

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Maria de Fátima Belancieri

**PROMOÇÃO DO PROCESSO DE RESILIÊNCIA
EM ENFERMEIRAS: UMA POSSIBILIDADE?**

Doutorado em Psicologia Clínica

São Paulo – 2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Maria de Fátima Belancieri

**PROMOÇÃO DO PROCESSO DE RESILIÊNCIA
EM ENFERMEIRAS: UMA POSSIBILIDADE?**

Doutorado em Psicologia Clínica

Tese apresentada à Banca examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de doutora em Psicologia Clínica (Psicossomática e Psicologia Hospitalar), sob a orientação da Prof^a Dr^a Edna Maria S. Peters Kahhale.

São Paulo – 2007

BANCA EXAMINADORA:

Profª Drª Edna Maria S. Peters Kahhale: _____

Orientadora

Profª Drª Mathilde Neder: _____

Profª Drª Ceres Alves de Araújo: _____

Profª Drª Maria Helena Borgato Cappelletti: _____

Profª Drª Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira: _____

Profª Drª Marilza Vieira Cunha Rudge: _____

Suplente

Prof. Dr. Esdras Guerreiro Vasconcelos: _____

Suplente

Dedicatória

Paulo César, seu apoio e compreensão foram fundamentais na consecução deste estudo... Obrigada por fazer parte de minha existência!

Brian, Bianca e Brenno, vocês são a fonte de inspiração para minha caminhada...

Agradecimentos

À Profª Drª **Edna Maria S. Peters Kahhale**, mais que minha orientadora, foi uma “mãe”, acolhendo-me e acreditando na minha capacidade desde o primeiro momento. Muito obrigada pelo carinho, apoio, disponibilidade, extrema paciência e competência com que me orientou.

À Profª Drª **Mathilde Neder**, que me infectou com o vírus da Psicologia Hospitalar desde a graduação e acreditou em minha proposta, aceitando-me no Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar.

A todos os professores do Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar, que em muito contribuíram na expansão de meus conhecimentos e, em especial, à Profª Drª **Ceres Alves de Araújo**, que me apresentou o RQ-Test e referências sobre a Resiliência.

À Profa. Drª **Yara G. de Castro**, que me orientou no tratamento estatístico, principalmente na compreensão dos dados processados por meio do *Software* SPAD-T.

À Profª Ms. **Cinthia Maria R. Remaeh**, que em curto espaço de tempo, aceitou fazer a revisão ortográfica e gramatical do texto. Muito obrigada pela disponibilidade!

A todas as colegas do Núcleo, pelo companheirismo, estímulo e parceria na troca de conhecimentos e experiências, especialmente, a **Edelvais Keller** e **Maria Aparecida de Melo**, que nesse caminhar tornaram-se grandes amigas.

Ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Psicologia Hospitalar (GEPH-USC), pelo apoio e constante interesse em construir conhecimentos sobre o “Estresse e Resiliência em grupos de saúde”, em especial, à **Patrícia Bolfe** e **Aline T. Trecenti**, que auxiliaram na coleta dos dados quantitativos.

À grande amiga e psicóloga **Verônica Lima dos Reis**, que tem me acompanhado nesta caminhada, auxiliando-me, incondicionalmente, em todos

os momentos, ouvindo minhas angústias e desabafos, bem como na coleta dos dados, contribuindo na clarificação das informações verbais e não verbais durante o processo grupal, no qual foi observadora. Muito obrigada!

À amiga **Marilza Delpino Zanardo**, pelo apoio nos momentos mais difíceis desta caminhada, incentivando sempre a dar o melhor de mim.

Aos professores da banca examinadora, que possibilitaram uma discussão produtiva, contribuindo na ampliação e lapidação desse estudo, abrindo-me a possibilidade de conquistar o título de Doutora em Psicologia Clínica (Psicossomática e Psicologia Hospitalar).

A todos da Divisão Técnica de Enfermagem (DTE) do Hospital Universitário, especialmente à Enfermeira **Miriam Cristina Marques da Silva de Paiva**, diretora da DTE, por acreditar neste projeto, autorizando o estudo com as Enfermeiras sob sua responsabilidade. E a **Mara**, secretária do DTE, sempre atenciosa, nos auxiliando e facilitando nosso acesso às Enfermeiras.

A todas as Enfermeiras que participaram como sujeito, partilhando suas histórias, idéias e crenças comigo, possibilitando a concretização deste estudo. Sem vocês nada disso seria possível, muito obrigada!

Aos meus Pais, **Maria** e **Wilson**, que em sua simplicidade e mesmo sem se dar conta, proporcionaram-me uma educação, fundamentada em valores sólidos e humanos, ensinando-me a superar os obstáculos e a vencer os desafios. Essa vitória também é de vocês!

As minhas irmãs, **Márcia** e **Míriam**, mesmo não tendo a oportunidade de estarmos sempre juntas, discutindo nossos projetos de vida, tenham a certeza que são fonte de inspiração para mim, que emanam da alegria, disposição e garra que conduzem suas vidas. Sei que torcem por mim em cada fase de minha caminhada. Beijos!

E a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste estudo.

Epígrafe

*“Sem trabalho, toda vida apodrece.
Mas, sob um trabalho sem alma a vida
sufoca e morre”.*

Albert Camus

Belancieri, Maria de Fátima

Promoção do processo de resiliência em enfermeiras:
uma possibilidade? / Maria de Fátima Belancieri – São
Paulo, 2007.
203f.

Orientadora: Profa. Dra. Edna Maria S. Peters Kahhale.
Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Pontifícia
Universidade Católica de São Paulo – São Paulo, SP

1. Enfermagem e saúde 2. Processo de Resiliência 3.
Psicologia sócio-historica I. Kahhale, Edna Maria S Peters
II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo III. Título.

BELANCIERI, Maria de Fátima. *Promoção do processo de Resiliência em Enfermeiras: uma possibilidade?* São Paulo, 2007, 203 f. Tese (Psicologia Clínica – Psicossomática e Psicologia Hospitalar) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Resumo: As enfermeiras, de acordo com diversos estudos, estão submetidas no seu cotidiano de trabalho a inúmeras adversidades, constituídas a partir das condições e da organização do trabalho, podendo desencadear sintomas de estresse e adoecimento. Assim, este estudo tem como finalidade investigar a possibilidade de promover o processo de Resiliência em Enfermeiras de um Hospital Universitário e, especificamente, averiguar a qualidade de vida e possíveis indicadores de Resiliência em Enfermeiras, bem como, propor e avaliar um processo de intervenção grupal, como possibilidade de promoção de Resiliência. Participaram do estudo 51 enfermeiras de um Hospital Universitário. Embora o delineamento da investigação tenha sido qualitativo, utilizamos estratégias quantitativas, visando o aprofundamento dos dados qualitativos. Dessa forma, os dados quantitativos foram coletados por meio da Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-bref) da OMS (WHOQOL GROUP, 1998, FLECK e Cols, 1999), do Questionário do Coeficiente de Resiliência (RQ Test) de Reivich & Shatté (2002), bem como da ficha de dados sócio-demográficos. Quanto aos dados qualitativos, foram coletados por meio do grupo focal. A análise dos resultados teve como referencial teórico a Psicologia Sócio-Histórica e a técnica de análise, os núcleos de significação propostos por Aguiar e Ozella (2006) que auxiliaram na construção de uma rede de significados, em direção aos objetivos propostos. Assim, três núcleos emergiram: o primeiro denominado “*Sou enfermeira: não desisto nunca*”; apresentou-se na média para os fatores Regulação das Emoções, Otimismo, Análise Causal, Empatia, Auto-eficácia e Exposição tanto na pré como na pós-intervenção; o segundo núcleo “*Cadê minha energia*” se diferencia do primeiro na Regulação das Emoções, pontuando abaixo da média na pré e pós-intervenção e o terceiro “*As hardys: oh vida, oh azar...*” apresenta-se em todos os fatores abaixo da média, com exceção do fator Análise causal que pontuou na média após a intervenção. No fator Controle dos Impulsos não apresentaram diferença, os três núcleos pontuaram acima da média. Assim, podemos considerar o primeiro núcleo constituído por sujeitos resilientes, o segundo encontra-se em um processo re(constutivo) e o terceiro caracteriza como extremamente pessimista, não resiliente, merecendo maior atenção por parte da Instituição. Respondendo ao segundo objetivo deste estudo - a promoção do processo de resiliência - por meio de processo de intervenção grupal -, observamos que, não foi plenamente atingido, levantando-se alguns indicadores para estudos futuros.

Palavras-Chave: 1. Enfermagem e saúde 2. Processo de Resiliência 3. Psicologia Sócio-Histórica.

BELANCIERI, Maria de Fátima. "Promoting the Resilience Process in Nurses: a possibility?" Sao Paulo, 2007, 203 f. Thesis (Clinical Psychology – Psychosomatic and Hospital Psychology) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Abstract : Nurses, according to different studies, in their daily life, are submitted to a number of adversities by the conditions and organization of work which may break out stress and sickness symptoms. The purpose of this study is to investigate the possibility of promoting the resilience process in nurses at a university hospital, and specifically, to investigate their life quality and possible indicators of Nurses Resilience, as well as, to propose and evaluate a group intervention process as a possibility of providing resilience. Fifty one nurses of a university hospital have participated in the study. Although the research delineation has been qualitative, quantitative strategies have also been used, aiming the enhancement of the qualitative data. Quantitative data were collected by the Life Quality Scale (WHOQOL-bref) of WHO (WHOQOL GROUP test, 1998, FLECK and COLS, 1999), the RQ Test) from Reivich & Shatté (2002), as well as the socio-demographic data files. The quantitative data were collected by means of the focal group. The results analysis had as a theoretical referential the Social-Historic Psychology and the analysis technique, the signification nuclei proposed by Aguiar & Ozella (2006) who have assisted in the construction of a signification net, toward the proposed objectives. Thus, three nuclei emerged: the first named: *"I am a nurse, I never give up"* presented as the average for the emotions regulation factors, optimism, Causal analysis, empathy, self- efficacy and Exposition both in the pre-intervention and the post intervention: the second nucleus, *"Where is my energy?"*, is different from the first nucleus as to the Emotions Regulation and had scored under the average in pre and post intervention, and the third *"As Hardys: oh life, oh bad luck..."* presented itself in all factors under the average, exception made to the Causal Analysis in which the score was in the average after the intervention. In the factor Impulses Control there was no difference between the three nuclei all of them scored above the average. Thus, the subjects of the first nucleus can be considered resilient subjects, the second, as going through a re(constructive) process, and the third, as extremely pessimistic, non resilient subjects deserving more attention by the Institution. As to the second objective of this study – the promotion of the resilience process – by group intervention process – it was observed that it was not completely fulfilled which gives some indicators for further studies.

Keywords: 1. Nursing and health 2. Resilience Process 3. Social-Historic Psychology.

Lista de Quadros

QUADRO 1 – Eventos estressores categorizados na Enfermagem	60
QUADRO 2 – Dados sócio-demográficos dos sujeitos que participaram do processo grupal.....	73
QUADRO 3 – Domínios e facetas do WHOQOL-Bref	77
QUADRO 4 – Fatores constitutivos da Resiliência e seus respectivos quesitos	79
QUADRO 5 – Frequência de participação no processo grupal.....	103
QUADRO 6 – Fatores de Resiliência apresentados pelos sujeitos do núcleo “Sou enfermeira: não desisto nunca”	107
QUADRO 7 – Fatores de Resiliência apresentados pelos sujeitos do núcleo “Cadê minha energia?”	115
QUADRO 8 – Fatores de Resiliência apresentados pelos sujeitos do núcleo “As hardys: oh vida, oh azar...”	119
QUADRO 9 – Comparação entre os 3 núcleos quanto ao nível de resposta para cada fator de Resiliência.....	125

Lista de Tabelas

TABELA 1 – Distribuição de Freqüência quanto à faixa etária	91
TABELA 2 – Distribuição de Freqüência quanto ao estado civil	93
TABELA 3 – Distribuição de Freqüência quanto à graduação/pós- Graduação	93
TABELA 4 – Distribuição de Freqüência quanto à religião	94
TABELA 5 – Distribuição de Freqüência quanto ao número de filhos.....	95
TABELA 6 – Distribuição de Freqüência quanto ao setor de trabalho	95
TABELA 7 – Distribuição de Freqüência quanto ao turno de trabalho.....	96
TABELA 8 – Distribuição de Freqüência quanto ao tempo de serviço na Enfermagem e no Hospital Universitário.....	97
TABELA 9 – Distribuição de Freqüência quanto ao salário	98

Lista de Figuras

- FIGURA 1 – Gráfico da nuvem de pontos, mostrando a aglutinação dos 51 sujeitos..... 100
- FIGURA 2 – Gráfico da nuvem de pontos referente a pré-intervenção com as 14 participantes do processo grupal 104
- FIGURA 3 – Gráfico da nuvem de pontos referente a pós-intervenção com as 14 participantes do processo grupal 105

Sumário

1	INTRODUÇÃO	14
2	A PSICOLOGIA SÓCIO-HISTÓRICA COMO PERSPECTIVA TEÓRICA	18
2.1	Origens da Psicologia Sócio-Histórica	19
2.2	A Concepção Sócio-Histórica de Homem.	21
2.3	Conceitos básicos de análise da Psicologia Sócio-Histórica.....	24
3	RESILIÊNCIA: CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO.....	28
3.1	A origem do conceito	28
3.2	Primeiros estudos sobre Resiliência.	30
3.3	A diversidade de conceituações teóricas	34
3.4	A aplicação prática do conceito.....	39
3.5	O processo de Resiliência e a promoção de saúde.....	43
3.6	Indicadores de Resiliência	49
4	A PROMOÇÃO DO PROCESSO DE RESILIÊNCIA EM ENFERMEIRAS	56
4.1	Enfermeiras: seu contexto de trabalho e de saúde.....	56
4.2	A saúde das enfermeiras e o auto-cuidado.....	61
4.3	A saúde das Enfermeiras como um processo de construção.	66
5	CONSTRUINDO CAMINHOS PARA A PROMOÇÃO DO PROCESSO DE RESILIÊNCIA EM ENFERMEIRAS.....	70
5.1	Método	70
5.2	Participantes	72
5.3	Campo de estudo.....	74

5.4 Instrumentos de coleta de dados	75
5.5 Procedimentos	81
5.6 Técnica de análise dos dados.....	86
5.6.1 Análise quantitativa	86
5.6.2 Análise qualitativa	86
5.7 Cuidados Éticos	88
6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÕES	90
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
REFERÊNCIAS.....	148
ANEXOS	159

1 INTRODUÇÃO

A resiliência permite-nos desviar o foco da doença para a promoção da saúde.

Atualmente, temos assistido a uma preocupação crescente com o processo de humanização na área da saúde, reconhecendo a importância de maior sensibilidade diante do sofrimento humano. Assim, os trabalhadores da área da saúde precisam assumir um novo modo de pensar e prestar os cuidados, o que ocorre, muitas vezes, sem um preparo adequado, podendo aqueles apresentar dificuldades na tentativa de se adequar às novas tendências em saúde. Somado a isso, sabemos que o ambiente de saúde, especialmente as instituições hospitalares, apresenta uma organização e condições de trabalho adversas, podendo comprometer a saúde dos trabalhadores, especialmente as Enfermeiras, foco deste estudo.

É esperado e exigido que estas trabalhadoras que prestam cuidados ao outro tenham sempre uma perfeita atuação, a despeito das condições de estresse e inúmeras adversidades a que são submetidas no seu cotidiano de trabalho. Dessa forma, nossa preocupação neste estudo é com a promoção da saúde e da qualidade de vida de quem cuida da saúde, viabilizadas por meio de um programa de intervenção grupal de promoção do processo de Resiliência.

Meu¹ interesse específico na saúde de quem trabalha com a saúde tem sido construído ao longo dos últimos anos, nascendo no início da década de 1990, quando fui contratada como docente nos cursos de Psicologia e Enfermagem de uma Universidade do interior do Estado de São Paulo. A experiência nessas duas áreas possibilitou-me uma visão mais ampla e crítica da saúde, visualizando como as condições e a organização do trabalho era

¹ A primeira pessoa do singular será utilizada somente para a explanação dos motivos que acenderam o meu interesse sobre o tema.

experienciada subjetivamente pelas equipes de saúde e, especialmente, pela equipe de enfermagem.

Essa experiência contribuiu para alguns questionamentos e, conseqüentemente, para a busca de respostas, que foi compartilhada coletivamente. Nela estão contemplados interesses e questões dos diversos grupos com os quais convivi e convivo e, principalmente, alunos e estagiários em Psicologia Hospitalar e trabalhadores da área da saúde.

Assim, como professora, supervisora de estágios e coordenadora de um Grupo de Estudos e Pesquisa em Psicologia Hospitalar (GEPH-USC), orientei diversas investigações, entretanto, uma, em especial, causou-me inquietação: o estudo das reações e dos sentimentos do estagiário de enfermagem em relação ao sofrimento e a morte no contexto hospitalar. Os resultados foram significativos, observando-se um percentual elevado de sentimentos de impotência, tristeza, angústia, ansiedade entre outros, considerados todos esses sintomas de estresse (BELANCIERI e KOYAMA, 2001).

Os resultados dessa investigação, as observações empíricas realizadas em campo de estágio, aguçaram meu interesse em compreender melhor os problemas e dificuldades que os trabalhadores da área da Enfermagem enfrentavam em seu contexto de trabalho, que de acordo com a literatura, é carregado de tensão, podendo favorecer o processo do estresse.

Assim, alguns questionamentos foram surgindo: Quais fatores, nesse ambiente, seriam geradores de estresse na Enfermagem? Seriam eles muito intensos? Teriam alguma repercussão psicossomática? Quais seriam e com que frequência ocorreriam? Tais reflexões transformaram-se em minha Dissertação de Mestrado, que teve como finalidade descrever os fatores e os níveis de intensidade de estresse em trabalhadores da Enfermagem e suas manifestações psicossomáticas.

Os resultados do referido estudo foram significativos para a compreensão do estresse, entretanto, uma contradição foi observada. Embora tenha encontrado 100% dos participantes estressados, a maioria relatou estar

satisfeita com a profissão escolhida. Por que estariam satisfeitos neste contexto, considerado, por eles próprios, como estressante e responsável por algumas das manifestações de adoecimento? Visando compreender tal contradição, parti em busca de respostas. E um conceito, que já era de meu conhecimento, foi ganhando forma. Seriam eles resilientes? Estes teriam a capacidade de enfrentar e superar as adversidades vivenciadas no contexto de trabalho? Os indicadores de estresse no cotidiano de trabalho poderiam estar promovendo a Resiliência nos trabalhadores? Essas e tantas outras reflexões culminaram nos objetivos do presente estudo.

Assim, o estudo em questão tem como objetivo geral **investigar a possibilidade de promover o processo da Resiliência em Enfermeiras de um Hospital Universitário** e, especificamente, **averiguar a Qualidade de Vida e possíveis indicadores de Resiliência em Enfermeiras, por meio de instrumentos específicos; propor e avaliar um processo de intervenção grupal, como possibilidade de promoção da Resiliência.**

Acreditamos que este estudo aponte para algumas contribuições:

- 1) A compreensão do conceito de Resiliência poderá constituir-se em uma poderosa ferramenta de transformação, permitindo um alento ao sofrimento humano, por encorajar atitudes proativas e adequadas diante das situações desafiadoras e estressantes da existência. Assim, por meio de um engajamento ativo e da busca de respostas saudáveis diante das adversidades, vislumbrar uma existência integrada e de qualidade.
- 2) Possibilita a implementação de programas preventivos nas instituições, visando à saúde dos trabalhadores, conscientizando-os sobre o desenvolvimento e utilização de seus recursos internos para promover uma existência mais saudável e feliz.
- 3) Melhora na qualidade da assistência à saúde, especialmente, na problemática relação profissional-paciente, uma vez que ao promover um estilo de vida mais saudável, consciente, comprometido com a questão do cuidado e da saúde, conseqüentemente teríamos usuários do sistema de saúde mais satisfeitos.

Enfim, esperamos, com este estudo, estar abrindo caminhos para que novos estudos sejam realizados, reunindo subsídios teóricos e metodológicos para maior exploração do auto-cuidado, bem como o estabelecimento de critérios para a seleção de futuros trabalhadores da área da saúde, mais conscientes de seu papel, não somente técnico, mas social e político e comprometido com a humanização da assistência à Saúde.

Ao iniciar um estudo, torna-se necessário que todo pesquisador reúna conhecimentos sobre a temática de interesse, organizando os conceitos que melhor se adaptem às suas concepções.

Assim, neste estudo organizamos os conceitos teóricos da seguinte forma: o Primeiro tópico foi reservado à Introdução, pontuando os motivos da escolha do tema, os objetivos e a justificativa. No Segundo, apresentamos o referencial teórico da Psicologia Sócio-Histórica, adotado para análises e discussões dos dados. No Terceiro tópico, discorremos sobre a construção histórica do conceito de Resiliência ressaltando suas origens, conceitos e características. No Quarto, o foco é a Enfermagem como ciência e profissão, suas determinações históricas e sociais, definições e as problemáticas vivenciadas no contexto do trabalho, suas condições e organização como indicadores do adoecimento coletivo. Apresentamos os conceitos de saúde, saúde do cuidador, que permearão todo nosso estudo, visando clarificar e compreender a saúde das Enfermeiras, verificando a possibilidade de promoção do processo de Resiliência.

A construção do caminho percorrido se encontra no Quinto tópico, delineando-se os passos para a concretização do estudo e no tópico Seis, apresentamos os resultados divididos em três partes. A Parte I refere-se ao perfil sócio-demográfico das participantes. Na Parte II, apresentamos os núcleos de significação em Resiliência e Qualidade de Vida e na Parte III discute-se o processo grupal como possibilidade de promoção de Resiliência. E, por fim, levantamos alguns aspectos tecendo as considerações finais.

2 A PSICOLOGIA SÓCIO-HISTÓRICA COMO PERSPECTIVA TEÓRICA

Os filósofos se limitaram a interpretar o mundo diferentemente, cabe [a nós] transformá-lo. **Karl Marx, 1978**

Neste estudo, ao focar a promoção do processo de Resiliência em Enfermeiras, adotamos o referencial teórico da Psicologia Sócio-Histórica para nortear nossas análises e discussões.

A Psicologia Sócio-Histórica apresenta-se como uma vertente crítica no estudo dos problemas sociais e de saúde, uma vez que supera as concepções reducionistas e naturalizantes de Homem e de Mundo. De acordo com Kahhale (2003), qualquer discussão sobre as concepções de saúde e doença, envolve a retomada da concepção de homem, sendo que sob a perspectiva Sócio-Histórica *o homem se constitui socialmente, ao mesmo tempo em que constitui as condições Sócio-Históricas em que vive; é produto e produtor das condições objetivas de sua sobrevivência (p. 166)*. Esta concepção revela um sujeito ativo, que ao construir seu mundo, constrói a si mesmo, numa relação dialética.

Assim, como Rosa e Andriani (2002, p. 260), acreditamos que será possível, nessa perspectiva, contribuir de maneira efetiva, *tanto em termos das formulações teóricas e de propostas para a produção de conhecimento, como de possibilidades de intervenção que apontem para uma atuação profissional crítica e transformadora da realidade da saúde, em especial, da saúde de quem cuida da saúde - as Enfermeiras.*

Visando subsidiar análises e discussões posteriores, consideramos necessário explicitar as origens, concepção de homem, bem como os conceitos e categorias básicas de análise desta vertente em Psicologia.

2.1 Origens da Psicologia Sócio-Histórica

A Psicologia Sócio-Histórica tem sua origem no século XX, na antiga União Soviética, a partir do referencial marxista, adotando o materialismo histórico e dialético como filosofia, teoria e método.

Nesta perspectiva destaca-se o nome de Vygotsky (1896-1977), que se mostrando insatisfeito com a direção que a psicologia estava tomando, constituída por uma visão naturalizante, reducionista e dicotômica de Homem, propõe, por volta de 1924, a construção de uma nova Psicologia, concebendo o Homem como um ser ativo, social e histórico, capaz de transformar a si próprio e ao mundo.

De acordo com Rosa e Andriani (2002), os estudos de Vygotsky estavam relacionados à descrição e à explicação da construção e do desenvolvimento do psiquismo e do comportamento humano, a partir das funções psicológicas superiores, como o pensamento, a linguagem e a consciência.

Os objetivos de sua teoria são *caracterizar os aspectos tipicamente humanos do comportamento e elaborar hipóteses de como essas características se formam ao longo da história humana e de como se desenvolvem durante a vida do indivíduo (VYGOTSKY, 1996, p. 25).*

Vygotsky morreu muito jovem, aos 38 anos, não conseguindo completar sua obra. Entretanto, deixou alguns princípios de sua teoria, que foram lapidados e continuados por Luria e Leontiev, seus colaboradores diretos e seguidores.

Esses princípios teóricos são relatados por Bock (1999), Bock, Furtado e Teixeira (1999) nos quais, podemos observar uma clara crítica à visão naturalizante de homem e aos reducionismos da Psicologia, em especial a Experimental, que não levam em consideração a dimensão social e da cultura na construção desse complexo ser, transpondo os conhecimentos da psicologia animal para explicar e compreender as funções superiores do

homem. Estas, por sua vez, não podem ser compreendidas de forma abstrata, descolada da realidade sócio-histórico-cultural, nem tampouco como resultado da maturação do organismo.

Os autores revelam ainda que linguagem e pensamento têm origens sociais, refletindo elementos de uma cultura e que consciência e comportamento se constituem em aspectos integrados de uma unidade, aludindo a propostas dicotomizadas entre natureza x cultura, corpo x mente de outras abordagens em Psicologia.

Além desses princípios, Vygotsky desenvolveu uma estrutura teórica marxista para a Psicologia, revelando que todos os fenômenos estão em permanente movimento e transformação, devendo, portanto, ser estudados como processo. As mudanças individuais têm origem nas condições sociais da existência, sendo essas condições que determinam a consciência do homem e que o conhecimento não pode ser construído a partir do aparente, é preciso buscar sua gênese e seu movimento para explicar sua aparência atual. Assim, o homem ao atuar sobre a natureza, transforma-a e a si mesmo (BOCK, FURTADO e TEIXEIRA, 1999, p. 87).

Durante muitos anos, a Psicologia de Vygotsky ficou restrita à União Soviética, sendo expandida, posteriormente, para a Europa, Estados Unidos e alguns países do terceiro mundo. No Brasil, a teoria de Vygotsky chega na década de 1980, sendo incorporada, primeiramente, à Psicologia da Educação e à Psicologia Social.

Atualmente, muitos grupos desenvolvem estudos e pesquisas, tendo como base a proposta de Vygotsky. Dentre eles, encontra-se um grupo de dez professores da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP) que, incansavelmente, vem contribuindo para a construção e o desenvolvimento de uma psicologia comprometida com a transformação da realidade social do país, que se apresenta assolado pelas desigualdades sociais, constituindo-se em fonte de muito sofrimento à população.

É importante destacar que a denominação Psicologia Sócio-Histórica foi criada a partir desse grupo de professores. Na literatura, encontramos

outras denominações, como Psicologia Histórico-Cultural, Psicologia de Orientação Sócio-Cultural, representada pelos professores da Unicamp e PUC-Campinas.

Ressaltamos que o desenvolvimento, análises e discussões de nosso estudo sobre a promoção do processo de Resiliência em Enfermeiras, estarão orientadas basicamente pela proposta da Psicologia Sócio-Histórica do referido grupo de professores da PUC/SP.

2.2 A Concepção Sócio-Histórica de Homem.

O homem, na perspectiva Sócio-Histórica constitui-se como um ser ativo, histórico e social. Assim, contrariamente a outras abordagens, o homem não nasce pronto, *não existe uma natureza humana*, e sim a *condição humana*, como ressalta Bock (1999, p. 23), a qual é construída a partir das relações estabelecidas entre os homens em sociedade e na sua ação sobre a realidade.

A autora discute e critica esta visão liberal de homem, presente na ciência positivista, fazendo uma analogia com a imagem do Barão de Münchhausen, personagem de uma história infantil alemã, em que, ao saltar um brejo, afundou no pântano com seu cavalo, mas consegue sair puxando-se pelos próprios cabelos.

Essa visão naturalizante do homem e de seu desenvolvimento psíquico é característica da maioria das teorias em Psicologia. Concebe-se um homem capaz de desenvolver plenamente suas vocações e potencialidades, tornando-se o único responsável pelo seu próprio desenvolvimento, desde que as condições ambientais sejam favoráveis.

Essa concepção de homem como produto da natureza, segundo Aguiar (2000, p. 127), *gera um processo de ocultamento das condições sociais constitutivas do sujeito*, uma vez que em seu desenvolvimento, somente irá

atualizar o que já tem como potencial desde o nascimento.

Assim, o postulado da condição humana parece ser mais adequado para compreender a constituição do sujeito. Um sujeito que por meio de sua ação transforma a realidade, criando as próprias condições de existência e, portanto, transformando a si próprio. Assim, o homem e a sociedade vivem uma relação de mediação, ou seja, um expressa e contém o outro, sem que se diluam ou percam sua singularidade.

O homem se constrói a si mesmo, segundo Rosa e Andriani (2002),

a partir das relações que estabelece com o meio e com os outros homens, num movimento dialético em que faz parte de uma totalidade e vai transformando-se em sua essência por um processo de complexificação e multideterminação (ROSA e ANDRIANI, 2002, p. 272).

Como ser histórico e social existe uma relação de mediação entre ele e a sociedade, ou seja, ambos não existem separadamente, entretanto, são diferentes. Nesse movimento dialético, apropria-se subjetiva e particularmente do social, transformando-o ao interiorizá-lo e, assim, transforma-se e se singulariza. Nesse processo de subjetivação, o mundo externo, objetivo é convertido para o mundo interno, subjetivo, configurando-se algo novo, transformado (ROSA e ANDRIANI, 2002).

No processo de subjetivação, a mediação é o grande diferencial para a Psicologia Sócio-Histórica. Vygotsky (1998) afirma que o fenômeno psicológico é mediato e não imediato.

A mediação, de acordo com Molon (1995), não é um conceito, e sim um pressuposto norteador de todo o seu arcabouço teórico e metodológico, que se objetiva nos conceitos de conversão, superação, relação constitutiva Eu-Outro, intersubjetividade, subjetividade. Assim, a mediação é o processo, é a própria relação.

A autora ressalta que a mediação ocorre por meio dos signos, da palavra, da semiótica, dos instrumentos de mediação. Sem a mediação dos signos não há contato com a cultura.

Complementando, Vygotsky (1998) revela que *“um pensamento não tem um equivalente imediato em palavras, a transição do pensamento para a palavra passa por um significado”* (p. 129).

Assim, a constituição do sujeito não pode ser compreendida como uma relação dicotômica e imediata, mas como um processo, em que subjetividade e objetividade se constituem numa relação de mediação.

Nesse processo, o homem utiliza-se de instrumentos para satisfazer suas necessidades, sendo a linguagem um instrumento fundamental. Produzida social e historicamente, a linguagem permite ao homem a representação da realidade, possibilitando-lhe trabalhar com a atividade no campo da consciência. A linguagem

materializa e constitui as significações construídas no processo social e histórico. Assim, ao apropriar-se dela, o homem tem acesso às significações historicamente produzidas. Este homem irá significar suas experiências e estas significações que constituirão sua consciência, mediando assim suas formas de sentir, pensar e agir (ROSA e ANDRIANI, 2002, p. 274).

É através da palavra que podemos compreender a consciência. Vygotsky (1998) revela que a palavra é o *microcosmo* da consciência, desempenhando papel fundamental no desenvolvimento do pensamento e dos sentimentos. Assim, a linguagem funciona como mediadora, transformando a subjetividade dos homens que se encontra em relação com outros homens e com o meio. Porém, cada homem apropria-se da linguagem de forma única, atribuindo-lhe um sentido pessoal, a partir de significados que são construídos socialmente.

Dessa forma, a subjetividade humana, objeto de estudo da Psicologia Sócio-Histórica é construída na relação dialética que o homem estabelece com o meio em sua dimensão social e histórica. Assim, o sujeito, ao se apropriar da atividade, apropria-se das significações sociais e historicamente produzidas, constituindo-se como homem. Vivendo em um espaço intersubjetivo, de conflitos, confrontos e trocas, e considerando-se ainda a história particular de cada sujeito, este irá atribuir sentidos pessoais para as suas experiências e para os fenômenos dos quais se apropria. É desse modo que a materialidade concreta é convertida em subjetividade, em que há uma superação: o social é transformado em algo novo na subjetividade do sujeito.

2.3 Conceitos básicos de análise da Psicologia Sócio-Histórica.

As diversas teorias da Psicologia apresentam conceitos básicos específicos que nos auxiliam a analisar, discutir e compreender os fenômenos psicológicos com maior e menor criticidade. Visando superar conceitos limitantes de outras abordagens, apresentamos, neste estudo, os conceitos básicos da Psicologia Sócio-Histórica.

A Psicologia Sócio-Histórica apresenta três conceitos que são fundamentais para estudar e compreender a subjetividade humana: a **atividade**, a **consciência** e a **identidade** (BOCK, 1999, GONÇALVES e BOCK, 2003).

A **atividade** é um conceito fundamental para compreender a vida do sujeito material, sendo a base do conhecimento e do pensamento do homem. É por meio da atividade que o homem participa de grupos sociais e, num processo de apropriação, internaliza o mundo externo, que irá constituir sua subjetividade.

Importante esclarecer que esse processo não se dá de forma passiva, sem direção ou sem significado, mas envolve a reflexão, de maneira ativa, criando possibilidades de reconstrução da atividade interna, a partir da

atividade externa.

Assim, de acordo com suas necessidades e para sua sobrevivência, atua sobre sua realidade transformando-a. Ao fazer isso, o homem constrói o seu mundo e a si mesmo, num processo de apropriação e transformação, o que envolve outras categorias, como a consciência.

A **consciência**, embora seja subjetiva, não existe sem a realidade objetiva, ou seja, só se objetiva por meio da atividade social do homem, num processo ativo e criativo.

Ao nascer, o homem encontra um mundo de objetos e significados já construídos. No entanto, em suas relações sociais, apropria-se desse mundo cultural, desenvolvendo um “sentido pessoal”, compreendendo, assim, seu mundo, a si mesmo e aos outros. Com isso, a consciência é compreendida através das mediações, veiculadas, principalmente, pela linguagem e pensamento, integrada às emoções e a atividade.

Desse modo, a consciência configura-se como um sistema integrado, multideterminado e processual, no qual é possível a reconstrução interna do mundo objetivo.

A **identidade** refere-se às representações e sentimentos que o homem desenvolve a respeito de si próprio, nas relações que estabelece com seu mundo objetivo, resultando numa síntese pessoal, que envolve dados pessoais (cor, sexo, idade), biografia (trajetória pessoal) e atributos sociais. Na perspectiva em referência, o conceito de identidade supera a compreensão de homem enquanto conjunto de papéis, de valores, de habilidades ou atitudes, mas busca uma compreensão de totalidade e, ao mesmo tempo, de singularidade, num processo dialético, configurando, portanto, um contínuo processo de definição da própria identidade.

A existência concreta é a unidade da multiplicidade: várias posições e várias situações formam uma totalidade; entretanto, em cada momento, embora o indivíduo seja uma totalidade, manifesta-se

como parte de si, como desdobramento das múltiplas determinações a que está sujeito; aparece frente a outro como totalidade parcial, como representante de si (GONÇALVES e BOCK, 2003, p. 93).

As autoras revelam que a identidade envolve três sentidos: a representação de si mesmo; dos papéis sociais que desempenha de acordo com a posição ocupada na sociedade; e enquanto re-posição da identidade pressuposta ou reiteração do que tem sido.

Discutindo sobre esse tríplice sentido da identidade, Ciampa (2001; 1997) esclarece que esse processo apresenta uma aparência de estabilidade, de constância de identidade. A re-posição da identidade pressuposta funciona como armadilhas, impedindo mudanças verdadeiras e reais que poderiam permitir a superação dialética.

O autor revela que *identidade é metamorfose*, ou seja, é movimento de transformação permanente, em que o *personagem* torna-se o autor de sua personagem, caminhando para mudanças significativas, dando saltos qualitativos na superação das contradições.

Mas a constituição da identidade envolve as significações sociais internalizadas e transformadas. Retomando a questão da re-posição da identidade, existem sujeitos que permanecem na mesmice, sem possibilidade de superações diante de novas situações e desafios em sua realidade.

Diante do exposto, podemos compreender que a subjetividade, ou seja, a maneira de pensar, sentir e agir do homem é constituída pelas categorias identidade, atividade e consciência, numa processualidade, em que a identidade é construída de acordo com o desenvolvimento da consciência em relação à atividade, via mediação das relações Sócio-Históricas e da linguagem.

Para concluir, acreditamos que estes conceitos poderão nos auxiliar a responder algumas questões sobre o pensar, o sentir e o agir das Enfermeiras, no que se refere à sua atuação profissional e à sua saúde. Tendo como base a

concepção de um profissional ativo, inserido num contexto social e histórico, capaz de produzir mudanças coletivas neste contexto e em si mesmas, superando as contradições existentes em sua realidade de trabalho e de vida. Vislumbramos, dessa forma, a possibilidade da promoção do processo de Resiliência e, conseqüentemente, da saúde dessas Enfermeiras via tomada de consciência de sua realidade, possibilitando ressignificações, cuidando, ao mesmo tempo, do outro e de si.

3 RESILIÊNCIA: CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO

É importante entender a Resiliência como um processo de superação da adversidade, como responsabilidade social e política [...] **Infante, 2005**

3.1 A origem do conceito

A Resiliência, de acordo com vários autores, possui uma diversidade de definições, sendo um conceito que ainda se encontra em fase de construção. Assim, consideramos ser importante iniciar com uma discussão acerca da origem e da evolução histórica do conceito, permitindo, dessa forma, compreender as mudanças, as contradições e as transformações que foram se configurando, vislumbrando sua aplicabilidade em programas de prevenção e promoção de saúde.

Como ponto de partida, tivemos a curiosidade de buscar nos dicionários da língua portuguesa e da língua inglesa o que revelam sobre o termo Resiliência. No primeiro, a Resiliência é definida como *a propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora duma deformação elástica*. No sentido figurado, apresenta o conceito de *resistência ao choque* (FERREIRA, 1999, p. 1751), enquanto que na língua inglesa, a Resiliência refere-se à *habilidade de voltar rapidamente para o seu usual estado de saúde ou de espírito depois de passar por doenças, dificuldades etc.: Resiliência de caráter² ou ainda habilidade de uma substância retornar à sua forma original quando a pressão é removida: flexibilidade³* (LONGMAN DICTIONARY OF CONTEMPORARY ENGLISH, 1995, p. 1206).

² **Original em inglês:** “the ability to return quickly to your usual health or state of mind after suffering na illness, difficulties etc.: resilience of character”.

³ **Original em inglês:** “ability of a substance to return to its former shape when pressure is removed: flexibility”.

Como se pode observar, na língua portuguesa fica restrito a uma capacidade de resistência de materiais, enquanto na língua inglesa há uma ampliação, transportando-se essa capacidade para o ser humano em situações de adoecimento, pressupondo uma flexibilidade diante de situações adversas.

Historicamente, a origem do termo Resiliência reside nos estudos da Física e da Engenharia, referindo-se a capacidade que um material tem ao absorver energia sem sofrer deformações permanentes (YUNES E SZIMANSKI, 2001). Em outras palavras, a Resiliência enquanto um fenômeno mecânico pressupõe uma resistência do material, que ao sofrer um impacto ou choque com outros materiais não perdem suas propriedades originais.

No sentido etimológico, aproxima-se do conceito dado pela Física. Derivada da palavra *resilio* (re+salio) significa *saltar para trás*, o que podemos exemplificar pelas propriedades de um elástico, ou seja, ao aplicarmos uma tensão numa fibra elástica, ela terá a capacidade de distender-se, mas ao soltá-la, esta voltará a seu estado inicial, saltando para trás em suas propriedades.

