apodera de nós...de insatisfação...de dever não cumprido...de impotência.” (Enfermeira 13)

“...acaba sempre por nos causar tristeza, um sentimento de impotência, de insatisfação...gera em nós um stress por não termos muito mais a fazer pelo doente. (Enfermeira 6)

Dois entrevistados dizem que a carga emocional do trabalho afeta o seu desempenho profissional, diminuindo os níveis de produtividade bem como o empenhamento na função.

“...Em situações mais fortes digamos assim, é sempre difícil, mas às vezes tem mesmo que ser. Acho que acaba por perturbar sempre o desempenho profissional.” (Enfermeira 19)

Uma pessoa refere que existem aposentações antecipadas devido às exigências do trabalho emocional.

“...vemos as pessoas mais experientes...acabam por ir de baixa até á reforma, ou acabam por se reformar antecipadamente...pois não aguentam a carga...Sim porque até nisso a nossa profissão está mal... uma pessoa de 60 anos faz as mesmas tarefas de um jovem de 20 anos.” (Enfermeira 18)

3.3.7 Políticas e Práticas Organizacionais sugeridas pelos Enfermeiros para uma Gestão Eficaz das Emoções no Trabalho

Nesta secção são abordados dois temas centrais que se relacionam especificamente com o profissional de enfermagem e as práticas e políticas organizacionais. O primeiro tema aborda os fatores que mais dificultam a gestão eficaz das emoções no trabalho. O segundo tema reflete as sugestões dadas pelos entrevistados quanto a medidas organizacionais que poderiam ser úteis para a gestão eficaz das emoções no trabalho.

Tabela 30: Fatores Organizacionais que dificultam a Gestão das Emoções

| Menções | Subcategorias |
|---------|---|
| 16 | Existência de más relações com a chefia (e.g. problemas comunicacionais, não comunicar com a chefia ou comunicar muito pouco) |
| 20 | Inexistência ou falta apoio emocional por parte da organização (e.g., na relação com a chefia direta) |

Um dos fatores organizacionais que mais pesa desfavoravelmente na gestão das emoções diz respeito à relação que o enfermeiro mantém com a chefia, 16 inquiridos transmitem que não falam com a chefia ou que raramente o fazem, quer seja porque não existe confiança suficiente para partilhar situações emocionais difíceis com a chefia, quer porque a chefia não presta cuidados de saúde no serviço e, por isso, não compreende as situações, ou ainda, por medo de represálias ou que a chefia identifique o enfermeiro como sendo “fraco” se demonstrar as emoções. Eis vários excertos demonstrativos:

“Não...como te disse sou um bocado dessa opinião que disse à bocado, acho que se calhar erradamente, e se um dia quiser assumir uma posição de liderança, gostaria que os meus colaboradores falassem e eu ia tentar ajudá-los da melhor forma. Mas habitualmente não faço isso, se eu acho que iria ajudar, talvez, mas habitualmente não me sinto capaz e não sinto suficiente confiança [na chefia] para o partilhar.” (Enfermeiro 2)

“Não tenho o hábito de falar com a minha chefe sobre situações difíceis... não acho que ajudaria muito, porque a minha chefe não presta cuidados, não está no serviço 24 horas por dia como nós estamos. Acho que é importante falar com ela quando alguma relação com algum familiar se torna complicada e ela precisa de intervir, devido ao seu cargo, mas, de uma forma geral, não falo com a minha chefe sobre as minhas emoções.” (Enfermeira 3)

“Nunca falei com a chefe acerca dos meus sentimentos... acho que não é a pessoa indicada para me ajudar.” (Enfermeira 8)

“Não falo nem nunca falei, acho que para isso teria que ter uma relação forte com a chefe pois não nos sentimos confortáveis a desabafar com pessoas às quais não temos uma ligação pessoal ou de amizade.” (Enfermeira 9)

“Raramente falo com a minha chefia em relação a isso... apenas partilho com o meus colegas com quem me identifico mais.” (Enfermeira 14)

“Muito raramente falo com a chefia sobre as emoções, em reuniões apenas e se o assunto for abordado.” (Enfermeira 15)

“Não, não falo com a chefia sobre as minhas emoções, mas penso que devíamos... se as chefias estivessem mais despertas para as nossas preocupações e emoções, talvez conseguíssemos elaborar planos e estratégias que minimizassem os nossos desconfortos.” (Enfermeira 20)

Das cinco pessoas que referem falar com a chefia, alguns apenas falam em questões relacionadas com a função e em que seja necessária aprovação, sendo que apenas uma minoria (5 pessoas) sente mesmo que a chefia tem sensibilidade perante as situações.

“Falo, às vezes falo sobre o que é que podemos melhorar. Se acho que há determinadas medidas que podemos melhorar a nível do bem estar também do serviço eu tento partilhar, assim uma situação concreta... por exemplo, uma das situações era, por exemplo, ficar a família durante a noite. E uma das minhas opiniões pessoais é que acho que isso era um processo mais facilitador mesmo para o doente. E tento sempre que me surgir alguma dúvida ou às vezes esclarecer alguma partilha, não tenho problema nenhum em falar com a chefia.” (Enfermeira 11)

“Sim, durante as passagens de turno de enfermagem, a enfermeira chefe está presente e, por vezes, existe partilha de emoções. É importante desabafar para seguir em frente.” (Enfermeira 13)

“Sem dúvida, a minha equipa é realmente incrível e normalmente quando estou a ter um dia muito mau toda a gente consegue notar isso na minha cara e muitas vezes são mesmo as minhas chefes que me chamam um bocadinho à parte e me perguntam: “então, o que é que se passa? O que é tu tens?” e muitas vezes eu explico mesmo. E eu acho que isso é muito bom porque elas dão-nos sempre aquela sensação de tranquilidade, muitas vezes nós só queremos fazer mais um bocadinho pelo doente e muitas vezes não é possível. E é só ter aquela sensação de ter ali alguém que está a ouvir e que está a perceber exatamente em que situação é que nós estamos, e que nos ajuda, e que nos faz relativizar um bocadinho as coisas... isso ajuda imenso.” (Enfermeira 5)

De acordo com a opinião de 20 entrevistados, não existe suficiente apoio emocional por parte da organização e apenas 1 pessoa refere o contrário, ou seja, sente que a organização a apoia emocionalmente. Esta ausência de formas de suporte ou apoio organizacional constitui um fator perturbador de uma eficaz gestão das emoções no trabalho. Eis o que é descrito por um profissional:

“Não, lamentavelmente não sinto que haja algum tipo de apoio diferenciado nesse sentido... Sim, sem dúvida que sou da opinião de que a organização deveria ter disponível formação na área do desenvolvimento pessoal... gestão de emoções, processo de cura... assim como gabinetes de apoio com consulta de psicologia e psiquiatria, quando assim o fosse necessário. Sim... e acho isso porque se pensarmos não é assim tão descabido... Nós para além da carga de trabalho físico a que estamos sujeitos, a constante gestão de tempo para as múltiplas tarefas, e o horário rollman que descontrola o ciclo de sono... o ambiente de stress que tudo isto acarreta, acaba por nos deixar mais frágeis e sensíveis a doenças... sim... Por que eu acredito que a nossa fragilidade emocional somatiza patologicamente para manifestações clínicas que dão origem á doença, daí a importância do equilíbrio e apoio emocional a meu ver...” (enfermeira 1).

Tabela 31: Políticas e Práticas Organizacionais Sugeridas pelos Enfermeiros para uma Gestão Eficaz das Emoções no Trabalho

| Menções | Subcategorias |
|---------|--|
| 9 | Criar formas de apoio psicológico formais (e.g., Apoio psicológico para lidar com o stress mas fora do contexto da organização, Criar um Gabinete de apoio psicológico na organização, com terapeutas e psicólogos, coaching emocional para ajudar a lidar com situações difíceis) |
| 4 | Formação para a gestão de emoções (e.g., mais formação na área da psicologia) |
| 4 | Promover mais encontros profissionais onde os enfermeiros pudessem partilhar experiências |
| 2 | Criação de sala de refúgio (ter um ambiente propício para compreender, discutir e refletir sobre a prática de enfermagem) |
| 2 | Preferência pela inexistência de formas de apoio por parte da organização |
| 1 | Terapeutas de reiki, medicinas alternativas disponíveis para os profissionais |
| 1 | Sessões de fisioterapia e massagem |

Face á ausência de apoio emocional que referem sentir, os entrevistados sugerem diversas formas pelas quais gostariam de ser ajudados para lidar com as situações mais difíceis do trabalho. Nove inquiridos sugerem a criação de formas de apoio psicológico, tais como um gabinete de apoio psicológico com terapeutas e psicólogos para poder desabafar e aprender estratégias para lidar com situações mais difíceis e apoio psicológico para lidar com o stress, mas fora do contexto da organização.

“... Gostaria de ter uma equipa de profissionais especializados que nos apoiasse, ajudasse a desenvolver técnicas e capacidades para lidarmos e gerirmos saudavelmente todas as situações mais difíceis... Penso que se houvesse esse apoio, talvez conseguíssemos evitar ou retardar o aparecimento de situações de demência e doenças psiquiátricas que tanto se manifestam nos profissionais de enfermagem. (...) Penso que seria fundamental um gabinete de apoio com profissionais de coaching...um psicólogo, um psiquiatra, que, em conjunto, desenvolvessem ferramentas de apoio e ajuda para ajudar no bem-estar dos profissionais... se calhar, é pedir muito...mas acho que seria fundamental...E, sem dúvida, que um profissional apoiado, motivado e saudável se torna melhor prestador de cuidados e acaba por ser mais rentável, o que no fundo é ótimo para a instituição.”
(Enfermeira 1)

"...Acho que devíamos ter acompanhamento por psicólogos ou terapeutas que nos ajudassem a ter momentos de relaxamento e nos dessem estratégias para lidar com as situações mais difíceis." (Enfermeira 8)

"...o hospital poderia ter medidas de apoio, por exemplo, um consultório de psicólogo para os trabalhadores, ou um grupo de apoio emocional onde todos participavam à vez para partilhar experiências." (Enfermeira 20)

"... talvez se pudéssemos frequentar a ajuda de um psicólogo, mas sem sempre fora do contexto da organização. E eu acho que tem que haver uma grande abertura, que nós em Portugal não temos, que é por exemplo a questão dos aviadores... um piloto de avião se for a uma consulta de psicologia vai ter muita dificuldade em pilotar novamente porque vão ver que ele não está psicologicamente capaz de pilotar o avião e, se calhar, não nessa escala, mas as empresas podem pensar nisso, e nós lidamos com a vida das pessoas." (Enfermeiro 2)

No mesmo sentido, 4 pessoas referem a importância de ser facultada formação para a gestão das emoções e mais formação na área da psicologia.