É importante esclarecer que qualquer material tido como resiliente, no sentido de ser resistente, não é absoluto. Existe um limite para a tensão, em que o material poderá ser rompido. Retomando o exemplo anterior, se distendermos o elástico muitas vezes, ao longo do tempo suas fibras vão se rompendo, perdendo sua função inicial.

Das Ciências físicas e biológicas, o conceito foi sendo transportado e aplicado a outras áreas do conhecimento, como na Medicina, nas Ciências do Trabalho e nas Ciências Humanas. Nas ciências psicológicas e sociais, especialmente, observamos uma proliferação de estudos, buscando compreender a complexidade dos fenômenos humanos diante das adversidades. Para nós, a relevância de tais estudos reside na possibilidade de aplicações práticas na área da saúde, podendo estabelecer ações, visando não somente a prevenção, mas, principalmente, a promoção da saúde.

3.2 Primeiros estudos sobre Resiliência.

A maioria das investigações sobre Resiliência tem como foco a infância, buscando, principalmente, compreender como crianças que se desenvolveram em circunstâncias adversas, em situações de abandono e de privações conseguem tornar-se adultos saudáveis sem graves transtornos psicossociais em sua existência (MELILLO e SUÁREZ OJEDA, 2005; PINHEIRO, 2004; JOHNSON E WIECHELT, 2004; JUNQUEIRA e DESLANDES, 2003; MASTEN, 2001; YUNES, 2001; LUTHAR e CICCETTI, 2000; CECCONELLO e KOLLER, 2000; ÁLVARES, 1999; ROBINSON, 2000; MORAES E RABINOVICH, 1996; RUTTER, 1993; GROTBORG, 1993).

Esses dados são confirmados por Souza (2006) em revisão de literatura realizada em bases de dados da Bireme (Medline, Lilacs), no período de 1966 a 2004 e da American Psychological Association (APA) entre 1977 a 2004, encontrando nesta base de dados mais de 1.800 artigos publicados sobre o assunto. Para as publicações nacionais teve como base de dados a CAPES, SciELO e UNIVERSIA, no período de 1996 a 2004.

De acordo com a autora, os estudos sobre Resiliência concentram-se na infância, havendo um aumento significativo entre 1985 e 1993. A partir desta data aumentaram as publicações com relação aos adolescentes e adultos. A partir de 1999, surgem novas temáticas associadas ao estudo da Resiliência, como o racismo, sobreviventes de guerra e holocausto, religião, desempenho escolar, estresse e saúde, violência familiar, violência política e homossexualidade.

No Brasil, a autora salienta que os primeiros estudos estão relacionados a crianças expostas a situações de risco, fatores de proteção e vulnerabilidade psicossocial, bem como as redes de apoio social e afetivo. E na área ocupacional, as pesquisas sobre Resiliência estão associadas ao perfil dos executivos.

Na área da Enfermagem, até 2006, não encontramos nenhuma referência relacionada à Resiliência.

Diversos autores buscam um marco inicial dos estudos. Job, R (2000, p. 41) revela que os primeiros estudos envolvendo esta capacidade de sobreviver às adversidades datam do final da década de 60, quando Redl introduziu o conceito de *Resiliência do ego*, em que são ressaltados dois aspectos do indivíduo: a capacidade de resistência a pressões e a habilidade de se recuperar rapidamente de um colapso, retornando às suas funções normais ou mesmo melhor do que anteriormente.

A concepção de ego-resiliente nos leva a pensar um sujeito dotado de atributos pessoais e recursos internos que o permita enfrentar as adversidades. No entanto, de acordo com Luthar e Cicchetti (2000), não é possível desenvolver a ego-Resiliência, uma vez que esta é inerente a algumas pessoas, não requerendo a presença da adversidade, que constitui elemento fundamental para o desenvolvimento da Resiliência.

Estando descartada a Resiliência como um atributo pessoal, os autores revelam que a adaptação positiva não se constitui em tarefa exclusiva do sujeito, mas esta ocorre na relação com o outro, envolvendo uma interação entre o contexto social e o sujeito, num contínuo processo de desenvolvimento, seja a família, a escola, a comunidade ou a sociedade.

Essa relação aparece nos estudos de Trombeta e Guzzo (2002) quando discutem a Teoria do Apego criada por Bowlby em 1969. Essa teoria revela que as primeiras experiências com a mãe e com a família sendo positivas e estimulantes, podem promover um senso de competência, contribuindo para a formação de uma personalidade mais saudável.

Já Yunes (2001) credita o pioneirismo nos estudos da Resiliência à Rutter, Emily Werner, Ruth Smith, Norman Garmezy, Ann S. Masten e Suniya Luthar. Ainda hoje, observamos uma forte influência desses autores nas investigações e publicações científicas, especialmente no que se refere aos fatores de risco e de proteção, à vulnerabilidade, a estratégias de *coping*, à competência, entre outros.

Destacadas como precursoras no estudo da Resiliência, Werner e Smith (1989) iniciaram em 1955 uma investigação longitudinal, na ilha Kauai, no Havaí, acompanhando 698 crianças a partir dos 12 meses de vida até os trinta e dois anos, tendo como objetivos: investigar a capacidade das crianças em lidar com o estresse perinatal, a pobreza e os conflitos familiares; examinar durante a primeira e segunda década de vida as diferenças sexuais na vulnerabilidade e na Resiliência, bem como a identificação dos fatores de proteção internos e externos no ajustamento social. Os dados foram coletados em diferentes momentos do desenvolvimento (aos 2, 10, 18 e 32 anos) por meio de entrevistas com os pais, exames pediátricos e psicológicos das crianças e avaliação do ambiente familiar.

Os resultados mostraram que durante a primeira etapa, ou seja, na primeira década da vida, os meninos mais do que as meninas foram expostos a doenças mais graves e apresentaram uma proporção mais elevada de comportamentos desajustados; na segunda etapa, o percentual total de meninos com problemas de aprendizagem diminuiu enquanto que o percentual de meninas com comportamentos desajustados aumentou.

A última etapa da pesquisa, publicada em 1992 por Werner e Smith, revela que dois terços das crianças consideradas de alto risco tiveram sérios problemas de aprendizagem ou de comportamento aos 10 anos e transtornos mentais, delinqüência juvenil ou gravidez antes dos dezoito anos de idade. Somente um terço dos sujeitos considerados de alto risco tornou-se adultos competentes, com expectativas positivas para o futuro, sendo capazes de amar, trabalhar, brincar e se divertir.

Assim, parte dessas crianças expostas a situações de alto risco, conseguiu enfrentar as dificuldades, abrindo a possibilidade de construção de um futuro mais promissor.

Entre os pioneiros no estudo da Resiliência, localizamos, ainda, Michael Rutter, pediatra inglês e autor de diversas pesquisas e publicações que se iniciam na década de 1970, focando, especialmente crianças submetidas a maus tratos e abandono.

Entre os principais trabalhos desenvolvidos podemos citar: *Sex differences in children's response to family stress* (RUTTER, 1970); *Parent-child separation: psychological effects on the children* (RUTTER, 1971), revelando em seus resultados que crianças do sexo masculino são mais vulneráveis a estressores físicos e psicossociais do que crianças do sexo feminino. Em 1981, publica o livro *Maternal deprivation reassessed*, dedicando um capítulo inteiro à Resiliência e comportamento parental de adultos que sofreram situações de abandono na infância, estabelecendo uma relação entre a ausência da figura materna e o desenvolvimento de psicopatologias na criança. É neste momento de seus estudos que formula a questão central para a compreensão da Resiliência: Por que alguns indivíduos que experenciam situações de extrema adversidade na infância conseguem ter um desenvolvimento saudável?

Tentando responder a essa questão, observamos que Rutter vai lapidando seu conceito de Resiliência. Primeiramente, foca seus estudos numa variação individual em resposta a um risco, afirmando que diferentes pessoas podem vivenciar a mesma situação estressora de diferentes maneiras. Pontua que atributos do indivíduo, como idade, sexo, temperamento, inteligência, habilidades na resolução de problemas podem interferir nas formas de enfrentamento dos riscos a que está exposto. Assim, frente a situações de estresse, coloca três opções de conduta: pode sucumbir, pode ser resiliente, ou ainda, ir além, beneficiando-se das condições de estresse.

Passa a observar as condições que possibilitam um desenvolvimento mais saudável, buscando quais os mecanismos que podem modificar a resposta do sujeito frente a um risco ambiental, melhorando suas formas de enfrentamento, que denomina de fatores de proteção. Nesta fase de seus estudos, conceitua a Resiliência como processo, o qual resulta da interação entre a vulnerabilidade e os fatores de proteção, pelo qual uma resposta pessoal é dada à situação de risco e suas conseqüências (RUTTER, 1985).

Em estudo posterior, reafirma que a Resiliência é um processo dinâmico e contínuo, portanto, não pode ser pensada como um atributo fixo ou simplesmente adquirido durante seu desenvolvimento. Assim, deve ser

compreendida como um processo psicossocial e cultural. Passa a defini-la como a habilidade de superar o estresse e as adversidades, estando esta relacionada às características do sujeito e do ambiente, sendo, por isso, relativas (RUTTER, 1987; 1993; 1999), ou seja, sofre uma variação de acordo com as circunstâncias e o contexto sócio-cultural em que o sujeito está inserido.

3.3 A diversidade de conceituações teóricas

Observamos que o conceito, oriundo da Física e da Engenharia se encontra, ainda, num processo de construção.

Encontramos, na literatura, perspectivas distintas nos estudos sobre a Resiliência. Infante (2005) salienta que especialistas concordam na existência de duas gerações de pesquisadores: uma que a princípio foca nos atributos pessoais, mas amplia o interesse para um modelo triádico, ou seja, dando ênfase aos atributos, aos aspectos da família e ao ambiente social. E a outra geração, embora tome como referência o modelo triádico, agrega ao estudo a dinâmica e a interação entre os fatores, entendendo a Resiliência como um processo dinâmico, em que sujeito e ambiente interatuam em uma relação recíproca, permitindo a adaptação, apesar da adversidade.

Em nosso estudo, procuramos agrupar em três perspectivas, uma se referindo à Resiliência como um atributo individual, reportando-nos a traços de personalidade e outra que envolve as redes de apoio social e afetivo, como um importante aspecto no desenvolvimento humano saudável. E uma terceira perspectiva em processo de construção que se refere à possibilidade de superação no sentido dialético.

A primeira se refere a uma **perspectiva individualista**, focando a Resiliência como um conjunto de traços e disposições pessoais que protegem o sujeito das adversidades. Assim, padrões particulares de adaptação ou ajustamento às condições de adversidade estão presentes nesta perspectiva.

Nesse caso, pessoas autoconfiantes, com alto nível de inteligência, auto-conceito e auto-estima elevados seriam mais resilientes. Assim, quem possuísse esses traços era considerada uma pessoa invulnerável, capaz de permanecer saudável mesmo submetida a elevados índices de estresse.

Nesta perspectiva, que vai ao encontro da primeira geração de pesquisadores citada por Infante (2005), encontramos as publicações de Werner e Smith (1989, 1992), Anthony e Cohler (1987) e Tavares (2001).

Este último ressalta que ao ser encampada pela Psicologia, a Resiliência passa a ser entendida como uma qualidade ou uma capacidade da pessoa ou de grupos de pessoas de *resistir⁴ a situações adversas sem perderem o equilíbrio inicial, isto é, a capacidade de se acomodarem e re-equilibrarem constantemente* (p. 46).

A segunda perspectiva ressalta a **rede de apoio social**, que aparece ao lado dos traços individuais.

As redes de apoio social e afetivo são consideradas fundamentais para a promoção do desenvolvimento humano saudável, tornando-se adultos socialmente competentes.

De acordo com Hoppe (1998), o conceito de apoio social pode ser definido sob duas formas, a primeira se relaciona à forma como as situações de risco são conduzidas pelo sujeito em seu contexto e a segunda é vista como um elemento importante na constituição da personalidade evolutivamente. Sendo que o apoio social é definido pelas relações que se estabelece com outros e as transações de apoio.

A autora revela que para a criança, a família é a mais importante rede de apoio, caracterizando-se pela reciprocidade, mutualidade e diálogo, além de desenvolver um senso de permanência e estabilidade.

Além da família, Garmezy, Masten e Tellegen (1984) ressaltam que o apoio de amigos, vizinhos, professores, terapeutas, líderes religiosos entre

⁴ Grifo nosso

outros recursos da comunidade também potencializam as habilidades do sujeito em responder positivamente a uma variedade de riscos na infância.

Nesta segunda perspectiva encontramos Masten e Garmezy (1985, p. 556) revelando que a Resiliência consiste *no processo de; na capacidade para; ou no resultado de uma adaptação bem sucedida a despeito de circunstâncias desafiadoras ou ameaçadoras.*

Outro conceito proposto por Masten e Coatsworth (1998) considera a Resiliência como a manifestação de competência frente a um contexto de desafios significantes, visando a adaptação e o desenvolvimento.

Os termos **adaptação** e **competência** são bastante importantes nesta perspectiva.

Para Simon (1989, p. 78), a adaptação é considerada como “o resultado da interação entre o sujeito e o ambiente, alcançando um grau de equilíbrio que permite a manutenção da vida”

Para o autor, há a interação de quatro dimensões na adaptação: a dimensão afetivo-relacional, que compreende os sentimentos e atitudes relacionadas a si e ao outro; a dimensão da produtividade, que está relacionada aos estudos e trabalho de maneira geral; a dimensão sociocultural, que compreende os sentimentos, atitudes e valores relacionados ao contexto social e a dimensão orgânica, referindo-se à fisiologia do organismo e aos sentimentos e ações do sujeito em relação a si próprio.

Infante (2005) fala de adaptação positiva ou adaptação resiliente, quando o sujeito consegue alcançar expectativas sociais relacionadas a uma etapa do desenvolvimento ou quando não apresenta sinais de desajustes. Nesses casos, se houver uma adaptação positiva, apesar da exposição a adversidades, pode-se considerar que houve uma adaptação resiliente.

Já a competência, refere-se ao “resultado das interações das crianças com o meio ambiente”. Sendo que isso se modifica de acordo com as diferentes fases do desenvolvimento e do contexto cultural e social em que esta se encontra (SOUZA, 2003, p. 24).

Assim, os cuidados e o apoio, sejam da família, dos professores, amigos, entre outros, facilitam o desenvolvimento de habilidades e competências para fazer frente às adversidades no cotidiano.

Nessa perspectiva, ou na segunda geração de pesquisadores conforme cita Infante (2005) também está Rutter (1991), que formulou o conceito de mecanismos protetores e Grotberg, que conceitua a Resiliência como uma *capacidade humana para enfrentar, vencer e ser fortalecido ou transformado por experiências de adversidade*. Ressalta que a Resiliência faz parte do processo evolutivo, devendo, portanto, ser promovida e fortalecida desde o nascimento. (GROTBERG, 1995; 1999; 2005).

A autora formulou o conceito que deu base ao Projeto Internacional de Resiliência, definindo os fatores de Resiliência que requer a interação de três dimensões: o suporte social (eu tenho), as habilidades (eu posso) e a força interna (eu sou e eu estou).

Em tal perspectiva, os pesquisadores revelam que o grande desafio é identificar os processos de base da adaptação resiliente, para poder avançar para além da teoria, abrindo possibilidades de criação de estratégias, visando a promoção da Resiliência e Qualidade de Vida.

Uma terceira perspectiva está em construção, mais crítica, que embora não descarte as informações anteriores, avança, constituindo a **Resiliência como uma possibilidade de superação** em um processo dialético. Assim, os problemas não são eliminados, mas enfrentados e ressignificados.

Nessa perspectiva, encontramos Junqueira e Deslandes (2003) e Pesce, Assis, Santos e Oliveira (2004) que consideram a Resiliência como a capacidade relativa do sujeito, em lidar com as adversidades ao longo da vida, num processo de superação, estando esta relacionada às circunstâncias contextuais e históricas em que ele se insere.

Imersa numa diversidade de conceitos, antes de nos confundir, possibilita-nos refletir sobre as diferentes concepções de homem e de mundo, de acordo com pressupostos teóricos diferentes.

Assim, a Resiliência tem sido definida como uma capacidade ou habilidade pessoal de resistir à; de enfrentar; adaptar-se ou ainda como processo de superação das adversidades no decorrer da existência.

Consideramos que ao entendermos a Resiliência como capacidade de adaptação, de resistência ou de enfrentamento somente, podemos estar contribuindo para certa conformidade diante das adversidades, promovendo uma individualização dos problemas existenciais, ou seja, o sujeito é o único a ser responsabilizado pelas adversidades de sua vida, de seu trabalho etc. Essa concepção descontextualiza o problema, que também é de responsabilidade da sociedade, das políticas públicas, das instituições de saúde, uma vez que estamos focando a saúde dos trabalhadores da área da saúde.

Entendemos, neste estudo, a Resiliência como um processo, Apesar de o ser humano ter uma bagagem genética ao nascer, dando-lhe sustentação biológica, seu modo de ser será construído nas relações com outras pessoas, grupos, instituições, num determinado contexto sócio-histórico e cultural. Como ressalta Bock (1999, p. 173), *as relações sociais e as atividades do homem no mundo são as responsáveis pela sua configuração como ser.*

Assim, o sujeito diante de sua realidade, deve tomar consciência de seu papel na esfera pessoal, social e política. Um papel ativo, buscando tornar-se protagonista de sua história. No que se refere às condições de trabalho e de saúde, deve conquistar as mudanças necessárias em busca de uma vida pessoal e profissional com qualidade, ou seja, exercer seu papel político, participativo na transformação de sua realidade social e de saúde.

Na Enfermagem, esse processo é possível, quando o sujeito apropria-se das determinações objetivas, sendo capaz de construir junto com seu grupo ações que permitam o enfrentamento e a superação das situações de estresse a que está submetido em seu contexto de trabalho.

Acreditamos, dessa forma, ser possível a promoção do processo de Resiliência tanto no plano individual quanto no coletivo. Entretanto, isso dependerá das interações entre aspectos individuais e sócio-culturais. A consciência de sua realidade, com possibilidades de intervenção por meio de

ações pensadas e refletidas em prol de mudanças e transformações em si e no contexto que a cerca, ou seja, um processo de superação do que está posto.

3.4 A aplicação prática do conceito

A Resiliência foi introduzida sistematicamente em estudos práticos em 1991, pela Bernard Van Leer Foundation, considerada a primeira Organização Não Governamental (ONG) dos Países Baixos (OLIVEIRA, 2001; VANISTENDAEL, 1994), que financiou diversos projetos para aplicação do conceito de Resiliência em programas de intervenção, cuja missão era *apoiar a elaboração de enfoques sobre a atenção e desenvolvimento da primeira infância* (GARCIA, 2002, p. 7).

Em 1992, a *Bureau International Catholique de L'Enfance* (BICE), em Genebra, adotou a Resiliência como tema de trabalho, focando a *Resiliência da criança e da família*. O BICE sem dúvida, foi a primeira ONG a levar a Resiliência do mundo anglo-saxão ao mundo latino, sendo considerado, ainda, o organizador do primeiro seminário sobre Resiliência, no ano de 1993, em Nova York (VANISTENDAEL, 1994).

Com a introdução do enfoque da Resiliência nos trabalhos do BICE e a alocação de recursos financeiros da Fundação Bernard van Leer, observamos uma grande evolução nos estudos, que debatido, quase que exclusivamente no meio acadêmico, ganha novos espaços, passando de conceitos teórico-científicos a algumas aplicações práticas.

Assim, com o apoio da Fundação Bernard Van Leer, iniciam-se, em 1994, sete programas de intervenção com caráter preventivo na América Latina, tendo como enfoque a Resiliência em programas de desenvolvimento infantil, envolvendo quatro países: Chile, Peru, Brasil e Argentina, focando a criança, a família e a comunidade. De comum acordo, os quatro países elegeram quatro variáveis na promoção da Resiliência, considerados na literatura como fatores protetores internos: a auto-estima, a criatividade, o

humor e a autonomia. No entanto, tais variáveis sofreram algumas modificações, respeitando-se a cultura de cada país.

Consideramos oportuno fazer um breve relato dos programas pioneiros desenvolvidos na América Latina, revelando a possibilidade de promoção do processo de Resiliência e do desenvolvimento humano em contextos culturais específicos, que geralmente não são considerados pela psicologia dominante.

Na Argentina, de acordo com Lascano (2002), o programa *Yachay*, cujo significado se refere à ação de aprender, ensinar e compreender o cotidiano da vida atual e a sabedoria ancestral, foi iniciado em 1994, com meninos e meninas de comunidades indígenas. Denominadas *Kolla*, essas crianças compartilhavam práticas próprias das regiões andinas, visando *ações compensatórias para superar as carências presentes (p. 88). Tendo por finalidade promover a auto-estima, autonomia, criatividade, humor, protagonismo, identidade cultural e espiritualidade*, o programa caracterizou-se como um projeto multidimensional e de grande extensão, uma vez que envolveu 88 grupos comunitários de 24 bairros e 64 comunidades rurais. Com diferentes linhas de ação, com as famílias e a comunidade, centrou na capacitação de mães e pais quanto aos fatores protetores e de risco nos cuidados das crianças. Com os irmãos trabalhou-se com reflexões e análise sobre seus direitos e projetos pessoais, assumindo responsabilidades em sua execução. Com este projeto concretizaram-se muitas possibilidades, como programas nutricionais para crianças até 2 anos; criação de centros de formação inicial para crianças até 5 anos com mães cuidadoras; criação de organizações comunitárias e convênios de cooperação.

No Brasil, o projeto foi iniciado em 1996, envolvendo comunidades negras, remanescentes dos *quilombos*, de Castelo (município de Alcântara) e São Cristóvão (Viana) no Maranhão, denominado *Projeto Auto-Estima das Crianças Negras*, tendo como proposta a capacitação para o exercício pleno da cidadania e construção de sua identidade. Assim, para fomentar a auto-estima nas crianças de 0 a 6 anos, foram desenvolvidas estratégias lúdicas, através da criação de brinquedotecas (*Casa da alegria* e *Beleza da infância negra*), em que o envolvimento das famílias teve um papel decisivo. Foram criadas rádios

comunitárias, que produziram um impacto muito positivo sobre as famílias e comunidade. Como resultados houve maior competência social por parte das crianças, mães e adolescentes, capacitação dos adolescentes como animadores nas atividades com as crianças; aumento da criatividade de crianças e famílias; comportamentos mais positivos em relação à vida, desenvolvimento de programas educativos nas rádios comunitárias; produção de bonecos negros e jogos para comercialização; participação dos pais nas atividades lúdicas das brinquedotecas; resgate e valorização das manifestações culturais (MATOS, 2002)

No Peru, foram desenvolvidos dois projetos: o *Kusiska Wawa* e o *Pukllay Wasi*. Neste estudo faremos uma síntese do projeto piloto denominado *Kusiska Wawa* (infância feliz), que se iniciou em 1998, tendo a duração de dois anos e meio, visando a prevenção dos efeitos negativos do maltrato de meninas e meninos de rua de 0 a 6 anos de idade em comunidades andinas do sul do Peru. As estratégias básicas para intervenção foram os jogos e recreação. Além do impacto positivo da intervenção, algumas dificuldades e obstáculos também foram encontrados. A desconfiança da população e o difícil acesso geográfico às comunidades, além da definição operacional do conceito de Resiliência, que permitiria a identificação de variáveis e indicadores válidos, foram as principais dificuldades encontradas. Em relação aos aspectos positivos, podemos pontuar: a) mudanças na conduta de meninos e meninas, mostrando-se mais ativos, sendo capazes de transformar sua realidade mediante novas aprendizagens; b) fortalecimento das relações intrafamiliares. Como resultado final foram criados pela comunidade os *Comitês de defesa Del niño y la familia*, atuando como mecanismo de proteção e prevenção do maltrato infantil e da violência doméstica e a transferência do modelo ao Instituto Nacional de Bienestar Familiar (INABIF), que atende à população infantil em situação de risco (FLORES, 2002).

Gerosa (2002) revela que de início foi um grande desafio para equipe a implementação dos projetos, uma vez que havia poucas referências sobre o assunto, tendo que aprender a partir da própria prática. Fundamentaram-se, teoricamente, nos primeiros estudos desenvolvidos por Werner (1971; 1986),

Garnezy (1984), Masten (1986), Rutter (1981), Osborn (1990), Kotliarenco (1996), Vanistendael (1994). O interesse desses autores centrava-se sobre as *habilidades, as capacidades, o êxito nas respostas, a adaptação positiva, o enfrentamento afetivo, os processos sociais e psíquicos, que constituem o conjunto de especificidades do indivíduo para uma resposta diferente num mesmo ambiente* (p. 11).

A partir de 1993, outros estudos foram realizados no Brasil. Entre eles, o projeto *Promoção de Resiliência em Crianças*, coordenado pela Dra. Edith Grotberg, que teve como finalidade “*obter dados sobre ações que diferentes culturas utilizavam para estimular a Resiliência, isto é, a capacidade de sobrepor-se a situações adversas*” (MORAES e RABINOVICH, 1996, p. 10). Este estudo faz parte de um projeto mais amplo da Organização Panamericana de Saúde e Universidade de Birmingham, que envolveu vários países. No Brasil foi representado pelo Centro de Estudos do Crescimento e Desenvolvimento do Ser Humano (CDH) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo/SP.

É interessante ressaltar que o enfoque coletivo ou comunitário nos estudos sobre Resiliência é uma contribuição Latino-Americana. Até 2001, de acordo com Suárez-Ojeda (2005) foram identificados 44 projetos de intervenção, com o Brasil liderando o *ranking*, com 12 projetos. O Peru, a Argentina e o Chile, contavam respectivamente com dez, seis e cinco projetos de intervenção voltados para a promoção da resiliência comunitária. Esses projetos fundamentam-se na epidemiologia social que analisa o processo saúde-doença como situações coletivas, encontrando *suas causas nas características da estrutura da sociedade e nos atributos do processo social* (SUAREZ-OJEDA, 2005, p.49).

Observamos que o interesse sobre a temática é crescente. Atualmente, encontramos diversos grupos sistematizando estudos teóricos e práticos sobre a Resiliência, como grupos de estudos da Universidade do Rio Grande do Sul/RS, Universidade de Taubaté/SP, Universidade de Maringá/PR e Universidade do Sagrado Coração de Bauru/SP. Neste último, o Grupo de Estudos e Pesquisa em Psicologia Hospitalar (GEPH-USC) tem como uma

das linhas de pesquisa e intervenção o *Estresse e Resiliência em grupos de saúde*, cujo objetivo primordial está voltado para a promoção da saúde e da Qualidade de Vida dos trabalhadores que cuidam da saúde.

3.5 O processo de Resiliência e a promoção de saúde.

Este estudo visa, especificamente, a promoção do processo de Resiliência no grupo de Enfermeiras de um Hospital Universitário, pautado numa concepção de prevenção e promoção de saúde. De acordo com Robinson (2000), os estudos de cunho preventivo caminham junto à prática de intervenção, permitindo o acesso à experiência do sujeito em relação aos fatores que podem minimizar o impacto da adversidade ou do risco sobre o sujeito.

É interessante ressaltar que grande parte da literatura sobre Resiliência coloca ênfase na prevenção das adversidades e de seu impacto sobre o sujeito ou grupos. No entanto, é bom esclarecer que prevenção de doenças e promoção de saúde não são sinônimos.

De acordo com Lefreve e Lefreve (2004), o termo prevenção está associado a medidas que visem afastar ou evitar o agravamento da doença ou a sua probabilidade de ocorrência. Por outro lado, a promoção de saúde busca as causas mais básicas e não apenas evitar que as doenças se manifestem, caracterizando um conjunto de intervenções que visa a eliminação permanente ou de forma duradoura da doença. Assim, o foco é deslocado da doença para a saúde.

O modelo preventivo é mais consistente com o modelo epidemiológico da saúde pública, que visa a prevenção de doenças. Já o modelo de promoção de saúde é mais consistente com a Resiliência, uma vez que está comprometido com maximização do bem-estar e Qualidade de Vida do sujeito ou das coletividades sob condições adversas ou riscos. Assim, promover Resiliência é promover saúde.

A promoção do processo de Resiliência, de acordo com Filgueira (2005), exige um avanço em direção aos sentidos, visando a ampliação da consciência, em que a população possa ter uma ação transformadora na realidade de sua comunidade.

Na literatura, encontramos diversos conceitos que nos permitem compreender a configuração da Resiliência, abrindo a possibilidade para a promoção desta em determinados grupos sociais, como a vulnerabilidade/invulnerabilidade, a adversidade e os fatores de risco e de proteção. É interessante ressaltar que esses conceitos aparecem de forma bastante dinâmica, sendo praticamente impossível separá-los, mesmo que didaticamente.

Nos primeiros estudos, observamos que a Resiliência aparece como sinônimo de invulnerabilidade, ou seja, como uma resistência absoluta diante das adversidades ou riscos.

De acordo com Werner e Smith (1992), o termo invulnerabilidade foi incluído nos estudos da Resiliência pelo psiquiatra infantil Anthony, referindo-se a crianças que mesmo passando por prolongados períodos de adversidades e estresse psicológico, apresentavam saúde emocional e alta competência. Pensava-se existir crianças invulneráveis, descritas como “bonecas de aço”, ou seja, seriam aquelas crianças capazes de suportar pressões extremas e condições de estresse elevadas sem que fossem afetadas (LINDSTRÖM, 2001). Rutter (1987; 1993) ressalta, entretanto, que não é a invulnerabilidade que está presente, mas estratégias ou mecanismos de enfrentamento dos riscos ou adversidades.

Com a evolução dos estudos, o conceito de invulnerabilidade revelou-se inadequado, uma vez que parecia implicar uma resistência absoluta às adversidades, o que parece impossível aos seres humanos. A resistência é relativa, estando vinculada ao tempo e às circunstâncias. Rutter (1993) ressalta, ainda, a importância dos momentos de transição dos indivíduos, bem como sua capacidade de adaptação a um estilo existencial mais adequado.

Dessa forma, o conceito denominado, primeiramente, como invulnerabilidade, vai sendo substituído.

Zimmerman e Arunkumar (1994) afirmam que invulnerabilidade e Resiliência não se constituem como sinônimos e se refere à Resiliência como uma *habilidade de superar adversidades, o que não significa que o sujeito escape ileso, como implica o termo invulnerabilidade* (p. 4).

Complementando, Rutter (1991) revela que a resiliência implica um processo que pode ser desenvolvido e promovido, enquanto a invulnerabilidade é um traço intrínseco do sujeito.

Os autores nos auxiliam nessa compreensão, uma vez que, nos alertam, trazendo uma contradição do que se acreditou até o momento ser a Resiliência, ou seja, trazem a tona outro conceito – a vulnerabilidade.

O conceito de vulnerabilidade, segundo Ayres (2002; 1997), surge associado à Saúde Pública, com o advento da AIDS, no início de 1990 nos Estados Unidos. Conceito formulado por Mann e seus colaboradores (1993), discute, ainda, o conceito de risco.

Segundo o autor, no início da epidemia, conceitos como “fator de risco” e “grupos de risco” permearam as estratégias de prevenção e controle da AIDS, que se mostraram inadequados, uma vez que os sujeitos que não se enquadrassem nestes grupos, poderiam considerar-se imunes, disseminando ainda mais a doença.

Esta estratégia foi duramente criticada pelos grupos envolvidos na prevenção da AIDS, sendo substituído por outro conceito, o “comportamento de risco”, que também não contribuiu para os resultados esperados, uma vez que a prevenção dependeria, exclusivamente, do sujeito. Como mudar os comportamentos de risco?

De acordo com Ayres (1996a; 1996b, 1997), este incomodo diagnóstico, estimulou uma estratégia de aproximação preventiva à epidemia da AIDS, surgindo a noção de vulnerabilidade, que visa

não à distinção daqueles que têm alguma chance de se expor à AIDS, mas sim ao fornecimento de elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que todo e qualquer indivíduo tem de se contaminar, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a maior exposição ou menor chance de proteção diante do problema (AYRES, 1996a, p. 18).

De acordo com o autor, o conceito de vulnerabilidade permite um aprofundamento nos estudos sobre a prevenção, envolvendo os aspectos econômicos, sociais e culturais.

Assim, a vulnerabilidade envolve três planos básicos: o individual, o programático ou institucional e o social.

No plano individual, a vulnerabilidade está relacionada, basicamente, a **comportamentos** que podem levar à infecção ou adoecimento. É importante salientar que comportamentos associados à maior vulnerabilidade não devem ser compreendidos como decorrentes, exclusivamente, da ação voluntária dos sujeitos, mas relacionados às condições objetivas do contexto social, ao grau de consciência e condições objetivas do sujeito, bem como ao efetivo poder de transformação dos comportamentos a partir da consciência.

O segundo eixo, o programático ou institucional, refere-se ao desenvolvimento de ações interinstitucionais voltadas para a resolução do problema, por meio de programas propostos e gerenciados por autoridades locais ou pelo Estado.

No plano social, a vulnerabilidade está relacionada à coletividade, podendo ser avaliada de acordo com o acesso à informação que tem o grupo social; a porcentagem do produto nacional bruto destinado à saúde; o acesso a serviços de saúde; o comportamento de indicadores epidemiológicos; os aspectos sociopolíticos e culturais; o grau de liberdade de pensamento e expressão dos diversos sujeitos e as condições de bem-estar social, como condições de moradia, nível de escolarização, acesso a bens de consumo.

Estudos recentes têm procurado estender o uso da noção de vulnerabilidade a outros aspectos relacionados à saúde de populações e estratégias preventivas, como a questão da violência nas relações de gênero, e, agora conosco, relacionado à saúde das Enfermeiras.

As adversidades ou riscos no contexto de trabalho das Enfermeiras são inúmeros, de acordo com a literatura estudada. Yunes e Szimanski (2001) revelam que os riscos sempre fizeram parte de nossa sociedade em qualquer tempo e espaço histórico. Entretanto, esse termo, de acordo com determinado referencial teórico utilizado, poderá apresentar diferentes significações.

Sandler (2001) considera a exposição a condições adversas como o maior problema de saúde pública para as crianças dos Estados Unidos. E a define como *uma relação entre crianças e seus ambientes que ameaça a satisfação das necessidades humanas básicas e de seus objetivos, e impede a realização do desenvolvimento escolar em idade normal* (p. 20).

Para Infante (2005, p. 32), é utilizado como sinônimo de risco, podendo designar uma constelação de múltiplos fatores de risco, como a pobreza ou a morte de um familiar, entre outros. Revela que é possível mensurá-los de três maneiras:

A primeira, refere-se a *medição de risco por meio de múltiplos fatores*, que se caracteriza por mensurar diferentes dimensões, por meio de um mesmo instrumento, que poderá ser uma escala de eventos de vida, em que o sujeito possa especificar como percebe algumas das adversidades presentes, como separações, mortes, desastres, entre outros.

A segunda forma, caracteriza-se por *situações de vida específicas*, em que a natureza do risco é determinada pelo que a sociedade, os indivíduos ou os pesquisadores consideram ser uma situação estressora. Por exemplo, morte de parentes ou desastres naturais, pode afetar o sujeito, tornando-o mais vulnerável a outros fatores de risco.

A terceira, refere-se à *constelação de múltiplos riscos*, ou seja, ao mapeamento das diversas fontes de adversidade, provenientes dos níveis

social, comunitário, familiar, individual, entre outros e de como estes interferem no desenvolvimento humano.

Como podemos observar, todos esses fatores afetam o sujeito, estando centrados nas três dimensões (individual, institucional e social), ligados, portanto, à noção de risco e vulnerabilidade proposta por Ayres (1996a; 1996b; 1997; 2002).

Na literatura, associado ao risco, encontram-se os fatores de proteção, mas se nos reportamos à noção de vulnerabilidade, a epidemiologia, leva-nos a falar de indicadores. Na literatura sobre Resiliência, não há menção a indicadores de risco e proteção, mas sim, a fatores ou mecanismos de risco ou de proteção. Entendemos que o termo **indicador** seria o mais adequado, uma vez que nos leva a idéia de processo, permitindo avaliar as possibilidades de prevenção e promoção de saúde em determinados grupos sociais.

Os fatores de risco e de proteção, segundo Ceconello e Koller (2000), apresentam-se imbricados, numa relação dinâmica, sendo que os fatores de proteção se distinguem como indicadores potenciais na promoção do processo da Resiliência.

Para Rutter (1995), esse processo dinâmico refere-se às *influências que modificam, melhoram ou alteram respostas pessoais à determinados riscos de desadaptação* (p. 600). Sendo que quatro aspectos contribuem para o processo de proteção: a) redução do impacto do risco, alterando a exposição do indivíduo a condições estressantes; b) redução das reações negativas que sucedem a exposição do indivíduo a situações de risco; c) estabelecer e manter a auto-estima e auto-eficácia, por meio de relações de apego seguras e incondicionais, bem como o cumprimento de tarefas com sucesso; d) criar oportunidades nos *pontos de virada*, ou seja, modificar a trajetória durante o ciclo vital para uma direção mais positiva.

Adverte o autor, que, um fator de proteção não constitui, necessariamente, um acontecimento agradável e que não se caracteriza somente por experiências, mas se refere, também, a qualidades do sujeito, que pode se confundir com situações de vulnerabilidade.

Junqueira e Deslandes (2003) mencionam que essa capacidade pode ser desenvolvida a partir das relações que estabelecem vínculos afetivos e de confiança, porém, desenvolver a Resiliência não significa que a pessoa superou todas as vivências traumáticas, podendo ser resiliente em algumas situações e não em outras.

Os riscos psicológicos mudam de acordo com as circunstâncias da vida e tem diferentes repercussões, dependendo de cada sujeito. É preciso identificar que processos ou mecanismos influenciaram um determinado ponto da história de vida de cada sujeito (YUNES e SZYMANSKI, 2001).

Dessa forma, a Resiliência refere-se a processos que ocorrem na presença do risco, produzindo maior adaptação e flexibilidade interna, obtendo melhor resposta em outras situações de risco.

3.6 Indicadores de Resiliência

Diante do exposto até o momento, cabe uma questão: O que é ser resiliente? Na Enfermagem, é possível promover a Resiliência? Buscar indicadores que nos possibilitem pensar em estratégias de promoção é fundamental. Diversos autores buscaram sintetizar as características inerentes às pessoas classificadas como resilientes, revelando seus atributos. Embora, acreditamos que os aspectos singulares estejam presentes na Resiliência, compreendemo-la como um processo, constituído histórica e socialmente.

Vários são os autores que esboçam os principais indicadores que pressupõem a promoção do processo de Resiliência, como GROTBORG, 2005; REIVICH e SHATTÉ, 2002; NELSON, 1997; FLACH, 1997; POLK, 1997 e WOLIN e WOLIN, 1993. Neste estudo, sintetizaremos apenas dois desses autores.

Em revisão de literatura realizada entre 1980 a 1995, Polk (1997) levanta alguns indicadores de Resiliência, classificando-os em padrões disposicionais, relacionais, situacionais e filosófico-religiosos.

Os *padrões disposicionais* referem-se àquelas características que a pessoa tem à sua disposição, podendo fazer uso a qualquer tempo, como um histórico de boa saúde física e mental; competência atlética; ser carinhoso e afetivo; ter características positivas do temperamento; ser tranquilo, flexível; ter alta capacidade intelectual; ter competência pessoal, senso de domínio e controle; auto-estima; autodisciplina; auto-valorização global; crença na própria eficiência; senso de autonomia; esperança, entre outros.

Quanto aos *padrões relacionais*, deve haver um profundo comprometimento com os relacionamentos; ter um confidente, de modo que os relacionamentos sejam significativos; ter uma ampla rede social; tolerância com as diferenças individuais; habilidades de comunicação adequada; alto nível de atividades, interesses e *hobbies* variados; alto nível educacional; habilidades sociais nas interações com a família, amigos e outros; responsividade positiva com os outros; habilidade de agir e pensar separadamente dos outros, entre outros.