"...eu sei que, por exemplo, na oncologia eles têm outro tipo de apoio que nós não temos... se calhar alguém com quem falar...talvez um gabinete de apoio na área da psicologia, formações na área emocional." (Enfermeira 17)

"...talvez mais formação mesmo à base da área da psicologia, sobre estratégias [psicológicas] porque acho que isso existe pouco." (Enfermeira 11)

Outras 4 pessoas fazem referência à promoção de mais encontros profissionais onde os enfermeiros pudessem partilhar experiências.

"Ter alguém para comunicar isso, as vezes desabafar é o essencial." (Enfermeira 19)

"Mais formações e encontros centrados em nós profissionais, nas nossas emoções e estratégias para lidar com situações difíceis." (Enfermeira 21)

Dois indivíduos sugerem a criação de uma sala de refúgio no local de trabalho que ofereça um ambiente propício para compreender, discutir e refletir sobre a prática da enfermagem.

"...Sei que já se falou em criar um espaço para podermos estar sozinhos nas situações mais difíceis... no bloco operatório, há uma sala para dar as notícias de óbito aos familiares...agora para os profissionais de saúde...acho que ainda não há." (Enfermeira 18)

Por último, um dos inquiridos aludiu à implementação de terapeutas de reiki e medicinas alternativas disponíveis para os profissionais e outra pessoa a sessões de fisioterapia e massagem.

"É difícil pensar em tudo mas se calhar a organização de uma equipa de psicólogos, terapeutas de reiki, medicinas alternativas que semanalmente trouxessem a cada serviço estratégias a utilizarmos, em que pudéssemos "discutir" situações, e arranjar alternativas para ultrapassar aquele obstáculo, sem ser recorrer a baixas médicas ou medicação." (Enfermeira 15)

De referir que 2 pessoas não gostariam de ter apoio por parte da organização ou que não fariam grandes mudanças nesse aspeto.

“Não gostaria. Acho que estou bem assim... sei lidar com as situações. Se tiver de chorar por um doente, choro... faz bem chorar, somos humanos, não somos de ferro.” (Enfermeira 10)

“Como já fui dizendo, eu não tenho muito do que me queixar neste aspeto, mas aquilo que eu acho essencial é termos uma pessoa que nos possa ouvir, termos a liberdade para realmente expressarmos aquilo que estamos a sentir. E eu tenho isso, felizmente eu tenho essa abertura dentro da minha equipa.” (Enfermeira 5)

Uma vez terminada a apresentação dos resultados, a última parte deste trabalho está centrada na conclusão e discussão dos resultados e nos contributos e limitações desta pesquisa.

Quarto Capítulo: Conclusão, Limitações e Pistas para Futuras Investigações

4.1. Discussão dos Resultados e Principais Contributos do Estudo Empírico

Neste capítulo são discutidos os resultados obtidos pelo estudo empírico, tendo por base um confronto com a literatura existente sobre Trabalho Emocional. Nesta medida, tendo em consideração os dados empíricos abordados, é feita uma reflexão sobre os seus contributos mais importantes. Por último, são abordadas algumas das limitações sentidas ao longo do trabalho e sugeridos aspetos considerados pertinentes para estudo em futuras investigações relacionadas com a carga emocional nos profissionais de enfermagem.

a) Aspetos positivos e negativos do trabalho do enfermeiro

Os **aspetos positivos** mencionados no contexto laboral pelos entrevistados estão diretamente relacionados com o doente e com a sua família, sendo que o primeiro aspeto se prende com a gratificação pessoal obtida pelo profissional quando o doente recupera do seu estado de doença e a felicidade e satisfação que isso lhe proporciona enquanto profissionais de saúde. Este aspeto mencionado pelos entrevistados vai de encontro ao que os autores Rose e Glass (2010) refletem sobre o sentimento de gratificação. Os autores defendem que este sentimento está relacionado com a satisfação que os profissionais sentem por contribuírem para o bem-estar dos utentes, a criação de relações fortes que estabelecem com os mesmos e o sentimento de que fizeram realmente a diferença na vida das pessoas enquanto estas estavam ao seu cuidado.

O prazer em cuidar dos outros e proporcionar bem-estar, alegria, descontração e tranquilidade ao doente são outros aspetos mencionados pelos enfermeiros, e como corroboram os autores Siffleet, Williams, Rapley e Slatyer (2015, p.306), quando os enfermeiros percecionam que fizeram o melhor na sua prática com os doentes e as suas famílias, surge o bem-estar emocional que gera no profissional “sentimentos de felicidade, prazer e satisfação pessoal”.

Outros enfermeiros referiram que este sentimento de gratificação, já anteriormente citado, também é possível sentir num outro âmbito, a gratificação em contactar, conversar com o doente e a família, bem como tranquilizá-los, estabelecendo uma relação de empatia e confiança e uma relação próxima entre a tríade: enfermeiro, doente e família. Adicionalmente, é também sublinhado o reconhecimento e respeito por parte do utente e familiares pelo trabalho do enfermeiro. Neste contexto, Henderson (2001) menciona que o contacto emocional que os profissionais nutrem com os utentes é um grande fator de satisfação. Tal como para Henderson (2001), também Siffleet et al. (2015),

referem que o bem-estar emocional está associado aos sentimentos de satisfação e ao contacto entre o enfermeiro e o utente na prestação dos melhores cuidados possíveis. Siffleet et al. (2015) acrescentam ainda que a melhor prestação de cuidados ocorre no momento em que os enfermeiros exibem cuidados holísticos, quando os profissionais de enfermagem fazem tudo o que podem pelos utentes e famílias e desta forma alcançam as suas metas. Os mesmos autores enumeram estas metas como: a recuperação e minimização das dores dos doentes e o sentimento de dever cumprido no final de um dia de trabalho que no fundo, são outras das considerações positivas apontadas pelos nossos entrevistados no decorrer do estudo. Os resultados empíricos do estudo realizado vão de encontro ao citado pelos autores anteriormente, destacando-se: o alcance de objetivos e metas estipuladas pelos profissionais para cuidar dos doentes, o reconhecimento e respeito quer dos utentes como das suas famílias, manter uma relação empática entre enfermeiro e o doente e a contribuição para a recuperação do estado clínico do paciente. No presente estudo estes são os pilares que sustentam a satisfação e o bem-estar para o profissional de enfermagem.

O sentimento de bem-estar, satisfação e gratificação ocorre quando os enfermeiros sentem que foram capazes de fazer tudo o que estava ao seu alcance para contribuir para a recuperação do utente. Apesar desta melhoria de saúde nem sempre se verifica, os profissionais podem sentir a gratificação no modo como a família do doente reconhece o seu trabalho. No decorrer da análise foi constatado que além do paciente, também a família é um elemento a ter em consideração no desempenho da sua atividade. Elemento esse que requer cuidados adicionais por parte dos profissionais, especialmente nos quadros clínicos mais complicados. Sem dúvida, é exigido a estes trabalhadores, capacidades emocionais bastante rigorosas, uma vez que, todos os dias são confrontados com essa necessidade.

Estes resultados contribuem para que as organizações tenham acesso aos aspetos positivos mencionados pelos trabalhadores, permitindo-lhes proporcionar um investimento na formação da área de interesse do profissional, promover um maior período de contato com o utente/família, de forma a contribuir para uma maior satisfação do utente/família, bem como do enfermeiro. E desta forma, tem profissionais mais satisfeitos, que mais facilmente atingem os objetivos a que se propõem e naturalmente com menos consequências resultantes do trabalho emocional.

Relativamente aos **aspetos negativos**, o facto mais reportado nos aspetos negativos coincidiu com a constatação da existência de utentes hostis e de famílias apelativas com as quais a interação se torna difícil de manter. Como manifestam os autores Siffleet et al. (2015), quando os enfermeiros percebem que não estão a ser capazes de prestar os melhores cuidados ao doente despoja neles um sentimento de angústia, insatisfação e diminuição do bem-estar emocional, sendo que, algumas

das razões para que os enfermeiros não prestem os melhores cuidados está relacionado com o lidar com doentes traumatizados, agressivos, irritados e doentes que já tinham um historial de longa duração no hospital ou mesmo com familiares igualmente hostis ou demasiado apelativos. No estudo, os resultados também corroboram com estas conclusões.

Lidar diariamente com a imprevisibilidade do estado do doente é outro dos factos que os enfermeiros deste estudo reportam como negativo. Siffleet et al. (2015) abordam a mesma temática, afirmando que a degradação do estado de saúde dos doentes é um dos motivos que lhes gera stress e ansiedade. No mesmo sentido, também os enfermeiros, que referem não se conseguir abstrair do sofrimento, por essa razão, estão mais sujeitos a uma carga emocional negativa como “tristeza, sofrimento, infelicidade, angústia, ansiedade, medo, frustração, desilusão e insatisfação” (Siffleet et al., 2015, p.306).