Segundo os *padrões situacionais*, o sujeito deve lutar ativamente orientado para o problema; possuir uma avaliação cognitiva precisa do estresse e lidar com o mesmo; ter habilidade de perceber modificações no mundo e de responder a elas; habilidade de resolver problemas e de negociar soluções; realizar avaliação realista das situações; possuir expectativa realista das conseqüências de seus atos; estabelecer metas e padrões de alto desempenho para si próprio; ser reflexivo ao se defrontar com novas situações; ter curiosidade e ser explorador; perseverante e persistente; apresentar flexibilidade na resolução de problemas, bem como habilidade de se adaptar às circunstâncias nas mudanças; desejo de utilizar seus talentos ao máximo, entre outros.

Já os *padrões filosóficos ou religiosos* referem-se à reflexão acerca de si mesmo e dos eventos; à crença de que a vida possui significado; à crença de

que é possível se encontrar significados positivos nas experiências; à fé na formação de uma visão mais positiva do mundo; à um forte senso de integridade pessoal; à reflexão sobre as mudanças ao longo do tempo, entre outros.

Consideramos que Reivich e Shatté (2002) vão além de Polk, organizando os indicadores de resiliência em sete fatores, nos quais enfatiza os aspectos profissionais, que por nós foram utilizados para levantar os indicadores de Resiliência em trabalhadores da área da Enfermagem, conforme descrito na metodologia.

O primeiro fator consiste na **regulação das emoções**, caracterizado como a capacidade de manter-se calmo diante das adversidades.

As pessoas resilientes usam um conjunto de capacidades bem desenvolvidas que as ajudam a controlar suas emoções, atenção e comportamento. A auto-regulação é importante para formar relações íntimas, para ter sucesso no trabalho e manter a saúde física.

Pessoas que têm dificuldade de controlar suas emoções, com freqüência deixam seus parceiros emocionalmente exaustos no lar e são de difíceis relações no trabalho.

As pesquisas, segundo Reivich e Shatté (2002), mostram que as pessoas a quem falta a habilidade de regular suas emoções têm dificuldades de construir e manter suas amizades. Existem muitas razões para que isso ocorra. Delas, a mais básica, é a negatividade, que acaba se voltando contra ela, uma vez que, geralmente, a pessoas não gostam de gastar seu tempo com quem é rude, mal-humorado e ansioso. Não apenas é um desgaste, mas as emoções são contagiosas. Quanto mais se associa com a raiva, o mau humor e a ansiedade, seus efeitos são potencializados.

É óbvio que nem toda emoção necessita ser reparada ou controlada. Ao contrário, a expressão das emoções, negativas e positivas, poderá ser saudável e construtiva. A expressão emocional de maneira adequada é um dos indicadores da Resiliência.

Algumas pessoas são mais propensas a experienciar maiores quantidades de ansiedade, tristeza e raiva que outras e têm maior dificuldade de recuperar o controle quando estão nervosos. Provavelmente, estes serão menos efetivos para lidar com a adversidade e resolver problemas. Além disso, essas pessoas acham impossível chegar aos outros e fazer novas experiências quando estão sendo mantidos cativos por suas emoções.

O **Controle de Impulsos** está associado ao comportamento de agir impulsivamente, comprometendo o ajuste das emoções. O Controle de Impulsos e a Regulação das Emoções estão intimamente relacionados. Reivich & Shatté (2002) sustentam que as pessoas que são fortes no fator controle de impulsos, tendem a ter alta regulação de emoção. Acreditam que exista a conexão entre essas áreas, porque elas tocam em sistemas de crenças similares. Assim, se o controle de impulso é baixo, a pessoa aceitará sua primeira crença impulsiva sobre a situação como verdadeira e agirá de acordo com ela. Com frequência, isso poderá produzir conseqüências negativas que bloqueiam a Resiliência. Ao desafiar as próprias crenças, a pessoa será capaz de acionar seu controle de impulso e gerar pensamentos mais precisos que a levará a uma melhor regulação da emoção, resultando num comportamento mais resiliente.

Os autores ilustram o fator Controle de Impulsos, através do estudo realizado por Dan Golleman, na década de 1970. Crianças de sete anos de idade foram levadas a uma pequena sala. O pesquisador explicou a cada criança que ele tinha que sair por alguns minutos, mas, antes disso, ele queria dar a criança um *marshmallow*. A criança poderia comer o *marshmallow* naquele momento, mas se esperasse para comê-lo até que o pesquisador voltasse, ele daria um segundo *marshmallow*. Dez anos depois, o pesquisador procurou as crianças que haviam participado do experimento. Aquelas crianças que controlaram seus impulsos, que conseguiram adiar a sua gratificação de um *marshmallow* para obter dois, estavam indo significativamente melhor social e academicamente.

O **Otimismo** como indicador de Resiliência implica a crença de que temos a capacidade de lidar com as adversidades presentes e aquelas que

poderão surgir futuramente. De acordo com Reivich & Shatté (2002), as pessoas otimistas acreditam que tudo pode mudar para melhor. Têm esperança no futuro e acreditam que têm o controle e a direção de suas vidas. Comparadas aos pessimistas, os otimistas são fisicamente mais saudáveis, têm menos probabilidade de sofrer de depressão, tem melhor desempenho na escola, são mais produtivas no trabalho e vencem mais nos esportes.

Os autores mostram que o otimismo e a auto-eficácia, geralmente caminham de mãos dadas. O otimismo unido à verdadeira auto-eficácia desperta a motivação necessária para se procurar soluções e para continuar se empenhando para melhorar a situação.

É interessante esclarecer que sujeitos que abrigam um otimismo inquebrantável como o de *Polyanna*, podem não obter nenhuma vantagem. De fato, o otimismo não realista pode levar as pessoas a ignorar as reais ameaças para as quais elas precisam se preparar. A chave para a Resiliência e para o sucesso, portanto, é ter um otimismo realista acoplado à auto-eficácia.

A **Análise Causal** refere-se à capacidade das pessoas de identificar e avaliar com precisão as causas de seus problemas. Sujeitos resilientes são aqueles que têm flexibilidade cognitiva e conseguem significar todas as causas de adversidades que enfrentam, sem cair na armadilha de qualquer estilo de explicação específico. São realistas e não culpam reflexivamente outras pessoas por seus erros, para preservar sua auto-estima ou se absolverem de culpas. Não gastam seu tempo ruminando sobre eventos ou circunstâncias que estão fora de seu controle, canalizando seus recursos de solucionar problemas aos fatos que podem controlar (REIVICH e SHATTÉ, 2002).

A **Empatia** refere-se à capacidade de perceber os sinais não verbais, relativos a estados emocionais de outras pessoas. Reivich & Shatté, (2002) ressaltam que empáticas são pessoas capazes de se colocar no lugar de outros, interpretando sua linguagem não verbal, ou seja, suas expressões faciais, seu tom de voz, sua linguagem corporal e, assim, determinar o que a pessoa está pensando e sentindo. Quando se é incapaz de ler, as “dicas” não verbais podem custar caro aos negócios, nos quais a progressão através dos

resultados, freqüentemente, requer uma rede de habilidades de trabalho, como para alguém que gerencia, cujo trabalho é compreender qual a melhor maneira de motivar seus colaboradores. Pode, ainda, dificultar as relações pessoais, nas quais as pessoas precisam sentir-se compreendidas e valorizadas. As pessoas de baixa empatia, mesmo as bem intencionadas, tendem a repetir os mesmos velhos padrões não-resilientes de comportamento, passando por cima, como um trator, sobre as emoções dos outros e seus desejos.

A **Auto-eficácia** representa o senso de ser eficaz na resolução dos problemas de forma competente e ser bem sucedido. É usada em situações da vida real. No trabalho, as pessoas que têm fé em sua capacidade de resolver problemas emergem como líderes, enquanto aquelas que não têm confiança em sua eficácia se sentem perdidas na multidão. Quando se desenvolvem as habilidades resilientes, a pessoa melhorará no trabalho e em suas relações, adquirindo confiança e sentido de auto-eficácia (REIVICH & SHATTÉ, 2002).

Quanto à **Exposição** é a capacidade de expor-se, explorando seus verdadeiros limites, buscando a atenção e o investimento de outras pessoas. Reivich & Shatté (2002) revelam que alcançar o que se quer de outras pessoas fica comprometido pelo medo de explorar os verdadeiros limites de suas capacidades. As pessoas com esse estilo de pensamento, conhecidas como auto-mutiladoras, colocam limites a si mesmas. Tais pessoas tendem a superestimar a probabilidade de que tentativas mal sucedidas levarão a resultados catastróficos.

É interessante ressaltar que, segundo Flach (1997), a Resiliência não se constitui em um fenômeno psicológico apenas, mas também é físico. Ser resiliente demanda que os processos fisiológicos, ativados pelo estresse, funcionem efetivamente e que esse processo poderá ser desenvolvido com perseverança e prática.

De acordo com os autores pesquisados, podemos observar que embora alguns citem que a Resiliência possa ser desenvolvida no decorrer da existência humana, a maioria foca nos atributos individuais, como se fosse uma

característica natural da pessoa. Reiteramos, entretanto, que de acordo com a concepção de homem, por nós assumida, o ser humano não nasce pronto, com todos os atributos necessários à sua sobrevivência, mas é um ser ativo, que se constrói como pessoa, a partir das relações que estabelece com o outro e com sua realidade social.

Assim, acreditamos que a Resiliência possa ser desenvolvida ao longo da existência, quando o sujeito apropria-se de sua realidade e a transforma, transformando a si mesmo, num movimento dialético.

Esses indicadores propostos por Polk (1997) e, principalmente por Reivich e Shatté (1995), poderão nos auxiliar na elaboração de programas, visando a promoção do processo de Resiliência, em que os sujeitos possam se apropriar de sua condição de saúde, construindo novos sentidos e ações, buscando a superação e a transformação das condições atuais de saúde a que estão submetidos.

4 A PROMOÇÃO DO PROCESSO DE RESILIÊNCIA EM ENFERMEIRAS

4.1 Enfermeiras: seu contexto de trabalho e de saúde

O contexto de trabalho e de saúde das Enfermeiras tem raízes históricas e sociais, as quais serão necessárias explicitar, mesmo que brevemente.

A Enfermagem tem origem, segundo Cappo Bianco (2000), com as mulheres em seus próprios lares, cuidando dos doentes da família como extensão dos trabalhos domésticos. Posteriormente, a responsabilidade passou para os religiosos, filósofos, feiticeiros, mágicos e escravos.

A Enfermagem, como profissão, surge na metade do século XIX, mais especificamente em 1854, na Inglaterra, através dos esforços pioneiros de Florence Nightingale. Após a guerra, percebendo a necessidade de uma preparação formal e sistemática dos agentes de saúde, Nightingale fundou uma escola junto ao hospital Saint Thomas (Londres), com dinheiro doado pela nação britânica, cujo objetivo primeiro não era o treinamento de enfermeiras para a prática, mas sim para o ensino, multiplicando, dessa forma, os conhecimentos específicos de Enfermagem nos hospitais (MELO, 1986; SILVA, 1986; ALMEIDA e ROCHA, 1986; ANGELO et al, 1995).

No Brasil, de acordo com Cappo Bianco (2000), a prática da Enfermagem no modelo Nightingaleano, inicia-se em 1923, através do decreto federal nº 15.799, fundando a Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro. Financiada pela Fundação Rockefeller e sob a orientação de enfermeiras norte-americanas, reproduziu-se, assim, o sistema americano de ensino em detrimento das características brasileiras.

A Enfermagem moderna deixa de ser uma atividade essencialmente doméstica, caritativa, para assumir um caráter profissional, mediado por

valores produtivos mercadológicos, reservando ainda, de acordo com Cappo Bianco (2000), algumas características de seu nascimento, ou seja, nasce institucionalizada, hierarquizada e dependente.

É no interior dos hospitais militares que encontramos as Enfermeiras subordinadas às regras, às normas e às ordens médicas, implicando uma divisão entre as profissões, acrescentando, ainda, a divisão no interior do próprio trabalho, promovida por Nightingale quando institui duas categorias: a *lady-nurse*⁵ e a *nurse*⁶. A primeira pertencente a uma classe social privilegiada, preparada para exercer os cargos de ensino, supervisão e controle, reconhecendo-se o seu papel intelectual, o saber. Por outro lado, cabia à *nurse*, prestar cuidados diretos ao paciente, realizando o trabalho manual, evidenciando-se, dessa forma, uma clara distinção entre o saber e o fazer da profissão (MELO, 1986). Dicotomia esta que, de acordo com Rezende (1989), tem por finalidade a manutenção da divisão social de classes nas sociedades capitalistas.

Historicamente, a Enfermagem reproduz em termos de organização o modo de produção capitalista, reforçando-se ainda mais essa divisão no início do século XX, quando da organização científica de seus princípios, fundamentados nas teorias de Frederick W. Taylor e Elton Mayo. Embora os dois visassem ao aumento da produtividade, o primeiro, focava em princípios rígidos de controle, hierarquia e disciplina enquanto o segundo, enfatizava a motivação do trabalhador, revelando que a produtividade, harmonia e bem-estar estão relacionados diretamente à valorização e à satisfação no trabalho (ALMEIDA e ROCHA, 1986).

As atividades desempenhadas na Enfermagem, distribuídas conforme o nível de complexidade foi herdado principalmente da Escola das Relações Humanas, denominada modalidade de trabalho em equipe. Esta modalidade de trabalho, a despeito do tempo e das transformações históricas, sociais e políticas, estão cristalizadas, o que podemos observar na Legislação da

⁵ **Lady-nurse**: corresponde, de acordo com a divisão técnica da Enfermagem à Enfermeira, preparada para o ensino, administração e supervisão de serviços (Melo, 1986).

⁶ **Nurse**: Corresponde à auxiliares de Enfermagem, que presta os cuidados diretos aos pacientes (Melo, 1986).

Enfermagem, atribuindo de acordo com a Lei 7.498 de 25 de junho de 1986, funções hierárquicas de atuação (COREN, 1997).

Até o início da década de 1990, de acordo com Miranda (1998), o principal *locus* de trabalho da Enfermagem era o hospital. Mas, hoje, 2007, com a municipalização da saúde, abre-se um grande leque de possibilidades para o trabalho da enfermagem. Assim, encontramos esse trabalhador, atuando além do nível terciário, incluindo os hospitais, também, na atenção básica, principalmente nos Programas de Saúde da Família (PSF).

As ações básicas de saúde centradas na família como unidade de serviço em Enfermagem constituem uma das estratégias para alcançar os princípios do SUS, principalmente no que se refere à universalidade e à integralidade, de modo que todos tenham acesso à saúde.

Em consonância com nossos objetivos, o foco deste estudo assenta-se no trabalhador da rede hospitalar, uma vez que de acordo com a literatura, estes assumem uma carga de estresse elevada, em razão das condições e organização do trabalho.

O Ministério da Saúde (2007) define o hospital como sendo

parte integrante de uma organização médica e social cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regime de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em um centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhes supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente (MS, 2007).

O hospital, de acordo com Foucault (1996), caracteriza-se como uma instituição rígida, estando sua organização fundamentada no poder pela disciplina e coerção. Esse poder se caracteriza na disciplina voltada para a organização do espaço, bem como por meio do controle do tempo e pela

vigilância. Desta forma, podemos observar que quem não se encontra no topo da pirâmide hierárquica, controla e ao mesmo tempo é controlado, como é o caso da Enfermagem, o que poderá provocar ou potencializar situações conflitivas e ansiógenas, ou seja, situações de adversidades, causadoras de estresse.

Além das características da organização do trabalho, Bulhões (1994) adverte sobre as condições de trabalho, revelando que o ambiente hospitalar apresenta uma grande diversidade de agentes biológicos, físicos e químicos, que poderão afetar a saúde do trabalhador. Ressalta que os riscos são maiores para os trabalhadores da área da Enfermagem, por força de suas características próprias, ou seja, constitui-se no maior grupo de profissionais de saúde, sendo responsável por 60% das ações de saúde que presta assistência 24 horas por dia, portanto, é a categoria que mais contato físico tem com o ambiente e com os doentes.

Belancieri (2005) e Elias e Navarro (2006) revelam que o hospital constitui um ambiente insalubre, com uma variedade de riscos para a saúde do trabalhador, como o regime de turnos e plantões, permitindo duplos vínculos de trabalho, com longas jornadas, além da excessiva carga de trabalho, do contato direto com situações limite, o elevado nível de tensão e os altos riscos para si e para os outros.

Bianchi (1999), em compilação e análise de diversos estudos sobre o estresse na Enfermagem, sobretudo daqueles que desenvolvem seu trabalho na área hospitalar, classificou os eventos estressores nas seguintes categorias:

a) Relações humanas e comunicação	Compreendendo as relações da equipe com os superiores, pacientes, familiares, colegas e outros profissionais; a falta de suporte e o descontentamento e apatia da equipe de Enfermagem.
b) Inerentes à unidade de trabalho	Relacionados aos recursos físicos; ao ambiente; às mudanças tecnológicas e profissionais; à carga horária e pressão no trabalho; à monotonia em razão do trabalho repetitivo; à exposição constante a riscos; aos odores desagradáveis e aos recursos materiais e humanos insuficientes.
c) Assistência prestada	Lidar com a morte e o morrer; doenças terminais; pacientes com dor; lidar com necessidades emocionais do paciente e família, como por exemplo, a agressividade, bem como a incerteza quanto ao tratamento do paciente.
d) Interferência na vida pessoal	Decorrente dos conflitos entre as responsabilidades do trabalho e de casa; o desenvolvimento da carreira; tomada de decisões quanto ao futuro e experiências anteriores.
e) Atuação do enfermeiro	Se refere à percepção da ambigüidade e o conflito de papéis; a falta de autonomia, treinamento e suporte administrativo, bem como a falta de oportunidade de crescimento na organização; o estilo de supervisão, salários insuficientes e o envolvimento.

Quadro 1 - Eventos estressores na enfermagem (BIANCHI, 1999)

A preocupação com a saúde das Enfermeiras focando a promoção do processo de Resiliência decorre, principalmente, de trabalho anterior realizado por Belancieri (2005) em que obteve resultados significativos para o estresse e transtornos psicossomáticos. Porém, com um aspecto, a princípio, contraditório, uma vez que a maioria das enfermeiras encontra-se com um nível de satisfação elevado no trabalho.

Neste estudo, foram levantados alguns indicadores de risco para a saúde do Enfermeiro, em que os níveis de intensidade de estresse e as manifestações psicossomáticas estavam relacionados aos fatores burocráticos; de relacionamento pessoal e profissional; de desempenho profissional e de

reconhecimento social e econômico.

Os fatores considerados mais estressantes pelos trabalhadores foram: o controle excessivo por parte da instituição; dificuldades nas relações interpessoais, quanto à falta de lealdade e cooperação, inobservância da ética por determinados colegas; atividades rotineiras e repetitivas; excessivo número de pacientes; clima de sofrimento e morte; salários insuficientes; falta de lazer; falta de apoio e reconhecimento pela instituição, entre outros.

Quanto às manifestações psicossomáticas houve predominância da dor lombar, cansaço, tensão pré-menstrual, nervosismo, ansiedade, tensão muscular, transtornos do sono, irritabilidade, dores de cabeça, enxaqueca, depressão, entre outros de menor freqüência.

Além de Bianchi (1999) e Belancieri (2005), inúmeros são os trabalhos que atestam o sofrimento dos trabalhadores da área da saúde, em razão dessas adversidades. Não é possível continuar negando ou ocultando o problema. Acreditamos que só teremos Enfermeiros mais saudáveis e resilientes, quando estes puderem apropriar-se da realidade inerente à sua profissão e das condições e organização do trabalho. Quais as condições de trabalho que temos? Está sendo prejudicial aos trabalhadores? Em que sentido? Quais as formas de enfrentar? Que recursos temos? Consideramos que estas questões devam fazer parte do cotidiano das Enfermeiras enquanto um coletivo, visando uma busca por melhores condições de trabalho e de saúde, ou seja, que se tornem protagonistas na busca da própria saúde.

4.2 A saúde das enfermeiras e o auto-cuidado

Os cuidados de Enfermagem exigem um profissional preparado, equilibrado emocionalmente, e que não pode apresentar falhas, uma vez que trabalha com vidas humanas. Neste ambiente de perfeição, depara-se com inúmeras contradições, inerentes à sua própria condição humana, bem como das condições e organização do trabalho, podendo levar as enfermeiras a

adoecer, em razão do intenso estresse que são submetidas. Tese esta, já comprovada por diversos autores (BELANCIERI, 2006a, 2006b, 2005; 2003; KRAHL e SAUPE, 2000; STACCIARINI e TRÓCCOLI, 2000; SILVA, 1999; BIANCHI, 2000; 1999; FERREIRA, 1998; MIRANDA, 1998, CHAVES, 1994).

Consideramos que, para cuidar do outro, as enfermeiras também precisam ser cuidadas, para que possam fazer frente às situações que vivenciam no cotidiano profissional. Assim, necessário se faz conceituar o que se entende por cuidar/cuidado e cuidador.

O termo *cuidar/cuidado*, no Dicionário Aurélio (FERREIRA, 1999, p. 590), apresenta nove acepções. Deriva do latim *cogitare* (*cuidar*), que significa *ter cuidado, tratar, cuidar da saúde (5); ter cuidado consigo mesmo, com sua saúde, a sua aparência ou apresentação*. Encontramos, ainda, a palavra *cuidador*, que deriva de [*cuidar + dor*], referindo-se *àquele que cuida (p. 589)*.

O cuidar/cuidado para Boff (2004) refere-se a uma atitude, abrangendo mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

O cuidado, portanto, tem o sentido de tratar, cuidar da saúde, sendo papel daquele que cuida, cuidar da dor do outro, acolhendo e sofrendo junto daquele que é *objeto de desvelo*. Para Waldow (2001) é uma atitude ética e estética de viver, consistindo no respeito à dignidade humana, sendo sensível ao sofrer do outro.

Mas quem pode ser chamado de cuidador? Em saúde podemos dividir os cuidadores em dois grupos, o primeiro está relacionado aos elementos da equipe de saúde e o segundo, aos familiares, amigos, ou seja, aqueles leigos que acolhem e cuidam da dor do outro, sem que tenham uma qualificação específica ou mesmo remuneração.

Na literatura sobre o cuidar/cuidado e cuidador, a maioria versa sobre os cuidados ao idoso (SILVA, GONÇALVES e LEMOS, 2000; DIOGO, CEOLIM e CINTRA, 2005).

Cuidador é aquela pessoa, sendo membro da família ou não, que cuida da pessoa doente ou dependente no exercício das atividades diárias de vida, como alimentação, higiene pessoal, medicação, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços, excluindo-se as técnicas ou procedimentos específicos das profissões de saúde, particularmente, a Enfermagem (MS, 1999)

Nosso interesse específico recai sobre os trabalhadores da área da saúde, especialmente, as Enfermeiras, que têm no seu exercício profissional o cuidar/cuidado como essência.

Para Waldow (2001), as práticas do cuidar, no decorrer da história, foram sendo construídas, a partir dos cuidados domésticos, ligados, em geral, ao aspecto materno. Posteriormente, passaram aos cuidados dos doentes da família e idosos. Observa-se na literatura, que o cuidar/cuidado se desenvolveu basicamente com a predominância do elemento feminino, tendo como justificativa as qualidades *naturais*⁷ da mulher para o desempenho dessas funções.

Florence Nightingale legitima essas qualidades, quando formaliza o ensino de Enfermagem, aceitando, exclusivamente, candidatas do sexo feminino. Esse predomínio, de acordo com Belancieri (2005) estende-se até os dias atuais, uma vez que mais de 85% da profissão é constituída por mulheres.

Muitas investigações são encontradas sobre o cuidar do outro, nas diferentes especialidades médicas. Porém, o auto-cuidado é pouco investigado. Pesquisando sobre o assunto, encontramos um Programa Integrado de Pesquisa Cuidando e Confortando (PIP C&C), criado em 1993 na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) Florianópolis-SC, em que uma das linhas de pesquisa se refere aos *cuidados ao cuidador*, visando produzir subsídios para a implementação de ações e programas destinados ao processo do cuidar daquele que cuida e de quem é cuidado.

⁷ Grifo nosso

A partir deste grupo de estudos, pudemos localizar cinco artigos, que se referem especificamente sobre o significado da experiência do cuidar e as conseqüências para a saúde do cuidador, neste estudo, a Enfermeira.

No trabalho desenvolvido com nove sujeitos da equipe de Enfermagem do Setor de Pediatria Oncológica, Souza (1995) mostra a necessidade de estratégias de enfrentamento, para lidar com a realidade vivida pelas enfermeiras em situações de conflitos sociais, emocionais e econômicos, que envolvem suas dificuldades e potencialidades diante das relações de trabalho e reações diante dos cuidados ao paciente.

Nos estudos de Wolff (1998) com os trabalhadores da Enfermagem da UTI Pediátrica, foram encontrados dois aspectos da experiência do cuidar: a realização pessoal e o sentimento de impotência.

É interessante observar que esses aspectos apresentam sentimentos contraditórios. A autora revela que a realização pessoal está associada a resultados positivos da assistência prestada. Enquanto o sentimento de impotência associa-se à situação em que é impossível a cura dos assistidos.

Associados ao sentimento de impotência estão, ainda, os descontentamentos com atividades para resolução de ordem administrativa; a falta de incentivo para manter a qualidade de seu trabalho e o não atendimento às suas aspirações por melhores condições de trabalho.

É importante ressaltar que neste estudo, as enfermeiras enfatizam o cuidado do outro, mas não se reconhecem como objeto de cuidados. Para essas trabalhadoras, o cuidado implica refletir sobre sua condição de mulher, encontrar a si mesmo e permitir a expressão de sua feminilidade; conviver com as pessoas que ama, que lhes dão prazer e bem-estar, bem como encontrar tempo e espaço para seu conforto, maior tranquilidade e repouso, evitando preocupações.

Radunz (1998), em seu estudo, destaca algumas medidas simples para evitar o desgaste físico e emocional associado ao trabalho de enfermagem como cuidador de pacientes oncológicos.

Revela que os profissionais devem ser estimulados a refletir sobre sua atuação, estabelecendo uma relação mais criativa e amorosa consigo mesmo e com os outros, no sentido de fortalecer-se. Para fortalecer-se é necessário, segundo a autora “*despertar o poder que existe em cada ser humano, o qual o habilita a funcionar em seus papéis; implica reconhecer, reforçar, fortificar, valorizar e respeitar esta capacitação no ser humano*” (p. 50). E para que isso ocorra é fundamental o autoconhecimento e a autovalorização.

É interessante observar que a autora ressalta dois aspectos fundamentais para fortalecer-se: o autoconhecimento e a autovalorização, que podemos observar também como indicadores na promoção do processo de Resiliência.

Ao relatar sua experiência em oficinas de criatividade, sensibilidade e expressividade, Lima (1998) ressalta que tanto os cuidadores, como os usuários dos serviços de saúde são ímpares, complexos, frágeis, sensíveis e finitos, necessitando, portanto, igualmente do cuidado humano. Assim, o cuidado humano *da e com* a enfermeira é indispensável ao trabalho, pois para a autora parece impossível cuidar do outro quando se está desorganizada consigo própria e com seu corpo.

Costenaro (2000) complementa, revelando a necessidade da assistência psicológica à equipe de Enfermagem, visando melhorar as relações interpessoais, bem como amenizar o estresse advindo do ambiente de trabalho.

Visando compreender as concepções do cuidar do outro e de si mesmo com uma equipe de enfermagem que lida com portadores de HIV, foi revelado que o processo de cuidar e o auto-cuidado, ainda estão centrados num modelo biomédico de atenção e com interferências organizacionais no processo de trabalho. Para o enfermeiro, cuidar do outro significa educá-lo para o auto-cuidado. Entretanto, o cuidar de si mesmo ainda é pouco significativo na existência desses enfermeiros (JESUS; FREITAS; CARNEIRO e SOARES, 2001).

Diante do exposto, observamos que na experiência do cuidar, os

enfermeiros parecem apresentar sentimentos contraditórios. Se por um lado expressam realização pessoal, por outro, vivenciam sentimentos de impotência diante desta tarefa. E mesmo necessitando de cuidados em razão das inúmeras adversidades que enfrentam no seu cotidiano de trabalho, o autocuidado é pouco significativo, não sendo, ainda, alvo de preocupações.

Entendemos que as Enfermeiras são pessoas, com problemas e dificuldades como qualquer outra, portanto tão vulnerável quanto, necessitando de cuidados, no sentido de fortalecer as estratégias de enfrentamento diante das adversidades, sejam elas pessoais ou profissionais, de forma mais criativa e adequada. Acreditamos que uma maneira de fortalecer estas estratégias é promovendo o processo de Resiliência, minimizando, desta forma, as vulnerabilidades diante das condições e organização do trabalho.

4.3 A saúde das Enfermeiras como um processo de construção.

Para que possamos compreender a finalidade deste estudo, ou seja, a promoção do processo de Resiliência em Enfermeiras, será necessário, primeiramente, definirmos o que se entende por saúde e por cuidados em saúde.

O conceito de saúde, proposto em 1948 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) revela-se como o completo bem-estar bio-psico-social e não apenas a ausência da doença. Kahhale (2003) discute este conceito sob a perspectiva Sócio-Histórica de Psicologia, ressaltando que embora este conceito signifique um avanço para as políticas de saúde, abrindo possibilidades de implementação de práticas preventivas, por outro lado apresenta limites, sendo, portanto, utópicas, ou seja, raramente se consegue alcançar o completo bem-estar o tempo todo durante a existência. A autora define saúde como

um processo dinâmico, ativo, de busca de equilíbrio, não sendo possível falar em saúde plena. Será sempre relativa e integrativa das dimensões do humano (física, psíquica e social). Portanto, saúde é a busca constante de equilíbrio do homem como um todo, inserido no tempo e no espaço, produzida socialmente (KAHHALE, 2003, p.166).

Várias são as implicações que uma determinada concepção pode trazer para os conceitos de saúde e cuidado. Se nos reportarmos para um referencial naturalista, positivista, a saúde estaria relacionada à ausência de doença. Dessa forma, a coletividade estaria segmentada em sujeitos doentes e saudáveis, colocando-se em pauta o fenômeno da cura e, conseqüentemente, da doença, como fator primordial para a intervenção, negando-se a possibilidade de prevenção e promoção.

Fenomenologicamente, o processo saúde-doença é compreendido *como manifestações humanas autênticas, esclarecedoras do modo de ser da pessoa naquele momento de sua existência* (SANTOS e POKLADEK, 2002, p. 166), estando a atenção voltada para o que existe de saudável em cada ser e na coletividade.

Nesta perspectiva, o conceito de cura deixa de ser compreendido como livrar-se da doença, conquistando um perfeito equilíbrio orgânico, mental e social, mas com o sentido de cuidar. É na relação com o mundo e com os outros que o ser constrói seu modo de existir, sendo afetado e cuidado nas relações que estabelece com o outro. Nesse sentido, tais idéias se assemelham às de Kahhale (2003), compreendendo o processo saúde-doença como uma condição existencial, em que há possibilidades e limites, tendo o homem que buscar constantemente a superação das contradições que fazem parte de sua existência, como a saúde e a doença, a vida e a morte...

Tendo como princípio que saúde é *uma conquista de cada um, da comunidade e da sociedade em geral*, conforme afirma Kahhale (2003, p. 167), em que deverá haver um envolvimento ativo dos sujeitos, responsabilizando-se e assumindo o controle de sua própria saúde, pretendemos contribuir preventivamente, através de ações educativas, na promoção de melhores

condições de saúde, de vida e de trabalho.

Para Kahhale (2003), a promoção de saúde consiste em um

processo que capacita a população a ter controle e desenvolver sua saúde, portanto está diretamente relacionada com a construção da subjetividade individual e social e o desenvolvimento da consciência individual e do grupo. Neste sentido promover saúde envolve trabalhar com toda a população e não só com a população de risco. Capacitar a população a assumir controle e responsabilidade através de ações espontâneas e planejadas requer que a informação esteja disponível a todos. A informação é o primeiro passo para assumir controle e responsabilidade das ações de saúde, que deverá ser seguida de reflexão e organização individual e dos diferentes grupos que compõem a comunidade para as ações se efetivarem (p.171).

A mesma autora ressalta ainda que na promoção de saúde as ações devem estar direcionadas para a

promoção de estilo de vida saudáveis, de estratégias pessoais e coletivas de enfrentamento, desenvolver uma análise das crenças e valores presentes no grupo e na comunidade que permita estimular e criar comportamentos positivos e estratégias de enfrentamento (p. 172).

Diante do exposto, consideramos que Resiliência e saúde fazem parte de um mesmo processo, ou seja, o homem deve buscar a superação das contradições vividas durante toda sua existência.

De acordo com Belancieri (2006b), para a implementação do Programa de Humanização em Saúde, conforme indica o Ministério da Saúde, será necessário que se atenda uma prioridade, ou seja, cuidar, primeiramente de quem cuida, promovendo saúde, por meio do fortalecimento dos profissionais

da saúde.

Assim, não somente as Enfermeiras, mas também outros trabalhadores da área da saúde se beneficiariam de programas de promoção do processo de Resiliência. Visando a própria saúde, refletindo sobre suas possibilidades e limitações, sendo mais flexíveis e criativos diante das adversidades da vida e do trabalho. Como consequência, teríamos melhor qualidade no atendimento aos usuários dos serviços de saúde, bem como contribuir para mudanças e transformações nas políticas de saúde do trabalhador.

5 CONSTRUINDO CAMINHOS PARA A PROMOÇÃO DO PROCESSO DE RESILIÊNCIA EM ENFERMEIRAS.

O conhecimento é instrumento de liberdade do homem. Gonçalves, 2003

5.1 Método

Para o desenvolvimento deste estudo, elegemos uma abordagem qualitativa de natureza interventiva. No entanto, acreditamos que toda investigação, mesmo as qualitativas não prescindem de dados quantitativos. Diversos autores apontam para uma falsa dicotomia entre a quantidade e a qualidade na metodologia científica, que na realidade são as duas faces de uma mesma moeda. A análise quantitativa pode ser o primeiro passo do processo, o qual é importante para permitir uma análise qualitativa mais aprofundada (ROSA e ANDRIANI, 2002; AGUIAR, 2001, ALVES-MAZZOTTI e GEWANDSZNAJDER, 1998; GONZÁLEZ REY, 1999).

Nas investigações qualitativas, de acordo com Neder (1993, p. 3), o foco não reside nos fatos observados, no controle e na quantificação, mas sim nos fenômenos, *que de alguma forma se expressam, se mostram, situacionalmente*. Nessa abordagem o pesquisador é o mais importante instrumento, estando interessado na interpretação que os próprios participantes têm da situação vivida.

González Rey (2002) complementa revelando que a pesquisa qualitativa *“volta-se para a elucidação, o conhecimento dos complexos processos que constituem a subjetividade” (p.48)*, estando associada aos processos de significação e expressões humanas, em como o sujeito significa e constrói a sua existência no mundo.

Assim, deverá haver uma flexibilidade por parte do pesquisador, uma vez que a investigação deverá estar orientada para o processo e não para os resultados. O pesquisador é um co-participante na situação, ou seja, ele não apresenta uma postura neutra, mas traz consigo uma concepção de homem e de mundo singular, que estará impregnada em seus propósitos de investigação.

Mercado-Martínez e Bosi (2004) revelam que os estudos qualitativos na área da saúde apresentam diversas posturas teóricas, sendo que nos meios acadêmicos, especialmente na América Latina, sobressai a teoria crítica e a pesquisa-ação/participante, esta última denominada por Chizzoti (2003) de pesquisa-intervenção.

Este tipo de pesquisa visa a intervenção em situações insatisfatórias e indesejáveis, em que há um envolvimento entre os pesquisadores e os participantes na busca de soluções para os problemas, promovendo, dessa forma, algumas mudanças. Nesse tipo de pesquisa, denominadas de ativas, será necessário ir além da pesquisa-ação, promovendo uma intervenção psicossociológica em nível grupal (CHIZZOTI, 2003). O que vai ao encontro de nossos objetivos, na promoção do processo de Resiliência em Enfermeiras.

O envolvimento entre pesquisador e participantes, no nível grupal, poderá favorecer um processo de mudança em que o grupo, durante a intervenção apropria-se das discussões, refletindo, criando e ressignificando sua própria atuação, de maneira individual e/ou coletiva.

Nesse sentido, Kahhale (2003) revela que o papel do pesquisador/psicólogo é promover

a capacidade de intervenção e transformação do homem sobre o mundo cotidiano, permitindo, nas situações em que ocorre uma fragilização do indivíduo, o rompimento deste processo e a apropriação dos seus sentidos pessoais e a sua inserção num processo coletivo de engajamento na luta por melhores condições de vida (p. 188).

Entretanto, isso só será possível, ainda de acordo com a autora, por meio de informações. A informação é o primeiro passo para a tomada de consciência de sua realidade de saúde e início do processo de mudanças e transformações. Assim, por meio de ações educativas grupais, o pesquisador/psicólogo poderá contribuir capacitando o grupo de Enfermeiras a assumir o controle e a responsabilidade na construção de estilos de vida mais saudáveis, que conduzam a estratégias de enfrentamento pessoais e coletivas pró-ativas diante das adversidades encontradas em seu cotidiano.

Dessa forma, nas intervenções grupais, pesquisador e participantes sofrem transformações, uma vez que, num processo dialético e historicamente determinado, um atua sobre o outro promovendo mudanças, que se refletem na constituição de novos sentidos e ações.

5.2 Participantes

Participaram deste estudo Enfermeiras de todos os setores de um Hospital Universitário, localizado na região Centro-Oeste do Estado de São Paulo.

A escolha de Enfermeiras para esse estudo se justifica por dois motivos: o primeiro refere-se às diversas investigações, inclusive em nossos estudos, em que a categoria aparece como uma das profissões mais estressantes, com riscos de adoecimento e o segundo, refere-se à necessidade de estudos visando a promoção da saúde, uma vez que a maioria dos estudos tem foco na doença, elegendo um modelo preventivo de atuação. As participantes foram selecionadas de acordo com os seguintes critérios:

a) Critérios de inclusão: incluíram-se no estudo enfermeiras contratadas pelo Hospital Universitário, independente do setor de trabalho ou idade, presentes no período da coleta, ou seja, no período diurno.

b) Critérios de exclusão: foram excluídas deste estudo as enfermeiras que atuavam em cargos administrativos, uma vez que nosso interesse reside naquelas enfermeiras que mantenham um contato direto com os usuários dos serviços de saúde; as que estavam em plantões noturnos fixos, pois o período da coleta de dados ocorreu no período diurno. Foram excluídos, ainda, os sujeitos do sexo masculino, por representar uma minoria na área da Enfermagem.

Assim, nossa população ficou constituída na primeira etapa da pesquisa por 51 Enfermeiras e no processo de intervenção grupal participaram 15 sujeitos conforme mostra o quadro abaixo.

Id. Sujeito	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Religião	Filhos	Setor Trabalho	Tempo Serviço Enfermaç.	Temp. Serv. Hospital	Carga Horária	Outra Atividade	Turno Trabalho	Salário s/m
06	33	Solt.	Grad.	Catól.	0	CM I e II	9 ^a	2 ^a	40h	Não	Manhã	6 a 8
15	38	Solt.	Esp.	Catól.	0	Convênio	4 ^a	4 ^a	40h	Não	Diurno	6 a 8
20	31	Cas.	Esp.	Evang.	1	Cir.Amb.	6 ^a	5 ^a	40h	Não	Diurno	6 a 8
21	29	Cas.	Esp.	Catól.	1	Sup.Enf.	9 ^a	8 ^a	40h	Não	Diurno	6 a 8
22	45	Cas.	Esp.	Catól.	0	CME	25 ^a	12 ^a	40h	Não	Diurno	9 a 11
23	23	Solt.	Grad.	Catól.	0	CME	6 m	6 m	40h	Não	Tarde	4 a 6
27	26	Cas.	Esp.	Catól.	0	C.C	5 ^a	3 ^a	40h 12h	Sim aula	Manhã	9 a 11
28	26	Solt.	Esp.	Catól.	0	C.C	5 ^a	3 ^a	40h 25h	Sim Est.	Tarde	9 a 11
32	45	Cas.	Esp.	Catól.	1	CM I	20 ^a	19 ^a	40h	Não	Manhã	9 a 11
34	44	Cas.	Esp.	Evang.	1	Hemod.	22 ^a	20 ^a	40h	Não	Diurno	12 a 14
39	29	Solt.	Esp.	Catól.	0	Pediatria	3 ^a	2 ^a	40h	Sim aula	Manhã	6 a 8
42	32	Solt.	Esp.	Catól.	1	UTI-Neo	13 ^a	13 ^a	40h	Não	Diurno	4 a 6
45	40	Cas.	Esp.	Catól.	2	Pediatria	5 ^a	19 ^a	40h	Sim	Diurno	4 a 6
48	36	Cas.	Esp.	Evang.	2	UTI	12 ^a	10 ^a	40h 16h	Sim aula	Diurno	6 a 8
49	48	Cas.	Esp.	Catól.	3	Ortoped.	24 ^a	24 ^a	40h	Não	Manhã	9 a 11

Quadro 2 - Dados sócio-demográficos dos sujeitos que participaram do processo grupal

5.3 Campo de estudo

Este estudo foi desenvolvido em um Hospital Universitário da região Centro-Oeste do Estado de São Paulo. Fundado em 1967, com 48 leitos, sua capacidade atual é de 406 leitos, ocupando uma área equivalente a 44.794,35 m². Conta com um corpo clínico formado por médicos contratados, em diversas especialidades e docentes totalizando 316 membros.