Outros dos aspetos referenciados pelos entrevistados são a dificuldade de gestão de tempo e tarefas face às necessidades particulares de cada utente e família, o rácio desadequado de profissionais para o número de utentes e a impossibilidade de fazer pausas devido ao elevado volume de trabalho. Estes aspetos são verificados também no estudo de Pisaniello e colegas (2012), onde é especificado que o trabalho emocional por vezes pode não ser totalmente realizado porque os enfermeiros têm um enorme conjunto de tarefas a realizar durante o seu turno e sentem-se sobrecarregados. Esta enormidade de tarefas a seu cargo interfere com a interação e estabelecimento de uma relação emocional forte com os utentes (Pisaniello et al., 2012). Também isto parece suceder no caso dos enfermeiros do presente estudo, pelo menos em alguma escala.

As diferentes imprevisibilidades do estado de saúde do paciente, tais como a morte de um utente, situações imprevisíveis relativas à evolução do estado de saúde do paciente e presenciar a deterioração do seu estado clínico, são outros dos pontos desfavoráveis e mencionados pelos profissionais de enfermagem. Como mencionam Bakker e Heuven (2006), a doença, a morte, o sofrimento, quer físico ou emocional, não deixará de fazer parte do trabalho que os enfermeiros têm em mãos. A solução apontada por Bakker e Heuven (2006), para combater estas exigências profissionais e emocionais, é dotar os funcionários de competências para regular toda esta panóplia de emoções.

De acordo com a maioria dos enfermeiros entrevistados a relação com os familiares depende dos próprios familiares, alguns referem criar uma relação empática e evitar conflitos, mas, de um modo geral, referem não ser fácil lidar com situações como a comunicação da morte ao familiar. Na visão de Bailey et al. (2015), as famílias dos utentes são uma fonte de stress. Neste sentido, alguns

profissionais neste estudo também mencionaram o desrespeito e a desvalorização pelo profissional por parte do doente e da sua família e incapacidade de reconhecimento por parte dos mesmos. No entanto, são também referidos casos de empatia para com os familiares, mas a maioria são relatos de situações complicadas. Siffleet et al. (2015) também reportam que cuidar das famílias é difícil, em particular quando existem situações difíceis de gerir, tais como a morte do ente querido, o que faz com que o enfermeiro se sinta impotente e triste.

O sentimento de impotência é também sobejamente mencionado pelos enfermeiros entrevistados. Lidar com situações de mau prognóstico quanto à situação de saúde do utente, lidar com a omissão da informação em situações de mau prognóstico como, por exemplo, saber que o doente vai falecer e ter de omitir essa informação ao próprio doente e à família são fatores enumerados como causadores de sentimentos de insatisfação no trabalho dos enfermeiros. A exigência do trabalho tem a ver com o que Rose e Glass (2010) chamam de fardo emocional e a gestão de emoções negativas na relação entre utente e enfermeiro. Segundo estes autores, para que isto seja atenuado, é necessário “melhorar os relacionamentos, procurar apoio, desenvolver aptidões e alcançar resultados de qualidade no atendimento ao cliente” (Rose & Glass, 2010, p. 1409).

b) Significados e Situações Atribuídas ao Trabalho Emocional

No decorrer da prática profissional o carinho, a felicidade, a alegria, a humildade, a honestidade, a sinceridade, a aceitação, a satisfação, a compaixão, a amizade, o amor e gratidão são alguns dos sentimentos e emoções experienciados pelos profissionais de enfermagem que advêm de situações positivas, tais como, receber a visita de um utente no serviço depois da sua alta, assistir ao nascimento de um bebé, presenciar situações de recuperação do utente, práticas geradoras destas emoções positivas, nomeadamente, os cuidados de higiene, os posicionamentos, as transferências, os autocuidados de eliminação urinária e intestinal, o tratamento de feridas e preparação de terapêutica.

Por outro lado, os tipos de emoções negativas experimentadas pelo enfermeiro no trabalho são: o sentimento de impotência perante a situação de morte, sentimentos de tristeza, ansiedade e stress, o não conseguir salvar alguém, ou seja, não atingir os seus objetivos e metas de trabalho. As práticas de enfermagem associadas a estas emoções negativas podem ser sentimento de impotência face à impossibilidade de dar cuidados mais personalizados a cada doente e sentimento de não dever cumprido no final de um dia de trabalho e a incapacidade de “desligar da dor” vivenciada pelo utente.

c) Formas de trabalho Emocional

Suprimir e camuflar/fingir as emoções genuínas e evitar a transferência de emoções negativas do nível pessoal para o utente são as três formas adotadas pelos enfermeiros entrevistados para lidar com a expressão das emoções no decorrer do trabalho, sendo que, dentro desta supressão e fingimento de emoções estes referem a dificuldade no controlo das emoções em situações de sofrimento e a supressão das emoções negativas.

Bolton (2000) estudou um grupo de enfermeiros ginecologistas e concluiu que os enfermeiros procuravam manter sempre o seu “rosto profissional” (Bolton, 2000, p. 584) não podendo, por isso, exteriorizar verdadeiramente a sua tristeza quando, por exemplo, existia um aborto em fim de gestação ou um bebé que nascia com anomalias. Porém, ter que fazer com muita frequência isto era difícil para estes profissionais porque acabavam por se envolver emocionalmente com as famílias, o que requeria, igualmente, que passassem por todo o processo de luto tal como os pais desses bebés, mas mantendo, todavia, uma imagem profissional. Isto implicava, para estes enfermeiros, ter que trabalhar duplamente as suas emoções, quer na relação com o utente quer depois fora do contexto de trabalho. As descrições do trabalho emocional realizado por alguns dos enfermeiros entrevistados corroboram também estas conclusões.

Esta forma de fingimento emocional relatada por Bolton (2000) também é referida pelos enfermeiros estudados quando dizem que têm de demonstrar uma “expressão facial adequada”, a par disto, são contadas ainda outras formas de fingimento emocional, são elas: forçar emoções positivas na relação com os familiares de forma a protegê-los a nível do desgaste emocional, forçar emoções em situações em que os doentes se demonstram pouco colaborantes e forçar o sorriso em situações em que o utente desconhece o seu diagnóstico. De acordo com Staden (1998), a supressão das emoções próprias colocam a pessoa numa situação de fragilidade emocional. No entendimento de Grandey, Fisk e Steiner (2005), a supressão das emoções espontâneas e o fingimento de emoções não genuínas criam tensão entre os profissionais e os clientes.

Para Mann (2005), os enfermeiros apesar de tentarem exprimir as emoções em consonância com as regras de exibição estipuladas pela organização, vivenciam situações em que as emoções que são verdadeiramente sentidas não correspondem às emoções desejadas. A dissonância emocional surge quando os enfermeiros têm que extinguir certas emoções que são inerentes a si próprios e substituí-las por emoções que não são as suas, mas sim as expectáveis pela entidade ou chefia (Mann, 2005). No presente estudo, apesar de os enfermeiros procurarem adequar as suas emoções ao que é prescrito organizacionalmente, a verdade é que muitos deles sentem que são melhores profissionais, e que prestam um cuidado mais holístico ao doente, quando partilham com este as suas emoções

genuínas e quando não há fingimento emocional. Isso cria uma relação de maior intimidade, proximidade e afeto entre enfermeiro/doente/família do doente. Um contributo trazido pelo nosso estudo é precisamente o de sublinhar os aspetos positivos que derivam do não fingimento emocional.

d) Estratégias individuais para lidar com as emoções

No que concerne às **estratégias individuais para lidar com as emoções**, são identificados dois tipos de estratégias desenvolvidas pelos profissionais para lidarem com a carga emocional em contexto laboral, sendo elas: as estratégias pró-ativas e as estratégias reativas.

Nas **estratégias pró-ativas**, os entrevistados referem algumas medidas utilizadas para diminuir a carga emocional negativa resultante do trabalho, nomeadamente: a prática de exercício físico, atividades de meditação, frequentar formações, atividades de lazer, ler e ver filmes, aumentar a intensidade do convívio social. Como refletem Barnett, Hays e Cantu (2019), fazer pausas no trabalho, realizar atividades com os colegas de trabalho, executar exercícios de relaxamento e o desenvolvimento de estratégias cognitivas, como a regulação emocional, meditação e reavaliação cognitiva, que ajudam na regulação das emoções e na repressão de sentimentos negativos. Se estas estratégias forem implementadas por cada enfermeiro, a fadiga e stress podem diminuir, o que conseqüentemente pode levar a um aumento na produtividade. São estes os resultados que se verificam com um grande número de entrevistados da análise.

Outra estratégia pró-ativa consiste no trabalho diário na tentativa de autodesenvolver competências sociais e interpessoais, tais como, criar uma relação empática com o utente. Como refere Gray (2010), é importante haver um envolvimento na relação entre enfermeiro e utente para ajudar o primeiro a lidar com os problemas que vão surgindo ao longo da jornada de trabalho. A realização do trabalho emocional é uma componente chave nas relações interpessoais entre o enfermeiro e o utente e na ligação e criação de elos entre os dois (Smith & Gray, 2001). Como espelha Henderson (2001), a relação entre o enfermeiro e utente deve ser como “dançar o tango”, ou seja, cada um, seja o enfermeiro ou o utente, devem entreajudar-se, o que traz vantagens para ambos.

Trabalhar mentalmente as dimensões morais e ética do cuidar e preparar conscientemente a forma de comunicar as más notícias são outras das estratégias pró-ativas identificadas. A este respeito, Staden (1998) examinou três enfermeiras experientes e conseguiu apurar que todas elas identificavam o trabalho emocional como um trabalho que não era passível de ser contabilizado ou mensurado e, por essa razão, não se sentiam reconhecidas nem valorizadas por esse esforço. As enfermeiras neste estudo referiram que os enfermeiros eram vistos fundamentalmente como cuidadores e que, por isso, a forma como expressavam emoções, o seu tom de voz, e até a sua linguagem corporal, eram

elementos a considerar no exercício das suas funções (Staden, 1998, p.152). A título de exemplo, as enfermeiras referem que cuidar é "o tom da voz, a expressão no rosto e a linguagem corporal" (Staden, 1998, p.152); e tudo isto, passa pela "preparação para enfrentar a difícil situação de falar com o doente que está a morrer e os seus familiares" (Staden, 1998, p.152). Estas enfermeiras sublinham assim que uma das preocupações fundamentais que tinham consistia em conseguirem exibir a expressão e o tom de voz adequados quando interagiam com os doentes e os seus familiares em situações delicadas. Neste estudo, os entrevistados revelam também ter este tipo de preocupação na realização do trabalho emocional em situações muito delicadas.