O Hospital é uma unidade de referência terciária para inúmeras especialidades, atendendo, além do município e região, outros Estados, como o norte do Paraná, Mato Grosso do Sul, região sul de Minas Gerais, entre outras regiões, através de Convênio e principalmente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Dispõe de um moderno centro de diagnóstico por imagem, com aparelhos de ressonância magnética, radiologia digital, tomografia e ultra-som, bem como serviços de quimioterapia, hemocentro, partos de risco, endoscopia, fisiodiagnóstico, reabilitação, medicina nuclear, hemodiálise, centro cirúrgico etc. Atende cerca de três mil pessoas por dia entre consultas, cirurgias e exames para diagnósticos.

O quadro de Enfermagem conta com 600 colaboradores, sendo 97 enfermeiros, 66 técnicos e 437 auxiliares de Enfermagem, sendo todos contratados por meio de concurso público.

A Divisão Técnica de Enfermagem (DTE) é composta pelos Serviços técnicos de Unidades Especiais, Clínico-Cirúrgica e Materno Infantil, com suas respectivas seções técnicas.

Quanto à dinâmica do trabalho, a jornada é de 40 horas semanais, no sistema de turnos, sendo estes divididos em matutino, vespertino e noturno. Os plantões são de 12 horas para o diurno e noturno. Para cargos administrativos, o horário de trabalho é fixado em oito horas diárias (comunicação pessoal)⁸.

⁸ Comunicação pessoal: informações coletadas em visita à Divisão de Enfermagem.

5.4 Instrumentos de coleta de dados

Como instrumentos de coleta de dados foram utilizados a Escala de Qualidade de Vida, proposto pela Organização Mundial de Saúde, versão abreviada (WHOQOL-bref - *World Health Organization Quality of Life*) (WHOQOL GROUP, 1998, FLECK e Cols, 1999); o Questionário do Coeficiente de Resiliência (RQ Test) de Reivich e Shatté (2002); a ficha de dados sócio-demográficos e o Grupo Focal, conforme proposta de Gatti (2005).

A escolha de uma escala e um questionário para coleta de dados em pesquisa qualitativa, que geralmente são utilizados em pesquisas quantitativas, justifica-se pela necessidade de levantar alguns indicadores que contribuirão para aprofundar a análise qualitativa, provenientes do processo grupal. De acordo com Rosa e Andriani, (2002) os dados quantitativos não devem ser ignorados, uma vez que este representa um primeiro passo na análise, permitindo compreender a processualidade entre a análise quantitativa e a qualitativa, apreendendo os sentidos expressos pelas participantes.

O instrumento quantitativo, de acordo com Gonzalez Rey (2002) não deve ser utilizado apenas como *fonte de produção de dados válidos*, mas converter-se em fonte de informações sobre o participante. Porém, esta só adquire sentido, se compreendida dentro do conjunto das informações produzidas pelo sujeito. E complementando, o autor revela que os indicadores provenientes dos instrumentos não terão *valor como elemento isolado e estático, mas como parte de um processo em que funciona em estreita inter-relação com outros indicadores* (p. 114)

Assim, os indicadores foram utilizados como parte do processo de construção do conhecimento e dos sentidos expressos acerca de nosso objeto de estudo.

1. Ficha de dados sócio-demográficos: este instrumento foi utilizado visando colher dados pessoais, como idade, estado civil, escolaridade, religião, número

de filhos, bem como dados sobre a situação de trabalho, como o setor, turno e tempo de trabalho na Enfermagem e no Hospital Universitário, carga horária e faixa salarial. Verificou-se ainda, por este instrumento, o dia da semana e os horários mais adequados para a realização da intervenção grupal (ANEXO I).

2. Escala de Qualidade de Vida, proposta pela Organização Mundial de Saúde, versão abreviada (WHOQOL-bref - *World Health Organization Quality of Life*) (ANEXO II).

O instrumento foi elaborado por um grupo de pesquisadores da Organização Mundial de Saúde, em um projeto multicêntrico, visando avaliar a Qualidade de Vida sob a perspectiva internacional. Está validado em 20 países, inclusive no Brasil e se baseia nos pressupostos de que Qualidade de Vida é um construto subjetivo (percepção do indivíduo), multidimensional e composto por dimensões positivas (por ex., mobilidade) e negativas (por ex., dor).

O Grupo de Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da OMS define Qualidade de Vida como *a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações* (WHOQOL GROUP, 1998).

O WHOQOL-bref é uma versão simplificada do WHOQOL-100 e no Brasil foi desenvolvida no Centro WHOQOL para o Brasil, sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck. Consta de 26 questões, sendo que duas são gerais e vinte e quatro representam as facetas que compõem o instrumento original. Essas questões são divididas em quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), conforme o quadro que segue.

Domínios e facetas do WHOQOL-Bref	
Domínio I Físico	01. Dor e desconforto 02. Energia e fadiga 03. Sono e repouso 09. Mobilidade 10. Atividades de vida cotidiana 11. Dependência de medicação ou de tratamentos 12. Capacidade de trabalho
Domínio II Psicológico	04. Sentimentos positivos 05. Pensar, aprender, memória e concentração 06. Auto-estima 07. Imagem corporal e aparência 08. Sentimentos negativos 24. Espiritualidade e religião – crenças pessoais
Domínio III Relações Sociais	13. Relações pessoais 14. Suporte social 15. Atividade sexual
Domínio IV Meio Ambiente	16. Segurança física e proteção 17. Ambiente no lar 18. Recursos financeiros 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20. Oportunidades para adquirir novas informações e habilidades 21. Participação e oportunidades de recreação e lazer 22. Ambiente físico: poluição, ruído, trânsito e clima 23. Transporte

Quadro 3 – Domínios e facetas do WHOQOL-Bref (FLECK, 2000)

3. Questionário do Coeficiente de Resiliência (RQ Test) de Reivich & Shatté (2002) (ANEXO III).

Este instrumento consta de 56 itens versando sobre possíveis indicadores de Resiliência em que o participante deverá, em 10 minutos, avaliar o quanto cada item é verdadeiro para si, pontuando numa escala tipo Likert, que varia de 1 (nunca verdade) a 5 (sempre verdade). Os indicadores que este instrumento pretende avaliar são: a Regulação das Emoções, Controle dos Impulsos, Otimismo, Análise Causal, Empatia, Auto-eficácia e Exposição, conforme descritos na página 51.

Para cada fator, o questionário apresenta quatro quesitos positivos e quatro negativos, conforme demonstrado no quadro abaixo:

Fatores	Questões	
	Positivas	Negativas
Regulação das emoções	<p>13. Eu posso controlar o modo como me sinto diante de situações muito difíceis.</p> <p>25. Eu sei identificar o que estou pensando e como isto influencia o meu humor.</p> <p>26. Se alguém faz algo que me deixa chateado, eu sou capaz de esperar até um momento apropriado, em que eu esteja mais calmo para discutir.</p> <p>56. Quando discuto um assunto polêmico com um colega ou membro da família, eu sou capaz de controlar minhas emoções.</p>	<p>2. Mesmo que eu me prepare antecipadamente para uma discussão com meu chefe, um colega de trabalho, meu esposo (a), ou meu filho (a), eu ainda me vejo agindo emocionalmente.</p> <p>7. Eu sou incapaz de aproveitar emoções positivas de modo que me ajudem a focar em uma tarefa.</p> <p>23. Eu sou levado pelos meus sentimentos.</p> <p>31. Minhas emoções afetam minha habilidade de focar no que precisa ser feito em casa, na escola, ou no trabalho.</p>
Controle de Impulsos	<p>4. Eu sou bom em afastar qualquer coisa que me distraia da minha tarefa.</p> <p>15. Quando ocorre um problema, eu estou atento aos primeiros pensamentos que surgem na minha mente sobre ele.</p> <p>42. Se alguém está chateado comigo, eu escuto o que ele (a) tem a dizer antes de reagir.</p> <p>47. Eu acredito em velhos ditados, “melhor prevenir do que remediar”.</p>	<p>11. Eu cedo ao impulso de desistir quando as coisas dão errado.</p> <p>36. Não me planejo antecipadamente para as minhas atividades: como trabalho, escola ou finanças.</p> <p>38. Eu prefiro fazer as coisas espontaneamente a planejar antes, mesmo que isto signifique não parecer o melhor.</p> <p>55. Se eu decido que quero algo, saio e compro imediatamente.</p>
Otimismo	<p>18. Eu acho melhor acreditar que os problemas são controláveis, mesmo que nem sempre isto seja verdade.</p> <p>27. Quando alguém tem uma reação exagerada a um problema, eu penso que normalmente é porque está apenas de mau humor no dia.</p> <p>32. Trabalho duro sempre compensa.</p> <p>53. Quando me deparo com uma situação difícil, eu fico confiante de que sairei bem.</p>	<p>3. Eu me preocupo com a minha saúde futura.</p> <p>33. Depois de terminar uma tarefa, eu me preocupo se ela vai ser avaliada negativamente.</p> <p>39. Eu acredito que a maioria dos problemas é causada por circunstâncias que estão além do meu controle.</p> <p>43. Quando me pedem para pensar em meu futuro, eu acho difícil me imaginar tendo sucesso.</p>
Análise causal	<p>12. Quando um problema surge, eu penso em várias soluções possíveis antes de tentar resolvê-lo.</p> <p>19. Quando surge um problema, eu penso cuidadosamente sobre o que o causou antes de tentar resolvê-lo.</p> <p>21. Eu não perco tempo pensando sobre os fatores que estão fora do meu controle.</p> <p>48. Na maioria das situações, eu acredito que sou bom em identificar a verdadeira causa dos problemas.</p>	<p>1. Quando tento resolver um problema, eu acredito nos meus instintos e escolho a primeira solução que me ocorre.</p> <p>41. Foi-me dito que eu interpreto mal eventos e situações.</p> <p>44. Disseram-me que eu pulo para as conclusões quando surgem problemas.</p> <p>52. Eu acho importante resolver problemas, o mais rápido possível, mesmo que isto signifique sacrificar o entendimento total do problema.</p>
Empatia	<p>10. Ao olhar as expressões faciais alheias, eu reconheço as emoções que as pessoas estão expressando.</p> <p>34. Se alguém está triste, zangado, ou com dificuldades, eu imagino o que ele ou ela possa estar pensando.</p> <p>37. Se um colega está chateado, eu tenho quase certeza do porquê.</p> <p>46. É fácil para mim “me perder” na leitura de um livro ou em um filme.</p>	<p>24. É difícil para mim, entender a razão dos sentimentos das pessoas.</p> <p>30. Eu me sinto perdido para entender a razão das reações das pessoas.</p> <p>50. Meus amigos mais próximos ou mais queridos me dizem que eu não os entendo.</p> <p>54. Meus colegas e amigos me dizem que eu não os escuto.</p>

Auto-eficácia	<p>5. Se a minha primeira solução não funcionar, eu sou capaz de voltar atrás e continuar tentando diferentes soluções até achar uma que funcione.</p> <p>28. Eu espero fazer bem a maioria das coisas.</p> <p>29. As pessoas freqüentemente me procuram para ajudá-las a resolver problemas.</p> <p>49. Eu acredito ter boa habilidade para enfrentar as coisas e respondo bem a maioria dos desafios.</p>	<p>9. Eu prefiro fazer algo no qual eu me sinto confiante e relaxado do que algo que é desafiador e difícil.</p> <p>17. Eu prefiro situações nas quais eu posso depender da habilidade de outra pessoa do que da minha.</p> <p>20. Eu tenho dúvidas quanto a minha habilidade em resolver problemas no trabalho ou em casa.</p> <p>22. Eu gosto de ter tarefas rotineiras, simples, que não mudam.</p>
Exposição	<p>6. Eu sou curioso.</p> <p>8. Eu sou o tipo de pessoa que gosta de experimentar coisas novas.</p> <p>14. O que as outras pessoas pensam ao meu respeito não influi no meu comportamento.</p> <p>40. Eu vejo os desafios como uma forma de aprender e me desenvolver.</p>	<p>16. Eu me sinto mais confortável em situações nas quais eu não sou o único responsável.</p> <p>35. Eu não gosto de novos desafios.</p> <p>45. Eu me sinto desconfortável quando encontro pessoas novas.</p> <p>51. Eu fico mais confortável em minha rotina diária.</p>

Quadro 4 - Fatores constitutivos da Resiliência e seus respectivos quesitos

4. Grupo Focal, conforme proposta de Gatti (2005)

Os grupos focais são caracterizados como uma técnica de coleta de dados qualitativa, em que se promove uma interação entre os participantes, visando uma reflexão, discussão e avaliação sobre determinada temática. Assim, consideramos esta técnica viável aos nossos objetivos, em que, por meio do processo grupal podemos criar um espaço de escuta e discussões das demandas, facilitando a expressão, discussão e construção coletiva de alternativas, possibilitando ações críticas e criativas na resolução das adversidades que encontram no contexto do trabalho.

De acordo com Gatti (2005), o grupo focal é constituído pelo pesquisador e participantes e se caracteriza por um conjunto de pessoas quem se reúne para discutir um tema, objeto de pesquisa, a partir de experiências pessoais. Dessa forma, a participação no grupo é voluntária e pressupõe uma experiência na temática em questão.

A autora revela que os grupos focais permitem compreender os processos de construção da realidade por determinados grupos sociais; conhecer as representações, percepções, crenças, hábitos, valores, restrições,

preconceitos, linguagens e simbologias de pessoas que partilhem alguns traços em comum ou idéias e da maneira como uns influenciam outros.

Quanto à composição, a autora ressalta que deverá haver certa homogeneidade, podendo ser em relação ao *gênero*⁹, idade, condições socioeconômicas, *ao tipo de trabalho*¹⁰, estado civil, *escolaridade*¹¹, entre outros. Em relação ao número de participantes, o ideal seria entre 6 e 12 pessoas, sendo que o espaço físico deverá favorecer a interação entre as participantes. Dispor as cadeiras em círculo ou à volta de uma mesa seria mais adequado, uma vez que propicia uma interação face-a-face. É recomendável que a duração dos grupos fique em torno de uma hora e meia a três horas.

Neste tipo de grupo, o coordenador ou facilitador deve oferecer todas as informações necessárias para o desenvolvimento dos encontros, ou seja, como será a rotina, a duração, os objetivos, a forma de registro do trabalho, a questão do sigilo dos registros e identificação. Devem-se deixar todos os participantes à vontade, uma vez que a discussão deve ser totalmente aberta em torno da questão proposta, explicitando que seu papel é de introduzir ou propor algumas questões relativas à temática de interesse do pesquisador; manter produtiva a discussão; garantir que todos exponham suas idéias; impedir a dispersão do foco, bem como evitar a monopolização das discussões. É importante ressaltar que esta técnica não se caracteriza como uma entrevista coletiva, mas é uma proposta de troca efetiva entre os participantes, em que o facilitador deve evitar expor suas idéias ou criticar os comentários dos participantes (GATTI, 2005).

Para despertar e dinamizar as reflexões durante as intervenções no grupo foram realizadas atividades de dinâmica de grupo, retiradas de Campos (2004) e adaptadas aos objetivos deste estudo, com exceção daquelas utilizadas no 4º e 6º encontro, que foram criadas por nós.

Assim, a cada encontro, as discussões tiveram como finalidade favorecer a discussão e reflexão sobre a trajetória de vida, pessoal e

⁹ Grifo nosso

¹⁰ Grifo nosso

¹¹ Grifo nosso

profissional do grupo. De forma que pudessem apropriar-se das múltiplas determinações histórico-sociais na construção de sua identidade, discutindo sobre seus projetos pessoais e profissionais, envolvendo o auto-cuidado como um projeto coletivo (ANEXO X).

A intervenção grupal foi conduzida em oito encontros no próprio ambiente de trabalho com periodicidade semanal e duração de 60 minutos. Na literatura, geralmente, a duração das sessões é de 90 minutos e a duração da intervenção varia entre quatro e quinze encontros, sendo que cada grupo poderá comportar até doze participantes (PICHON-RIVIÈRE, 1994, OSÓRIO, 2003).

5.5 Procedimentos

Para a viabilização deste estudo procedemos de acordo com as seguintes etapas:

1ª etapa: Contatos iniciais e aprovação do projeto

- a) Contato inicial, em maio/2005, com a Divisão Técnica de Enfermagem (DTE) do Hospital Universitário, solicitando autorização para o desenvolvimento da investigação com as Enfermeiras (ANEXOS IV, V).
- b) Envio do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa para análise e aprovação.
- c) Aprovado o projeto, foi solicitada à Divisão Técnica de Enfermagem (DTE) a listagem das Enfermeiras contratadas pelo Hospital Universitário por setor de trabalho, bem como o envio de um comunicado interno para cada um dos setores, informando sobre a pesquisa e a nossa visita com os auxiliares de pesquisa.

- d) Assim, o primeiro contato com as Enfermeiras foi realizado em novembro/2005. Em cada setor, foi feito o convite para participação no estudo, com esclarecimentos sobre os objetivos e procedimentos, agendando horário, de acordo com a disponibilidade delas, para aplicação dos Instrumentos de coleta de dados.
- e) Ao iniciar os contatos com as Enfermeiras, nós e os auxiliares confeccionamos uma camiseta na cor rosa e branca, visando sua identificação, com o patrocínio do Grupo de Estudos e Pesquisa em Psicologia Hospitalar (GEPPH-USC).

2ª etapa: Aplicação dos Instrumentos, visando levantar dados sobre a Qualidade de Vida e indicadores de Resiliência.

- a) Em dia previamente agendado pelas Enfermeiras de cada setor, foram aplicadas a Escala de Qualidade de Vida e o Questionário do Coeficiente de Resiliência, individualmente ou em pequenos grupos. Uma psicóloga e duas estudantes de psicologia, integrantes do GEPPH-USC, auxiliaram na aplicação dos instrumentos.
- b) Os instrumentos foram aplicados somente após esclarecimentos dos objetivos e instruções, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução CNS196/96) (ANEXO VI), inclusive para gravação digital de som e imagens.

3ª etapa: Processo de intervenção grupal

Para o processo de intervenção grupal foram convidadas todas as enfermeiras que participaram da 2ª etapa, independente dos resultados do levantamento realizado por meio da escala e questionário, uma vez que as redes sociais formadas com pessoas diversificadas em seus valores e opiniões tendem a fortalecer a Resiliência.

Assim, os encontros foram realizados na Sala de Educação Continuada de Enfermagem, no Vestiário Central, localizado em prédio anexo ao Hospital. Somente um dos encontros foi realizado no auditório do Setor de Moléstias Infeciosas, uma vez que a sala destinada às intervenções grupais estava sendo utilizada para um curso.

Ambas as salas eram bem amplas, arejadas e bem iluminada, com recursos materiais suficientes para a realização do estudo, incluindo cinquenta cadeiras escolares, uma escrivaninha, cadeira, mesa para recursos áudio-visuais, um televisor com vídeo, uma tela para projeção em multimídia e um flip-chart.

O processo de intervenção grupal foi conduzido em oito encontros no próprio ambiente de trabalho com periodicidade semanal e duração de 60 minutos, todas às quintas-feiras, iniciando-se em abril, com término em junho/2006.

Durante a realização dos grupos, o coordenador contou com o auxílio de uma observadora no registro do discurso e imagens (meios digitais), bem como em protocolo de observação (ANEXO VII), adaptado de Danna e Mattos (1999) e Guimarães e cols. (2004), visando captar e distinguir a expressão verbal e não verbal de cada sujeito no grupo. Para dinamizar as discussões foram utilizadas técnicas de dinâmica de grupo.

Durante o processo, algumas dificuldades foram encontradas em relação à adesão ao grupo. Assim, algumas alterações foram sendo realizadas a partir do planejamento inicial. Primeiramente, visitamos todos os setores do hospital, conversando informalmente com as enfermeiras, no sentido de nos tornarmos mais próximas de sua rotina de trabalho. Nessas visitas falávamos sobre o grupo, convidando-as a participar.

Assim, iniciamos nosso primeiro encontro (06.04.2006) com quatro Enfermeiras, sendo que duas justificaram a ausência. Tivemos como *finalidade esclarecer os objetivos do estudo; favorecer a interação entre as participantes, verificando suas expectativas, necessidades e características.*

No decorrer das discussões, fomos percebendo que estas sentiam muita necessidade de falar sobre os problemas e dificuldades que enfrentavam no contexto do trabalho. Abrindo-se, dessa forma, um espaço para que pudessem falar e refletir sobre o assunto. Assim, demos prosseguimento às discussões, no dia 13.04, com três participantes, tendo como objetivo *fazer um balanço das demandas do encontro anterior, dando uma devolutiva dos principais pontos levantados*, verificando se estas estavam de acordo com nossa síntese.

Neste dia, discutimos sobre os aspectos bons e ruins da vida pessoal e profissional e percebemos que trabalhar com as demandas do grupo, possibilitou um vínculo mais positivo das participantes conosco.

Embora as discussões tenham sido produtivas, a baixa adesão ao grupo ainda era alvo de nossas preocupações.

Assim, conversamos com a secretária da DTE, solicitando se esta poderia telefonar todas as manhãs da 5ª feira para lembrá-las da “reunião com as psicólogas” como elas próprias denominavam. É importante esclarecer que a 5ª feira e o período da tarde, foram escolhidos pelas próprias enfermeiras como sendo melhor para a realização dos encontros.

Na terceira semana (20.04.2006) não foi possível realizar o grupo, uma vez que compareceu somente uma enfermeira. Assim, conversamos informalmente sobre seus problemas e dificuldades na vida pessoal, bem como no contexto do trabalho.

Com um intervalo de duas semanas, realizamos nosso terceiro encontro (27.04.2006), objetivando *fazer um balanço das demandas do encontro anterior, refletindo sobre os aspectos levantados e discutir o que poderiam fazer para alterá-los*. Participaram dez Enfermeiras, sendo que doze justificaram a ausência. Pudemos observar que houve um aumento na adesão ao grupo, após nova estratégia implantada.

No quarto encontro (04.05.2006), participaram oito Enfermeiras, cujo *objetivo foi favorecer a tomada de consciência de suas múltiplas determinações e da importância de suas escolhas na construção de sua história de vida*.

Ficou decidido que no dia 11.05.2006 não faríamos o encontro, uma vez que estava previsto o evento da Semana da Enfermagem, em que todas as enfermeiras deveriam participar. Assim, o próximo encontro foi agendado para o dia 18.05.2006, o que não ocorreu, uma vez que compareceu somente uma Enfermeira, que preferiu ir embora para *“adiantar o serviço”*.

Dessa forma, o quinto encontro aconteceu no dia 25.05.2006 com duas Enfermeiras, cujo objetivo foi *ampliar a compreensão da identidade feminina no desempenho de seus diversos papéis, apreendendo as relações de gênero, as possibilidades e limites do feminino.*

O sexto encontro (01.06.2006) visou *refletir sobre as dimensões da profissão, suas determinações histórico-sociais e as responsabilidades diante da escolha, bem como a necessidade do auto-cuidado*, em que compareceram três Enfermeiras.

No sétimo encontro, tivemos quatro Enfermeiras, em que nosso objetivo foi *refletir sobre a trajetória de vida e discutir os projetos pessoais e profissionais, envolvendo o auto-cuidado como projeto coletivo.*

Por duas semanas não conseguimos realizar o grupo, uma vez que no dia 15.06.2006 foi feriado de Corpus Christi e no dia 22.06.2006 houve jogo do Brasil por ocasião da Copa do Mundo.

Assim, encerramos o grupo no dia 29.06.2006, com o oitavo e último encontro, em que participaram seis Enfermeiras. Tivemos como finalidade avaliar o processo grupal, por meio de depoimentos espontâneos das participantes.

No encerramento do processo grupal foram reaplicados os Instrumentos de coleta de dados (RQ-Test e WHOQOL-Bref), visando comparações entre a pré e pós intervenção, avaliando, inclusive o processo grupal, conforme explicitamos na parte II e III dos resultados.

5.6 Técnica de análise dos dados

Assim, neste estudo, as análises dos dados quantitativos, oriundos dos dados sócio-demográficos e das escalas e os dados qualitativos, resultantes das intervenções grupais, subsidiaram o processo de construção da análise qualitativa, visando a promoção do processo de Resiliência nas enfermeiras.

5.6.1 Análise quantitativa

Para a análise dos dados quantitativos, coletados por meio da ficha dos dados sócio-demográficos e da aplicação do Questionário de Resiliência e da Escala de Qualidade de Vida, realizamos a análise fatorial, estabelecendo as relações internas entre o conjunto total de variáveis e a análise de cluster, visando a aglutinação dos sujeitos em distintos grupos, sendo que na análise fatorial utilizamos o recurso das correspondências múltiplas e na análise de *cluster*, a classificação hierárquica, como critério de agrupamento dos sujeitos.

A utilização da análise fatorial e da análise de cluster permitiu revelar as semelhanças e as diferenças entre as Enfermeiras em estudo. Porém, o objetivo não foi priorizar a determinação da carga fatorial entre as variáveis, mas sim a possibilidade de formação dos grupos, de forma não arbitrária ou tendenciosa. A aglutinação dos sujeitos pôde contemplar, dessa forma, a totalidade na diversidade, possibilitando o aprofundamento na análise qualitativa dos dados.

5.6.2 Análise qualitativa

Nos procedimentos para análise qualitativa dos dados foram utilizadas duas técnicas. A primeira, os núcleos de significação, propostos por Aguiar

(2001) e Aguiar e Ozella (2006), visando a apreensão da constituição dos sentidos do discurso das participantes. E a segunda, visando facilitar a identificação das palavras mais pronunciadas pelas participantes, foi utilizado o *software* de origem francesa, *Systeme Portabable Pour L'analyse des données textuelles* (SPAD-T).

Desenvolvido entre 1989 e 1993, o SPAD-T, é um sistema computadorizado, que possibilita a análise de discurso textual, identificando a frequência de palavras mais pronunciadas no discurso de uma investigação qualitativa, bem como selecionar as frases típicas dos sujeitos, em que se inserem tais palavras (comunicação pessoal)¹².

Assim, os procedimentos de análise dos dados ocorreram da seguinte forma:

- a) Transcrição e digitação do discurso das participantes, gravado durante processo de intervenção grupal. Posteriormente, o texto do discurso foi organizado segundo instruções do *Software* SPAD-T e o arquivo enviado à Prof^a Dr^a Yara G. de Castro, do setor de Estatística da PUC/SP, para processamento e tratamento dos dados.
- b) De posse das planilhas com a frequência das palavras, escolhemos aquelas que estavam diretamente relacionadas ao objetivo da investigação, enviando-se novamente à Prof^a Dr^a Yara G. de Castro para processar as palavras, buscando no contexto do discurso a recomposição das frases.
- c) Analisando-se as frases, voltamos diversas vezes ao discurso transcrito e digitado na íntegra, visando observar o contexto das frases selecionadas pelo *Software* SPAD-T. A leitura nos permitiu destacar e organizar alguns pré-indicadores para a construção dos núcleos futuros, considerando-se a frequência, a importância enfatizada no discurso, a carga emocional presente, a ambivalência ou contradições. De acordo com Aguiar e Ozella (2006), geralmente, os pré-indicadores compõem

¹² **Comunicação pessoal:** as informações sobre o SPAD-T foram dadas pela Prof^a Dr^a Yara G. de Castro do Setor de Estatística da PUC-SP.

um quadro amplo de possibilidades para a organização dos núcleos. Assim, um critério básico para filtrar esses pré-indicadores foi verificar sua importância para a compreensão do objetivo da investigação.

- d) Esse processo nos possibilitou uma aglutinação de conteúdos temáticos, articulados de acordo com conteúdos similares, complementares ou contraditórios, constituindo os núcleos de significação. Segundo Aguiar e Ozella (2006) os núcleos resultantes devem expressar os pontos centrais e fundamentais que trazem implicações para o sujeito, que o envolvam emocionalmente, que revelem as determinações constitutivas do sujeito.
- e) A análise dos núcleos iniciou-se por um processo intra-núcleo, avançando para uma articulação inter-núcleos, articulando o discurso das participantes com sua realidade e com a teoria, permitindo, assim, o acesso à compreensão do sujeito em sua totalidade. Aguiar e Ozella (2006) afirmam ser importante apreender as necessidades dos sujeitos identificadas a partir dos indicadores. Sendo estas necessidades determinantes dos modos de agir, sentir e pensar dos sujeitos.

5.7 Cuidados Éticos

Nas investigações com participantes humanos, o pesquisador deve estar atento às questões éticas que envolvem. De acordo com Cozby (2003, p. 65) o pesquisador deve ater-se a seis princípios gerais: *competência, integridade, responsabilidade profissional e científica, respeito aos direitos humanos e à dignidade das pessoas, preocupação com o bem-estar do próximo e responsabilidade social.*

O autor salienta ainda que as principais questões éticas na pesquisa são o estresse que podem causar algum tipo de prejuízo físico ou psicológico e o uso do engodo, em que são omitidas informações quanto aos reais objetivos da investigação. Para minimizar estas questões será necessário que os

participantes sejam plenamente informados sobre *os propósitos do estudo, os riscos associados aos procedimentos e seu direito de recusar ou interromper sua participação* (COZBY, 2003, p. 56).

Assim, este estudo está em conformidade com as resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS 196/96) e do Conselho Federal de Psicologia (CFP 16/2000) que dispõem sobre a realização de investigações com seres humanos. O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Unesp de Botucatu (HC-FMB) e da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) tendo sido aprovado, respectivamente em 03.10.2005, protocolo nº 345/2005 e 14.12.2005, protocolo nº 155/2005, conforme ANEXO V III e IX.

Neste estudo sobre a possibilidade de promoção do processo de Resiliência em Enfermeiras asseguramos que o mesmo não resultaria em riscos às participantes. Todos os cuidados éticos foram garantidos, como a confidencialidade das informações, a privacidade e a proteção de imagem, Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO VI) foi apresentado e discutido com as participantes, informando os objetivos e procedimentos da investigação, que foram assinados livremente. Foi esclarecido ainda, que qualquer problema surgido no decorrer da coleta de dados poderia ser discutido e as decisões seriam tomadas conjuntamente com as participantes. Ao término da investigação, assumimos o compromisso de dar uma devolutiva quanto aos resultados e conclusões às participantes e a Instituição, via Divisão Técnica de Enfermagem.

6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÕES

Apresentamos neste bloco os resultados e discussões do estudo, cujo objetivo foi investigar a possibilidade de promoção do processo da Resiliência em Enfermeiras de um Hospital Universitário. Verificando, num primeiro momento, a Qualidade de Vida e possíveis indicadores de Resiliência, e posteriormente propor e avaliar processo de intervenção grupal, visando, especificamente, a promoção da Resiliência.

De acordo com relação apresentada pela Diretoria Técnica de Enfermagem (DTE), em 16 de novembro de 2005, havia no Hospital, 97 enfermeiros contratados. Destes, três estavam afastados por problemas de saúde, quatro eram do sexo masculino, uma estava de licença prêmio, uma “emprestada” a outro Hospital da região, e quatro, diretoras da DTE, que não foram incluídas em nosso estudo, conforme critérios estabelecidos na metodologia. Portanto, nossa amostra contou com 84 Enfermeiras. Destas, cinquenta e uma (60,7%) responderam aos instrumentos de pesquisa (RQ Test e WHOQOL-Bref) e quinze participaram do processo grupal, representando 29,4%.

A apresentação dos resultados será dividida em três partes, conforme o que se segue:

Parte I - Perfil sócio-demográfico das participantes (N=51): referem-se aos dados pessoais e profissionais que são demonstrados nas tabelas de número um a nove.

Parte II – Núcleos de significação em Resiliência e Qualidade Vida: que se referem à aglutinação dos cinquenta e um sujeitos em três núcleos, a partir da análise fatorial e análise de cluster para RQ-Test e WHOQOL-Bref, discutindo-se as semelhanças e diferenças nas respostas. O mesmo procedimento foi realizado com os quinze sujeitos que participaram do processo de intervenção grupal, integrando-se os resultados quantitativos e

qualitativos do estudo, analisando possíveis mudanças no perfil do grupo quanto a promoção do processo de Resiliência.

Parte III - **O processo de intervenção grupal como promotor de resiliência**: que evidenciam alguns aspectos sobre a avaliação do processo de intervenção grupal.

Parte I – Perfil sócio-demográfico das participantes (N=51)

TABELA 1 – Distribuição de frequência quanto à faixa etária das participantes

<i>Faixa etária</i>	Fa	Fr(%)
Adulto jovem (20 – 35 a)	38	74,6
Adulto (36 – 50 a)	13	25,4
Total	51	100,0

Na tabela 1 observa-se que a maioria das participantes se encontra na faixa etária jovem entre 20 e 35 anos (74,6%). De acordo com intervalos menores na faixa etária observamos que 29,4% (15) encontram-se na faixa entre 20 a 25 anos, 19,6% (10) estão entre 26 e 30 anos, 25,5% (13) entre 31 a 35 anos.

Observamos, neste estudo, um rejuvenescimento da força de trabalho na Enfermagem do Hospital Universitário. Esses dados são confirmados por Vila (2005) em estudo realizado com 143 enfermeiros da mesma região. No entanto, esses dados diferem de estudo anterior, realizado por Belancieri (2003), no mesmo campo de investigação, em que a predominância foi de adultos, na faixa etária de 36 a 45 anos.

Em estudo sobre os aspectos sociológicos das profissões de saúde no Brasil, Nogueira-Martins (2002) traz dados comparativos entre as décadas de 1980 e 1990. Ressalta que esse rejuvenescimento vem se pronunciando entre

os profissionais de nível superior, tendo aumentado de 14% para 26% os profissionais de saúde entre 20 e 29 anos neste espaço de dez anos.

Em nosso campo de estudo parece que houve uma renovação dos Enfermeiros na Instituição Hospitalar. Se relacionarmos a idade e o tempo de trabalho dos sujeitos no estudo anterior de Belancieri (2003) é possível que estes tenham se aposentado, permitindo a admissão de trabalhadores mais jovens.

De acordo com Lautert, Chaves e Moura (1999), ao atingir uma idade superior a 40 anos, o enfermeiro pode pedir demissão, uma vez que coincide com uma fase de inquietação, quando os projetos de vida são avaliados e revistos, principalmente, se já está no mesmo emprego entre cinco e sete anos. Essa inquietação pode levá-lo a mudar de emprego e até mesmo de profissão.

Por outro lado, Belancieri (2005) revela que uma possível explicação para este rejuvenescimento e renovação da força de trabalho na Enfermagem, pode estar associada ao cansaço no enfrentamento das condições adversas encontradas no contexto hospitalar, relacionados ao não reconhecimento profissional, à frustração e à insatisfação com as atividades desenvolvidas.

O trabalhador não dá conta de responder às exigências da profissão, principalmente, quando as relações de trabalho exigem profissionais mais politizados. E este, ainda continua preso às tradições históricas da profissão, assumindo uma conduta submissa às condições impostas pela sociedade e pelo sistema de saúde vigente. Diante dessas condições e da impotência sentida, os trabalhadores da rede hospitalar poderão encontrar a solução no abandono da profissão ou mesmo sendo excluído “naturalmente” por acidentes ou doenças ocupacionais (BELANCIERI, 2005).

TABELA 2 – Distribuição de frequência quanto ao estado civil das participantes

<i>Estado civil</i>	Fa	Fr(%)
Solteira	28	54,9
Casada	20	39,2
Divorciada/Separada	3	5,9
Total	51	100,0

A Tabela 2 mostra que a maioria das participantes é solteira, perfazendo um total de 54,9%, seguidas das casadas (39,2%). Nesse aspecto, os resultados são divergentes em relação ao estudo realizado há 6 anos com a mesma população. Entre 1999 e 2003 predominava uma população de casadas, perfazendo um percentual de 58,67 (BELANCIERI, 2005). Esses dados confirmam a discussão anterior sobre a faixa etária em que discutimos o rejuvenescimento e renovação da força de trabalho em Enfermagem.

Essa renovação pode ser benéfica para área, uma vez que a população mais jovem apresenta perspectivas profissionais mais amplas, estando em busca de oportunidades e estabilidade. Assim, são mais ativos, podendo promover mudanças e transformações na área de saúde, desde que sejam criativos, críticos e politizados.

TABELA 3 – Distribuição de frequência quanto à graduação pós-graduação

Graduação/Pós	Fa	Fr(%)
Graduação	13	25,6
Especialização	34	66,7
Mestrado	4	7,8
Total	51	100,0

De acordo com a tabela 3, a maioria cursou pós-graduação, 66,7% no nível *lato sensu* (especialização), seguidas daquelas que cursaram apenas a graduação (25,6%) e uma minoria, 7,8 % concluiu o Mestrado.

É interessante observar que a maioria cursou uma pós-graduação, somando entre especialização e mestrado 74,5%, demonstrando que há uma preocupação com a qualificação na assistência prestada.

Estes resultados podem estar associados ao campo em que foram coletados os dados (Hospital Universitário), favorecendo essa possibilidade de qualificação. Outro aspecto observado durante o processo grupal relaciona-se com o duplo vínculo de emprego, em que as enfermeiras complementam o salário com atividades docentes. E nessa atividade, é quase uma obrigação a qualificação, especialmente, no nível *stricto sensu*.

Mesmo aquelas Enfermeiras que não dividem o tempo de trabalho entre o hospital e a docência, apresentam o interesse pela carreira acadêmica, tendo, inclusive, projetos para investigação científica e participação em congressos e encontros, além de produção científica em sua área de especialidade.

TABELA 4 – Distribuição de freqüência quanto à religião

Religião	Fa	Fr(%)
Católica	38	74,5
Evangélica	7	13,7
Outras	6	11,8
Total	51	100,0

A maioria das participantes é católica, representando 74,5%, seguidas pelas evangélicas (13,7%) e na categoria outras (Espírita, mórmon, outras) somam-se 11,8%. Dados confirmados por Belancieri (2005) e Lino (2004) em relação à religião católica.

TABELA 5 – Distribuição de frequência quanto ao número de filhos

Nº filhos	Fa	Fr(%)
Um	11	21,6
Dois	6	11,8
Três	3	5,8
Nenhum	31	60,8
Total	51	100,0

Na tabela 5 podemos observar que os dados estão em consonância com a faixa etária e estado civil, uma vez que a maioria das participantes não possui filhos (60,8 %), seguida daquelas que têm apenas um (21,6%). Uma minoria tem de 2 a 3 filhos, representando juntas 12,6%.

Observamos uma mudança significativa entre este estudo e o realizado por Belancieri (2003) entre 1999 e 2003. Naquele, havia uma predominância de sujeitos casados e com filhos, trazendo à discussão a questão da dupla jornada de trabalho, como indicador de estresse. Esse parece não ser o caso no recente estudo. Mas traz outros aspectos que poderão ser discutidos, como o duplo vínculo de emprego e carga horária semanal de trabalho.