A reflexão constante do desempenho profissional é uma das estratégias também mencionada pelos enfermeiros. Segundo os entrevistados, isso permite um agir centrado sobretudo no cuidar transmitindo uma maior segurança ao utente e à sua família, assim como permite aos profissionais lidar mais facilmente com a carga emocional negativa a fim de evitar possíveis consequências que da mesma advém. No estudo de Gray e Smith (2008) com enfermeiras, docentes, gestoras e diretoras, os autores concluem que a reflexão e supervisão de emoções são importantes para a prevenção do burnout (esgotamento) e do stress emocional. De várias entrevistas, grupos focais, seminários, reuniões, entre outros métodos de recolha de dados, obtidos por Smith e Gray (2001), emerge que o trabalho emocional, para todas as enfermeiras do estudo, é a componente indispensável do papel da enfermeira, o que se espelha no paciente fazendo com que "se sinta seguro, confortável e em casa" (Smith & Gray, 2001, p.44). Como podemos confirmar pelo relato de uma enfermeira desse mesmo estudo: "Eu sinto que o trabalho emocional é a maneira como as enfermeiras cuidam das pessoas, para que se sintam confortáveis e os seus familiares sintam que estão seguros..." (Smith & Gray, 2001, p.44).

Rees (2013) também reporta a importância dos processos reflexivos, considerando que estes contribuem para a diminuição da angústia no local de trabalho dos enfermeiros. Os enfermeiros do estudo de Rees (2013) conferem uma dualidade a estas reflexões, por um lado, aproveitam para se distanciarem emocionalmente dos pacientes e, por outro, aproveitam para enriquecer o contacto com o doente. Para Rees (2013), os enfermeiros estavam satisfeitos com os seus processos reflexivos e na forma como isso os auxiliava a camuflar as emoções, mas no final de cada turno havia sempre a necessidade de descarregar toda a carga emocional acumulada ao longo do dia. O mesmo se verifica com enfermeiros deste estudo, que revelam que a camuflagem de emoções negativas na relação com o paciente dá azo à necessidade de posteriormente extravasarem isso de algum modo, mas já fora do contexto profissional, como por exemplo, nas relações familiares e de amizade.

Neste estudo, são identificadas como **estratégias reativas** partilhar emoções e situações stressantes sobre o dia-a-dia enquanto enfermeiro, partilhar essas emoções e experiências com colegas, amigos e família. Todos os enfermeiros deste estudo refletiram que a partilha das emoções ajuda a diminuir o stress do trabalho e muitas vezes proporciona um ambiente mais descontraído e lúdico. Williams (2012) entrevistou estudantes de ciências paramédicas para averiguar as noções e experiências que tinham acerca do trabalho emocional e as ferramentas que utilizavam para o enfrentar. Os resultados apontaram que todos os estudantes sublinhavam e davam mérito aos amigos, colegas de trabalho, familiares e mentores clínicos por os ouvirem e poderem desabafar sobre as suas vivências. Assim, os estudantes optavam por dialogar com os seus companheiros e familiares porque davam valor à privacidade e, por isso, podiam falar abertamente e contar com o apoio daqueles. No presente estudo, há a ressaltar que a partilha de experiências e emoções é muito realizada entre colegas, o que significa que existirão fortes laços de amizade entre muitos destes profissionais de enfermagem porque os próprios, melhor do que ninguém, conseguem compreender toda as particularidades que decorrem do trabalho emocional que fazem diariamente.

Outra das estratégias assimiladas pelos entrevistados é a capacidade de não permitir que os problemas pessoais interfiram na vida profissional e vice-versa. Na perspetiva de Humphrey, Burch e Adams (2016) os trabalhadores transportam consigo as experiências emocionais externas ao trabalho para dentro da organização, ou seja, levam as emoções externas para o local de trabalho. Quando ocorrem situações desestabilizadoras na vida pessoal dos enfermeiros, estes não conseguem conseguir demonstrar emoções apropriadas e verdadeiras e a partir daí surgem as consequências negativas no seu bem-estar mental (Mann, 2005). No caso dos nossos enfermeiros, estes mencionam que as emoções resultantes do trabalho são transferidas mais vezes para a esfera pessoal e familiar do que o inverso.

Outras estratégias reativas referidas por estes profissionais incluem criar um “escudo” e afastamento emocional do utente e família, o ser-se reservada no trabalho, e a capacidade para se afastar quando se encontra emocionalmente desgastado. Estas são claramente estratégias de autoproteção do enfermeiro que já se encontra numa fase avançada de desgaste psicológico e emocional. Henderson (2001) expõe que uma enfermeira para se proteger dos aspetos negativos do seu trabalho desliga-se de tudo para não pensar naquilo que se passou no local de trabalho. A mesma autora diz que é difícil distinguir entre o momento em que devemos desligar as emoções, e, por isso, é necessário avaliar o contexto e a situação e equilibrar o uso das emoções (Henderson, 2001). Também para Bakker e Heuven (2006) é imprescindível que o profissional interaja com o utente, mas sempre

com uma certa distância emocional, de modo a que a relação não transgrida para o âmbito pessoal, mantendo-se apenas a nível profissional.

e) Consequências do trabalho emocional

São descritas como **consequências do trabalho emocional** a síndrome de esgotamento/ *burnout* refletido no sentimento de exaustão emocional e problemas de saúde física como o cansaço físico, o impacto negativo sobre o sistema imunológico, com implicações sobre a saúde, originando insónias, fadiga, hipertensão e neoplasias, entre outros sintomas físicos e mentais, que foram identificadas após a entrevistas dos enfermeiros neste estudo. Como relatam Bakker e Heuven (2006), os enfermeiros são submetidos a elevados níveis de exaustão emocional, isto porque têm que demonstrar constantemente empatia e preocupação para com os seus utentes e, nesse sentido, torna-se muito importante regular os sentimentos e expressões.

Como caracterizam Guajardo e Vásquez (2018), o trabalho emocional pode conduzir a efeitos na saúde dos enfermeiros. Os mesmos autores, referem como outra das consequências do trabalho emocional os sintomas depressivos. Os sintomas depressivos têm uma relação com a carga emocional imposta pelo trabalho, quer isto dizer que quanto maior for a carga emocional maior serão os sintomas depressivos, o que pode prejudicar a prestação de cuidados de saúde e a relação com o paciente. Quando isto sucede continuamente e recorrentemente poderá conduzir à exaustão profissional e a outras doenças resultantes da somatização desta carga emocional constante (Guajardo & Vásquez, 2018).

O sentimento de insatisfação com o trabalho é outras dos desfechos do trabalho emocional que uma grande parte dos profissionais mencionam. Como sublinham Guajardo e Vásquez (2018), a insatisfação com o trabalho é uma das consequências negativas do trabalho emocional, considerando fundamental que o trabalhador tenha a capacidade de lidar com as emoções negativas do trabalho e substitua essas emoções por emoções positivas. Só desta forma o sentimento de insatisfação diminui e a satisfação profissional aumenta.

As aposentações antecipadas ao trabalho foi outro dos aspetos negativos referido. Ladstätter, Garrosa e Junming (2014, p.96) definem a enfermagem como uma “profissão altamente vulnerável ao stress”. Os enfermeiros atravessam muitas situações de stress, ao longo do dia de trabalho, e têm que continuar com a melhor prestação de cuidados de saúde e transmitir tranquilidade ao paciente, tudo isto faz com que lidem com uma elevada carga de trabalho emocional (Imani, Kermanshahi, Vanaki & Lili 2018). Os aspetos emocionais e cognitivos que contribuem para o desequilíbrio emocional e stress devem ser prevenidos para não se intensificarem no futuro (Guajardo & Vásquez, 2018). Para que os

enfermeiros se adaptem e superem a pressão emocional e stress é necessário que estes entendam a importância do trabalho emocional e que este se vá tornando cada vez mais compreensível e transparente (Diogo, 2012).

f) Políticas e práticas organizacionais sugeridas pelos enfermeiros para uma gestão eficaz das emoções no trabalho

Por último, abordam-se as **políticas e práticas organizacionais sugeridas pelos enfermeiros para uma gestão eficaz das emoções no trabalho**, e no que diz respeito a este ponto, mais de metade dos enfermeiros afirma não falar com a chefia acerca das suas emoções e a maioria afirma não ter apoio emocional por parte da organização na qual trabalham. Como anteriormente referido, os enfermeiros entrevistados preferem conversar e trocar ideias com os profissionais da mesma área e desabafar com pessoas próximas. Como também refletem os enfermeiros do estudo de Henderson (2001) que não sentem apoio por parte da organização, mas sentem apoio por parte dos colegas. O trabalho em equipa, o bom ambiente no local de trabalho e entreajuda profissional, são fatores preponderantes para o bem-estar emocional, por outro lado, a ausência destes fatores e os conflitos com colegas pode levar a sentimentos de ansiedade (Siffleet et al., 2015).

Para outros profissionais de saúde e estudantes da área da saúde é também importante conversar durante o trabalho com o seu supervisor clínico. Como fala um entrevistado, no estudo levado a cabo por Smith e Gray (2001, p.233), acerca dos tutores/supervisores clínicos: “estou nos últimos meses da minha formação para ser enfermeira, e o meu tutor é quem mais me ajuda no que fazer”.