TABELA 6 – Distribuição de frequência quanto ao setor de trabalho

Setor de trabalho	Fa	Fr(%)
Enfermaria	24	47,0
Ambulatório	10	19,7
UTI/CC	17	33,3
Total	51	100,0

Na Tabela acima, observamos que a maioria das participantes encontra-se nas enfermarias (47%), assim distribuídas: na neonatologia (13,7%), clínica médica (17,6%), oftalmologia (20%), supervisão (7,8%), CME (3,9%) e Dermatologia 2,0%). Nos ambulatórios encontramos 19,7% das participantes, que é constituído pelos setores de Convênios (5,8%), Hemodiálise (9,8%), Cirurgia ambulatorial, Hospital dia, representando 2,0% cada setor. UTI e Centro Cirúrgico, juntas, somam 33,3%.

TABELA 7 – Distribuição de freqüência quanto ao turno de trabalho

Turno de Trabalho	Fa	Fr(%)
Diurno	26	51,0
Manhã ou Tarde	18	37,2
Noturno	6	11,8
Total	51	100,0

Quanto ao turno de trabalho, a Tabela 7 demonstra que a maioria das participantes, 51%, trabalha no período diurno, 37,2% trabalham no período da manhã ou da tarde e uma minoria (11,8%) no turno noturno.

Lino (2004) confirma esses dados em seus estudos com 190 Enfermeiras de UTI, em que, 55,1% trabalham no turno diurno.

Embora a coleta tenha sido realizada no período diurno, observamos uma minoria do turno noturno durante a coleta. Segundo as próprias participantes, dobram sua carga horária, para cobrir as ausências das colegas, seja por folgas ou licenças médicas.

TABELA 8 – Distribuição de frequência quanto ao tempo de serviço na enfermagem e no Hospital Universitário

Tempo de Serviço	Enfermagem		Hospital Universitário	
	Fa	Fr(%)	Fa	Fr(%)
Até 5 anos	28	54,9	33	64,7
6 a 10 anos	9	17,7	5	9,8
11 a 15anos	5	9,8	6	11,8
16 a 20 anos	3	5,9	6	11,8
21 a 25 anos	5	9,8	1	1,9
+ 25 anos	1	1,9	0	0
Total	51	100,0	51	100,0

De acordo com a Tabela 8, a maioria das participantes tem até cinco anos de tempo de serviço na área da Enfermagem e no Hospital Universitário, que somam, respectivamente, 54,9% e 64,7%.

A maioria das participantes não exerce outras atividades remuneradas (70,6 %). No entanto, observamos que, 29,4% têm outra atividade associada à Enfermagem ou a docência, conforme discutido anteriormente.

Os dados mostram que a maioria das participantes trabalha 40 horas semanais, representando 82,4%. Observamos que embora seja uma minoria, encontramos Enfermeiras trabalhando mais de 40 horas, com uma variabilidade entre 50 a 70 horas, somando juntas 17,6%. É importante ressaltar que essa carga excessiva pode estar relacionada com os dados anteriores em que temos 29,4% exercendo outra atividade remunerada.

Lino (2004) comprova em seu estudo esses dados, ressaltando que dos 36,9% que têm outros empregos, 20,7% estão no ensino em saúde e o restante em outros hospitais ou instituições de saúde, que segundo Nogueira-Martins (2002) constitui-se numa forma de compensar as perdas salariais.

TABELA 9 – Distribuição de freqüência quanto ao salário

Salário (R\$)	Fa	Fr(%)
Até 900,00	1	1,9
1000,00 a 1800,00	14	27,5
1900,00 a 2700,00	22	43,2
2800,00 a 3600,00	12	23,5
3700,00 a 4500,00	2	3,9
Total	51	100,0

Quanto ao salário, a Tabela 9 demonstra que a maioria das participantes encontra-se numa faixa salarial de R\$ 1900,00 a R\$ 2700,00 (43,2%), seguidas daquelas que estão na faixa de R\$ 1000,00 a R\$ 1800,00 (27,5%) e 23,5% de R\$ 2800,00 a R\$ 3600,00.

Se levarmos em consideração o piso salarial do enfermeiro no Estado de São Paulo, que varia entre R\$ 1.260,74 e R\$ 1.665,23¹³, observamos que a maioria dos Enfermeiros do Hospital Universitário, apresenta um salário mais elevado do que o acordado em convenção coletiva.

A título de síntese, observamos um encadeamento coerente dos dados no perfil socio-demográfico dos sujeitos em estudo, ou seja, a maioria constitui-se de adultos jovens, solteiras, sem filhos, católicas, com especialização e trabalhando nas enfermarias. A maioria trabalha diurnamente e tem até cinco anos de tempo de trabalho, seja na enfermagem ou Hospital Universitário. Trabalham até 40 horas semanais, não exercendo outra atividade remunerada e apresentam um salário concentrado na faixa de R\$ 1000,00 à R\$ 3.600,00.

¹³ Informação colhida no site do Sindicato dos Enfermeiros do Estado de São Paulo (SEEESP) www.sindenfermeiro.org.br em 25/10/2007.

Parte II - Núcleos de significação em Resiliência e Qualidade Vida:

Para a análise dos dados oriundos dos Instrumentos RQ-Test e WHOQOL-Bref, não foi utilizado o modelo padronizado, uma vez que este somente nos forneceria dados quantitativos. Assim, optamos pela análise fatorial, que visou estabelecer um perfil das respostas em suas relações internas entre o conjunto total de dimensões, bem como a análise de *cluster*, que teve como finalidade aglutinar os sujeitos em distintos grupos, permitindo revelar conteúdos similares, complementares ou contraditórios, constituindo os núcleos de significação. Tal processo nos possibilitou a percepção de conteúdos temáticos que expressam os pontos centrais e fundamentais deste estudo, ou seja, a possibilidade de promoção do processo de Resiliência em Enfermeiras.

Assim, integramos os dados sócio-demográficos, RQ-Test e WHOQOL-Bref, aglutinando os sujeitos em três núcleos distintos. Apresentamos, inicialmente, os núcleos formados a partir dos cinquenta e um sujeitos que participaram da primeira etapa do processo, que podem ser visualizados na Figura 1.

Desses, foram recortados aqueles que participaram do processo de intervenção grupal, visando a uma comparação, ainda na primeira fase do estudo. “Os sujeitos permanecem nos núcleos de origem ou se constituem em uma nova configuração? (Fig.s 1 e 2)”. Em busca de uma solução para tal questionamento realizamos uma comparação entre as respostas das quatorze Enfermeiras que participaram do pré e pós processo de intervenção grupal, visando verificar se houve uma reestruturação dos sujeitos nos núcleos (Fig.s 2 e 3).

Nesses núcleos foram identificados os sujeitos típicos¹⁴, que respondem ao nosso objetivo, ou seja, a promoção do processo de Resiliência. Assim, cada núcleo é ilustrado com o discurso dos sujeitos, visando a construção de

¹⁴ **Sujeito típico:** é aquele que contém as melhores qualidades e informações sobre o assunto que se está investigando (GONZÁLEZ REY, 2002).

uma rede de significados que integrem a dimensão quantitativa e qualitativa do estudo.

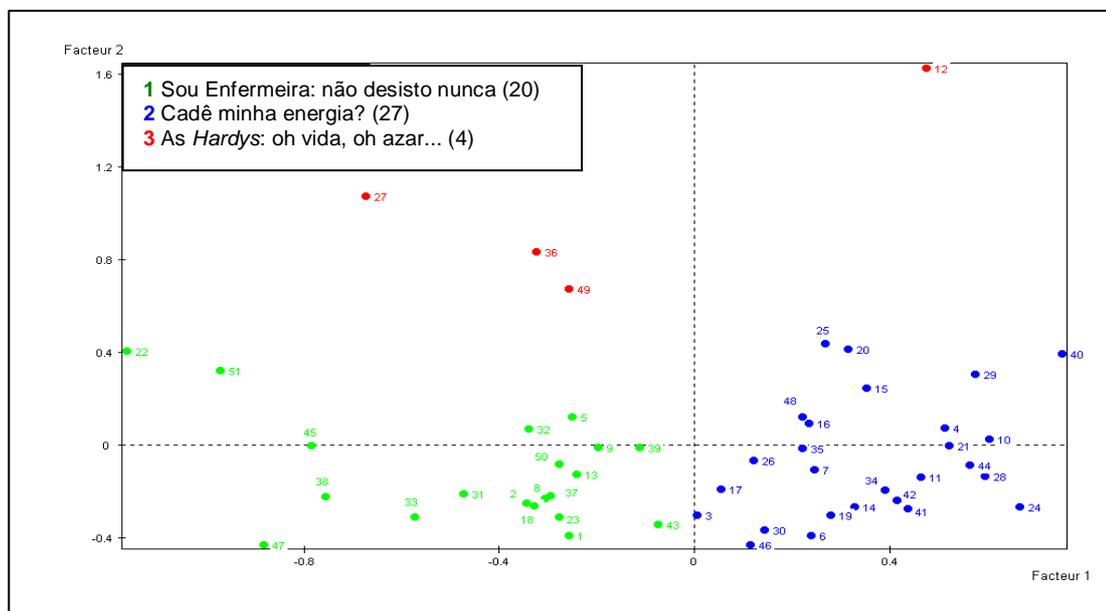


FIGURA 1 - Gráfico da Nuvem de Pontos, mostrando a aglutinação dos 51 sujeitos

Podemos observar que os cinquenta e um sujeitos que participaram na primeira etapa do estudo, em relação à Qualidade de Vida e a Resiliência, agruparam-se em três núcleos. Assim, o verde representa o núcleo “Sou enfermeira: não desisto nunca”; o azul constitui o núcleo “Cadê minha energia?” e na cor vermelha, agrupa-se o núcleo “As *hardys*: oh vida, oh azar...”.

1. Núcleo Verde – “Sou enfermeira: não desisto nunca” (N=51)

Neste núcleo, encontram-se vinte sujeitos (vide Figura 1), estando incluídas as enfermeiras que gostam de novos desafios, vendo-os como uma forma de aprender e de se desenvolver. Costumam planejar antecipadamente suas atividades e finanças, não apresentando dúvidas quanto a sua habilidade de resolver problemas, pensando cuidadosamente sobre suas causas antes de

tentar resolvê-los. São capazes de reconhecer suas emoções e a dos outros, sendo que estas não afetam sua concentração e habilidade de focar no que precisa ser realizado. Não gostam de tarefas rotineiras e nunca se deixam levar pelos seus sentimentos. São sujeitos que estão satisfeitos com sua capacidade de desempenho nas atividades cotidianas e com suas relações pessoais.

2. Núcleo Azul: “Cadê minha energia?” (N=51)

Este núcleo é constituído pela maioria, somando vinte e sete sujeitos (vide Figura 1). As Enfermeiras deste núcleo, embora gostem de novos desafios, vendo-os, quase sempre, como uma forma de aprender e de se desenvolver, se preocupam se serão avaliadas negativamente ao terminar uma tarefa, preferindo atividades em que se sintam confiantes e relaxadas, a algo desafiador e difícil. Poucas vezes são capazes de controlar suas emoções, bem como de reconhecer as dos outros, sendo que estas afetam sua habilidade de focar no que precisa ser feito. Acreditam não ter boa habilidade para enfrentar as coisas e responder bem à maioria dos desafios. Embora estejam insatisfeitas com o sono, não tendo energia suficiente para o dia-a-dia, estão satisfeitas com sua capacidade para o trabalho e consigo mesmas.

3. Núcleo Vermelho: “As *hardys*: oh vida, oh azar...” (N=51)

Núcleo composto por quatro Enfermeiras (vide Figura 1), caracteriza-se por sujeitos que poucas vezes vêem os desafios como uma forma de aprender e se desenvolver. As emoções afetam a habilidade de focar no que é necessário, sendo levadas sempre pelos sentimentos. Às vezes precisam de algum tratamento médico para levar sua vida diária. Estão insatisfeitas com sua capacidade de trabalho e sentem que não têm energia suficiente para o seu dia-a-dia. Entretanto, estão muito satisfeitas com a vida sexual.

Nesta preliminar, podemos observar que os três núcleos respondem diferentemente às exigências cotidianas. O núcleo “Sou Enfermeira: não desisto nunca” revela-se mais otimista e capaz diante das adversidades,

enquanto o núcleo “As *hardys*: oh vida, oh azar...” caracteriza-se pelo negativismo e pessimismo diante das condições adversas, especialmente, no cotidiano de trabalho e, no meio termo encontramos o núcleo “Cadê minha energia?”. Este núcleo parece não ter um bom discernimento em relação as condições de trabalho a que está submetido. Retomaremos essa discussão de forma aprofundada mais adiante, quando analisarmos os dados resultantes do processo de intervenção grupal (N=15).

Dos cinquenta e um sujeitos que participaram desta primeira etapa do estudo, somente quinze participaram do processo de intervenção grupal, apresentando o seguinte perfil sócio-demográfico: cinco são solteiras, oito casadas, com idade variando entre 23 e 48 anos, com uma média de 35 anos. A maioria cursou especialização e duas têm apenas a graduação. Quanto à religião, doze são católicas e três evangélicas e sete tem de um a três filhos.

Quanto ao setor de trabalho, sete trabalham na Enfermaria, três no Ambulatório e quatro no Centro Cirúrgico e UTI. Em relação ao Tempo de Serviço, sete têm até 5 anos na Enfermagem e quatro tem de 8 a 13 anos, cinco tem mais de 19 anos. Quanto ao Tempo de serviço no HC, sete têm até 5 anos, três de 8 a 13 anos e quatro tem mais de 19 anos.

Em relação ao turno de trabalho, oito trabalham no diurno, cinco no período matutino e duas no período vespertino, sendo que dez trabalham 40 horas semanais e quatro têm uma carga horária acima de 40 horas, ou seja, complementado com horas de aula, estágio ou plantão. Em relação ao salário, três ganham de quatro a seis salários mínimos, seis, de seis a oito salários, cinco, de nove a onze salários e uma mais de doze salários mínimos.

Informações mais detalhadas do perfil do grupo podem ser encontradas na metodologia à página 73.

Dessas quinze Enfermeiras que participaram do processo de intervenção grupal, uma não respondeu aos instrumentos ao término do grupo. Assim, para efeitos de análises e comparações serão consideradas 14 participantes.

No processo de intervenção grupal, de acordo com o quadro abaixo, podemos observar que não houve uma forte adesão das Enfermeiras. Algumas dificuldades foram encontradas, quanto à participação e freqüência aos encontros, que serão discutidas mais a frente, em tópico específico sobre a avaliação do processo grupal.

Suj.	1º 06.04	2º 13.04	3º 27.04	4º 04.05	5º 25.05	6º 01.06	7º 08.06	8º 29.06	Freq.
06			X						1
15	X	X						X	3
20			X	X					2
21			X	X					2
22*	X	X	X	X	X	X	X	X	8
23	X		X			X		X	4
27				X			X	X	3
28				X		X			2
32			X						1
34			X						1
39				X					1
42			X	X					2
45			X						1
48	X								1
49*		X	X	X	X	X	X	X	7
	4	3	10	8	2	4	3	5	

Quadro 5 - Freqüência de participação no processo de intervenção grupal

* Sujeitos típicos

Retomando a figura 1, em que apresentamos a concentração dos cinquenta e um sujeitos em três núcleos, fizemos um recorte das quatorze Enfermeiras que participaram do processo grupal, realizando-se novamente a análise fatorial e análise de *cluster*, com a finalidade de observar possíveis reconfigurações dos núcleos. Assim, apresentamos nas figuras 2 e 3, os *clusters* referentes à pré-intervenção grupal e a referente à pós-intervenção grupal.

Ao fazer uma comparação entre as figuras 1 e 2 na pré-intervenção, observamos que houve uma reconfiguração em um dos núcleos. Os sujeitos S23, S32 e S39 migraram do núcleo “Sou Enfermeira: não desisto nunca” para o núcleo “Cadê minha energia?”, permanecendo as demais em seus respectivos núcleos.

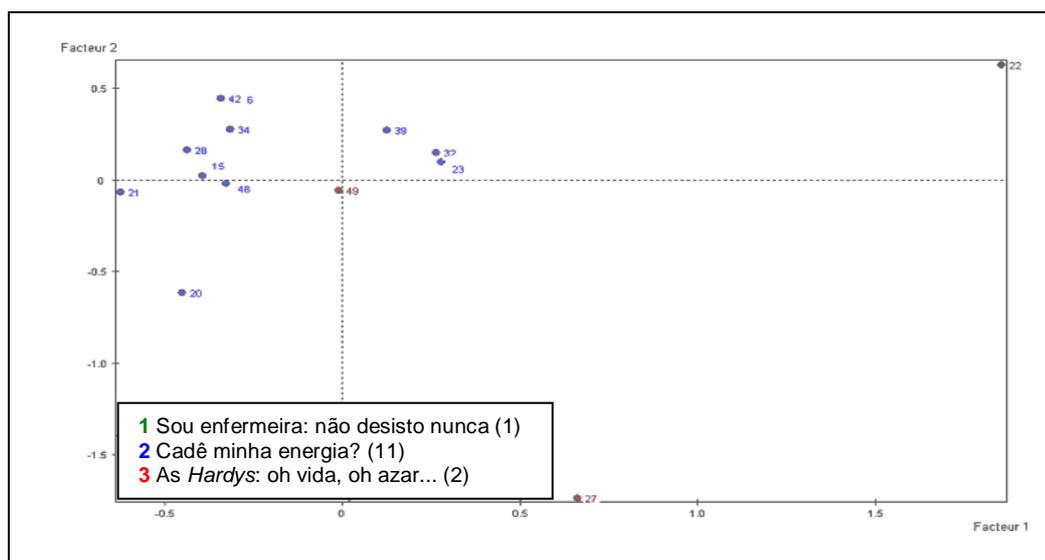


Figura 2 – Gráfico da nuvem de pontos referentes à pré-intervenção com as 14 participantes do processo de intervenção grupal

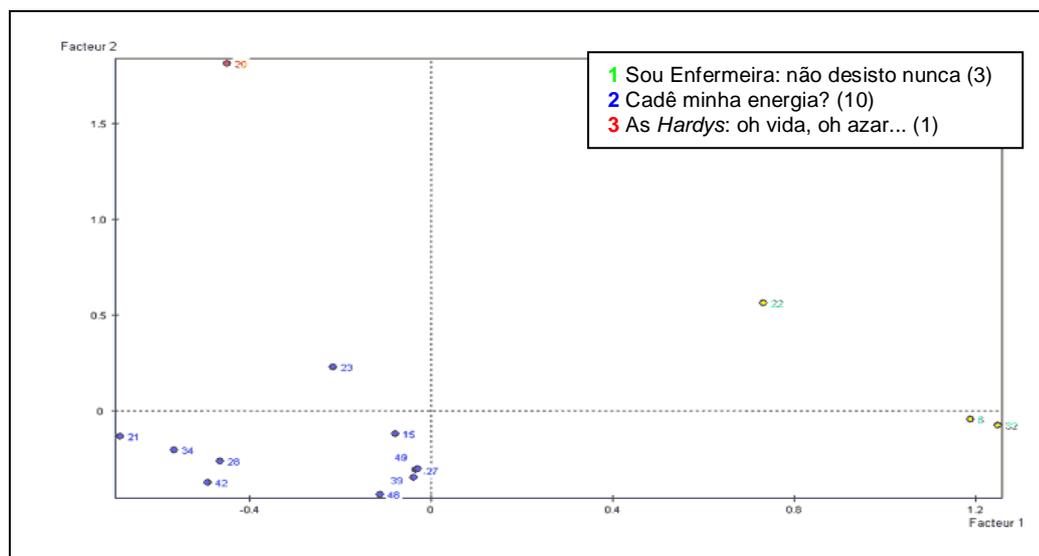


Figura 3 – Gráfico da nuvem de pontos referentes à pós-intervenção com as 14 participantes do processo de intervenção grupal.

Comparando-se as figuras 2 e 3 observamos que algumas participantes migraram de núcleo, constituindo-se nova configuração. Assim, os sujeitos S6 e S32, da pré-intervenção migraram do núcleo “Cadê minha energia?” para “Sou Enfermeira: não desisto nunca” e o S20 para o “As *hardys*: oh vida, oh azar” na pós-intervenção. Os sujeitos S27 e S49 mudaram do núcleo “As *hardys*: oh vida, oh azar” para “Cadê minha energia?” após a intervenção. Entretanto, é interessante atentar para aqueles que permaneceram no mesmo núcleo. Podemos considerar que para eles não houve nenhuma mudança com a intervenção?

Visando discutir essa questão, a seguir apresentaremos as especificidades de cada grupo em relação ao perfil sócio-demográfico, a Qualidade de Vida e, especialmente, a Resiliência, foco de nosso estudo.

1. Núcleo Verde: “Sou enfermeira: não desisto nunca” (N=14)

Na pós-intervenção, este núcleo foi constituído por três sujeitos (S6, S22 e S32), na faixa etária de 33 a 45 anos, sendo duas casadas e uma

solteira, todas católicas, duas com pós-graduação (especialização), duas sem filhos e uma com um filho apenas, sendo que as três trabalham na Clínica Médica, no período diurno. Duas trabalham na área da Enfermagem há mais de 20 anos, e uma há 9 anos, sendo que todas apresentam uma carga horária de trabalho de 40 horas e ganham de 6 a 10 salários mínimos.

Durante as intervenções, S6 e S32 participaram somente do terceiro encontro, cujo tema discutido foi *as demandas do grupo em relação às dificuldades enfrentadas no ambiente de trabalho* e S22 participou de todos os encontros realizados. Por que apresentam resultados semelhantes?

Em relação à Qualidade de Vida, no domínio físico, apresentam-se satisfeitas com sua saúde, entretanto, sentem o ambiente de trabalho pouco saudável. As dores físicas em nada impedem de fazerem o que é preciso, não sendo necessários tratamentos médicos para levar a vida diária. Embora estejam satisfeitas com a capacidade para desempenhar as atividades diárias e com a capacidade de trabalho, sentem que não possuem energia suficiente para o dia-a-dia, não estando totalmente satisfeitas com o sono.

Psicológica e socialmente, apresentam boa auto-estima, estando satisfeitas consigo mesmas e com as relações pessoais (amigos, parentes, colegas, etc.), bem como com a aparência física e vida sexual. Atribuem bastante sentido à vida, embora, algumas vezes, apresentem sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade e depressão.

No domínio meio ambiente, não se sentem totalmente seguras na vida diária e embora estejam satisfeitas com a moradia, acesso aos serviços de saúde e meio de transporte, sentem que sua renda não é suficiente para satisfazer suas necessidades, inclusive tendo poucas oportunidades de lazer.

Considerando os objetivos do estudo, ou seja, a promoção do processo da Resiliência nas Enfermeiras, no quadro 6 apresentamos os resultados relacionados aos fatores de Resiliência, possibilitando melhor compreensão do processo de comparação entre a pré e pós-intervenção grupal. Para melhor visualizar os resultados, utilizamos o recurso cromático. Assim, a cor amarela representa a frequência de participação no processo grupal, a verde representa

aqueles sujeitos que melhorou, a lilás destaca aqueles que pioraram. Em branco estão os que se mantiveram.

S u j	F r e q	Regulação Emoções		Controle Impulsos		Otimismo		Análise Causal		Empatia		Auto Eficácia		Exposição	
		Pré	Pó	Pré	Pó	Pré	Pó	Pré	Pó	Pré	Pó	Pré	Pó	Pré	Pó
6	1	-	m	+	m	m	m	m	m	m	m	m	M	m	m
22	8	m	m	+	+	m	m	m	+	m	m	+	M	+	m
32	1	m	m	+	+	m	m	m	m	-	m	m	M	m	m

Suj.= Sujeito; Freq.= Freqüência de participação no grupo; Pré= Pré intervenção grupal; Pós= Pós intervenção grupal; m = média; + = acima da média; - = abaixo da média.

Quadro 6 - Fatores de Resiliência apresentados pelos sujeitos do Núcleo “Sou Enfermeira: não desisto nunca”

Podemos observar que a maioria dos sujeitos desse núcleo encontra-se na média em todos os fatores da Resiliência, tanto na pré como na pós-intervenção grupal, com exceção do fator Controle de Impulsos, que está acima da média, que será discutido mais adiante.

Assim, os sujeitos deste núcleo se caracterizam pela habilidade de manter em equilíbrio as emoções diante das adversidades, conseguindo identificar como seus pensamentos influenciam seu humor, aproveitando as emoções positivas de maneira que as ajudem a focar em uma tarefa [Regulação das Emoções].

É interessante ressaltar que, de acordo com Reivich e Shatté (2002), a Regulação das Emoções e o Controle dos Impulsos estão intimamente relacionados. Assim, se o sujeito apresenta uma *score* na média ou acima da média em um fator, a tendência é ter o mesmo *score* no outro fator, uma vez que os dois se encaixam em crenças similares.

Embora nossos resultados sejam divergentes neste aspecto, não os invalida, já que pontuam na média para acima da média e, portanto, demonstram a capacidade de controlar os impulsos emocionais diante das adversidades do cotidiano, seja de ordem pessoal ou profissional.

Os sujeitos desse núcleo acreditam que a maioria de seus problemas é controlável, mesmo que nem sempre isso seja verdadeiro. Revelam que o

“trabalho duro sempre compensa” e se imaginam tendo sucesso no futuro, sendo que, poucas vezes, preocupam-se se serão avaliadas negativamente ao terminar uma tarefa. Raramente se preocupam com a própria saúde [Otimismo].

Reivich e Shatté (2002) revelam que a chave para a Resiliência é ter um otimismo realista, que reflete no senso de auto-eficácia das pessoas, resultando na solução de problemas de maneira bem sucedida.

No entanto, na maioria das vezes, conseguem identificar as causas dos problemas, pensando em várias soluções possíveis antes de tentar resolvê-lo, embora poucas vezes, pensem cuidadosamente sobre suas causas [Análise Causal].

São capazes de reconhecer as emoções alheias, de entender a razão dos sentimentos e das reações das pessoas. No entanto, quase sempre são incapazes de imaginar o porquê dos sentimentos [Empatia].

A empatia na área da Enfermagem é fundamental, uma vez que lidam com pessoas enfermas, na maioria das vezes, impossibilitadas de expressar-se verbalmente. A inabilidade de interpretar a linguagem não verbal, expressadas emocionalmente, podem comprometer a relação do profissional com os usuários dos serviços de saúde, inclusive o tempo de recuperação.

Acreditam ter boa habilidade para enfrentar e responder bem à maioria dos desafios, gerenciando conflitos e encontrando soluções. Não gostam de tarefas rotineiras. Poucas vezes preferem situações nas quais possam depender da habilidade de outra pessoa do que da própria [Auto-eficácia].

Gostam de novos desafios e os vêem como uma forma de aprender e se desenvolver. São curiosas, do tipo que gosta de experimentar coisas novas. Sentem-se mais confortáveis em situações nas quais não são as únicas responsáveis e o que as outras pessoas pensam ao seu respeito não influi no seu comportamento. Nunca se sentem desconfortáveis quando encontram pessoas novas [Exposição].

A Exposição está vinculada diretamente à empatia, sendo aquela uma constante no processo de trabalho da Enfermagem. Assim, aquele que não se sente bem na presença de outros, conseqüentemente não poderá executar suas atividades de forma adequada, podendo negligenciar a atenção aos usuários dos serviços de saúde e aos seus subordinados.

No quadro 6 mostramos que após a intervenção, houve melhora para o S6, em relação à Regulação das Emoções e Controle de Impulsos, mantendo-se na média nos demais fatores. O S32 melhorou somente no fator empatia, mantendo-se nos outros fatores.

Parece que S6 e S32 já estavam em um processo de desenvolvimento. Dessa forma, o processo grupal serviu para um aprimoramento. O que não ficaria evidente se nossa investigação se restringisse somente aos dados do WHOQOL-Bref e RQ-Test. Para esses sujeitos talvez não houvesse necessidade de participar de um processo grupal sistemático, mas sob o ponto de vista administrativo, poderiam ter um espaço para reflexão, uma ou duas vezes por mês.

Já S22, melhorou no fator Auto-Eficácia e Exposição e, embora de acordo com resultados do RQ-Test, tenha piorado no fator Análise Causal, comparado ao discurso, observamos uma contradição, tendo uma evolução qualitativa, no decorrer da intervenção, constituindo-se como sujeito típico desse núcleo, uma vez que vai da queixa irrefletida do primeiro encontro a análises consistentes dos problemas, nos subseqüentes, buscando soluções, conforme podemos observar em seu discurso:

“Eu parei para pensar, depois da quinta-feira que estivemos aqui. Eu disse: ‘eu vou mudar a minha forma de trabalhar’. Por quê? Porque eu vinha fazendo tudo de uma vez só, e aí acabava naquilo, né, a gente acaba se atropelando. Então eu coloquei um cronograma de atividades: segunda-feira de manhã, isso; terça, isso, quarta, quinta e sexta” (S22).

“Tem falhas dentro do trabalho, tem que orientar e tem que educar” (S22).

Essa contradição vem em razão da pluralidade de interpretações teórico-metodológicas existentes na compreensão do sujeito. Em apontamentos de aula¹⁵, Araújo (2005) afirma que no tratamento estatístico do RQ-Test há que se considerar aqueles sujeitos que se encontram na média, de acordo com o padrão de distribuição normal. Aqueles que pontuam acima da média, poderão estar num processo defensivo frente às adversidades de seu contexto. Essa interpretação também é encontrada em Affonso (2007), quando busca em seu estudo *apreender os fatores de proteção de adolescentes em conflito com a lei em cumprimento de medida sócio-educativa de liberdade assistida* (p. 3).

No entanto, Reivich e Shatté (2002) não fazem menção a essa forma de avaliar os resultados, explicitando tão somente que o RQ-Test é um instrumento que possibilita mensurar o nível de Resiliência, determinando as forças e fraquezas do sujeito. Assim, será possível intervir sobre as fraquezas, maximizando seu desempenho, com flexibilidade, adaptabilidade e confiança, seja no trabalho, nos relacionamentos, na própria saúde, enfim, em todos os desafios da vida.

Observamos que a Enfermeira (S22) tem uma percepção clara e objetiva das adversidades no ambiente de trabalho e busca formas de solucioná-las. Apresenta bom equilíbrio emocional, tendo um alto controle dos impulsos.

No entanto, esse alto controle dos impulsos emocionais no ambiente de trabalho pode comprometer a saúde física, mental e social do sujeito. O próprio discurso dos sujeitos nos leva a crer nesta hipótese, em que esses fazem referência a diversos sintomas/transtornos psicossomáticos, como arritmia, hipertensão, insônia, cefaléias, artrose, dor lombar, transtornos alimentares, depressão, cansaço, inclusive se referindo a problemas de saúde mental.

¹⁵ ARAUJO, Ceres Alves de. Comunicação pessoal (Apontamentos de aula), 2005.

“Daí eu comecei a ter sintomas. Essa insatisfação. Reverteu, assim, em dores de cabeça, em dor lombar, em dor. Dor física também. Eu tive muita dor” [...] “Eu estou com meus hormônios todos alterados, um dia estou com arritmia, o outro eu estou com pico de pressão alta”. [...] “Então, às vezes, eu me pergunto, eu vou para casa, daí eu tenho arritmia, daí eu tenho insônia.” [...] “Por que hoje eu me sinto cansada, eu me sinto desgastada, ta?”. [...] eu já estou tão estressada e não consigo comer, então desce quadrado.” [...] Isso me levou a uma depressão” [...] “Eu acho que a minha saúde mental está um pouco comprometida (S22).

Diversos são os estudos que confirmam esses dados, como Belancieri (2005, 2003) ao estudar os níveis de estresse e repercussões psicossomáticas em trabalhadores da Enfermagem; Bianchi (2000, 1999) que investigou o estresse do enfermeiro hospitalar e Benevides-Pereira (2002), que vai além do estresse em seus estudos, referindo-se à Síndrome de Burnout, ou seja, ao processo do adoecer pelo trabalho assistencial na área da saúde.

É interessante ressaltar, que apesar das adversidades relatadas, percebemos, durante o processo grupal, algumas contradições, o que é esperado, uma vez que ao responder o teste, julga o que é mais adequado socialmente e no grupo há a possibilidade de expressão mais espontânea.

Essas contradições podem explicar, em parte, o alto controle dos impulsos, posto que, mesmo pontuando os aspectos adversos do trabalho, procurando alternativas de mudança, fazia um contraponto, ressaltando os aspectos positivos, acreditando que há possibilidades de melhorar. O que nos leva a outros indicadores de Resiliência, o otimismo e a análise causal.

Ao analisar o discurso do sujeito S22, observamos que este é capaz de identificar as causas e conseqüências dos problemas que enfrenta em seu cotidiano de trabalho. Apresenta boa compreensão dos problemas, não negando as dificuldades, tanto no contexto pessoal como no profissional, busca soluções criativas, mantendo o otimismo de que tudo vai melhorar, conforme ilustra seu discurso:

“A gente vai conseguir mudar alguma coisa, não sei quando, mas um dia as pessoas vão enxergar. Porque o que está acontecendo hoje, é inviável para uma seção que atende o hospital inteiro. Tem que ter uma responsabilidade, então assim... Eu acho que a gente vai conseguir fazer com que as pessoas mudem.” (S22).

De acordo com Reivich e Shatté (2002), as pessoas otimistas são mais saudáveis. São mais saudáveis? Tomando em consideração o que acabamos de relatar na página anterior, isso não se apresenta no grupo. A explicação pode estar relacionada aos conceitos da Resiliência. Se a entendermos como *resistência à adversidade*, então o sujeito seria capaz de resistir às pressões, sem, contudo, adoecer; como se tivesse um potencial inato que lhe possibilitasse vencer as adversidades, independente de seu contexto social. Porém, compreendemos a Resiliência como um processo dinâmico de superação das adversidades. Assim, o sujeito, mesmo sucumbindo às adversidades, terá possibilidade de apropriar-se das condições nas quais está inserido, estabelecendo ações criativas frente a tais condições, sendo capaz de buscar alternativas viáveis de enfrentamento e superação. O que explica nossos dados em relação a S22, especialmente.

“A gente tem dificuldades e a gente tem que tentar superar isso. Têm algumas coisas que a gente supera, outras a gente não consegue” (S22).

De acordo com a literatura, o sujeito resiliente é aquele que diante de condições adversas da vida pessoal e profissional assume atitudes mais criativas, sendo que alguns aspectos facilitam esse processo, como a rede de apoio social e principalmente, o apoio da família e dos amigos (POLK, 1997, FLACH, 1977).

“Eu seguro a barra de muitas e muitas colegas, eu sei que são amigas verdadeiras, quando dá uma desestabilizada eu dig: ‘segura, levanta que não é assim’. Eu me sinto responsável” (S22).

“Você tem um problema no seu próprio trabalho. Elas (colegas) te amparam” (S22).

O trabalho, sendo uma unidade de contrários, possibilita-nos uma reflexão sobre as contradições no discurso dos sujeitos.

Esses sujeitos usam a intempérie a seu favor, focando nas alternativas e não nos problemas. São capazes de identificar a adversidade, enfrentá-las e descobrir saídas criativas diante das dificuldades.

De acordo com os dados apresentados, os sujeitos deste núcleo estão num processo construtivo, podendo ser considerados resilientes. As discussões de todos esses processos serão retomadas ao final da apresentação dos três núcleos.

3. Núcleo Azul: “Cadê minha energia?”

Este núcleo constitui-se de dez sujeitos, com idade variando entre 23 e 48 anos, cinco solteiras e cinco casadas, seis trabalham no período diurno, duas no turno da tarde e três no turno da manhã. O tempo de trabalho na área de Enfermagem varia para seis, de 2 a 5 anos, duas de 9 a 13 anos e duas de 22 a 24 anos. Quatro tem mais de um vínculo de emprego. Sete trabalham 40 horas e duas entre 50 e 60 horas semanais, com salário variando entre 3 a 8 mínimos.

Em relação à Qualidade de Vida, a maioria deste núcleo revela que no domínio físico, precisam muito pouco de tratamento médico, sendo que em nada ou muito pouco a dor física as impedem de fazer o que precisam. Todas responderam que a capacidade para se locomover é boa, sendo que somente a metade está satisfeita com o sono e com a capacidade de desempenhar as atividades diárias, inclusive a atividade laboral. A maioria sente que tem energia média para o dia-a-dia.

No domínio psicológico, as enfermeiras deste núcleo responderam que embora a vida tenha bastante sentido, seis a aproveitam muito pouco, revelando que, algumas vezes, apresentam sentimentos negativos, como mau humor, depressão etc, sendo que para quatro, esses sintomas se apresentam freqüentemente. A satisfação consigo mesma e a aceitação da aparência física se encontram em um nível médio. Em relação à concentração, sete consegue se concentrar bastante e três mais ou menos.

Em relação ao domínio das relações sociais, mais da metade estão satisfeitas com as relações pessoais, com a vida sexual e com o apoio dos amigos.

No fator meio ambiente, mais da metade respondeu que sua renda é pouco suficiente para suprir suas necessidades, prejudicando as oportunidades de lazer. A maioria está satisfeita com as condições de moradia e meios de transporte. As condições do ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos), para a maioria são muito pouco saudáveis, sendo que a metade se sente bastante segura na vida diária. Mais da metade está satisfeita com o acesso aos serviços de saúde e insatisfeitas com a disponibilidade de informações.

No quadro 7 apresentamos os dados referentes aos fatores de Resiliência, na pré e na pós-intervenção. Assim, a cor amarela representa a freqüência de participação no processo grupal, em verde estão aquelas que melhoraram após o processo grupal e em lilás as que supostamente pioraram de acordo com o RQ-Test.

S u j	F r e q	Regulação Emoções		Controle Impulsos		Otimismo		Análise Causal		Empatia		Auto Eficácia		Exposição	
		Pré	Pó	Pré	Pó	Pré	Pó	Pré	Pó	Pré	Pó	Pré	Pó	Pré	Pó
15	3	-	-	m	m	m	m	m	m	m	-	-	M	m	m
21	2	-	-	+	m	m	m	m	m	-	-	-	M	-	-
23	4	m	-	+	+	+	m	m	m	m	m	+	M	m	m
27	3	-	m	+	+	+	+	m	m	m	m	-	M	-	-
28	2	-	-	+	+	m	m	-	m	-	m	-	-	m	m
34	1	-	-	+	m	m	-	m	m	m	-	-	-	-	-
39	1	m	-	+	+	m	-	m	m	m	m	+	M	+	m
42	2	-	-	+	+	m	m	m	m	m	-	m	-	m	-
48	1	-	-	+	+	m	m	m	m	-	m	m	-	m	m
49	7	-	-	+	+	m	m	+	m	m	-	m	M	-	-

Suj.= Sujeito; Freq.= Freqüência de participação no grupo; Pré= Pré intervenção grupal; Pós= Pós intervenção grupal; m = média; + = acima da média; - = abaixo da média.

Quadro 7 - Fatores de Resiliência apresentados pelos sujeitos do núcleo “Cadê minha energia?”

Observamos que no fator Regulação das Emoções, a maioria encontra-se tanto na pré como na pós-intervenção abaixo da média, caracterizando um grupo que embora diga que poucas vezes as emoções afetam sua habilidade de focar no que é preciso, se contradiz, revelando-se incapaz de aproveitar emoções positivas de modo que ajude a focar em uma tarefa. Poucas vezes consegue identificar como seus pensamentos influenciam seu humor.

“A palavra dor não me machucava. Entendeu? Eu não sei se foi com o tempo, eu me tornei muito sensível, entendeu? Hoje eu vejo uma criança com dor, eu desabo. Eu sinto aquela dor em mim. Eu não tinha essa sensibilidade” (S49).

“A emoção para mim é difícil, porque eu sou uma pessoa que eu não consigo controlar minhas emoções, eu gostaria muito de deixar passar, sabe? Que as pessoas não percebessem. Mas eu não consigo.” (S23).

Mesmo tendo um alto controle de impulsos, ainda se vêem agindo emocionalmente, revelando que, poucas vezes, são boas em afastar qualquer coisa que as distraia de sua tarefa.

É interessante observar que no fator otimismo, a maioria se manteve na média, tendo um sujeito melhorado e dois piorado após a intervenção. Assim se configurando: a maioria dos sujeitos respondeu que quase sempre acham melhor acreditar que os problemas são controláveis, confiando quase sempre que se sairão bem diante das tarefas, raramente se preocupando se serão avaliadas negativamente. No entanto, responderam que raramente o “trabalho duro sempre compensa”.