Os líderes também são uma parte importante quando se trata e aborda o tema do trabalho emocional (Humphrey, Pollack & Hawver, 2008). Estes autores explicam que os líderes eficazes apresentam um vasto espectro de emoções e devem saber como lidar com essas emoções. Em situações em que os trabalhadores se sentem inseguros, ou em dúvida perante uma determinada situação, com certeza vão espelhar a atitude que o líder utilizaria nessa determinada situação. Para além disso, se os líderes se apresentarem como otimistas, todo o seu grupo se sente atingido e, conseqüentemente, contribui para o aumento do humor positivo e a confiança na equipa (Humphrey, Pollack & Hawver, 2008). Mais do que sentirem-se confiantes, os líderes devem conseguir atingir e demonstrar essa confiança para os seus funcionários, entra aqui uma noção muito importante que é a de contágio emocional que “ocorre quando as pessoas captam ou começam a compartilhar o humor

das pessoas ao seu redor” (Humphrey et al., 2008, p.157). Os líderes que “realizam trabalho emocional serão percebidos como melhores comunicadores, e a ação profunda será mais eficaz do que a ação superficial para aumentar as percepções da capacidade de comunicação” (Humphrey et al., 2008, p.159). Por isso, o tipo de trabalho emocional que decidem transmitir ou utilizar influencia toda a equipa que gerem, bem como os seus comportamentos.

Os enfermeiros nesta investigação sugerem algumas medidas que poderiam ser implementadas pela organização para ajudá-los a lidar com todo o leque de emoções e sentimentos a que estão expostos diariamente. A principal escolha dos profissionais foi a implementação de formas de apoio psicológico, como a criação de um gabinete de apoio psicológico, ou mesmo o apoio psicológico fora do contexto da organização. Também desejável seria a formação na área da gestão de emoções, a formação na área da psicologia, e promover mais encontros profissionais onde os enfermeiros pudessem partilhar experiências. Menos referido pelos entrevistados foi a criação de uma sala de refúgio e terapias alternativas como o reiki e sessões de fisioterapia e massagem. Nesta matéria, Houck (2014) defende um conjunto de práticas para os enfermeiros desenvolverem capacidades e aptidões para se manterem saudáveis a nível físico e emocional, e que incluem a formação, o aconselhamento e oportunidade para fazer o luto, desenvolver estratégias de autocuidado e capacidades de comunicação, apoio psicológico de profissionais, reuniões de equipa, rotatividade dos enfermeiros, entre outros aspetos. Macqueen (2000) menciona que é de extrema importância que os enfermeiros recebam formação, para facilitar as relações interpessoais e poderem auxiliar os utentes da melhor forma possível.

Também Mann (2005) especifica que o trabalho emocional é uma ferramenta base para tornar o percurso dos utentes nos cuidados de saúde o mais fácil possível, para isso é necessário que aquando da sua formação enquanto enfermeiros recebam ferramentas para lidar com os efeitos do trabalho emocional. Guajardo e Vásquez (2018) partilham a mesma opinião que Mann (2005), dizendo que o trabalho emocional é inerente à prática da profissão de enfermagem e, muitas vezes, os enfermeiros só o percebem quando estão já em contexto de trabalho. Por isso, é necessário criar e fortalecer ferramentas para evitar as consequências negativas do trabalho emocional como, por exemplo, o camuflar ou suprimir emoções genuínas, e, para isso, sugerem que durante a formação os enfermeiros sejam treinados para reconhecer as suas emoções, de forma a conseguir controlá-las e, assim, realizarem todas as tarefas profissionais da melhor forma possível. É importante que os enfermeiros aprendam a gerir a carga emocional favoravelmente, nomeadamente sempre que se tratam de emoções negativas como a impotência, o desgosto ou a tristeza pela morte de um utente.

A noção apresentada por Guajardo e Vásquez (2018) de que o trabalho emocional é intrínseco na profissão de enfermagem é, de resto, corroborada pela voz de uma enfermeira da pesquisa de Henderson (2001), que diz que “tudo o que aprendeu enquanto aluna foi somente o básico, sendo que, todo o campo emocional que está inerente à sua profissão foi deixado de lado”. O grande contributo do presente trabalho é precisamente o de chamar a atenção para a importância da dimensão do trabalho emocional realizado pelos enfermeiros, quer em termos positivos quer negativos, pois a realização de trabalho emocional reveste-se desta polaridade, como aliás se confirma nas várias narrativas dos entrevistados sobre as suas experiências.

Em suma, Golfenshtein e Drach-Zahavy (2014) sugerem algumas práticas que podem ser implementadas no âmbito do desenvolvimento de ferramentas para lidar ou implementar o trabalho emocional e ganhar consciência das emoções para prestar melhores cuidados de saúde. Algumas das sugestões são o desenvolvimento de aptidões, como autoconsciência e regulação emocional, diálogo e consciencialização acerca das emoções e práticas para implementar a atuação superficial e profunda, e atividades para fomentar empatia e interação com os pacientes, primando pela utilização da atuação profunda.

4.2. Conclusões e Contribuições do Estudo

O tema desta investigação diz respeito ao Trabalho Emocional nos Profissionais de Enfermagem, tendo sido definidas para o estudo as questões de partida como ponto de orientação dos objetivos alcançar. Após toda a investigação empírica, conclui-se que uma grande parte dos resultados obtidos vai de encontro aos estudos já realizados sobre a temática por vários autores que foram mencionados anteriormente na revisão da literatura. No entanto, existem alguns pontos abordados pelos entrevistados, que são possíveis sugestões para uma futura investigação.

Deste modo, o trabalho emocional pode ter múltiplas consequências a nível da saúde e do desempenho do profissional na sua prática. Apesar dos profissionais considerarem que o cuidar do outro exige cuidar de uma forma holística e personalizada, que obriga a olhar para o utente como um todo, como um ser bio-psico-social, esta componente importante do trabalho tem sido negligenciada, desde o início das suas carreiras, enquanto são ainda estudantes, como mais tarde, enquanto, profissionais ativos, ao serviço de uma instituição.

Efetivamente, apenas a parte técnica é enfatizada ao nível da formação básica, o que dá a entender que estes profissionais também devem receber formação ao nível de competências sociais e emocionais. Como foi possível verificar nas respostas dos entrevistados, alguns profissionais com alguns anos de experiência admitiram que ainda hoje têm dificuldade em comunicar um falecimento

ou o agravamento repentino do estado de saúde de um utente. Assim como pista para futura de investigação, pode ser útil proceder a um diagnóstico das necessidades de formação emocionais dos enfermeiros, de modo a criar uma ferramenta com algumas linhas de orientação na gestão das emoções para a prática de enfermagem.

Como é imprescindível lidar com as suas emoções como ser humano, assim como lidar com as emoções enquanto profissional, é importante que o enfermeiro perceba como usar a sua inteligência emocional. É fundamental que haja uma boa gestão de toda esta carga emocional de forma a que a mesma não se torne prejudicial para os enfermeiros. De um modo geral, se fossem tomadas as devidas medidas pela chefia e organizações, possivelmente o trabalho emocional não seria tão nefasto para os profissionais. Segundo Grandey e Sayre (2019), quando os enfermeiros são sinceros e genuínos estão a agir de forma profunda e melhoram o seu desempenho, contudo, quando há a necessidade de fingir, agem de forma superficial, o que desencadeia consequências a nível do bem-estar psicológico. Também segundo Dijk e Kirk-Brown (2008, p.12) “os trabalhadores usaram a obrigação percebida de mostrar emoção não sentida para desviar a atenção para o seu trabalho, o que melhora os estados afetivos individuais, enquanto outros relataram que exibir emoção fingida é trabalhoso e exaustivo e produz resultados negativos, como cansaço, desconforto psicológico e dissonância emocional e sentimento de culpa”. Isto significa que poderá não haver uma fórmula única para a gestão das emoções, mas que terá que se ter em atenção as características individuais de cada profissional e o modo como eles preferem fazer trabalho emocional.

De acordo com a ótica de Grandey e Sayre (2019), algumas organizações obrigam ao controle das emoções por parte dos seus trabalhadores, o que reporta consequências a nível pessoal e profissional. Seguindo Mann (2005), os enfermeiros não são obrigados a seguir as regras de exibição estipuladas e esperadas pela organização, sendo que são autónomos o suficiente para realizar o trabalho emocional porque assim o desejam. Nestas situações, os profissionais de enfermagem, na maior parte das vezes, cuidam genuinamente do outro, e, através disso, sentem alegria, satisfação, felicidade, pelo que transparecem os verdadeiros sentimentos. Segundo Pisaniello et al. (2012), os profissionais puderam demonstrar que as emoções verdadeiras são alguns dos efeitos positivos do agir de forma profunda, apesar de este tipo de atuação não estar imune de propiciar problemas, mesmo assim, a representação superficial continua a ser ainda a mais prejudicial. Esta conclusão é, aliás, corroborada pela maioria dos entrevistados no nosso estudo, que preferem a demonstração genuína do cuidar do outro, sempre que possível. Os mesmos autores afirmam que a enfermagem é uma das profissões cujo trabalho emocional atinge um patamar de elevada complexidade, mas que pode ser

benéfico para a organização, para o utente, assim como para o profissional, dependendo de múltiplos fatores já mencionados (Pisaniello, et al., 2012).

Um dos contributos práticos deste estudo sobre Trabalho Emocional nos Enfermeiros diz respeito ao facto de ajudar as organizações de saúde a compreenderem que os seus funcionários carecem de formação ao nível da gestão emoções e sentimentos no âmbito laboral. Há assim a necessidade de as organizações desenvolverem estratégias preventivas de gestão do stress emocional dos seus profissionais. Nessa matéria, a organização pode promover ações que beneficiem os enfermeiros, tais como formações na gestão de emoções, rotatividade dos doentes, melhor organização na gestão de tarefas e de tempo no serviço tendo em consideração o rácio de profissionais, entre outros aspetos.

Com esta pesquisa ressalta a importância de existir profissionais motivados e com sentimentos positivos, como o bem-estar emocional, pois desta forma, prestam cuidados individualizados, personalizáveis e holísticos ao utente e família, beneficiando o utente, a família, o profissional, a chefia e a organização. Importante ressaltar que, como mencionado anteriormente, é fundamental que quer a chefia, quer a organização estejam sensíveis a esta necessidade e este fator tão crucial na prestação de cuidados de saúde qualidade.

A investigação desta área de estudo foi também vista pelos profissionais de saúde como uma mais valia no sentido em que sentem que há um interesse de estudo nesta área tão delicada e sensível a que são expostos diariamente. Através dos vários testemunhos e estudos foi comprovado que os seus sentimentos são partilhados por muitos outros profissionais da mesma área e que existem estratégias para minimizar os efeitos negativos/consequências que o trabalho emocional implica na prática de enfermagem. Desta forma, estão mais alerta e desportos para a procura de ajuda especializada nas situações de doença, como depressão, síndrome de burnout, ansiedade e stress.

Em suma, o trabalho de desenvolvimento pessoal por parte dos profissionais para lidar com esta carga emocional em contexto de trabalho, a sensibilização para a temática por parte da chefia e organizações, pondo em prática a promoção de formação, gabinetes de apoio psicológico, identificação das limitações do trabalho emocional, otimização e atuação com estratégias nas questões identificadas como problemáticas, são uma colaboração imprescindível para a diminuição da carga emocional e, conseqüentemente, a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, diminuição de baixas médicas, redução de acidentes de trabalho e inevitavelmente uma melhor gestão nos mais diversos âmbitos.

4.3 Limitações do estudo e pistas para investigações futuras

No que diz respeito às limitações deste estudo é de sublinhar que inicialmente as entrevistas com os enfermeiros não foram fáceis de obter, o que se deve ao facto de praticamente todos os enfermeiros trabalharem em horários rotativos e cerca de metade dos enfermeiros prestar serviços em mais do que uma instituição, sentindo-se uma constante preocupação com os horários. Devido a esta gestão da carga de trabalho e acumulação de funções, conseqüentemente algumas das entrevistas tiveram restrição de tempo dificultando a recolha de dados para a investigação.

Outra das dificuldades identificadas deveu-se ao reduzido número de entrevistados do sexo masculino, pelo facto de apenas um enfermeiro do sexo masculino ter-se predisposto a participar na entrevista, apesar de ter sido solicitado a vários profissionais masculinos.

Outro fator limitador foi a experiência dos profissionais que se dispuseram a dar o seu contributo para responder às questões de investigação. Observou-se que os enfermeiros entrevistados apenas trabalham na organização em média há aproximadamente seis anos, o que significa que são pessoas mais jovens, com menor experiência, e que por conseqüente, podem não ter tanta maturidade e estratégias desenvolvidas para lidar com a carga emocional, como as pessoas com uma carreira mais avançada e mais experiência profissional. Estudos futuros devem procurar uma amostra mais equilibrada em termos quer de representatividade de ambos os sexos e enfermeiros em diferentes faixas etárias e/ou estádios de carreira.

O facto de ser um estudo qualitativo e ter sido utilizada a entrevista como método de recolha de dados, pode-se considerar como uma limitação à generalização dos resultados desta investigação. Todavia, não é este o propósito de um estudo qualitativo, sendo que este pode ser replicado para outros contextos com total fiabilidade. Adicionalmente, em alguns dos enfermeiros verificou-se que tinham receio em tecer considerações acerca da sua organização e chefia, havendo uma constante preocupação pela confidencialidade e o facto de não identificar as suas instituições de trabalho. Isso foi assegurado através do consentimento informado por escrito.

Uma outra barreira limitadora identificada foi a constante preocupação de adequar a linguagem académica na utilização de termos em que o entrevistado percebesse aquilo que se pedia, visto que o trabalho emocional, apesar de estar presente ativamente na prática de enfermagem, não é um tema sobre o qual detenham formação. As dificuldades sentidas requereram ajustamentos a nível das questões do guião da entrevista, assim como na linguagem técnica utilizada ao longo da entrevista da parte da entrevistadora.

No que concerne às pistas para futuras investigações, vai um pouco de encontro às limitações encontradas, sendo, por isso, uma das pistas abranger um leque de pessoas com maior experiência profissional e assim recolher uma variedade de opiniões tendo em consideração múltiplas faixas etárias. O facto de a partilha de experiências entre enfermeiros ser tão usada como uma estratégia para lidar com a carga emocional da profissão deixa antever que a amizade no trabalho pode também ser um tema futuramente explorado, evidenciando assim os aspetos positivos, mas também negativos dessas relações afetivas.

Outra das pistas é desenvolver a investigação recorrendo a mais pessoas do sexo masculino e fazer a comparação de como são identificadas e vivenciadas as emoções e as estratégias desenvolvidas para lidar com elas, por comparação com o género feminino.

Adicionalmente, sugere-se a aplicação de mais entrevistas, num amplo número de instituições, de forma a comparar as diferentes considerações mencionadas pelos enfermeiros em cada instituição, uma vez que cada instituição tem a sua singularidade, política de trabalho, organização, gestão da prática de enfermagem (e.g., comparar instituições públicas e privadas de saúde). Desta forma, também seria possível obter-se um leque mais variado das especialidades dos serviços dos profissionais entrevistados, o que pode acrescentar e em muito em futuras investigações. Como mencionado no decorrer do trabalho, as diferentes áreas de enfermagem suscitam cargas emocionais distintas.

Por último, a análise do inquérito permitiu compreender e abrir uma janela de investigação sobre a relação da multiplicidade de tarefas com os momentos de pausa e as limitações de horários. Estes fatores revelaram ser bastante determinantes na gestão da carga emocional, pelo que a sua distribuição deve ser feita com especial atenção. Sem dúvida de que num futuro a inclusão nos horários de momentos para o enfermeiro relaxar, meditar e observar, vão influenciar diretamente o seu bem-estar.

São múltiplos os estudos nesta área tão subjetiva que é o trabalho emocional, contudo, consideramos que com novas investigações surgirão sempre perspetivas inovadoras sobre o tema, o que poderá proporcionar um maior conhecimento do que é o trabalho emocional, por parte quer de académicos quer de profissionais.

Referências Bibliográficas

- Allen, J. & Pugh, S. & Grandey, A. & Groth, M. (2010). Following Display Rules in Good or Bad Faith?: Customer Orientation as a Moderator of the Display Rule-Emotional Labor Relationship. *Human Performance, 23*, 101-115.
- Ashforth, B., & Humphrey, R. (1993). Emotional labor in service roles: the influence of identity. *Academy of Management Review, 18(1)*, 88-115.
- Ashforth, B. & Humphrey, R. (1995). Emotion in the Workplace: A Reappraisal. *Human Relations, 48*, 97-125.
- Atkinson, R. & Flint, J. (2001). Accessing hidden and hard-to-reach populations: Snowball research strategies. *Social Research Update, 33*.
- Bailey, S., Scales, K., Lloyd, J., Schneider, J., & Jones, R. (2015). The emotional labour of health-care assistants in inpatient dementia care. *Ageing and Society, 35*, 246-269.
- Bakker, A., & Heuven, E. (2006). Emotional Dissonance, Burnout, and In-Role Performance. Among Nurses and Police Officers. *International Journal of Stress Management, 13(4)*, 423-440.
- Barber, L., Grawitch, M., Carson, R., & Tsouloupas, C. (2010). Costs and benefits of supportive versus disciplinary emotion regulation strategies in teachers. *Stress and Health, 27(3)*, 173-187.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barnett, M., Hays, K. & Cantu, C. (2019). Compassion fatigue, emotional labor, and emotional display among hospice nurses. *Death Studies*. DOI:10.1080/07481187.2019.1699201
- Bell, J. (1997). *Como Realizar Um Projeto De Investigação*. Lisboa: Gradiva.
- Biernacki, P. & Waldorf, D. (1981). Snowball Sampling: Problems and Techniques of Chain Referral Sampling. *Sociological Methods & Research, 10(2)*, 141-163.
- Bolton, S. (2000). Who cares? Offering emotion work as a “gift” in the nursing labour process. *Journal Of Advanced Nursing, 32(3)*, 580–586.
- Bolton, S. (2001). Changing faces: nurses as emotional jugglers. *Sociology of Health and Illness, 23(1)*, 85-100.

- Brotheridge, C. & Grandey, A. (2002). Emotional Labor and burnout: Comparing two perspectives of “people work”. *Journal of Vocational Behaviour*, 60, 17-39.
- Charmaz, K. (2009). *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Coffey, A., & Atkinson, P. (1996). *Making sense of qualitative data: Complementary strategies*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Correia, A. (2012). *Relação entre os requisitos do Trabalho Emocional e a Dissonância Emocional em diferentes Sectores de Actividade – Enfermeiros e Professores*. Dissertação de Mestrado. Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida: Lisboa.
- Costa, A. (2008). Describing the habits of mind. In A. Costa & B. Kallick (Eds), *Learning and leading with habits of mind: 16 essential characteristics for success* (pp. 15-41). Alexandria, VA: ASCD.
- Creswell, J. (2007). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among Five Approaches* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cossette, M. & Hess, U. (2012). Chapter 12 Emotion Regulation Strategies among Customer Service Employees: A Motivational Approach. *Research on Emotion in Organizations*, 8, 329-352.
- Damásio, A. (2005). *O Erro de Descartes: Emoção, razão e o cérebro humano*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Delgado, C., Upton, D., Ranse, K., Furness, T. & Foster, K. (2017). Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: An integrative review of empirical literature. *International Journal of Nursing Studies*, 70, 71–88.
- Denzin, N. and Lincoln, Y. (2000). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. In N.Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research*, 2nd edition, 1-18. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dijk, P. & Kirk-Brown, A. (2008). Emotional display rules: Friend or foe? In M. Wilson (Ed.), *Proceedings of the 22nd Australian and New Zealand Academy of Management Conference 2008: Managing in the Pacific Century* (pp. 1 - 17). Sydney NSW Australia: ANZAM.