No fator Análise Causal, a maioria deste núcleo encontra-se na média, tendo melhorado dois sujeitos, após a intervenção. Assim, o núcleo apresenta a seguinte configuração: a maioria pensa cuidadosamente sobre as causas dos problemas antes de tentar resolvê-los, não perdendo tempo pensando sobre os fatores que estão fora de seu controle. E, raramente, interpretam mal os eventos.

Em relação ao fator Empatia, observamos uma variabilidade de respostas, sendo que dois sujeitos melhoraram e quatro pioraram após a intervenção. Neste núcleo, a maioria dos sujeitos, embora revele quase sempre reconhecer as emoções alheias, raramente têm certeza do porquê das expressões emocionais.

No fator Auto-eficácia, observamos uma sensível melhora na pós-intervenção, sendo que cinco melhoraram e somente duas pioraram. Assim, os sujeitos deste núcleo acreditam, quase sempre, ter boa habilidade para enfrentar as coisas e responder bem à maioria dos desafios, preferindo situações nas quais não dependam da habilidade de outras pessoas do que da própria. Não gostam de tarefas rotineiras e, quase sempre, outras pessoas as procuram para resolver problemas.

E no fator Exposição, uma metade se manteve na média e outra abaixo da média, sendo que somente um sujeito melhorou com a intervenção e um piorou, configurando-se da seguinte forma: a maioria vê os desafios como uma forma de aprender e a se desenvolver. É curiosa e, quase sempre sente-se mais confortável em situações nas quais não é a única responsável. Raramente, sente-se desconfortável quando encontra pessoas novas, no

entanto, encontram-se divididas as respostas quanto à influência do que as outras pessoas pensam do seu comportamento.

A diferença entre este núcleo e o primeiro (“Sou Enfermeira: não desisto nunca”) está na Regulação das Emoções, na Empatia, Análise Causal e na Exposição. Nos demais fatores não foram encontradas diferenças.

É interessante notar que a discrepância entre Regulação das Emoções e Controle de Impulsos é gritante. Como já mencionado anteriormente, para Reivich e Shatté (2002), ambas se fundam em crenças similares. Então, podemos deduzir que esta contradição poderá consumir muita energia, uma vez que ao mesmo tempo, falta a habilidade de regular as emoções, no entanto, apresentam um alto controle dos impulsos. Os autores revelam que sujeitos que não conseguem administrar suas emoções são menos efetivos para lidar com a adversidade e resolver problemas.

Outro aspecto que chama a atenção neste núcleo é a suposta piora nos fatores Empatia e Exposição após a intervenção. Dizemos suposta, pois, durante o processo grupal, observamos um processo construtivo. Pode ser que esta provável piora esteja relacionada à tomada de consciência das determinações sociais que são constituídas a partir do trabalho, conforme aparece no discurso das Enfermeiras.

“A sua personalidade acaba sendo construída no seu trabalho” (S27).

“Eu tenho capacidade de chegar até um ponto profissionalmente. E eu cheguei... Então chega uma hora que você não consegue ir além de sua capacidade, então é o que faz mal, porque eu tenho, eu sinto a necessidade de crescer, de evoluir, mas o meu limite está aqui, por eu não conseguir ir mais para frente...” (S49)

O sujeito S49 participou de sete encontros, o que parece ter possibilitado essa reflexão. Os limites determinados pela própria profissão, não passam despercebido pela Enfermeira, no entanto, esta assume como se fosse dela o

limite. Parece viver um conflito no desempenho de suas atividades profissionais, já que não consegue usar as emoções em favor próprio, trazendo-lhe sofrimento psíquico.

Observamos uma freqüência irregular neste núcleo. No entanto, não encontramos diferença entre aqueles que participaram uma ou mais vezes do processo de intervenção grupal. O grupo pode não ter promovido o processo de resiliência, mas funcionou como um espaço afetivo, de escuta em que as participantes se sentiam acolhidas e atendidas em suas necessidades.

“Muito bom e gratificante saber e sentir que alguém se preocupa conosco e com nossos conflitos, principalmente na nossa profissão que é tão desvalorizada” (S15).

“E pude também fazer alguns desabaços sobre os problemas que enfrentamos e que nos sufocam frequentemente. Um ponto importante que merece destaque é que o grupo foi realizado somente com enfermeiras do hospital, e percebemos que essas profissionais apresentam características em comum relacionadas ao trabalho dos diferentes setores. A gente não é o único patinho feio no mundo né? Então é bom saber que tem alguém que compartilha de algum jeito” (S23).

No entanto, reconhecer essa contradição entre a Regulação das Emoções e o Controle dos Impulsos, pode ser um importante indicador para futuros programas de promoção de saúde e qualidade de vida, porque nos possibilita intervir de maneira adequada sobre grupos com essas características. Especificamente para este núcleo, acreditamos que um atendimento mais sistemático seria o mais adequado, até que ele consiga administrar as emoções, espaçando-se, posteriormente, para atendimentos quinzenais ou mensais.

2. Núcleo Vermelho: “As *hardys*: oh vida, oh azar...”

Neste núcleo encontra-se apenas um sujeito (S20), adulto jovem, casado, com pós-graduação (especialização), com um filho, trabalha em setor ambulatorial no período diurno e têm 6 anos de atuação na área de Enfermagem, com carga horária de 40 horas semanais e salário entre 6 e 8 mínimos.

A Qualidade de Vida desse sujeito assim se configura: não se sente satisfeito com sua saúde. Psicologicamente, apresenta baixa auto-estima, não estando satisfeito consigo mesmo, inclusive com a aparência física. Aproveita pouco a vida e, freqüentemente, tem sentimentos negativos como mau humor, depressão etc. No entanto, sente que a vida tem bastante sentido.

Sente-se insatisfeito com as relações pessoais, com a vida sexual e com o apoio dos amigos. Não se sente totalmente seguro em sua vida, bem como com as condições de seu ambiente físico, revelando que sua renda não é suficiente para suprir suas necessidades, inclusive de lazer.

No quadro 8 são apresentados os resultados relacionados à Resiliência em seus sete fatores, na aplicação pré e pós-intervenção.

S u j	F r e q	Regulação Emoções		Controle Impulsos		Otimismo		Análise Causal		Empatia		Auto Eficácia		Exposição	
		Pré	Pó	Pré	Pó	Pré	Pó	Pré	Pó	Pré	Pó	Pré	Pó		
20	2	-	-	+	+	-	-	-	m	-	-	-	-	-	-

Suj.= Sujeito; Freq.= Freqüência de participação no grupo; Pré= Pré intervenção grupal; Pós= Pós intervenção grupal; m = média; + = acima da média; - = abaixo da média.

Quadro 8 - Fatores de Resiliência apresentados pelo sujeito do núcleo “As *hardys*: oh vida, oh azar...”

De acordo com o quadro acima, observamos que S20 encontra-se em quase todos os fatores, abaixo da média, tanto na pré como na pós-intervenção, com exceção do fator Controle de Impulsos, que pontua acima da média, como já discutido anteriormente. É interessante observar que no fator Análise causal, melhorou com a intervenção grupal.

Essa melhora no fator Análise Causal pode estar relacionada à temática trabalhada. O sujeito participou duas vezes do processo grupal, cujas temáticas foram: *as demandas do grupo em relação às dificuldades no ambiente de trabalho e a tomada de consciência das múltiplas determinações na construção da história de vida envolvendo as escolhas*. Embora, na maior parte das situações, raramente, acredite que é bom em identificar a verdadeira causa dos problemas, não perdendo tempo pensando sobre os fatores que estão fora do seu controle [Análise Causal]. Refletir sobre estes aspectos pode ter possibilitado ao sujeito a tomada de consciência de suas dificuldades, buscando suas causas e as alternativas para sua minimização ou resolução.

De acordo com Reivich e Shatté (2002), o estilo de pensamento pode afetar profundamente o desempenho de uma pessoa. Assim, o sujeito precisa descobrir quais crenças o tem impedido de enfrentar de maneira adequada os desafios que se colocam em seu cotidiano.

Na perspectiva Sócio-Histórica, a apreensão que o sujeito faz do fenômeno não é imediata, e sim, mediata. Desse modo, o processo da resiliência não é um fenômeno direto, mas passa pela apreensão que faz do fenômeno, atribuindo-lhe sentidos diferentes para uma mesma situação (KAHHALE, 2003).

Em todos os outros fatores (RE, O, E, AE, Ex) apresenta-se abaixo da média, apresentando o seguinte perfil:

Em relação à Regulação das Emoções, o sujeito revela que, poucas vezes, consegue controlar o modo como se sente diante de situações muito difíceis. Embora consiga identificar a influência de seus pensamentos em seu humor, diz que mesmo se preparando para uma discussão, se vê agindo emocionalmente. E que essa afeta sua habilidade de focar no que precisa ser feito.

Reivich e Shatté (2002) afirmam que os sujeitos que apresentam inabilidade em regular suas emoções, são mais negativos, tendo maior dificuldade de construir e manter amizades, são mais difíceis nas relações de trabalho, sendo mais propensos ao adoecimento.

Os autores ressaltam que o otimismo e a auto-eficácia, geralmente, caminham de mãos dadas, sendo essas duas habilidades que nos capacitam a ter o domínio daqueles elementos que estão sob nosso controle, resultando em soluções bem sucedidas dos problemas.

Essas duas habilidades não estão presentes, de acordo com as respostas do sujeito, uma vez que este não acredita no ditado popular “trabalho duro sempre compensa”, preocupando-se ao terminar uma tarefa, se será avaliado negativamente. E ao se deparar com uma situação difícil, raramente confia que se sairá bem. Ao pensar em seu futuro, quase sempre acha difícil se imaginar tendo sucesso e quase sempre se preocupa com sua saúde futura [Otimismo].

É um sujeito que gosta de tarefas rotineiras, simples, que não mudam e espera fazer bem a maioria das coisas. Prefere situações nas quais possa depender da habilidade de outra pessoa do que da própria. Diante de problemas, se sua primeira solução não funcionar, raramente é capaz de voltar atrás e continuar tentando diferentes soluções até achar uma que funcione. Prefere, quase sempre, fazer algo no qual se sinta confiante e relaxado do que algo que é desafiador e difícil. E diz que poucas vezes as pessoas o procuram para ajudá-las a resolver problemas [Auto-eficácia].

A Auto-eficácia, de acordo com Reivich e Shatté (2002), representa as crenças com as quais podemos resolver os problemas que possam surgir, no cotidiano pessoal ou profissional, de maneira bem sucedida. No trabalho, as pessoas que não têm confiança em sua eficácia se sentem perdidas e, mesmo sem intenção, sintonizam-se com suas dúvidas, buscando sempre conselhos com outros, não acreditando em sua própria capacidade.

A ineficiência poderá aumentar as dificuldades nas relações de trabalho, impedindo o sucesso, já que será incapaz de administrar inevitáveis complicações que poderão surgir no ambiente de trabalho, com comprometimento no processo decisório.

Embora o sujeito, revele que é capaz de reconhecer expressões emocionais dos outros, é difícil para ele entender a razão dos sentimentos das pessoas [Empatia].

Algumas pessoas conseguem interpretar a linguagem não-verbal dos outros (expressões faciais e corporais, tom de voz) e determinar o que a pessoa está pensando e sentindo. Outras não desenvolveram essas habilidades e por isso são incapazes de se colocarem no lugar de outras pessoas e sentir o que, provavelmente, ela está sentindo (REIVICH e SHATTÉ, 2002).

As pessoas de baixa empatia, mesmo as bem intencionadas, tendem a repetir os mesmos velhos padrões não-resilientes de comportamento, e passam por cima como um trator sobre as emoções dos outros e seus desejos.

Essa incapacidade de ler as dicas não verbais pode custar caro em situações profissionais. A Enfermagem, por exemplo, freqüentemente requer uma rede de habilidades de trabalho e, a ausência da empatia, poderá dificultar as relações pessoais nas quais os sujeitos precisam sentir-se compreendidos e valorizados, ou mesmo em situações de gerência, cujo trabalho é compreender qual a melhor maneira de motivar sua equipe.

O sujeito deste núcleo, embora veja, quase sempre, os desafios como forma de aprender e se desenvolver, poucas vezes gosta de experimentar coisas novas, ou seja, não gosta de novos desafios. Sente-se mais confortável em situações nas quais não é o único responsável. Quase sempre, sente-se desconfortável quando encontra pessoas novas, ficando mais confortável em sua rotina diária [Exposição].

Observamos aqui uma contradição: embora goste de “experiências novas” não gosta de “novos desafios”. Essa contradição pode impedir o desenvolvimento da criatividade, comprometendo a qualidade de vida, levando o sujeito a uma mesmice, negando a própria subjetividade.

Ciampa (2001) nos auxilia, nesta discussão, revelando os três sentidos da identidade, ou seja, a representação de si mesmo; dos papéis sociais na

sociedade e a re-posição da identidade pressuposta, em que há uma reiteração do que o sujeito tem sido.

Assim, a re-posição da identidade pressuposta funciona como armadilhas, impedindo mudanças significativas que poderiam permitir a superação das contradições.

A constituição da identidade envolve as significações sociais internalizadas e transformadas num determinado tempo e espaço.

Mas algumas pessoas, de acordo com Reivich e Shatté (2002), aprendem desde muito cedo, que os embaraços devem ser evitados a todo custo. É melhor permanecer em sua própria concha, mesmo que isso signifique uma vida de mediocridade, do que se expor ao insucesso publicamente e tornar-se ridículo.

Diante desse perfil, podemos considerar S20 como um sujeito extremamente pessimista, tendo uma baixa auto-estima, pouco empático, apresentando dúvidas quanto à sua eficiência, o que pode comprometer sua Qualidade de Vida.

Em seu discurso, são revelados aspectos que levam à desmotivação e insatisfação no trabalho.

“Eu entrei assim com uma vontade, aí vão passando os anos, você vai desanimando. Eu estou sentindo assim, bem desanimada, entendeu? Porque é triste, muito triste, pela falta de apoio da diretoria, a falta de conhecimento do outro, não conhece os colegas, você trabalha assim meio que com um desconhecido” (S20).

Embora tente justificar a insatisfação em seu discurso, não consegue. Se contradiz, reiterando o que pensa e sente sobre seu trabalho. Sua fala reflete a negação dos desafios, preferindo situações rotineiras, sem a responsabilidade de liderança, reiterando os resultados da Escala de Qualidade de Vida e Questionário do Coeficiente de Resiliência.

“Eu estou num lugar privilegiado, apesar de não ser reconhecida. Pouca gente me conhece. É um lugar fechado, mas é um lugar bom [...] Mas tem as suas dificuldades [...] Tem outras enfermeiras que podem se ajudar, agora, eu sou eu sozinha; sou eu e ninguém mais [...] Acho que a gente passa a maior parte do tempo aqui dentro do hospital. Isso pesa muito. Se você está bem internamente, se está bem na sua casa, acho que é importante. Mas aqui no seu serviço, no seu trabalho. Você passa aqui o dia todo, sua responsabilidade... O dia todo aqui. Você tem uma equipe para liderar. Acho que isso pesa muito” (S20).

Essas características podem comprometer o seu desempenho no trabalho, bem como afetar toda a equipe hospitalar, dificultando a assistência aos usuários dos serviços de saúde, além de afetar sua própria saúde.

O que diferencia, de fato, os três núcleos de significação apresentados?

Fazendo uma analogia desses resultados com o desenho animado - *Lippy the Lion and Hardy har har* -, criado por Hanna-Barbera, em 1962, diríamos que S20 apresenta a “Síndrome de *Hardy Har Har*”. Não sendo ao acaso que o núcleo vermelho foi denominado de “As *hardys*: oh vida oh azar...”

Os episódios do desenho animado contavam as aventuras de dois personagens, *Lippy*, o leão, e *Hardy*, uma hiena. *Lippy*, sempre otimista, bolava planos para os dois se darem bem, mas *Hardy* com todo o seu pessimismo nunca acreditava que teriam sucesso, tendo seus bordões conhecidos mundialmente: “Oh vida... oh azar...” ou “Isso não vai dar certo...” E por mais que *Lippy* tentasse convencer ou animar *Hardy*, mostrando o seu plano, a hiena permanecia tristonha, pessimista e descrente. Mesmo assim, *Lippy* insistia sempre, acreditando em seus planos e estratégias.

É interessante observar a construção dos personagens: o leão e a hiena são animais encontrados na África e, muitas vezes, concorrentes, chegando a disputar territórios com certa frequência.

O leão, como “rei da selva”, exerce uma posição de líder no desenho. Já *Hardy* é a figura contraditória, uma vez que as hienas popularmente estão

relacionadas à alegria, devido ao som que emitem, lembrando uma gargalhada. No desenho, a hiena, nunca ri, está sempre triste e desanimada.

Essa contradição de Hardy é marcante. O que pretendemos discutir aqui é que, enquanto um núcleo representa o otimismo (“Sou enfermeira: não desisto nunca), o outro representa o seu oposto, sendo, extremamente pessimista, desanimado, desmotivado, insatisfeito com a vida e com o mundo (“As *hardys*: oh vida... oh azar...”).

É interessante observar que mesmo constituindo-se três núcleos de significação, em que discutimos as especificidades de cada um, encontramos alguns aspectos que são comuns aos grupos.

No quadro abaixo, podemos visualizar que no Fator Controle de Impulsos todos os sujeitos pontuam acima da média. Assim, neste momento, descreveremos de maneira geral em quais aspectos se assemelham, para posteriormente integrar os resultados quantitativos e qualitativos, podendo, dessa forma, compreender sua singularidade na totalidade.

Fatores	Intervenção	Sou Enfermeira: não desisto nunca			Cadê minha energia?			As Hardys: oh vida, oh azar...		
		Acima Média	Média	Abaixo Média	Acima Média	Média	Abaixo Média	Acima Média	Média	Abaixo Média
RE	Pré	0	2	1	0	2	8	0	0	1
	Pós	0	3	0	0	1	9	0	0	1
CI	Pré	3	0	0	9	1	0	1	0	0
	Pós	2	1	0	7	3	0	1	0	0
O	Pré	0	3	0	2	8	0	0	0	1
	Pós	0	3	0	1	7	2	0	0	1
AC	Pré	0	3	0	1	8	1	0	0	1
	Pós	1	2	0	0	10	0	0	1	0
E	Pré	0	2	1	0	7	3	0	0	1
	Pós	2	0	1	0	5	5	0	0	1
AE	Pré	1	2	0	2	3	5	0	0	1
	Pós	1	3	0	0	6	4	0	0	1
Ex	Pré	1	2	0	1	5	4	0	0	1
	Pós	0	3	0	0	5	5	0	0	1

Quadro 9 - Comparação entre os três núcleos quanto ao nível de resposta para cada fator de Resiliência

De maneira geral, em relação ao Fator Controle dos Impulsos, as Enfermeiras, raramente, cedem ao impulso de desistir quando as coisas dão erradas ou ao impulso consumista. Costumam planejar-se, antecipadamente, em relação às atividades e finanças. Estão sempre atentas aos primeiros pensamentos que surgem em sua mente em relação aos problemas, conseguindo afastar qualquer coisa que a distraia diante de uma tarefa.

Acreditamos que uma das possíveis justificativas, resida no fato de que uma das características socialmente esperadas da Enfermeira é que esta tenha um elevado controle de seus impulsos nas atividades desenvolvidas, as quais envolvem as relações interpessoais, seja com as equipes de saúde ou com os pacientes e seus familiares.

O que nos intriga em relação ao Fator Controle dos Impulsos é que os mesmos resultados foram encontrados nos estudos de Affonso (2007), Barbosa (2006) e Belancieri e Catharin (2007). O primeiro com educadores responsáveis pela execução de medida sócio-educativa de adolescentes em liberdade assistida; o segundo com professores do ensino fundamental e o terceiro estudo, realizado com idosos do programa Universidade Aberta a Terceira Idade (UATI).

Segundo Affonso (2007) esses resultados podem estar relacionados a uma reação defensiva diante de impulsos agressivos. Ressalta que, essa característica defensiva apresenta pouca possibilidade de elaboração e, aliada às crenças pessoais, valores e conceitos morais, passa a ser considerada ameaçadora no contexto institucional.

No entanto, Reivich e Shatté (2002) apresentam outra compreensão, afirmando que aqueles sujeitos que conseguem controlar seus impulsos, adiando uma gratificação, apresentam melhor desempenho social, acadêmico e laboral.

O sujeito ao ser contratado como Enfermeiro precisa ter, no mínimo, algumas habilidades que o capacite a desenvolver determinadas atividades. Assim, em alguns aspectos não se diferenciarão, porque são exigências da profissão.

A concentração, por exemplo, para quem trabalha com vidas humanas, que a qualquer distração pode significar a diferença entre a vida e a morte, como podemos observar no discurso de S22:

“Na minha seção não é permitido distração. Por quê? Porque você acaba cometendo uma falha” (S22).

Chianca (2006) revela que situações adversas ocorridas durante a assistência a pacientes, aumentam a possibilidade de falhas na Enfermagem, sendo que o fator humano, a falta de informação e as relações no grupo, foram julgadas como determinantes para a ocorrência de falhas. Conclui em seu estudo que, o fator humano permeia todas as falhas geradas, especialmente, aquelas relacionadas a enganos e lapsos na fase de planejamento da tarefa e a falta de habilidade e atenção ocorridas durante a assistência.

Esses dados são confirmados por Harada et al. (2006), em estudo realizado em uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, em que a maioria das falhas recai sobre os aspectos humanos, sendo que 30,9% está associada a desatenção do profissional.

Os autores revelam que metade das 76 crianças internadas entre agosto e novembro de 2000 em um hospital de São Paulo foram vítimas de algum erro cometido por profissionais de enfermagem e 76,86% deles provocaram conseqüências imediatas para o paciente.

Como podemos observar, falhas acontecem no contexto de trabalho, especialmente, aquelas relacionadas ao contingente humano, trazendo, por vezes, conseqüências graves. Observamos que as Enfermeiros buscam um autocontrole, mas nem sempre conseguem evitar as falhas, de acordo com os estudos citados. O que fazer, então, para minimizá-las?

Acreditamos que isso seja possível, não somente por meio do investimento na qualificação, que fica, quase sempre, sob a responsabilidade

do próprio trabalhador, mas por iniciativa também dos “superiores”, favorecendo um espaço coletivo para promoção de saúde, que envolve informação e formação, visando o auto-conhecimento, o auto-cuidado, e formas de enfrentamento às adversidades presentes no contexto do trabalho. Como afirma Kahhale (2003), promover saúde é uma conquista que envolve um compromisso coletivo no enfrentamento das condições adversas, o que implica uma atuação mais ampla e crítica, envolvendo aspectos econômicos, ambientais, sociais, pessoais e organizacionais, em busca de melhoria das condições de saúde e de trabalho do profissional de saúde.

Outro aspecto que aparece é que a Enfermeira consiga identificar quais aspectos do seu cotidiano de trabalho influenciam seu pensamento e humor. Não devendo ser reativa diante de eventuais problemas e dificuldades que possam ocorrer em seu setor, mas ser capaz de pensar e refletir, proativamente, sobre as suas causas, tendo informações suficientes para o processo decisório.

O processo decisório faz parte do cotidiano do Enfermeiro, envolvendo sua capacidade de solucionar problemas. É permanente o desafio de enfrentar processos decisórios, tanto no campo assistencial, quanto no campo administrativo.

De acordo com Berto (2000), o processo decisório envolve fenômenos individuais e sociais, fatos e valores, além de avaliações, mudanças e aprimoramentos, na tentativa de buscar a melhor decisão. Essa busca está pautada em decisões lógicas e racionais. No entanto, aspectos subjetivos, pessoais e éticos estão implícitos nesta decisão. O Enfermeiro, em sua tarefa assistencial, defronta-se com situações de alta complexidade, exigindo, quase sempre, decisões rápidas, de curto prazo, uma vez que, lida com saúde e vidas humanas. E que, segundo o autor, nem sempre está suficientemente preparado para participar desse processo.

Observamos, ainda, um discurso comum ao grupo durante o processo grupal, ficando mais evidente os aspectos negativos, que se referem à organização do trabalho. A percepção de uma hierarquia rígida, constituída

como fator adverso no desenvolvimento do trabalho, dificultando as relações interpessoais, a comunicação e a interdependência entre os setores, que podem ser exemplificadas por meio do discurso abaixo:

“Esse monte de hierarquia, esse monte de coisa que só atravanca as coisas” (S23).

“A gente coloca, coloca, mas não tem uma aceitação. E eu tenho lá dentro da seção, é uma hierarquia, né. Lá dentro eu sou supervisor técnico, então eu tenho que obedecer” (S22).

Essa hierarquia é sentida como limitante no desenvolvimento das tarefas assistenciais, em que os enfermeiros devem obedecer às ordens superiores, seja da Diretoria Técnica da Enfermagem, ou do grupo de médicos docentes, ou mesmo dos residentes, referindo-se a feudos, como ilustra o discurso de S34.

“Então, à medida que as coisas foram aumentando, foram se descaracterizando. Cada grupo tem seu feudo, seu pequeno mundo, onde a gente fica se enforcando, se matando, e a gente tem outras coisas. Em cada feudo que nós temos, a gente tem um grupo de internos, de residentes, de docente. Os docentes principalmente que comandam os nossos feudos” (S34).

A Enfermeira tem razão. No mundo do trabalho, de acordo com Saar e Trevizan (2007), o que reina ainda é a disciplinaridade. Embora as academias teorizem sobre a prática interdisciplinar, o que prevalece, ainda, são os "feudos" profissionais, impossibilitando o desenvolvimento de atividades integradas na área da saúde.

Os autores afirmam que a existência desses “feudos” está ligada à disputa de poder, dificultando a aproximação, principalmente em relação ao médico, que, geralmente, é tido como o *todo poderoso*.

Esses aspectos dificultam as inter-relações entre as equipes, podendo ocorrer falhas e comprometer toda a assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde.

“A minha seção é uma seção crítica, porque trabalha com todas, fornece material a todas as outras seções, e assim, com um montante maior no centro cirúrgico. Bom, tudo bem, então assim tem muitas falhas? Tem muitas falhas...” (S22).

De forma geral, observamos que as Enfermeiras, conseguem perceber as causas dos problemas que dificultam o desenvolvimento da assistência. O que ainda, parece não ser possível para algumas delas, é levantar algumas alternativas para a solução ou minimização dos problemas. Esbarram na burocracia, nas normas institucionais, não vislumbrando, algumas vezes, saída.

“Tudo isso, às vezes é um problema, porque, às vezes, eu penso em tomar alguma conduta, fazer alguma coisa, e eu não posso, entendeu? Eu não posso por quê? Porque essas são as normas da instituição, né? O poder, eu pensei é muito ligado ao limite, é isso sabe? (S23).

De acordo com Bellato et al. (1997), as organizações hospitalares estabelecem normas e rotinas institucionais, que devem ser seguidas rigorosamente, garantindo o desempenho correto dos procedimentos, bem como uma rede de regulamentação burocrática.

Apesar desse modelo organizacional, fundado no estabelecimento de normas e rotinas seja necessário, garantindo uma qualidade dos serviços, implica o empobrecimento e a limitação das ações desenvolvidas pela Enfermeira. A questão é: quais rotinas poderiam ser flexibilizadas?

Essa conduta padronizada, de forma rígida, impede o fortalecimento e o crescimento do profissional, podendo sua capacidade criativa e crítica diante das adversidades no contexto de trabalho.

“Eu sou muito organizada e isso me faz mal. Porque você, às vezes, para completar uma organização sua depende de outro. Não funciona. Quando você quer chegar e falta só um pedacinho final para você completar aquela sua organização e você fala e agora? Faltou a tampa, entendeu? E aí fica uma coisa aberta, sem função, sem objetivo, um coisa. Quantos trabalhos que eu começo e, chega naquele, no final ali e por falta de um vistosinho, um ok, um de acordo... (batendo a mão na carteira) entendeu? E fica lá parado, porque não tem. Você pode começar tudo de novo, chega lá naquela pessoa, o de acordo, fica dois, três montes, o mesmo assunto de vários jeitos. Então não sei... (S49).

A burocracia e as relações verticalizadas produzem uma insatisfação, uma vez que o profissional não consegue desenvolver seu trabalho assistencial ou mesmo administrativo de forma adequada.

Assim, grande parte de seu tempo é destinado a resolver problemas burocráticos, tornado-se alvo de críticas, levando o profissional a sentimentos de desprestígio e impotência, que contribuem para o sofrimento psíquico no trabalho.

“As pessoas não sabem o nosso papel dentro do hospital. Somos taxadas de ‘enfermesas’ ou ‘enfermeiras’” [...] “Ah a enfermeira não faz nada, só fica sentada lá, como que é? É igual abelha só faz cera e depois levanta só para dar uma picada...” (S6).

As relações de poder na enfermagem têm raízes históricas. Esta já nasce institucionalizada e dividida em seu aspecto funcional: a *lady-nurse* e a *nurse*, evidenciando a divisão entre o saber e o fazer da profissão (MELO, 1986).

E observamos que, historicamente, pouca coisa mudou no processo de trabalho na Enfermagem. De acordo com Lunardi Filho, Lunardi, Spricigo (2001), a Enfermagem continua determinada pela divisão do trabalho de acordo com a qualificação, estabelecendo uma hierarquização de tarefas. Assim, aqueles com menor qualificação (técnicos e auxiliares) assumem tarefas mais simples e os que possuem maior nível de qualificação (Enfermeiros) assumem atividades de gerenciamento, tendo o controle de todo o processo. No entanto, não é dessa maneira que os sujeitos de nossa investigação se percebem.

Os autores ressaltam que apesar do controle que têm em relação aos seus subordinados, seu raio de ação apresenta restrições, pois está subordinado ao controle da direção institucional.

Assim, a Enfermeira, ao mesmo tempo em que controla, é controlada nessas relações de trabalho, em que estão presentes as relações de poder, de forças e enfrentamentos.

De acordo com Martín-Baró (1989), o poder apresenta três características fundamentais: se dá nas relações sociais, tendo um caráter de oposição e conflito; se baseia na posse de recursos, em que um apresenta mais posses do que o outro e a terceira característica se funda na produção de efeitos nas relações sociais, implicando condutas de obediência ou submissão de um lado e de autoridade e domínio do outro.

O autor ressalta que a posse de recursos que vão diferenciar os sujeitos nos grupos está relacionada à capacidade técnica, científica ou profissional, além dos aspectos econômicos e morais. Na enfermagem, os recursos fundam-se na capacidade técnico-científica relacionada ao saber e ao fazer, conferindo autoridade ao profissional. Porém, diante da pluralidade de relações que estabelece na área da saúde, ora domina, ora é dominado.

Assim, o controle exercido na área da saúde, especialmente na enfermagem, encontra-se fundado na autoridade e no saber.

As relações de trabalho e de poder buscam a dissociação do poder do trabalhador, a sujeição das suas forças à disciplina, visando a um aumento de suas habilidades e utilidade, bem como levam ao aumento da submissão e obediência (LUNARDI FILHO, LUNARDI, SPRICIGO, 2001).

Levando em consideração essa discussão, quer dizer que não há espaço para a autonomia da Enfermeira?

O exercício de autonomia do trabalhador, de acordo com Lunardi Filho, Lunardi, Spricigo (2001), não é construído no trabalho, mas durante todo seu processo de vida, por meio das diferentes relações sociais, de poder, nas quais se insere desde o nascimento.

No processo de trabalho, a possibilidade de autonomia se dá quando o trabalhador se torna sujeito do trabalho que executa, apropriando-se do sentido e significado político e social de seu trabalho. Assim, poderá mobilizar suas energias e a capacidade de criação para execução de um trabalho com espaços de liberdade, responsabilidade e instâncias diferenciadas de decisão.

Cappo Bianco (2000) complementa, ressaltando que a autonomia é relativa. E por ser de caráter relativo, nunca será dada, mas conquistada historicamente na relação com o outro.

A autonomia é um valor a ser assumido pelo trabalhador da Enfermagem, não devendo este agir de forma automatizada. É se colocar como sujeito consciente de seu trabalho, ampliando seu espaço de autonomia, não somente para satisfação de suas necessidades pessoais ou profissionais, mas no enfrentamento do contexto, analisando, criticando, aceitando ou rejeitando os fenômenos político-institucionais, abrindo novas alternativas para seu pensar e agir profissional (CAPPO BIANCO, 2000).

Assim, acreditamos que a autonomia é um pressuposto para que possamos promover o processo de resiliência em Enfermeiras. Para isso, é necessário que se tenha espaços coletivos de discussão, podendo o trabalhador apropriar-se de sua realidade. Este apropriar-se de forma

autônoma poderá possibilitar uma intervenção transformadora sobre sua realidade, conquistando também sua saúde.

Parte III - O processo de intervenção grupal como promotor de resiliência.

Retomando um dos objetivos deste estudo - a promoção da resiliência por meio de processo de intervenção grupal - podemos observar, de acordo com os resultados, que não foi plenamente atingido.

Assim, algumas considerações se fazem necessárias, na tentativa de compreender o processo, avaliando possíveis aspectos que possam ter dificultado ou impedido os resultados esperados.

De acordo com Bosi e Mercado (2004), toda avaliação de serviços ou programas de intervenção social devem estar apoiados em procedimentos científicos. Assim, avaliar consiste num julgamento de valor a respeito de uma intervenção, objetivando auxiliar na tomada de decisões.

Esse julgamento de valores, segundo os autores, *pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa)* (UCHIMURA e BOSI, 2004, p. 77).

Na avaliação normativa, a atividade consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, analisando sua estrutura (recursos utilizados e sua organização); o processo (serviços ou bens produzidos) e os resultados, fundados em normas e critérios. Já na pesquisa avaliativa, o julgamento é realizado após a intervenção, analisando-se os fundamentos teóricos, os efeitos e os resultados da intervenção, bem como as relações entre esta e o contexto em que foi realizada.

Não se trata aqui de uma avaliação rigorosa, avaliando a eficácia da intervenção, mas colocar em evidencia alguns aspectos que nos possibilitem

refletir sobre nossa prática interventiva, buscando alguns indicadores para o desenvolvimento de futuras investigações

Assim, alguns aspectos foram se evidenciado durante o processo grupal, como a adesão dos sujeitos ao grupo; o contexto local; os instrumentos utilizados e o desenho da metodologia da pesquisa.

Em relação ao primeiro aspecto, observamos uma baixa adesão por parte das enfermeiras. Como a participação era voluntária, observamos que a média de participação foi de quatro encontros, sendo que somente duas tiveram uma frequência de participação acima dos 80%, conforme podemos observar no quadro 5 da página 103.

Assim, tal como Murta e Tróccoli (2004), pensamos que para fazer uma avaliação fidedigna dos resultados, espera-se que a participação nos grupos seja, de no mínimo, 80% nas atividades propostas, minimizando a descontinuidade nas discussões e reflexões.

Todavia, não podemos responsabilizar, unicamente, o sujeito pela baixa adesão ao grupo. Este se encontra submetido a uma estrutura que o explora e desumaniza, conforme ilustrado no próprio discurso dos sujeitos.

“Tem enfermeira que cuida de 50 leitos. Não agüenta!” (S45).

“A gente passa a maior parte do tempo aqui. E a gente leva coisa para casa. Leva serviço para casa, entendeu?” (S27).

Acreditamos que a baixa participação nos grupos pode estar associada à questão tempo, carga horária de trabalho, quantidade ou demanda de pacientes/serviços e a responsabilidade, nos reportando ao contexto em que suas atividades se estruturam, à Instituição Hospitalar, que constitui nosso segundo aspecto.

Sabe-se que a instituição hospitalar é um espaço de grande demanda de pessoas em busca de saúde. Contexto este, fortemente hierarquizado e marcado pelas relações de poder, normas e rotinas que devem ser cumpridas, muitas vezes, num curto espaço de tempo.

Complicando-se ainda mais, quando este é um hospital de referência, que presta assistência de alta complexidade como se caracteriza nosso campo de investigação.

Assim, o Enfermeiro assistencial não tem condições de sair para participar do processo de intervenção grupal, uma vez que precisa correr contra o tempo para assistir uma grande quantidade de pacientes, conforme podemos observar em seu discurso.

“É vinte e quatro horas, a cobrança é vinte e quatro horas [...] Pra gente vir aqui, já é um sacrifício. Por quê? Porque a gente já é muito cobrada, vai ter que fazer tudo, vai ter que dar conta de tudo. Então, como que vai fazer para gente sair?” (S27).

“Eu estou aqui na reunião e não tem ninguém de enfermeira lá. Se tiver uma emergência, eu ainda tomo, porque eu estou na reunião e não tem enfermeira lá [...] não existe essa valorização do profissional” (S34).

Ainda sobre o contexto local, o setor de trabalho consiste em outro aspecto que dificulta a participação. Se nos reportarmos ao quadro 2 apresentado na página 73, observem que S48, trabalha na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e participou somente do primeiro encontro, justificando sua ausência nos subseqüentes.

Dessa forma, é importante atentarmos para as condições objetivas de trabalho dessas Enfermeiras, que poderão estar dificultando sua participação. Talvez, por ser a UTI um ambiente fechado, em que o cuidado é intensivo nas 24 horas do dia, fosse mais indicado a realização do processo grupal específico para esses trabalhadores no próprio setor de trabalho.

A pressão do tempo pode estar associada ao déficit de recursos humanos para a área da saúde, inviabilizando qualquer programa que envolva a disponibilidade de tempo físico e psíquico para a participação nos grupos.

Um terceiro aspecto se refere aos Instrumentos utilizados e ao desenho da metodologia da pesquisa.

Na metodologia foi utilizado o Questionário de Coeficiente de Resiliência (RQ-Test), visando comparar possíveis mudanças nos fatores de Resiliência após o processo de intervenção grupal.

Esse delineamento metodológico pode não ter sido o mais adequado, uma vez que aplicar o RQ-Test antes e depois não identifica mudanças significativas em curto espaço de tempo, posto que, houve mudanças somente para um terço dos sujeitos. Assim, acreditamos que o Instrumento não seja uma boa medida para esse processo. Ao ser comparado aos resultados qualitativos, observamos que este não capta a singularidade, perdendo-se alguns dados do fenômeno em estudo.

No entanto, é interessante ressaltar que Werner e Smith (1992) encontraram os mesmos resultados em suas pesquisas, ou seja, somente um terço das crianças consideradas de alto risco tornou-se adultos competentes, com expectativas positivas para o futuro, sendo capazes de amar, trabalhar, brincar e se divertir. Talvez esses resultados sejam aquilo que é possível e viável acontecer nos programas de promoção do processo de resiliência.

Embora Grotberg (2005); Luthar e Cicchetti (2000) e Rutter (1991) afirmem que a resiliência é um processo que possa ser desenvolvido durante todo o ciclo de vida, a primeira autora adverte que o período mais apropriado para iniciar a promoção da resiliência é a primeira infância.

A partir desses dados, sugerimos novos estudos, visando um aprofundamento nas investigações.

Diante do exposto, alguns questionamentos surgem: Como minimizar essas dificuldades na realização do processo grupal? Como viabilizar o

processo grupal como espaço para reflexão e possibilidade de promoção do processo de Resiliência em trabalhadores da Enfermagem?

Acreditamos que seja possível viabilizar esse processo refletindo-se sobre os aspectos acima relacionados, buscando alternativas para aumentar as possibilidades de participação e de resultados mais promissores.

Assim, em relação à adesão, é necessário que se negocie com a administração formas de viabilizar a participação, sem que os trabalhadores e a organização sejam prejudicados. Várias são as maneiras que podem favorecer a participação, como a remuneração do horário dispensado à participação nos grupos; a realização dos grupos em horário de trabalho, bem como a confecção de uma escala de participação, com o apoio e participação dos supervisores e/ou diretores da DTE. No entanto, é preciso, ainda, que haja a contratação de novos trabalhadores na área, para que a participação não seja mais um elemento produtor de estresse no contexto do trabalho. Em nível macrossocial, essa questão envolve Políticas de Saúde, pois está relacionada à vulnerabilidade social e programática, de acordo com Ayres (2002).

Acreditamos que, enquanto coordenadores do processo grupal, podemos minimizar a questão da baixa adesão com medidas simples. Ao invés de enviar comunicado interno geral a todas as unidades setoriais do Hospital, enviar um convite nominal a cada trabalhador, valorizando sua participação. Outro aspecto que pode favorecer a participação são as visitas informais às unidades, buscando a formação de um vínculo anterior a realização dos grupos.

Em relação aos Instrumentos utilizados, acreditamos que uma testagem prévia poderia fornecer elementos que nos possibilitasse verificar se este mede realmente o que se propõe a medir e se é adequado a avaliar processos de mudanças antes e depois, em curtos intervalos de tempo.

Outra possibilidade é investir na conjugação de técnicas, especialmente em entrevistas de profundidade, visando confrontar dados e resultados mais fidedignamente.

Avaliando o impacto do programa sobre os trabalhadores, talvez a promoção do processo da resiliência não seja possível em curto prazo, mas ser necessária uma avaliação longitudinal, verificando os efeitos da intervenção em longo prazo. Agregando uma discussão prévia sobre as necessidades da população-alvo, bem como levantar indicadores de avaliação quantitativos e qualitativos.

Buscando uma excelência em pesquisa, o pesquisador deve levar em consideração as possíveis dificuldades a serem enfrentadas ao desenvolver uma investigação interventiva. Nesse aspecto, sua experiência e maturidade são determinantes para que a pesquisa seja bem sucedida.

Assim, um último aspecto a ser considerado e valorizado é a subjetividade do pesquisador, que está sempre presente, mesmo nas pesquisas quantitativas. Reconhecer a subjetividade nesse processo é a base para obter melhor compreensão do problema estudado, principalmente quando temos um delineamento qualitativo.

Desse modo, esse processo envolve uma interação e exige uma flexibilidade do pesquisador, ajustando seu planejamento conforme as necessidades do contexto local e dos participantes.

Por isso, é interessante, observar que embora, o RQ-Test, não tenha identificado mudanças significativas na promoção do processo de resiliência. Na observação qualitativa do processo de intervenção grupal, observamos um processo (re)construtivo. O grupo funcionou como espaço para reflexões pessoais e profissionais, podendo ser exemplificadas no discurso dos sujeitos durante a evolução das intervenções.

“Acho que é hora da gente reconstruir alguma coisa para nós, para nossa instituição, para esse grupo imenso que depende da gente” (S49).

Num primeiro momento, o grupo funcionou como um espaço para o desabafo, principalmente, referentes às dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho, quer seja, das condições materiais de trabalho, quanto as relativas à organização do trabalho, envolvendo as relações de poder.

“Foi um grupo onde pudemos falar abertamente sobre quem éramos e o que o hospital ou a profissão havia nos tornado. Parecia que todas nós estávamos revoltadas, e eu achava que era só eu” (S27).

A partir do terceiro encontro, o grupo foi transformando seu discurso, do desabafo, para reflexões mais elaboradas sobre as dificuldades, embora, ainda de forma fragmentada e individualista. Posteriormente, ampliou as discussões, percebendo as dificuldades como algo constituído historicamente pelo coletivo, integrando as dimensões sociais, econômicas, políticas, entre outras, mas com possibilidades de reconstrução.

Compreender que todo processo de transformação envolve as condições objetivas em que vivem e trabalham, talvez tenha sido o grande salto qualitativo do grupo, bem como retomar sua identidade profissional, possibilitando um pensar e agir coletivo na busca de alternativas de mudanças.

“...sozinha ninguém vai formar um caminho...” (S27).

“...faz a gente parar para pensar um pouquinho, faz a gente buscar o caminho, né? A gente se perde no caminho, [o grupo] faz a gente buscar de novo.” (S21).

A avaliação final, realizada com os sujeitos que participaram da intervenção, confirma o que observamos na evolução do processo grupal. De acordo com o discurso, o grupo funcionou de maneira geral, como promotor de alívio do estresse provocado pelo cotidiano do trabalho, incluindo as atividades

desempenhadas e o ambiente. Os sujeitos se perceberam fazendo parte de um coletivo, em que todos estavam submetidos às mesmas condições e respondendo semelhantemente.

A avaliação realizada pelo S49 sintetiza o discurso do grupo, destacando alguns pontos importantes para discussão, como: o encontro consigo mesma, refletindo sobre os aspectos pessoais e profissionais, conhecer a sua realidade de trabalho para poder propor soluções. E principalmente, perceber que não está sozinha com as dificuldades no ambiente de trabalho, podendo se fortalecer quando pensa coletivamente. Inclusive, refletindo sobre aqueles que não tiveram a possibilidade de participação, uma vez que já sucumbiram, estando de licença médica ou afastados do trabalho.

“Participei de um grupo de reflexão que me trouxe grandes esclarecimentos quanto a minha vida profissional como particular e social. Nesses encontros fui percebendo que a vida profissional é apenas uma parte do meu todo e que o mais importante é minha vida (saúde e bem-estar). Aprendi também que não é só trabalhar para buscar resultados e sim, também, a satisfação do trabalho interligado com sua vida e bem-estar. Nesses encontros trouxe para minha vida e trabalho um encontro comigo mesmo – sou importante para o trabalho - mas tenho que limitar as minhas atividades para que amanhã tenha o mesmo sucesso que tenho hoje. Todos esses encontros para mim foram importantes. Eu entendi que todas as pessoas têm as mesmas dificuldades, não eram só as minhas, nas minhas seções, mas a partir desse período que eu estou aqui com você eu consegui me estruturar. Eu estava me sentindo incompetente, porque eu achava que as falhas eram minhas. Então, eu percebi que não, que isso não era só meu, que eu tinha os meus limites e que eu estava no meu limite. Então isso foi bom para mim. Me sustentou, sabe? Me fortaleceu. Se nesse período, desde abril para cá, você não estivesse aqui neste grupo, eu tinha entrado num quadro de depressão profunda. Isso me fortaleceu, entendeu? Isso teria que ser incluído em todos os grupos de profissionais de saúde. Esse apoio que nós não temos e faz falta. Isso é muito importante porque você chega num período que só você não dá conta, eu me sentia assim. Eu achava que eu não dava conta, que só a minha seção era desorganizada em relação as outras, [...] Principalmente, para os que estão afastados, de licença, buscar

resgatar nas pessoas para voltar. Porque certamente é isso que aconteceu com eles, eles não tiveram aquela lucidez de buscar alguma informação”
(S49).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo tivemos, especificamente, três objetivos: verificar possíveis indicadores de Qualidade de Vida e Resiliência em enfermeiras; propor intervenção grupal como possibilidade de promoção do processo de resiliência e avaliar o processo.

Assim, em relação aos dois primeiros objetivos, a população em estudo constituiu-se em três núcleos de significação, que responderam diferentemente às exigências do cotidiano.

A maioria dos sujeitos do núcleo 1 “Sou Enfermeira: não desisto nunca” encontra-se na média em todos os fatores da Resiliência, tanto na pré como na pós-intervenção grupal, com exceção do fator Controle de Impulsos, que está acima da média. Revelam-se mais otimistas e capazes de análises consistentes dos problemas, enfrentando e superando de maneira criativa as adversidades do contexto de trabalho. São mais efetivos no enfrentamento das adversidades, podendo, portanto, ser considerados resilientes.

A diferença entre o segundo núcleo “Cadê minha energia?” e o anterior, está na Regulação das Emoções, na Empatia, na Análise Causal e na Exposição, que se apresentam abaixo da média. Nos demais fatores não foram encontradas diferenças. O que chama a atenção é a discrepância entre Regulação das Emoções e Controle de Impulsos. Ao não conseguir administrar as emoções de maneira adequada, depende de muita energia, sendo, portanto, considerados menos efetivos para lidar com as adversidades e resolver problemas. No entanto, apesar de parecer a princípio um grupo não resiliente, sob um olhar mais atento, observamos que estão num processo de desenvolvimento. Para esses sujeitos o grupo funcionou como um espaço afetivo, de escuta, em que as participantes se sentiam acolhidas e atendidas em suas necessidades.

Já o terceiro núcleo, “As *hardys*: oh vida, oh azar...”, estão abaixo da média em quase todos os fatores de resiliência (Regulação das Emoções,

Otimismo, Empatia, Auto-Eficácia e Exposição), tanto na pré como na pós-intervenção, com exceção do fator Controle de Impulsos, que pontuou acima da média. Assim apresenta baixa auto-estima, pouca empatia, apresentando dúvidas quanto a sua eficácia. É marcado pelo negativismo e pessimismo diante das condições adversas. Essas características podem comprometer o seu desempenho no trabalho, bem como afetar toda a equipe hospitalar, dificultando a assistência aos usuários dos serviços de saúde, além de afetar sua própria saúde e qualidade de vida.

Um aspecto interessante nestes resultados é que mesmo constituindo-se três núcleos de significação, não se diferenciaram em relação ao Fator Controle dos Impulsos, que aparece como uma característica típica da profissão.

Respondendo ao terceiro objetivo deste estudo - a promoção da resiliência por meio de processo de intervenção grupal - de acordo com os resultados quantitativos, não foi plenamente atingido.

Avaliando o impacto do programa sobre os trabalhadores, observamos alguns aspectos que dificultaram o pleno desenvolvimento da intervenção, como a baixa adesão dos sujeitos ao grupo; o contexto local; os instrumentos utilizados e o desenho da metodologia da pesquisa.

Pensamos que outro aspecto que tenha dificultado talvez seja que a promoção do processo da resiliência não seja possível em curto prazo, mas ser necessária uma avaliação longitudinal, verificando os efeitos da intervenção em longo prazo. Agregando uma discussão prévia sobre as necessidades da população-alvo, bem como levantar indicadores de avaliação quantitativos e qualitativos previamente.

Mais do que intervir sobre os recursos pessoais no enfrentamento e redução das vulnerabilidades, esses aspectos envolvem uma reestruturação das políticas institucionais, que nos remetem aos aspectos sociais e programáticos da intervenção.

Como podemos observar, talvez não tenha sido possível promover o processo de resiliência no coletivo de Enfermeiras como se esperava, mas podemos pontuar algumas conquistas:

- a) O grupo pôde constituir um indicador do processo em que estão as Enfermeiras.
- b) A Enfermeira pode ser um elemento de rede de apoio para as colegas, constituindo-se em um agente multiplicador no fortalecimento do grupo.
- c) Perceber que diante das adversidades não estão sozinhas, formam um coletivo de Enfermeiras.
- d) A conquista por melhores condições de trabalho e de saúde envolve uma construção coletiva.
- e) Redução do estresse, por meio de estratégias de enfrentamento mais positiva diante das adversidades.
- f) Diminuição da culpabilização pessoal em razão dos problemas que estão fora de seu controle, ou seja, aqueles que dependem das políticas institucionais e de saúde, aliviando dessa forma o sofrimento psíquico.

Consideramos que o grupo possibilitou as enfermeiras (re) aprender a utilizar seu potencial na busca de recursos para construir estratégias de saúde e assim, lidar de forma mais autônoma em relação às adversidades do contexto do trabalho.

Concluimos, assim, que o processo de resiliência não é um fenômeno direto, mas passa pela apreensão que o sujeito faz do fenômeno, ou seja, essa apreensão não é imediata, mas sim mediata e talvez num curto espaço de tempo não se configure como o esperado. Talvez tenhamos melhores resultados com um processo de intervenção mais longo, observando entre outros aspectos, a etapa do desenvolvimento em que se encontra a população

em estudo, posto que a promoção da resiliência parece ser mais efetiva se iniciada na primeira infância.

Lembrando que qualquer proposta de promoção do processo de resiliência e de saúde envolve a capacidade de enfrentamento, visando a redução das vulnerabilidades e superação das contradições.

Neste estudo foi possível observar que, de maneira geral, embora as Enfermeiras, admitam a importância do auto-cuidado, não dão a devida atenção à própria saúde.

Assim, acreditamos que a pesquisa aponte para algumas possibilidades de ação, visando o cuidado ao cuidador em saúde:

- a) Proposição de grupos educativos e/ou de apoio aos profissionais de saúde no próprio contexto de trabalho, visando à conscientização sobre o auto-cuidado e a promoção de saúde;
- b) Criação de uma ouvidoria, na Instituição, para os profissionais, visando à escuta e ao acolhimento;
- c) Proposição de espaços de discussão coletiva na área da saúde, desde a graduação, sobre o auto-cuidado como condição para o cuidado do outro.
- d) Contribuição para o desenvolvimento de políticas de saúde, visando à saúde do trabalhador.

Acreditamos que compreender o processo da Resiliência contribui para uma mudança de paradigmas na formação para as áreas de saúde, especialmente a Psicologia, uma vez que possibilita passar de um modelo biomédico, focado no desvio e na doença para uma perspectiva de prevenção e promoção de saúde e qualidade de vida. Além de ampliar os enfoques terapêuticos individuais para possibilidades de ações coletivas.

Esperamos com este estudo abrir caminhos para que novas investigações sejam realizadas, reunindo subsídios teórico-metodológicos e práticos para maior exploração do tema, bem como para o estabelecimento de

critérios na seleção de futuros trabalhadores da área da saúde. Trabalhadores mais conscientes de seu papel, não somente técnico, mas social e político, comprometidos com a humanização da assistência à Saúde, como preconiza o Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

AFFONSO, C. *A liberdade assistida de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa e seus fatores de proteção: uma análise sob o olhar da Psicologia Sócio-Histórica*. 2007, 142 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

AGUIAR, W. M. J. A pesquisa em psicologia Sócio-Histórica: contribuições para o debate metodológico. In BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. *Psicologia Sócio-Histórica: uma perspectiva crítica em psicologia*. São Paulo: Cortez, 2001. p. 130-140.

AGUIAR, W. M. J. Reflexões a partir da psicologia Sócio-Histórica sobre a categoria consciência. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n. 110, p. 125-142, Jul.2000.

AGUIAR W. M. J.; OZELLA S. Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. *Psicologia: ciência e profissão*. Brasília, v. 26, n. 2, p. 222-245, jun.2006.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. *O saber de Enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez, 1986.

ÁLVARES, A. M. S. *A Resiliência e o morar na rua: estudo com moradores de rua crianças e adultos na cidade de São Paulo*. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.

ALVES-MAZZOTTI, A.J.; GEWANDSZNAJDER, F. *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Pioneira, 1998.

ANGELO, M.; FORCELLA, H. T.; FUKUDA, I. M. K. Do empirismo à ciência: a evolução do conhecimento de enfermagem. *Rev. Escola de Enfermagem da USP*, v. 29, n. 2, p. 211-223, ago.1995.

ANTHONY, E. J.; COHLER, B. J. *The invulnerable child*. New York: The Guilford Press, 1987.

AYRES, J. R. C.M. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec, 2002

AYRES, J. R.C.M. Educação preventiva e vulnerabilidade às DST/AIDS e abuso de drogas entre escolares: como avaliar a intervenção? In: TOZZI, D. et all (Orgs.). *Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e às DST/AIDS*. São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação, 1996b, p. 25-41. (Série Idéias, 29).

AYRES, J. R. C .M. O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser: a vulnerabilidade como eixo de avaliação de ações preventivas do abuso de drogas, DST e AIDS entre crianças e adolescentes. In: TOZZI, D. et all (Orgs.).

Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e às DST/AIDS. São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação, 1996a, p. 15-24. (Série Idéias, 29).

AYRES, J. R. C. M. Vulnerabilidade e Aids: para uma resposta social à epidemia. *Boletim Epidemiológico.* CRT – DST/AIDS, v. XV, n. 3, dez.1997, p. 2-4.

BARBOSA, G. S. *Resiliência em professores do ensino fundamental de 5ª a 8ª série: validação e aplicação do “Questionário do índice de Resiliência – adultos – Reivich-Shatté/Barbosa.* 2006, 313 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

MARTÍN-BARÓ. I. *Sistema, grupo y poder. Psicología social desde Centroamérica II.* San Salvador: UCA Ed., 1989. (Colección Textos Universitários, 10).

BELANCIERI, M. F.; KOYAMA, R. E. *Sufrimento e Morte sob a ótica dos estagiários do curso de enfermagem da USC-Bauru.* Disponível em <<http://www.psicologiahospitalarmfb.hpq.com.br>> Acesso: 28 dez 2001.

BELANCIERI, M. F. *Estresse e repercussões psicossomáticas em trabalhadores da enfermagem de um hospital universitário.* 2003. 172 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Sagrado Coração, Bauru,SP.

BELANCIERI, M. F. *Enfermagem: estresse e repercussões psicossomáticas.* Bauru,SP: Edusc, 2005.

BELANCIERI, M. F. Trabalhadores da Enfermagem: o estresse e as repercussões na sua saúde. *Revista COREN-SP.* n. 62, p 16, Mar/abr, 2006.

BELANCIERI, M. F. Enfermagem: estresse e adoecimento ou Resiliência e saúde. *Rev. Conexão SEESP.* p. 22, Abr/mai, 2006.

BELANCIERI, M. F.; CATHARIN, L. C. *Resiliência e saúde na terceira idade.* In: Caderno de resumo do XIV Fórum de Iniciação Científica da Universidade do Sagrado Coração. Bauru, SP: EDUSC, 2007, p. 65.

BELLATO, R.; PASTI, M. J.; TAKEDA, E. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. *Rev. Latino Americana de Enfermagem,* v. 5, n. 1, p. 75-81, Jan.1997.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. *Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BERTO G. S; CUNHA K. C. A Participação do enfermeiro no processo decisório. *Rev. Texto e Contexto Enfermagem.* Florianópolis, vol.1, p.737-751, maio-ago, 2000.

BIANCHI, E. R. F. *Stress entre enfermeiros hospitalares.* 1999. 101 f. Tese (Livre Docência em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo.

- BIANCHI, E. R. F. Enfermeiro hospitalar e o stress. *Rev. da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo. v. 34, p. 390-394, dez.2000.
- BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. *Psicologias: uma introdução ao estudo da psicologia*. São Paulo: Saraiva, 1999.
- BOCK, A. M. B. *Aventuras do Barão de Munchhausen na psicologia*. São Paulo: EDUC: Cortez, 1999.
- BOFF, L. *Saber Cuidar, Ética do Humano: compaixão pela Terra*. São Paulo: Vozes, 2004.
- BULHÕES, I. *Riscos do trabalho de enfermagem*. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis Livraria, 1994.
- CAMPOS, M. S. Relatos da metodologia vivida. In: WANDERLEY, M. B.; OLIVEIRA, I. I. M. C. (Org.s). *Trabalho com famílias: metodologia e monitoramento*. São Paulo: IEE-PUC-SP, 2004, p. 76-80, v. 1
- CAPPO BIANCO, M. H. B. *Construção da autonomia do enfermeiro no cotidiano: um estudo etnográfico sob o referencial de Agnes Heller*. Bauru: EDUSC, 2000.
- CECCONELLO, A. M.; KOLLER, S. H. Competência social e empatia: um estudo sobre Resiliência com crianças em situação de pobreza. *Estudos de Psicologia*. Natal, v. 5, n. 1, jan/jun.2000.
- CHAVES, E. C. *Stress e trabalho do enfermeiro: a influência de características individuais no ajustamento e tolerância ao turno noturno*. 1994, 163 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo.
- CHIANCA, T. C. M. Falhas de enfermagem no pós-operatório imediato de pacientes cirúrgicos. *Rev. Latino Americana Enfermagem*. Ribeirão Preto, v.14 n.6, nov/dec, 2006. Disponível em www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000600008&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso: 10 out 2007.
- CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez, 2003.
- CIAMPA, A. C. *A estória do Severino e a história da Severina: um ensaio de psicologia social*. São Paulo: Editora Brasiliense, 2001.
- CIAMPA, A. C. Identidade. In: LANE, S. T. M., GODO, W. *Psicologia Social: o homem em movimento*. São Paulo: Brasiliense, 1997, p. 58-75.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. *Documentos básicos de enfermagem*. São Paulo: COREN, [1997], 226 p.
- COSTENARO, R. G. S.; LACERDA, M. R. *Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador?* Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2002.
- COZBY, P. C. *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas, 2003.

DANNA, M. F.; MATOS, M. A. *Ensinando observação: uma introdução*. São Paulo: Edicon, 1999.

DIOGO, M. J. D.; CEOLIM, M. F.; CINTRA, F. A. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio: relato de experiência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. V 39, n. 1, p. 97-102, 2005.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. v.14, n.4, p.517-525, 2006.

FERREIRA, F. G. *Desvendando o estresse da equipe de enfermagem em terapia intensiva*. 1998, 136 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo.

FERREIRA, A. B. H. *Novo dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FILGUEIRA, A. A. *A Resiliência do(a) cabra da peste: uma contribuição à promoção da saúde no sertão nordestino*. 2005, 126 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

FLACH, F. *Resiliência: a arte de ser flexível*. São Paulo: Saraiva, 1997.

FLACK, M. P. A. O instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciências e Saúde Coletiva*, v. 5 n. 1. Rio de Janeiro, 2000.

FLECK, M. P. A. et all. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100) 1999. *Revista Brasileira Psiquiatria*, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.

FLORES, E. S. C. Prevención de los efectos negativos del maltrato infantil: uma experiência de intervención em el ande peruano con enfoque de Resiliência. In: BERNARD VAN LEER FOUNDATION. *Resiliência em Programas de Desarrollo Infantil Temprano: estudio de revisión em cuatro programas de América Latina*. Netherlands: Bernard van Leer Foundation, 2002, p. 75-85.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

GARCIA, T. M. Prólogo. In: BERNARD VAN LEER FOUNDATION. *Resiliência em Programas de Desarrollo Infantil Temprano: estudio de revisión em cuatro programas de América Latina*. Netherlands: Bernard van Leer Foundation, 2002, p. 5-7.

GARMEZY, N.; MASTEN, A. S.; TELLEGEN, A. The study of stress and competence in children: a building block for developmental psychopathology. *Child Development*, v. 55, p. 97-111, 1984.

GATTI, B. A. *Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas*. Brasília: Líber livro, 2005.

GEROSA L. G. La Resiliência em programas de desarrollo infantil. In: BERNARD VAN LEER FOUNDATION. *Resiliência em Programas de Desarrollo Infantil Temprano: estudio de revisión em cuatro programas de América Latina*. Netherlands: Bernard van Leer Foundation, 2002, p. 11-21.

GONÇALVES, M. G. M.; BOCK, A. M. B. Indivíduo-sociedade: uma relação importante na psicologia social. In: BOCK, A. M. B. *A perspectiva Sócio-Histórica na formação em psicologia*. Petrópolis: Vozes, 2003, p. 41-99.

GONZALEZ REY, F. L. *La investigacion cualitativa: rumbos y desafios*. São Paulo: PUC-EDUC, 1999.

GONZALEZ REY, F. L. *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002

GROTBERG, E. H. Introdução: novas tendências em resiliência. In: MELILLO, A.; SUÁREZ-OJEDA, E. N. *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed, 2005, p. 15-22.

GROTBERG, E. H. Countering Depression With the Five Building Blocks of Resiliency'. *Reaching Today's Youth*. v. 4, n.1, p. 66-72, 1999.

GROTBERG, E. H. *The International Resilience Project: Promoting resilience in children*. Washington D.C: Civitan International Research Center, 1995.

GROTBERG, E. H. *Promoting resilience in children: a new approach*. Washington D.C: Civitan Internacional Research Center, 1993.

GUIMARÃES, C. H. et all. O registro da reunião sócio-educativa. In: WANDERLEY, M. B.; OLIVEIRA, I. I. M. C. (Org.s). *Trabalho com famílias: textos de apoio*. São Paulo: IEE-PUC-SP, 2004, p. 140-151, v. 2.

HARADA, M. J. C. S. et all. *O erro humano e a segurança do paciente*. São Paulo: Atheneu, 2006.

HOPPE, M. M. W. *Redes de apoio social e afetivo de crianças expostas a situações de risco*. 1998, 92 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia.

INFANTE, F. A Resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. In: MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S. *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed, 2005, p. 23-38.

JESUS, D. S. S et all. Cuidar do outro e de si mesmo: compreensão de uma equipe de enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem*. V. 5, n. 1/2, p. 20-26, jan/dez, 2001.

JOB, J. R. P. P. *A escritura da Resiliência: testemunhas do holocausto e a memória da vida*. 2000. 208 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

JOHNSON, J. L.; WIECHELT, S. A. Introduction to the special issue on Resilience. In: *Substance use & Misuse*, v. 39, n. 5, p. 657-670, 2004.

JUNQUEIRA, M. F. P. S.; DESLANDES, S. F. Resiliência e maus tratos à criança. *Cadernos de Saúde Pública*. R.J. . 19, n. 1, p. 227-235 jan/fev, 2003.

KAHHALE, E. M. S. P. Psicologia da Saúde: em busca de uma leitura crítica e de uma atuação compromissada. In BOCK, A. M. B. (org.). *A perspectiva Sócio-Histórica na formação em psicologia*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003, p.162-191.

KOTLIARENCO, M. A. Resiliência: Construyendo em adversidad. Santiago do Chile: Ceanim, 1996.

KRAHL M.; SAUPE, R. O prazer e o sofrimento no cotidiano do enfermeiro de centro cirúrgico. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 519-528, mai/ago, 2000.

LASCANO, R. E. Programa Yachay: Resiliência em el noroeste argentino. In BERNARD VAN LEER FOUNDATION. *Resiliência em Programas de Desarrollo Infantil Temprano: estudio de revisión em cuatro programas de América Latina*. Netherlands: Bernard van Leer Foundation, 2002, p. 87-99.

LAUTERT, L.; CHAVES, E.H.B.; MOURA, G.M.S.S. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. *Revista Panamericana de Salud Publica* 1999; v. 6 n.6, p. 415-425.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. *Promoção de saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

LIMA, M. J. Desafio de hoje: o desenvolvimento de profissionais de enfermagem - uma década de trabalho com criatividade, sensibilidade e expressividade. In: MEYER. D. E. et all. *Marcas da adversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998, p. 103-125

LINDSTRÖN, B. O Significado de Resiliência. *Rev. Adolescência Latinoamericana*. Porto Alegre, v. 2 n. 3, abr. 2001.

LINO, M.M. *Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras de Unidade de Terapia Intensiva*. 2004, 192 f, Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo.

LONGMAN DICTIONARY OF CONTEMPORARY ENGLISH, 1995.

LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L.; SPRICIGO, J. O Trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. *Rev. Latino Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, mar/abr., 2001.

Disponível em www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200013 Acesso: 12 out 2007.

LUTHAR, S. S.; CICCHETTI, D. The construct of resilience: implications for interventions and social policies, In: *Development and Psychopathology*, v. 12, p. 857-885, 2000.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. (Org.s). *A Aids no mundo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993, p. 275-300.

MASTEN, A. S. Resilience processes in development. *American Psychologist*, Minnesota, v. 56, n. 3, p. 227-238, mar.2001.

MASTEN, A. S.; COATSWORTH, D. J. The development of competence in favorable and unfavorable environments: lessons from research on successful children. *American Psychologist*, v. 53, suppl. 2, p. 205-220, 1998.

MASTEN, A. S.; GARMEZY, N. Risk, vulnerability and protective factors in developmental psychopathology. In: LAHEY, B. B.; KASDIN, A. E. *Advances in clinical child psychology*. New York: Plenum Press, 1985, p. 1-52, v. 8.

MATOS, E. Posibilidad práctica para el uso de la Resiliência em comunidades negra de maranhão, Brasil. In: BERNARD VAN LEER FOUNDATION. *Resiliência em Programas de Desarrollo Infantil Temprano: estudio de revisión em cuatro programas de América Latina*. Netherlands: Bernard van Leer Foundation, 2002, p. 113-123.

MELILLO, A. e SUÁREZ OJEDA, E. N. (Orgs.) *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MELO, C. Divisão social do trabalho em enfermagem. São Paulo: Cortez, 1986.

MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. e BOSI, M. L. M. Introdução: notas para um debate. In: BOSI, M. L. M. e MERCADO, F. J. (Orgs.). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis/RJ: Vozes, 2004, p. 23-71.

MERIGHI, M. A. B., Cuidado: enfermagem e fenomenologia. In: CASTRO, D. S. P. et all. *Existência e Saúde*. São Paulo: UESP, 2002, p. 153-161.

MIRANDA, A. F. *Estresse ocupacional: inimigo invisível do enfermeiro*. 1998. 167 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo.

MOLON, S. I. *A questão da Subjetividade e da Constituição do Sujeito nas Reflexões de Vygotsky*. 1995. 174 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

MORAES, M. C. L. e RABINOVICH, E. P. Resiliência: uma discussão introdutória. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*. São Paulo, v. 6 n. 1/2, p. 10-13, 1996.

MINISTÉRIO DA SAUDE. Portaria n. 1395, de 13 de dezembro de 1999. Institui a Política Nacional de Saúde do Idoso. Diário Oficial da República Federativa do Brasil (DF), Dez/99 (23-E) Seção 1:20.

MURTA, S. G.; TRÓCCOLI, B. T. Avaliação de intervenção em estresse ocupacional. *Psicologia: Teoria e prática*. Brasília, v. 20, n. 1, p. 39-47, jan-abr, 2004.

NEDER, M. O Psicólogo e a pesquisa psicológica na instituição hospitalar. *Rev. de Psicologia Hospitalar*. São Paulo: FMUSP, v 3, n. 2, p. 2-4, jul/Dez, 1993.

NELSON, R. *Bounce back ! Creating resilience from adversity*. Toronto: Words Worth professional communications, 1997.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Saúde mental dos profissionais de saúde. In BOTEGA, N. J. (Org.). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre, Artmed, 2002, p. 130-144.

OLIVEIRA, M. C. M. V. Câncer de mama e Resiliência: uma abordagem psicossomática. 2001. 192 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

OSBORN, A. Resilient children: a longitudinal study of high achieving socially disadvantaged children. *Early Child Development and Care*, v. 62, 1990.

OSÓRIO, L. C. *Psicologia Grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

PESCE, R. P et all. Risco e Proteção: em busca de um equilíbrio promotor de Resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 20, n. 2, p. 135-143, mai-ago 2004.

PICHON-RIVIÈRE, E. O Processo grupal. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

PINHEIRO, D. P. N. A Resiliência em discussão. *Revista Psicologia em Estudo*.. Maringá, v. 9, n. 1, p. 67-75, 2004.

POLK, L. V. Toward a middle-range theory of resilience. *ANS. Advances in Nursing Science*. v. 19, n. 3, mar. 1997.

RADUNZ V. *Cuidando e se cuidando*. Goiania: AB, 1998.

REIVICH, K.; SHATTÉ, A. *The Resilience factor: 7 essential skills for overcoming life's inevitable obstacles* New York- USA: Broadway Books-Random House, 2002.

ROBINSON, J. L. Are there implications for prevention research from studies of resilience? *Child Development*., v. 71, n. 3, p. 570-572. may/jun, 2000.

ROSA, E. Z. e ANDRIANI, A. G. P. Psicologia Sócio-Histórica: uma tentativa de sistematização epistemológica e metodológica. In: KAHHALE, E. M. P.. *A diversidade da Psicologia: uma construção teórica*. São Paulo: Cortez, 2002, p. 259-288.

RUTTER, M. Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, n. 21, p. 119-144, 1999.

RUTTER, M. Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatry disorder. *British Journal of Psychiatry*. v. 147, p. 598-611, 1995.

RUTTER, M. *Resilience: some conceptual considerations*. *Journal of adolescent health*. v. 14, 626-631, 1993.

Rutter, M. Services for Children with Emotional Disorders: Needs Accomplishments and Future Developments. *Young Minds Newsletter* n. 9 , p.1-5, 1991.

RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*. v. 57, n. 3, p. 316-331, 1987.

RUTTER, M. Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*. v. 147, 598-611, 1985.

RUTTER, M. Stress, coping and development: some issues and some questions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. v. 22, n. 4, p. 323-356, 1981.

RUTTER, M. Parent-child separation: psychological effects on the children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, n. 12, p. 233-260, 1971.

RUTTER, M. Sex differences in children's response to family stress. In: ANTHONY, E. J., KOUPELNIK, C. *The child in his family*. New York: Wiley, 1970, p. 165-196.

SAAR, S. R. C.; TREVIZAN, M. A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. *Rev. Latino Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 15, n. 1. Ribeirão preto, Jan-Fev, 2007. Disponível em www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&lng=pt , Acesso 11 out 2007.

SANDLER, I. Quality and Ecology of adversity as common mechanisms of risk and resilience. *American Journal of Community Psychology*. Arizona, v. 29 n. 1, p. 19-61, 2001.

SANTOS, D. L.; POKLADEK, D. D. Fenomenologia e ciência da saúde. In: CASTRO, D. S. P. et al. *Existência e Saúde*. São Paulo: UESP, 2002 p. 164-170

SILVA, E. N. F.; GONÇALVES, L. H. T. LEMOS, D. O. O cuidar/cuidado do idoso doente fragilizado com o seu familiar cuidador: fundamentado na teoria de Madeleine Leininger. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*. V. 9, n. 2, p. 178-85, maio-ago. 2000.

SILVA, D. M. P. P. *O adoecer dos trabalhadores de enfermagem: estudo dos problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo-doença em um hospital*

universitário. 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

SILVA, G. B. *Enfermagem profissional: análise crítica*. São Paulo: Cortez, 1986.

SIMON, R. *Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos*. São Paulo: EPU, 1989.

SINDICATO DOS ENFERMEIROS DO ESTADO DE SÃO PAULO (SEESP). *Piso salarial para os Enfermeiros do Estado de São Paulo (Convenção Coletiva)* Disponível em www.sindenfermeiro.org.br/uhtm/index.php Acesso: 25 out 2007.

STACCIARINI, J. M. R.; TRÓCCOLI, B. T. Estresse ocupacional, satisfação no trabalho e mal-estar físico e psicológico em enfermeiros. *Nursing*, p. 30-34, jan. 2000

SOUZA, M. T. S; CERVENY, C. M. O. Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. *Revista Interamericana de Psicologia*. V. 40, n. 1. pp. 119-126, 2006.

SOUZA, M. T. S. *A Resiliência na terapia familiar: construindo, compartilhando e ressignificando experiências*. 2003, 196 f. (Tese) Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

SOUZA, A. I. J. *No cuidado com os cuidadores – em busca de um referencial para ação da Enfermagem Oncológica Pediátrica fundamentada em Paulo Freire*. 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC

TAVARES, J. A Resiliência na sociedade emergente. In TAVARES, J. *Resiliência e Educação*. São Paulo: Cortez, 2001.

TROMBETA, L. H. A. P. e GUZZO, R. S. L. *Enfrentando o cotidiano adverso: estudo sobre Resiliência em adolescentes*. Campinas, SP: Ed. Alínea, 2002.

USHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde: resgatando a subjetividade. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004, p. 75-98.

VANISTENDAEL, S. La Resiliência: un concepto largo tiempo ignorado. In *BICE. La infancia en el mundo*. v. 5. n. 3, 1994.

VILA, S. G. *Qualidade de Vida em enfermeiros de Bauru*. 2005, Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade do Sagrado Coração, Bauru, SP.

VYGOTSKY, L. S. *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

VYGOTSKY, L. S. *Pensamento e linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

WALDOW V. R. *Cuidado Humano: o resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra, 2001.

WERNER, E. E. The concept of risk from a development perspective. In: KEOGH, B. K. *Advances in special education, development problems in infancy and preschool years*. Greenwich, Conn: JAI Press, 1986, v. 4, p. 1-23.

WERNER, E. E.; BIERMAN, J. M.; FRENCH, F. E. *The children of Kauai: a longitudinal study from the period to age ten*. Honolulu: University of Hawaii Press, 1971.

WERNER, E. E.; SMITH, R. S. *Vulnerable, but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth*. New York, NY: Adams, Bannister, Cox, 1989

WERNER, E. E.; SMITH, R. S. *Overcoming the odds: high-risk children from birth to adulthood*. Ithaca, London: Cornell University Press, 1992.

WHOQOL GROUP. Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL, 1998). Disponível em www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html. Acesso: nov 2005.

WOLFF, A. *Compreendendo a experiência em ser cuidadora da enfermagem em uma unidade de terapia intensiva pediátrica*. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis

WOLIN S. J.; WOLIN, S. *The resilient self. How survivors of troubled families rise above adversity*. New York: Villard Books, 1993.

YUNES, M. A. M. e SZIMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (org.). *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez, 2001.

YUNES, M. A. M. *A questão triplamente controvertida da Resiliência em famílias de baixa renda*. 2001. 155 f. Tese (Doutorado em Psicologia da Educação) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

ZIMMERMAN, M. A.; ARUNKUMAR, R. Resiliency research: implications for schools and policy. *Social Policy Report*. Society for Research in Child Development, v. 8, n. 4, p. 1-18, 1994.

ANEXOS

Anexo II – Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)



Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP

Rua: Monte Alegre, nº 964 – Perdizes – São Paulo/SP
 CEP.: 05014-001 Tel.: (011) 3670-8521/ Fax : 3670-8157
 Home-Page: www.pucsp.br/~clinpsic E-mail: psiclini@pucsp.br

Instruções

Escala de Qualidade de Vida da OMS – Versão abreviada

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua Qualidade de Vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua Qualidade de Vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a	1	2	3	4	5

	sua saúde?					
--	------------	--	--	--	--	--

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito	Insatisfeito	nem	satisfeito	Muito

		insatisfeito		satisfeito nem insatisfeito		satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos	1	2	3	4	5

	negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?					
--	--	--	--	--	--	--

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

Anexo III – Questionário do Coeficiente de Resiliência (RQ Test)



Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP

Rua: Monte Alegre, nº 964 – Perdizes – São Paulo/SP
CEP.: 05014-001 Tel.: (011) 3670-8521/ Fax : 3670-8157
Home-Page: www.pucsp.br/~clinpsic E-mail: psiclini@pucsp.br

INSTRUÇÕES

Este é um questionário que tem como objetivo identificar possíveis indicadores de Resiliência. Consta de 56 itens que você deverá responder em 10 minutos. Use a escala abaixo para avaliar cada item respondendo o quanto cada um deles é verdadeiro para você.

1 = nunca verdade

2 = raramente verdade

3 = poucas vezes verdade

4 = quase sempre verdade

5 = sempre verdade

[] 1. Quando tento resolver um problema, eu acredito nos meus instintos e escolho a primeira solução que me ocorre.

[] 2. Mesmo que eu me prepare antecipadamente para uma discussão com meu chefe, um colega de trabalho, meu esposo(a), ou meu filho(a), eu ainda me vejo agindo emocionalmente.

[] 3. Eu me preocupo com minha saúde futura.

[] 4. Eu sou bom em afastar qualquer coisa que me distraia da minha tarefa.

[] 5. Se a minha primeira solução não funcionar, eu sou capaz de voltar atrás e continuar tentando diferentes soluções até achar uma que funcione.

[] 6. Eu sou curioso(a).

[] 7. Eu sou incapaz de aproveitar emoções positivas de modo que me ajudem a focar em uma tarefa.

[] 8. Eu sou o tipo de pessoa que gosta de experimentar coisas novas.

[] 9. Eu prefiro fazer algo no qual eu me sinto confiante e relaxado do que algo que é desafiador e difícil.

10. Ao olhar as expressões faciais alheias, eu reconheço as emoções que as pessoas estão expressando.
11. Eu cedo ao impulso de desistir quando as coisas dão errado.
12. Quando um problema surge, eu penso em várias soluções possíveis antes de tentar resolvê-lo.
13. Eu posso controlar o modo como me sinto diante de situações muito difíceis.
14. O que as outras pessoas pensam ao meu respeito não influi no meu comportamento.
15. Quando ocorre um problema, eu estou atendo aos primeiros pensamentos que surgem na minha mente sobre ele.
16. Eu me sinto mais confortável em situações nas quais eu não sou o único responsável.
17. Eu prefiro situações nas quais eu possa depender da habilidade de uma outra pessoa do que da minha.
18. Eu acho melhor acreditar que os problemas são controláveis, mesmo que nem sempre isso seja verdade.
19. Quando surge um problema, eu penso cuidadosamente sobre o que o causou antes de tentar resolvê-lo.
20. Eu tenho dúvidas quanto a minha habilidade em resolver problemas no trabalho ou em casa.
21. Eu não perco tempo pensando sobre os fatores que estão fora do meu controle.
22. Eu gosto de ter tarefas rotineiras, simples que não mudam.
23. Eu sou levado pelos meus sentimentos.
24. É difícil para mim, entender a razão dos sentimentos das pessoas.
25. Eu sei identificar o que estou pensando e como isso influencia o meu humor.
26. Se alguém faz algo que me deixa chateado, eu sou capaz de esperar até um momento apropriado, em que eu esteja mais calmo para discutir.
27. Quando alguém tem uma reação exagerada a um problema, eu penso que normalmente é porque está apenas de mau humor no dia.
28. Eu espero fazer bem a maioria das coisas.
29. As pessoas freqüentemente me procuram para ajudá-las a resolver problemas.