- Dijk, P. & Kirk-Brown, A. (2008). Emotional labour and tourism based visitor interactions: Job characteristics as determinants of emotion regulation. *Tourism Analysis, 13* (3), 1-11.
- Diogo, P. (2012). O trabalho emocional em Enfermagem como foco de investigação e reflexão, *Salutis Scientia – Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP, 4*, 2-9.
- Drach-Zahavy, A., Buchnic, R., & Granot, M. (2016). Antecedents and consequences of emotional work in midwifery: A prospective field study. *International Journal of Nursing Studies, 60*, 168–178.
- Edward, K., Hercelinskyj, G. & Giandinoto, J. (2017). Emotional labour in mental health nursing: An integrative systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing, 26*, 215-225.
- Elói, J. (2013). *Diferença entre Emoções e Sentimentos*. Disponível em: http://www.psicologiafree.com/curiosidades/diferenca-entre-emocoes-e-sentimentos-2/?fbclid=IwAR2A923Sy3RbD00rXGjP7fq4o66lfG3oS4cAHgqkF2k7Dhiowuopzd_AwU
- Fraser, M., & Gondim, S. (2004). *Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa*. Paidéia, *14*(28), 139-152.
- Gabriel, A. & Diefendorff, J. (2015). Emotional labor dynamics: A momentary approach. *Academy of Management Journal, 58*, 1804–1825.
- Golfenshtein, N. & Drach-Zahavy, A. (2014). An attribution theory perspective on emotional labour in nurse-patient encounters: a nested cross-sectional study in paediatric settings. *Journal of Advanced Nursing, 71*(5), 1123–1134.
- Gonçalves, I. (2006). *Desenho e Análise de Inquéritos: Métodos de Amostragem, Técnicas de Recolha de Dados e Concepção de Questionários – Uma Aplicação à Escolha dos Cursos da FEUALG*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Economia: Algarve.
- Grandey, A. (2000). Emotion Regulation in the Workplace: A New Way to Conceptualize Emotional Labor. *Journal of Occupational Health Psychology, 5*(1), 95-110.
- Grandey, A., Fisk, G., & Steiner, D. (2005). Must “service with a smile” be stressful? The moderating role of personal control for American and French employees. *Journal of Applied Psychology, 90*(5), 893-904.
- Grandey, A., & Sayre, G. (2019). Emotional Labor: Regulating Emotions for a Wage. *Current Directions in Psychological Science, 28*(2), 131–137.

- Gray, B. (2009). The emotional labour of nursing - Defining and managing emotions in nursing work. *Nurse Education Today, 29(2)*, 168–175.
- Gray, B. (2010). Emotional labour, gender and professional stereotypes of emotional and physical contact, and personal perspectives on the emotional labour of nursing. *Journal of Gender Studies, 19*, 349-360.
- Gray, B. & Smith, P. (2008). Emotional labour and the clinical settings of nursing care: The perspectives of nurses in East London. *Nurse education in practice, 9*, 253-61.
- Gross, J. (2014). Emotion regulation: conceptual and empirical foundations. *Handbook of Emotion Regulation. 3-20*.
- Guajardo, S. & Vásquez, P. (2018). Nurses, do they perceive emotional labor?. *Revista Salud Uninorte, 34(2)*, 518-526.
- Guy, M., Newman, M. & Mastracci, S. (2008). *Emotional Labor: Putting the Service in Public Service*. Armonk, NY: M.E. Sharpe.
- Guy, M. & Newman, M. (2013). Emotional Labor, Job Satisfaction, and Burnout: How Each Affects The Other. In *Human Resource Management in the Public Sector*, edited by Ronald J. Burke, Andrew J. Noblet, and Cary L. Cooper, pp. 132-150. Northampton, MA: Edward Elgar Publishing, Inc.
- Haguette, T. (1987). *Metodologias Qualitativas Na Sociologia*. Brasil: Editora Vozes.
- Henderson, A. (2001). Emotional labor and nursing: an under-appreciated aspect of caring work. *Nursing Inquiry, 8(2)*, 130-138.
- Hochschild, A. (1983). *The managed art: commercialization of human feeling*. Berkeley, Los Angeles and California: University of California Press.
- Houck, D. (2014). Helping nurses cope with grief and compassion fatigue: an educational intervention. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 18(4)*, 454–458.
- Hsieh, C.-W., Guy, M., & Wang, D. (2019). Bibliometric mapping of emotional labor studies in public administration. *Journal of Public and Nonprofit Affairs, 5(3)*, 240-260.

- Hsieh, C.-W., Jin, M. & Guy, M. (2011). Consequences of work-related emotions: analysis of a cross-section of public service workers. *American Review of Public Administration*, 42(1), 39-53.
- Humphrey, R., Ashforth, B. & Diefendorff, J. (2015). The bright side of emotional labor: The Bright Side of Emotional Labor. *Journal of Organizational Behavior*, 36, 749-769.
- Humphrey, R., Burch, G. & Adams, L. (2016). The Benefits of Merging Leadership Research and Emotions Research. *Frontiers in Psychology*, 7, 1-12.
- Humphrey, R., Pollack, J. & Hawver, T. (2008). Leading with Emotional Labor. *Journal of Managerial Psychology*, 23(2), 151-168.
- Hwa, M. (2012). Emotional Labor and Emotional Exhaustion. *Journal of Management Research*, 12(3), 115-127.
- Imani, B., Kermanshahi, S., Vanaki, Z., & Lili, A. (2018). Hospital nurses' lived experiences of intelligent resilience: A phenomenological study. *Journal of clinical nursing*, 27, 2031-2040.
- James, N. (1992). Care = organisation + physical labour + emotional labour. *Sociology of Health and Illness*, 14(4), 488-505.
- Kinman, G., Wray, S. & Strange, C. (2011). Emotional labour, burnout and job satisfaction in UK teachers: the role of workplace social support. *Educational Psychology*, 31(7), 843-856.
- Kong, H. & Jeon, J-E. (2018). Daily Emotional Labor, Negative Affect State, and Emotional Exhaustion: Cross-Level Moderators of Affective Commitment. *Sustainability, MDPI, Open Access Journal*, 10(6), 1-13.
- Kuepers, W. & Weibler, J. (2008). Emotions in organisation: An integral perspective. *International Journal of Work Organisation and Emotion*, 2(3), 256-287.
- Kruml, S. M., & Geddes, D. (2000). Exploring the dimensions of emotional labor: The heart of Hochschild's work. *Management Communication Quarterly*, 14(1), 8-49.
- Ladstätter, F., Garrosa, E. & Junming D. (2014). Neural Network Analysis of Nonlinear Effects of Hardiness on Burnout in Chinese Nurses. *Open Journal of Social Sciences*, 2, 96-99.

- Legard, R., Keegan, J., & Ward, K. (2003). In-depth interviews. In J. Ritchie & J. Lewis (Eds.), *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. 138-165. London: Sage Publications.
- Lewis, P. (2005). Suppression or expression: an exploration of emotion management in a special care baby unit. *Work, Employment and Society*, 19(3), 565–581.
- Malaguti, W. e Miranda, S. (2011). Os caminhos da enfermagem: de Florence à globalização. *Enfermagem em Foco*, 2, 85-88.
- Mann, S. (2005). A health-care model of emotional labour: An evaluation of the literature and development of a model. *Journal of health organization and management*, 19, 304-317.
- Marconi, M. & Lakatos, E. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Editora Atlas.
- Mastracci, S., Guy, M. & Newman, M. (2012), *Working on the Razor's Edge: Emotional Labor and Crisis Response*, Armonk, NY: M.E. Sharpe.
- Mastracci, S., Newman, M. & Guy, M. (2010) Emotional Labor: Why and How to Teach It. *Journal of Public Affairs Education*, 16(2), 123-141.
- McQueen, A. (2004). Emotional Intelligence in Nursing Work. *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 101-108.
- McQueen, A. (2000). Nurse-patient relationships and partnership in hospital care. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 723-731.
- Morris, A. & Feldman, D. (1996). The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labor. *The Academy of Management Review*, 21(4), 986-1010.
- Näring, G., Vlerick, P. & Van de Ven, B. (2011). Emotion work and emotional exhaustion in teachers: The job and individual perspective. *Educational Studies*. 1-20.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa: Divulgar. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>.

- Ordem dos enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_291020_15_VF_site.pdf.
- Pardal, L. & Correia, E., (1995). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto: Areal Editores.
- Phillips, S. (1996). Labouring the emotions: expanding the remit of nursing work? *Journal of Advanced Nursing*, 24(1), 139-143.
- Pisaniello, S. & Winefield, H. & Delfabbro, P. (2012). The influence of emotional labor and emotional work on the occupational health and wellbeing of South Australian hospital nurses. *Journal of Vocational Behavior*, 80, 579-591.
- Prentice, C. (2013). Emotional Labour and its Consequences: The Moderating Effect of Emotional Intelligence. *Individuals Sources, Dynamics, and Expressions of Emotion Research on Emotion in Organizations*, 9, 187-201.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rafaeli, A., & Sutton, R. (1989). The expression of emotion in organizational life. In L. L. Cummings & B. M. Staw (Eds.), *Research in organizational behavior*, vol. 11: 1-42. Greenwich, CT: JAI Press.
- Roh, C., Moon, M., Yang, S., & Jung, K. (2015). Linking Emotional Labor, Public Service Motivation, and Job Satisfaction: Social Workers in Health Care Settings. *Social work in public health*, 31, 1-15.
- Rees, K. (2013). The role of reflective practices in enabling final year nursing students to respond to the distressing emotional challenges of nursing work. *Nurse Education Practice*, 13(1), 48–52.
- Rose, J. & Glass, N. (2010). An Australian investigation of emotional work, emotional well-being and professional practice: An emancipatory inquiry. *Journal of clinical nursing*, 19, 1405-1414.
- Schaubroeck, J., & Jones, J. (2000). Antecedents of workplace emotional labor dimensions and moderators of their effects on physical symptoms. *Journal of Organizational Behavior*, 21, 163-183.
- Siffleet J., Williams A., Rapley P. & Slatyer S. (2015). Delivering best care and maintaining emotional wellbeing in the intensive care unit: the perspective of experienced nurses. *Applied Nursing Research*, 28(4), 305–310.

- Skilbeck, J. & Payne, S. (2003). Emotional support and the role of Clinical Nurse Specialists in palliative care background. *Journal of Advanced Nursing, 43(5)*, 521–530.
- Smith, P. & Gray, B. (2001). Emotional labour of nursing revisited: Caring and Learning 2000. *Nurse education in practice, 1*, 42-49.
- Smith, P. & Gray, B. (2001). Reassessing the concept of emotional labour in student nurse education: Role of link lecturers and mentors in a time of change. *Nurse education today, 21(3)*, 230-237.
- Staden, H. (1998). Alertness to the needs of others: a study of the emotional labour of caring. *Journal of Advanced Nursing, 27*, 147-156.
- Tufek, A., Ergun, S. & Yener, M. (2014). An Analysis Of Factors Affecting Burnout In Healthcare Organizations. EURAM.
- Vilela, L. & Assunção, A. (2007). Trabalho emocional: o caso dos teleatendentes de uma central de atendimento. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 10(2)*, 81-93.
- Waldron, V., & Krone, K. (1991). The Experience and Expression of Emotion in the Workplace: A Study of a Corrections Organization. *Management Communication Quarterly, 4(3)*, 287-309.
- Weaver, A., Allen, J., & Byrne, R. (2019). Coping with emotional labor: an intervention study. *Management Research Review, 42(9)*, 1033-1048.
- Weiss, H., & Cropanzano, R. (1996). Affective Events Theory: A Theoretical Discussion of the Structure, Causes and Consequences of Affective Experiences at Work. *Research in Organizational Behavior, 18*, 1-74.
- Wessel, J., & Steiner, D. (2015). Surface acting in service: A two context examination of customer power and politeness. *Human relations, 68(5)*, 709-730.
- Williams, A. (2012). The strategies used to deal with emotion work in student paramedic practice. *Nurse education in practice, 13*, 207-212.
- Zapf, D., & Holz, M.(2006). On the positive and negative effects os emotion work in organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 15 (1)*, 1-28.

Zapf, D., Vogt, C., Seifert, C., Mertini, H., & Isic, A. (1999). Emotion work as a source of stress: The concept and development of an instrument. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 8*(3), 371-400.

Anexos

GUIÃO DA ENTREVISTA

Trabalho Emocional nos Enfermeiros: Uma Abordagem Qualitativa

Questões de Resposta Rápida

Parte 1: Recolha Inicial de Informação Sociodemográfica

- 1) Sexo?
- 2) Idade?
- 3) Estado Civil?
- 4) Tem filhos? Se sim, quais as idades:
- 5) Habilitações Académicas: tem alguma Pós-graduação ou Mestrado/Especialidade? Em que área?
- 6) Há quanto tempo trabalha como enfermeira/o?
- 7) Em que tipo de unidade de saúde já trabalhou? Nos cuidados de saúde primários ou diferenciados, ou ambos?
- 8) Em que Serviço trabalha atualmente?
- 9) Em que tipo de horário trabalha?
- 10) Qual é o vínculo contratual que mantém com esta instituição? Anos de serviço na instituição atual?
- 11) Presta serviços de Enfermagem em mais que uma instituição?

Questões

Parte 2: Caracterização do trabalho e das aspirações profissionais

- 12) Ser enfermeiro (a) foi sempre o tipo de trabalho ou ocupação que desejou ter? Porquê?
- 13) Pode descrever-me um dia típico de trabalho no seu ambiente de trabalho/ serviço?
- 14) O que é que no seu serviço é mais difícil de gerir para si? E porquê?
- 15) O que mais gosta do seu trabalho como enfermeiro(a)? (Exemplo)
- 16) De que é que não gosta, ou gosta menos no seu trabalho? (Exemplo)
- 17) Como se sente no final de um dia típico de trabalho? E porquê?
- 18) Consegue abstrair-se depois de um dia de trabalho difícil? Se sim, como o faz?

Parte 3: Gestão das emoções e tipo de trabalho emocional

Sei que na sua profissão têm de lidar constantemente com circunstâncias diversas, geradoras de stress, uma vez que lidam diretamente com a dor, o sofrimento, a angústia, o medo, a desesperança, a morte, mas com o reverso também, o nascimento, a alegria, a cura, a esperança. A verdade é que diariamente estão expostos a uma carga de emoções positivas e negativas que podem trazer graves consequências físicas, emocionais e até mesmo na qualidade do cuidar.

- 19) Como é que lida com a carga emocional do seu trabalho? Que tipo de estratégia pessoal desenvolveu para lidar com as emoções?
- 20) Como lida com as emoções positivas? É frequente sentir emoções como alegria, satisfação? Em que tipo de situações? (Exemplos)
- 21) Como lida com as emoções negativas? É frequente sentir emoções como tristeza, insatisfação? Em que tipo de situações? (Exemplos)
- 22) Em que situações e com que frequência é que sente necessidade de “camuflar”/disfarçar os seus sentimentos e não demonstrar as suas emoções e sentimentos genuínos? (Exemplos) Como se sente com essa situação? Sente que essa postura perturba o seu desempenho profissional?
- 23) Fala com alguém acerca do que se passa no seu dia-a-dia enquanto enfermeiro(a)? Se sim, com quem? Acha que falar com alguém (amigos, família) ajuda a diminuir o stress emocional no final de um dia de trabalho? Se sim, em que medida? Se não, porquê?
- 24) Acha que há um modelo pré-concebido para o profissional de enfermagem se comportar emocionalmente? Que tipo? Quem impõe ou espera essa maneira de atuar?

Parte 4: Trabalho emocional e relação com os pacientes e familiares

A relação com os clientes é um dos aspetos centrais do seu trabalho.

- 25) Pode dar-me um exemplo de uma relação com um utente que tenha sido difícil? Como lidou com essa situação? E como se sentiu?
- 26) Sente que há utentes que são hostis ou não cooperam? Como lida com eles?
- 27) A relação com os familiares, é uma interação fácil ou difícil? Porquê?
- 28) Se tiver que dar uma “má notícia” ao paciente ou a um familiar, como o faz? Como se sente nesse caso?
- 29) Quando se sente emocionalmente "em baixo" no trabalho e tem de lidar com doentes ou situações difíceis, o que faz? Como é que lida com isso?

- 30) Alguém o ensinou ou o preparou para gerir estas situações mais difíceis a nível profissional?
Como é que lida com isso?

Parte 5: Trabalho emocional e relações com colegas e chefias

A relação com outros colegas de profissão, enfermeiros/médicos ou outros, é também uma parte importante do seu trabalho.

- 31) Fala com a chefia acerca das suas emoções? Em que medida isso o ajuda ou ajudaria?
32) Com os colegas é comum partilharem experiências e emoções/sentimentos? Se sim, acha que isso o ajuda a lidar melhor com a carga emocional do trabalho? Se não, Porquê?

Parte 6: Questões finais

- 33) A sua organização (hospital, clínica, etc) oferece-lhe a si enquanto enfermeiro algum tipo de apoio emocional? Se não, acha que deveria oferecer?
34) De que forma gostaria de ser ajudado ou apoiado para lidar com as situações mais difíceis do trabalho?
35) Até hoje, qual a situação de trabalho que mais o marcou, quer pela positiva quer pela negativa. E porquê?

Há alguma coisa que gostasse de acrescentar relativamente a este tema e que não tivéssemos ainda abordado?

Obrigada pelo seu tempo e colaboração!

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

Este documento, designado Consentimento Informado, Esclarecido e Livre, contém informação importante em relação ao estudo para o qual foi convidado a participar. Por favor, leia com atenção este documento. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor, assinie.

Título do estudo: Trabalho Emocional e Enfermagem: Uma Abordagem Qualitativa

Enquadramento: pretende-se obter opiniões sobre a temática em análise e será realizado em enfermeiros. Este estudo é realizado no âmbito do mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade do Minho sob a orientação da Professora Doutora Gina Maria Gaio Santos.

Explicação do estudo: será realizada uma entrevista gravada, que tem como principal objetivo identificar e analisar as principais dinâmicas e fatores presentes no trabalho emocional dos profissionais de enfermagem. A seleção do/a participante será feita de forma aleatória, inicialmente iremos estabelecer o contacto com alguns dos enfermeiros, e, em seguida, se tudo funcionar conforme planeado, estes irão sugerir outros profissionais que se adequem às questões e tema em estudo. Cada participante será entrevistado uma única vez e cada entrevista demorar aproximadamente 40 minutos; é garantido que se irá proceder à destruição de gravações (áudio) no prazo de 6 meses após a entrevista.

Condições e financiamento: a entrevista terá um carácter voluntário por parte do entrevistado, não existindo qualquer custo ou valor para a mesma.

Confidencialidade e anonimato: A privacidade e confidencialidade dos dados do estudo será assegurada através do arquivo em local seguro de todo o material utilizado. Será solicitado a cada participante que disponibilize os seus dados identificativos aquando da resposta à entrevista, contudo, em publicações e divulgação pública dos resultados, a identificação dos participantes nunca será tornada pública.

Eu, Laura Rafaela Sousa Ribeiro Fernandes, aluna do Mestrado de Gestão de unidades de Saúde da Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho agradeço a sua participação no presente estudo.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Quero agradecer-lhe a autorização que me concede para utilizar os dados da entrevista para fins de investigação.

Assinatura do investigador:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O /A INVESTIGADOR /A , OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.