- [] 30. Eu me sinto perdido(a) para entender a razão das reações das pessoas.
- [] 31. Minhas emoções afetam minha habilidade de focar no que precisa ser feito em casa, na escola ou no trabalho.
- [] 32. Trabalho duro sempre compensa.
- [] 33. Depois de terminar uma tarefa, eu me preocupo se ela vai ser avaliada negativamente.
- [] 34. Se alguém está triste, zangado ou com dificuldades, eu imagino o que ele ou ela possa estar pensando.
- [] 35. Eu não gosto de novos desafios.
- [] 36. Não me planejo antecipadamente para as minhas atividades: como trabalho, escola ou finanças.
- [] 37. Se um colega está chateado, eu tenho quase certeza do porquê.
- [] 38. Eu prefiro fazer as coisas espontaneamente a planejar antes, mesmo que isso signifique não parecer melhor.
- [] 39. Eu acredito que a maioria dos problemas é causada por circunstâncias que estão além do meu controle.
- [] 40. Eu vejo os desafios como uma forma de aprender e me desenvolver.
- [] 41. Foi-me dito que eu interpreto mal eventos e situações.
- [] 42. Se alguém está chateado comigo, eu escuto o que ele(a) tem a dizer antes de reagir.
- [] 43. Quando me pedem para pensar em meu futuro eu acho difícil me imaginar tendo sucesso.
- [] 44. Disseram-me que eu pulo para as conclusões quando surgem os problemas.
- [] 45. Eu me sinto desconfortável quando encontro pessoas novas.
- [] 46. É fácil para mim “me perder” na leitura de um livro ou em um filme.
- [] 47. Eu acredito em velhos ditados, “melhor prevenir do que remediar”.
- [] 48. Na maioria das situações eu acredito que sou bom em identificar a verdadeira causa dos problemas.
- [] 49. Eu acredito ter boa habilidade para enfrentar as coisas e respondo bem a maioria dos desafios.
- [] 50. Meus amigos mais próximos ou mais queridos me dizem que eu não os entendo.
- [] 51. Eu fico mais confortável em minha rotina diária.

[] 52. Eu acho importante resolver problemas o mais rápido possível, mesmo que isto signifique sacrificar o entendimento total do problema.

[] 53. Quando me deparo com uma situação difícil, eu fico confiante de que sairei bem.

[] 54. Meus colegas e amigos me dizem que eu não os escuto.

[] 55. Se eu decido que quero algo, saio e compro imediatamente.

[] 56. Quando discuto um assunto polêmico com um colega ou membro da família, eu sou capaz de controlar minhas emoções.

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!

Anexo IV – Carta de autorização do Diretor do Hospital das Clínicas.

 Hospital das Clínicas – Faculdade de Medicina de Botucatu
SUPERVISÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS
(Botucatu, Distrito de Rubião Jr., SN, São Paulo, Brasil - CEP 18018-970) ☎(14) 3811-6215/38116218 FAX 3815-5367

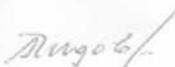
Botucatu, 16 de setembro de 2005.

Classif. de Segurança
Doc. nº 65

Ao Comitê de Ética em Pesquisa

Referente a solicitação de autorização para desenvolver o projeto
“Promoção da resiliência em enfermeiras: uma possibilidade”, sob
orientação da Professora Edna M. S. Peters Kahhale e acompanhamento pela
Dra. Marilza Rudge, defiro o pedido.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Antonio Rugolo Junior
Supervisor do Hospital das Clínicas

Anexo V – Carta de autorização da Diretora da Divisão Técnica de Enfermagem.

unesp  **UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**
CAMPUS DE BOTUCATU
FACULDADE DE MEDICINA - HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DIVISÃO TÉCNICA DE ENFERMAGEM - email- div.enf@fmb.unesp.br
BOTUCATU, SP - RUIBÃO JUNIOR - CEP: 18.618-970 - FAX: (14) RAMAL - 38116220 / 38116141

09 de maio de 2005

OF. DTE nº118/05/msg-44

Ilma Sra
Maria de Fátima Belancieri

Por meio deste informamos autorização da Divisão Técnica de Enfermagem para desenvolvimento da pesquisa "**PROMOÇÃO DA RESILIÊNCIA EM ENFERMEIRAS: UMA POSSIBILIDADE**" da Enfermeira e Psicóloga **Maria de Fátima Belancieri**, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo-Bauru, sob orientação de Edna M.S. Peters Kahhale, para desenvolver um programa de intervenção grupal com os profissionais de enfermagem deste Hospital das Clínicas.

Colocamo-nos à disposição para o que se fizer necessário.

Atenciosamente,


Miriam Cristina Marques da Silva de Paiva
Diretor da Divisão Técnica de Enfermagem
COREN-SP-26.926

Anexo VI – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP

Rua: Monte Alegre, nº 964 – Perdizes – São Paulo/SP
 CEP.: 05014-001 Tel.: (011) 3670-8521/ Fax : 3670-8157
 Home-Page: www.pucsp.br/~clinpsic E-mail: psiclini@pucsp.br

Dados de Identificação da Participante:

Nome: _____
 Endereço: _____ Nº _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____
 Telefone: _____ E-mail: _____

Termo de Esclarecimento

Você está sendo convidada a participar do estudo intitulado “**Promoção da Resiliência em Enfermeiras: uma possibilidade**”. Este trabalho faz parte de estudos mais amplos de um grupo de pesquisa que vem desenvolvendo programas de redução do estresse e fortalecimento da Resiliência em profissionais da área saúde, visando maior Qualidade de Vida e a promoção da saúde. Os avanços na área da saúde ocorrem por meio de estudos como este. Assim, sua participação é extremamente importante, uma vez que, os benefícios estarão voltados, especificamente, para a promoção da saúde das Enfermeiras.

Assim, nosso objetivo é “**Investigar a possibilidade de promoção da Resiliência em Enfermeiras**” e caso você participe, será necessário responder a dois questionários: um sobre Qualidade de Vida da OMS e outro sobre Indicadores de Resiliência, bem como participar de um grupo de intervenção psicoeducativo, com duração de 6 a 12 semanas, sendo um encontro por semana com duração de 60 minutos. Salientamos que não será realizado nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá solicitar todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem penalização alguma ou qualquer prejuízo à sua pessoa. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome ou quaisquer dados que possa identificá-la serão retirados do material, que vier a se tornar público.

Termo de Consentimento

Eu, _____, li e ouvi o esclarecimento acima e compreendi quais são os objetivos do estudo e quais os procedimentos que serei submetida. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não resultará em prejuízos a minha pessoa. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo.

Sendo assim, eu concordo em participar do estudo e autorizo a utilização de todas as informações dadas por mim durante a coleta de dados individual e grupal, como dados de pesquisa, inclusive para publicações no meio científico, desde que seja assegurada a confidencialidade quanto a minha identidade. Estou de acordo que todos os encontros grupais sejam registrados e gravados em VHS.

Botucatu, / / 2005.

Assinatura da participante _____

R.G.

Maria de Fátima Belancieri¹⁶ _____

Pesquisadora Responsável

Dr^a Edna M. Peters Kahhale¹⁷ _____

Pesquisadora Orientadora

¹⁶ **Maria de Fátima Belancieri.** Rua Christiano Pagani, 10-49 Apto 64-B Bauru/SP Cep. 17.047.144 - Fones: (14) 3281-3518 - Cel. (14) 9797-1377 - E-mail: mfbelancieri@hotmail.com

¹⁷ **Dr^a Edna M. S. Peters Kahhale.** Rua Diana, 700 Apto 142 São Paulo/SP Cep. 05.019-000 - Fones: (11) 3862-3968 - Cel. 9931-2302 - PUC (11) 3670-8521 - E-mail: ednakahhale@pucsp.br

ANEXO VII - PROTOCOLO DE REGISTRO DAS OBSERVAÇÕES

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- Encontro nº :
- Data:
- Horário (início/término):
- Local:

2. PARTICIPANTES DO ENCONTRO

- Coordenador:
- Observador:
- Participantes:

3. DESENVOLVIMENTO

- Objetivos:
- Estratégias de ação:
- Temáticas discutidas:
- Posicionamento das participantes:
- Avaliação do encontro:

4. ANÁLISE DO ENCONTRO

- Resultados (positivos/negativos):
- Participação do grupo:
- Atividades futuras:

ANEXO VIII – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA UNESP

**Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu**

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de
abril de 1997



Botucatu, 03 de outubro de 2.005

OF. 345/2005-CEP

*Ilustríssima Senhora
Profª. Drª Edna M. S. Peters Kahhale
Departamento de Psicologia Clínica da
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo*

Prezada Profª Edna,

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa "Promoção da resiliência em enfermeiros: uma possibilidade", de autoria de Maria de Fátima Belancieri, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 03 de outubro de 2.005.

Situação do Projeto: APROVADO

Atenciosamente,


*Alberto Santos Capellupi
Secretário do CEP*

ANEXO IX – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PUC-SP**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - PUCSP**

Protocolo de Pesquisa Nº 155/2005

Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP**Orientador(a): Profa. Dra. Edna M. S. Peters Kahhale****Autor(a): Maria de Fátima Belancieri****Parecer sobre o Projeto de Doutorado intitulado *Promoção de Resiliência em Enfermeiras: uma Possibilidade.***

Em conformidade com os critérios da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, a relevância social, a relação custo/benefício e a autonomia dos sujeitos pesquisados, foram preenchidos.

O termo de Consentimento Livre e Esclarecido permite ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

No nosso entendimento, o Projeto em questão não apresenta qualquer risco ou dano ao ser humano do ponto de vista ético.

Face ao parecer consubstanciado elaborado pela Sra. Profª Dra. Ida Kublikowski, o parecer do comitê é favorável à aprovação do projeto.

São Paulo, 14 de dezembro de 2005.

Prof. Dr. Paulo Edgar Almeida Resende**Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCSP**

ANEXO X - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O PROCESSO GRUPAL

- **1º Encontro(06.04.2006): "Iniciando e conhecendo o grupo..."**

Objetivo: esclarecer objetivos do estudo ao grupo; favorecer a interação entre as participantes, verificando suas expectativas, necessidades e características.

Nesse primeiro encontro o facilitador iniciou o grupo com uma breve explanação agradecendo a presença das participantes e propôs uma breve apresentação realizada por duplas, ou seja, uma apresenta a outra, falando de suas principais características. Em seguida, o facilitador e o observador se apresentaram, explicando os objetivos dos encontros, discorrendo sobre a utilização de gravadores e uma observadora, a questão do sigilo das informações obtidas, a duração e a forma de desenvolvimento dos encontros, esclarecendo, inclusive as dúvidas das participantes.

Posteriormente, o facilitador abriu espaço para que todas refletissem e falassem sobre suas expectativas e necessidades.

Ao final desse primeiro encontro o facilitador fez uma síntese com o grupo do que foi discutido, procedendo a um contrato verbal de trabalho reafirmando a importância da participação nos próximos encontros.

▪ **2º Encontro(13.04.2006): “Muro de lamentações...”**

Objetivo: Fazer um balanço das demandas do encontro anterior, dando uma devolutiva dos principais pontos levantados.

Iniciou-se o encontro com uma breve explanação sobre os objetivos do estudo, as questões éticas e a forma de desenvolvimento dos encontros, agradecendo a presença das participantes

Visando uma reflexão sobre das demandas do encontro anterior e a necessidade de devolutiva sobre os aspectos levantados, foram utilizadas duas técnicas: o espelhamento e o muro de lamentações.

Assim, num primeiro momento listamos todas as demandas, verificando junto às participantes se estavam de acordo. Posteriormente, iniciamos o muro de lamentações, em que, deveriam escrever numa folha todos os aspectos que consideravam ruins no ambiente de trabalho e na própria vida, dispensando numa caixinha preta. Os aspectos bons deveriam ser colocados na caixinha caixa rosa. Após, refletiu-se a questão: “O que podemos fazer para alterar os aspectos ruins?”, abrindo-se espaço para discussão e reflexão sobre suas expectativas e necessidades.

Ao final, foi feita uma síntese com os principais aspectos discutidos, procedendo a um contrato verbal de trabalho, reafirmando a importância da participação nos próximos encontros, bem como um relaxamento final, visando a recomposição para voltar ao trabalho.

Os aspectos bons e ruins do ambiente de trabalho estão ilustrados a seguir:

2011

- Tempo chega verdadeira, "amigo/êmi".
- A equipe que supervisiona - 90% - de responsabilidades, colaboradores...
- Consiço: divide meu tempo com a equipe e com pacientes - isso é qualidade profissional.
- Tempo em grupo mergulhado no psicoginástico - ultimamente isso é que me anima.
- Meus familiares me amam muito, todo o momento disso. Ué! é muito importante para nós (mãe, irmã, filho e marido).
- Tempo um voo imenso para com a bondade e perdão.

2011

- Disponibilidade de tempo para com os filhos.
- Cobranças de apoio para os familiares (marido, filha na Universidade).
- No trabalho: direção da secretaria.
- Falta de companheirismo e apoio para o trabalho.
- "Cobrança" pelo que que supervisiono - como por exemplo: - Porque tem coisas que não dá para fazer e tudo bem, a sup. dela não liga.

- Acordar tarde na sábado, saber que tenho o almoço para ficar em casa, que por acaso algo quebra, não quero dele.

- Dirigir para ir a cidade fazer compras

- Chegar às 6^h feir., despedir da equipa e deixar até às 2^h feir., tendo em mente, de que não para ninguém.

- Deixar no fim do para ir para casa de feir., tomar café, comer almoço e passear de barco, andar sem problemas.

- Contar histórias com a equipa de feir. e ouvir a forma que eles tem de contar algo às 5 sem graça, na intenção de ajudar.

- Planear fest. de final de ano para combater os novos membros.

- Durcar e causar, mas causar de frente.

- Tomar banho após o trabalho com desodoriz. de ambiente no banheiro

- comer pizza às 5^h feir.

- acordar no dia seguinte a um dia tumultuado no trabalho

- Dirigir para chegar ao trabalho super como trânsito congestionado.

- Chegar na feira e encontrar a mala caída, a lavadora, a autoclave, ~~de~~ necessitando manutenção (parada), falta de tempo para atender o programa clínico e ter 4 membros de licença médica, membros adaptados em um mês de quarentena.

- Ser afetado por problemas que derivam da decisão e responsabilidade com outros setores.

- Boas amizades
- Outros amigos
- Ambiente agradável
- Horário bom (flexível)
- Chefe bacana (superior técnica da área)
- Boas influências
- Repetição dos cargos em relação ao trabalho feito
- Autonomia moderada
- Consciência tranquila
- Falta de comprometimento
- Inversão de papéis
- Achar que sabe mais do que o outro
- Dificuldade de aceitar mudanças, coisas novas
- Comentários que fogem à ética
- Insatisfação pessoal, refletindo no ambiente de trabalho
- Intrigas pessoais
- Falta de trabalho em equipe
- Equilíbrio familiar (disarmonia)

- **3º Encontro (27.04.2006): “Como transformar os aspectos ruins do trabalho?”**

Objetivo: Continuar balanço das demandas dos encontros anteriores refletindo sobre formas de alterar os aspectos ruins do ambiente de trabalho.

Aproveitando a semana da Páscoa, iniciamos o encontro com a caixa preta, onde estavam guardadas as coisas ruins, cheia de bombons e um pequeno cartão de Páscoa para cada participante com os dizeres “*A enfermeira xxxxx. Páscoa é tempo de renascimento, de mudanças e transformações... Que tal começarmos a nossa? Feliz Páscoa!*”

Assim iniciaram as discussões em duplas, refletindo sobre as seguintes questões: “*Como eu estou nestas relações de trabalho? O que podemos fazer para alterá-las*”

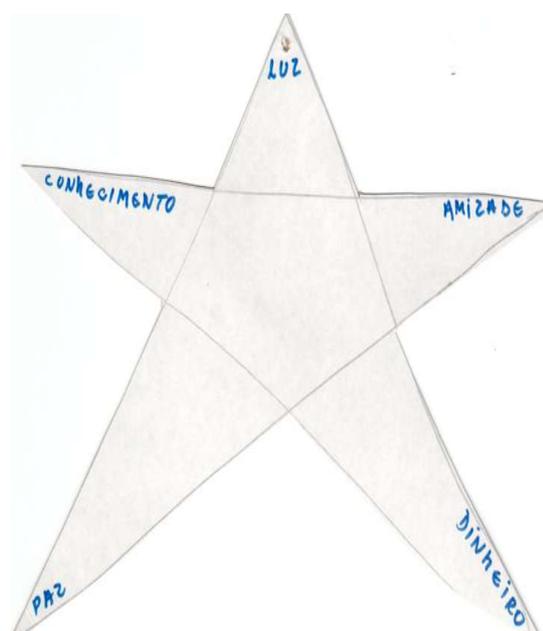
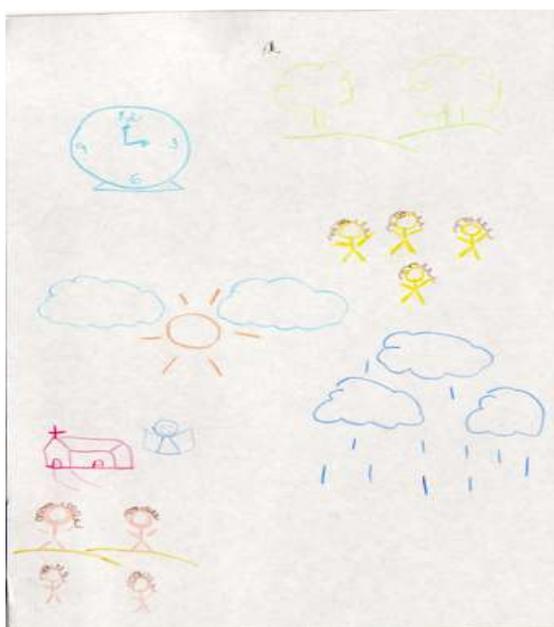
Ao final foi realizada uma síntese sobre as discussões e um relaxamento em duplas (coqueirinho ao vento), visando recomposição para volta ao trabalho.

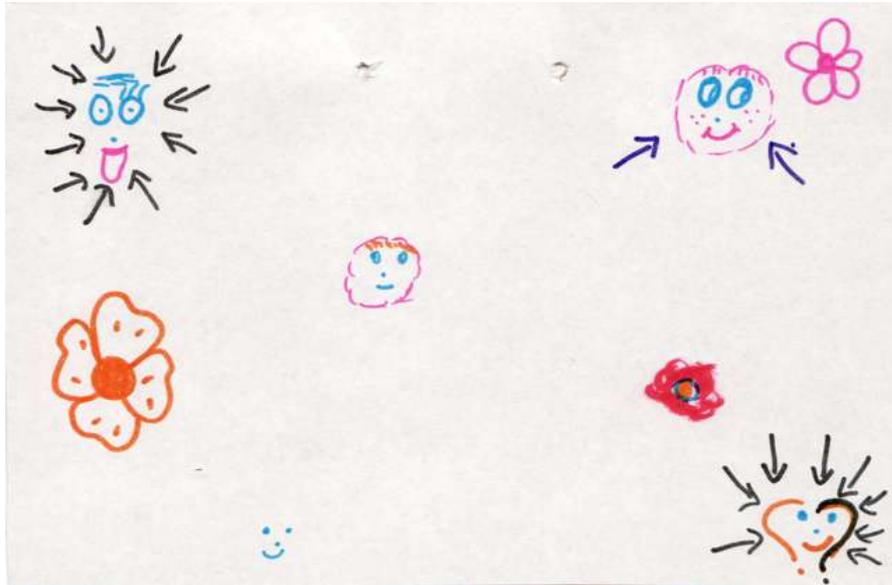
▪ **4º Encontro (04.05.2006): “Quem sou eu?”**

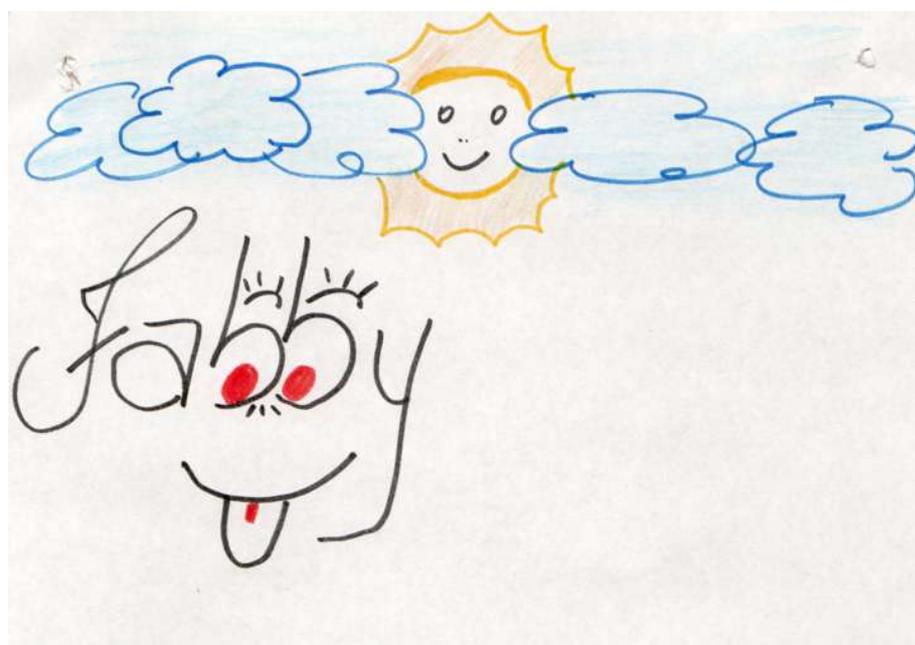
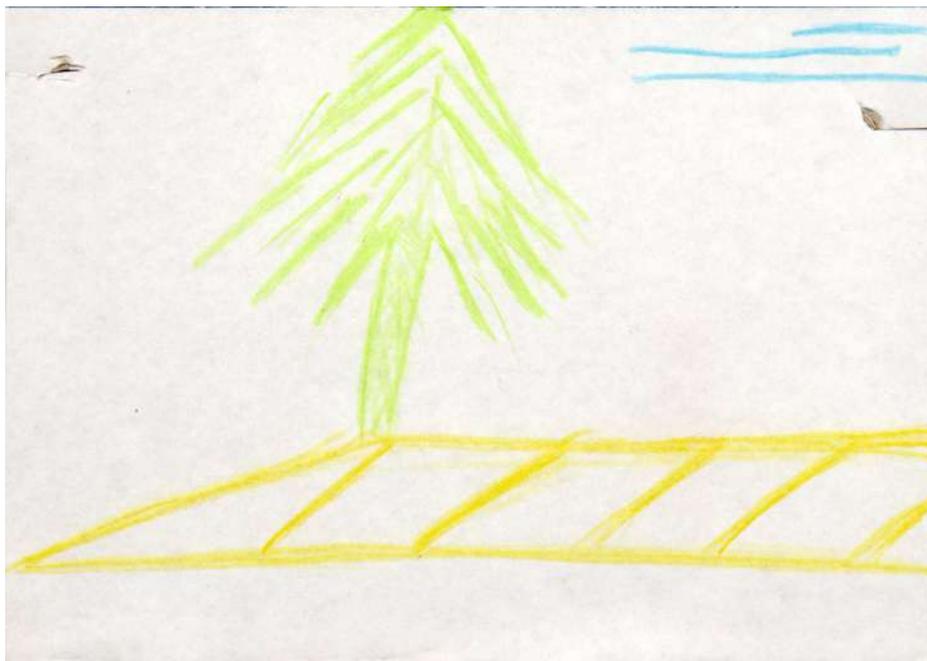
Objetivo: Favorecer a tomada de consciência de suas múltiplas determinações e da importância de suas escolhas na construção de sua história de vida.

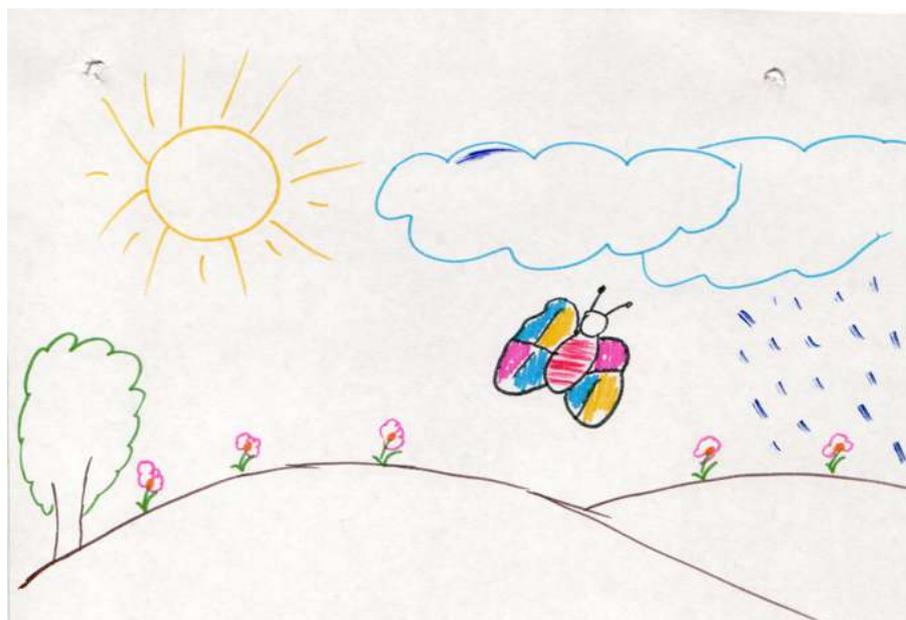
O facilitador iniciou revelando o objetivo do encontro e distribuiu cartolina, barbante e canetas coloridas, solicitando às participantes que confeccionem seus crachás, de forma que fossem representativos de alguns aspectos de sua própria pessoa. Posteriormente abriu espaço para que apresentassem seus crachás explicando o significado contido em cada um deles. Diante das características levantadas, novas questões foram disparadas para discussão como: por quê são estas características que vocês possuem e não outras? Como foram construídas? Qual seu papel nessa construção?

O facilitador finalizou o encontro com uma síntese dos principais pontos discutidos, buscando uma validação junto ao grupo.









- **5º Encontro (25.05.2006): “Ser mulher é....”**

Objetivo: Ampliar a compreensão da identidade feminina no desempenho de seus diversos papéis, apreendendo as relações de gênero, as possibilidades e limites do feminino.

Após falar sobre o objetivo do encontro, o facilitador distribuiu uma folha de papel sulfite com a impressão “**Ser mulher é...**” em que as participantes deveriam completar de acordo com o que pensam e sentem. Posteriormente, abriu-se espaço para apresentação e discussão do significado de ser mulher para cada uma das participantes. Ao final o grupo sintetizou todas as frases num só texto e apresentou, fechando o grupo com os principais pontos da reflexão.

Ser Mulher é... ser feminina

- " inteligente
- " amiga
- " amante
- " solidária
- " completa
- " determinada
- " fiel
- " sexy
- " observadora
- " companheira
- " autêntica
- " verdadeira
- " Enfeiteira

Ser Mulher é... amar os filhos / ser mãe

- ser amada
- ser dedicada e amorosa
- dar atenção em todo o lugar
- ser companheira sempre
- ser educadora

6º Encontro: “Enfermagem: que profissão é essa?”.

Objetivo: Refletir sobre as dimensões da profissão, determinações histórico-sociais e as responsabilidades diante da escolha, bem como a necessidade do cuidado de si.

Inicialmente foi colocado o objetivo do encontro e, posteriormente, utilizando-se de diversos recortes de jornais e revistas espalhados numa mesa e folhas de papel sulfite, solicitou-se às participantes que escrevessem de um lado da folha “**aspectos positivos**” e do outro lado “**aspectos negativos**”, fazendo uma colagem que representassem tais aspectos. Após apresentarem a colagem, questionou-se quais dessas características foram fundamentais para a escolha da profissão. Abrindo espaço para reflexão e discussão sobre as escolhas, conseqüências e responsabilidades consigo própria e com o outro. Para finalizar cada participante disse uma palavra para representar toda a discussão realizada.

Aspectos positivos

trabalho

prazer

ELES FIZERAM
DIFERENÇA

aprender

GANHAR

sucesso

Garantia

Qualidade



A UNIÃO FAZ A FORÇA

Aspectos negativos

adaptar

pagamento

relógio

Tratamento

família

depressão

QUEM É ONDE

DORES

↑ sempre p/ a apresentação

Positiver

ESPECIAIS!

criatividade!

equilíbrio

APRENDER

controle mental

Satisfação

ajuda

saudável.

viver

conquistar



Aspectos negativos

tempo

falso?

dores

estresse

Aspectos Positivos



Aspectos negativos

limites

RESISTÊNCIA

Tensão

PESO

emoções!

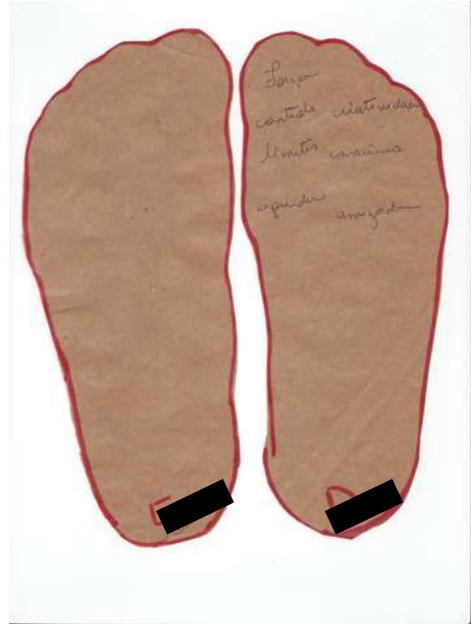
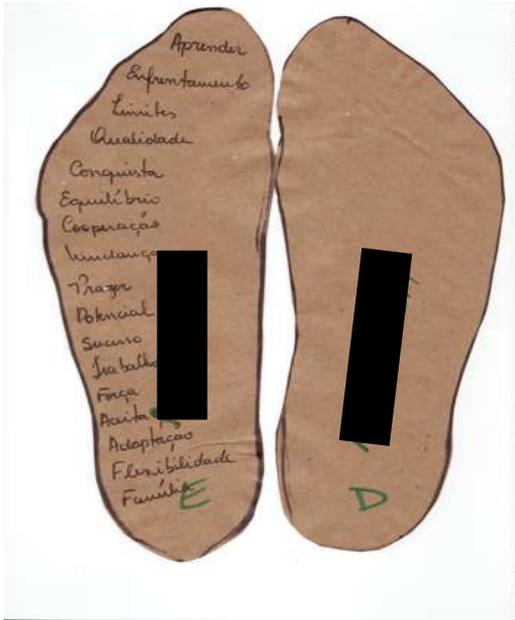
deficiências

7º encontro: Construindo caminhos...

Objetivo: Propiciar uma reflexão da trajetória de vida e discussão sobre projetos pessoais e profissionais, envolvendo o cuidado de si como projeto do grupo de enfermeiras.

Primeiramente foram colocados os objetivos do encontro. Após, o facilitador distribuiu 2 folhas de papel sulfite a cada participante e espalhando sobre a mesa filipetas com palavras levantadas do encontro anterior, solicitando que fizessem o contorno dos dois pés (direito e esquerdo) escrevendo seu nome. Em seguida, que escolhessem algumas palavras que se identifique e cola-las no contorno dos pés. Os contornos dos pés foram dispostos no chão formando um caminho. Cada participante fez o seu caminho dizendo de onde veio e onde quer chegar como pessoa e como profissional. Posteriormente, algumas questões foram lançadas para discussão, como: Por quê escolheu tais palavras? O que é necessário fazer para chegar onde se quer? Que possibilidades têm? Quais as dificuldades que podem encontrar? Como superá-las?

Ao final foram sintetizados os principais pontos da discussão com o grupo, envolvendo o cuidado de si e um projeto do grupo de enfermeiras. Pontuou-se o término da intervenção na semana seguinte com uma avaliação do processo.



8º encontro: Finalizando e avaliando...

Objetivo: Avaliar o processo grupal, por meio de depoimentos espontâneos das participantes.

O facilitador pontuou a finalização do programa de intervenção, buscando a colaboração de todas para responder novamente os instrumentos de coleta de dados, respondidos antes do processo grupal. Posteriormente solicitou às participantes que escrevessem uma carta explicitando o que foi participar do grupo, se este foi de encontro com suas expectativas, quais as aprendizagens que obteve e comentários em geral que gostaria de fazer. Foi aberto um espaço para que pudessem falar sobre o que quisessem no encerramento do grupo. Ao término do encontro o facilitador agradeceu a participação de todas, frisando a importância desse estudo para a categoria, assumindo o compromisso de dar uma devolutiva quanto aos resultados, via Divisão de Enfermagem.

04/05, 08/06/2006

Bete, 29/06/06

Olá Mãe, espero que por aí esteja tudo bem!! Aqui em Bete, está tudo caminhando bem!! No Hospital, comecei um grupo sobre resiliência na enfermagem, convidado por 3 psicólogos de ^{S.P.} ~~Bete~~, é muito bacana. Ah, espere de te explicar sobre o que é resiliência, resiliência é a maneira como nos conseguimos enfrentar os problemas de dia a dia.

Eu participei algumas vezes. A psicóloga Sálma veio uma vez, se não me engano, no final do ano passado eu fui no consultório dessa aqui e fiz uma entrevista, depois comecei esse grupo. Eu havia me inscrito no grupo, até que no dia 04/05 a minha secretária da DTE, chegou no C.C., me convocando p/ participar da reunião, sabe que eu gostei!! Foi um grupo onde pude falar abertamente sobre quem éramos e o que o Hospital / profissão havia nos tomado. Pensei que todas nós estávamos resiliendo, e eu achei que era só eu.

Depois fiquei quase um mês sem ir nos alguns dias não fui e nos dias que fui eu estava em reuniões c/ a supervisão do HC. No dia 08/06, conversamos sobre os caminhos que queremos seguir, então estávamos bastante alinhadas, mas foi legal. A Sálma até comentou que fez uma proposta p/ a DTE e continuar o trabalho aqui no HC, mas agora não com o intuito de pesquisa mas sim terapêutico.

Acho que é só, mãe. Eu gostei muito, pensei que elas continuariam c/ o trabalho terapêutico. Um beijo, até hoje no pau tá 

13/04, 20/04, 27/04, 04/05, 25/04, 01/06,
08/06/2006

29/06/06

gostava de contar coisas muito interessantes que aconteceram comigo.

Participei de um grupo de reflexões que me trouxe grande esclarecimento, quanto a minha vida profissional como particular/social.

Nesses encontros fui percebendo que a vida profissional é apenas uma parte do meu todo e que o mais importante é a minha vida (saúde e bem estar).

Aprendi também que não é só trabalhar para buscar resultados e sim, também a satisfação do trabalho interligado com sua vida e bem estar.

Nesses encontros trouxe para minha vida trabalho uma reflexão comigo mesmo... "Sou importante para o trabalho", mas tenho que limitar as minhas atividades para que amanhã terá o mesmo sucesso que tem hoje.

Beijos carinhosos

Obrigada pela colaboração!

██████████ - 06/04, 13/04, 27/04, 04/05, 25/05, 01/06, 08/06/2006

... As faculdades contaram com professores de
 licenciatura, que por certo não entendem sua prática.
 Já os no contexto problemático de uma instituição,
 há de se procurar abordar todos os aspectos que
 de fato são imediatamente compreendidos cada
 elemento do grupo, fazendo com que haja
 reflexões do problema, participação para o
 entendimento, assim como a resolução.

O grupo não foi constante, há - todavia -
 reuniões presenciais de fato, e com isso
 exposição de novas ideias.

Entretanto, após a participação
 individual, cada grupo, poderiam argu-
 mentar para tentar solucionar essas mesmas
 questões.

Levantamos com a colaboração de alguns
 e a participação de outros.

É importante lembrar em busca do que seja
 mais próximo do ideal. O ideal ainda não
 alcançamos o que é.

██████████

Obrigada pela colaboração!

06/04, 27/04, 01/06/2006

Olá. Estou escrevendo para contar sobre o grupo de Resiliência que eu participei no hospital.

Eu participei somente em três encontros, não consegui profundamente devido aos acontecimentos diários do setor, que às vezes dificultam um momento fora pela escassez de enfoque de atenção. Mesmo assim

posso dizer que nos encontros que participei tive momentos muito agradáveis de descontração, e pude também fazer alguns desabafos sobre os problemas que enfrentamos e que nos sufocam frequentemente.

Um ponto importante que merece destaque é que o grupo foi realizado somente com enfermeiras do hospital, e percebemos que essas profissionais apresentam características em comum relacionadas aos trabalhos dos diferentes setores, características comuns a profissão.

O grupo tinha intervenções mínimas do coordenador e não se acentuam as expressões; gostaria que houvesse um grupo de atenção às enfermeiras do hospital com maiores intervenções direcionadas. Este é o último encontro.

Obrigada pela colaboração!

06/04, 13/04, 20/04/2006

Estuário, 29 de Junho de 2006.

Com dia querida amiga, espero que
está ao chegar lhe encontre bem.

Estou a escrever para contar que nos
temos um Comité de uma psicóloga
que está trabalhando com o tema da
fidelidade em enfermagem. Você ac-
dita que quase não houve adesão ou inte-
resse das nossas colegas em participar?

Tá é, uma pena porque faz muito
bem e gratificante saber e sentir que
alguém se preocupa conosco e com
nossos conflitos, principalmente na
nossa profissão que é tão desvalorizada.
Confesso que não pude participar
muito, pois havia tarefas e
outras obrigações obrigada pela colaboração! nos mesmos dias e
horários dos nossos encontros. Mas que-
ro dizer que o pouco que participei,

foi muito importante e me trouxe
muita paz de espírito. Acredito que
é que abrimos e confessamos no grupo,
nes ajudou a estabelecer uma relação
de satisfação de dever cumprido, pois
sabemos que nossos directores não estão
interessados em discutir conosco nesses
problemas de dia-a-dia como gostarí-
amos, aliás, nesses directores não só
participaram, mas quem sabe um dia
elas olham para frente e abram suas
mentes para que o nosso trabalho seja
um sucesso. O grupo foi ótimo!

Termino por aqui, com um grande
beijo da amiga,

██████████ - 27/04, 04/05/2006

Betucati, 29 de junho de 2006

Bom dia! Querida amiga, estou lhe escrevendo p/ lhe contar a inensa alegria e satisfação que estou sentindo pois estou participando, que dizer, consegui participar duas semanas consecutivas de um grupo que me proporcionou um bem estar muito grande, pois lá vivi colegas de serviço que há algum tempo não nos via e consegui nos distrair da correria e do stress do di-a-dia de nosso serviço; Esse grupo é dirigido pela psicóloga Fatime de USC lembra! Ela nos faz refletir dos problemas do di-a-dia e procura não dar soluções mas direcionamos os problemas p/ tentar pelo menos resolvê-los. Nossa profusão é muito extensa e precisamos dessas "ajudas" p/ não enloquecermos dentro dela, estou gostando muito de participar desse grupo por isso estou compartilhando

o que o bem estar que estou sentindo. *Obrigada pela colaboração!* Espero que esteja tudo bem e vice versa, me ligue que precisamos conversar mais, apesar do tempo por muito pouco e sou e saudades!

até breve!

██████████

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)