



VI Curso de Licenciatura em Enfermagem

**Vivências e Motivações do Enfermeiro no
Cuidar do Utente com Doença Mental**



Monografia Final de Curso

Discentes:

Graciela Ponte, n.º 200691308

Nuno Pereira, n.º 200691161

Docente:

Professor José Cardoso

Barcarena

Dezembro de 2009



VI Curso de Licenciatura em Enfermagem

**Vivências e Motivações do Enfermeiro no
Cuidar do Utente com Doença Mental**

Finalidade do trabalho de Monografia Final de Curso:

➤ Obter o grau de licenciatura em Enfermagem.

- A figura que consta na capa é alusiva à temática em estudo, tendo sido retirada da seguinte fonte: ABRASCO (Ano desconhecido). *1º Congresso Brasileiro de Saúde Mental*. Disponível on-line em: <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/Image/Abrasco%20Divulga/saude%20mental.jpg>. Última acesso no dia: 17.04.09.

Discentes:

Graciela Ponte, n.º 200691308

Nuno Pereira, n.º 200691161

Docente:

Professor José Cardoso

Barcarena

Dezembro de 2009

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste trabalho.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer a todos aqueles que de forma, directa ou indirectamente, contribuíram para que a elaboração deste trabalho fosse possível:

- Aos enfermeiros deste estudo de investigação, pela sua receptividade, empenho e disponibilidade.
- Ao nosso orientador Professor José Cardoso, pela sua orientação, disponibilidade e acompanhamento deste trabalho.
- À Professora Leonor Carvalho, pela sua disponibilidade e pela partilha de ideias.
- Aos nossos Familiares e Amigos, que sempre nos encorajaram e estimularam a dar o nosso melhor.
- A nós próprios, pelo espírito de perseverança, sacrificio e alento que conseguimos dar um ao outro quando a força e a motivação pareciam querer diminuir.

Muito Obrigado a Todos!

Resumo

Consideramos pertinente a temática da área de Saúde Mental e Psiquiátrica, na medida em que pretendemos aprofundar conhecimentos numa área pouco desenvolvida no âmbito de estudos de investigação, e que, cada vez mais, necessita de cuidados diferenciados. Devido à complexidade que esta área apresenta, suscitou-nos o interesse em adquirir competências e atitudes adequadas no cuidar a utentes com doença mental.

Relativamente ao fenómeno em estudo tendo por base a área temática por nós seleccionada: “Vivências e Motivações do Enfermeiro no Cuidar do Utente com Doença Mental”. A importância da problemática deste estudo de investigação possibilitou-nos traçar os seguintes objectivos: Conhecer as vivências dos enfermeiros que cuidam de utentes com doença mental, em contexto hospitalar, e as motivações da sua opção em trabalhar com estes utentes.

Para a realização deste trabalho de investigação, optámos pelo paradigma qualitativo, orientado para uma vertente fenomenológica. Como pretendemos conhecer as vivências e as motivações dos enfermeiros que cuidam de utentes com doença mental, e ainda que, trabalhem no mesmo meio, estes poderão ter experiências distintas ou coincidentes do mesmo fenómeno, resultantes das situações a que cada um é sujeito no seu dia-a-dia e das suas crenças e valores. A amostra seleccionada por nós foi intencional, sendo composta por 6 enfermeiros do serviço de convalescença do Hospital Miguel Bombarda, tendo como critérios de elegibilidade: enfermeiros com mais de 6 meses de experiência profissional na área de saúde mental e psiquiatria; enfermeiros que cuidem de utentes com doença mental no serviço de psiquiatria em contexto hospitalar; enfermeiros que aceitem ser entrevistados. A colheita de dados foi efectuada através da entrevista audiogravada, não-estruturada, com o intuito de responder às seguintes questões de investigação: Quais são as vivências dos enfermeiros que cuidam de utentes com doença mental? Quais as motivações que levam os enfermeiros a cuidar utentes com doença mental?

Através da reflexão e análise do fenómeno em estudo e tendo por base as categorias e literatura existente, encontrámos a estrutura essencial do fenómeno. Assim, a análise de dados, permitiu-nos identificar três (3) categorias que surgiram das entrevistas realizadas aos enfermeiros:

- Necessidades Sentidas pelo Enfermeiro;
- Sentimentos do Enfermeiros;
- Competências do Enfermeiro

Através das vivências dos enfermeiros apuramos que é essencial os enfermeiros darem respostas actualizadas às necessidades actuais dos utentes que só são identificadas através da relação que os enfermeiros estabelecem com os utentes, porque a relação é o principal instrumento de trabalho em enfermagem e o elemento fundamental na área de saúde mental e psiquiátrica.

Verificamos também, pelo que foi expressado pelo enfermeiros, que a motivação tem a sua importância na relação terapêutica, na medida em que, um enfermeiro que se encontre bastante insatisfeito com o ambiente do seu grupo de trabalho, não vai sentir-se predisposto para centrar-se no utente e com ele estabelecer uma relação terapêutica. Por isso, a motivação encontra-se relacionada com um desempenho positivo.

Deste modo, pode salientar-se como implicações para a Enfermagem a necessidade de os profissionais de saúde apostarem mais na relação com os clientes que recorrem ao serviço de convalescença, bem como transmitir-lhe o máximo de informação a que estes têm direito.

Palavras-chave: *Enfermeiro; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Vivências; Motivações; Cuidar.*

Abstract

We consider the relevant thematic area of Mental Health and Psychiatry, as we intend to deepen our knowledge in a much undeveloped area in the context of research studies, which increasingly requires special cares. Due to the complexity that this area shows, it gave us an interest in acquiring skills and attitudes appropriate to care clients with mental illness.

For the phenomenon under study based on the thematic area chosen by us, “Experiences and Motivations of Nurses in Caring for Clients with Mental Illness”. As the scale of the problems this research study enabled us to trace the following objectives: To understand the experiences of nurses caring for clients with mental illness in the hospital and recognize the reasons for their choice to work with these users.

To carry out this research, we have chosen the qualitative paradigm, focused on a phenomenological side. Because we want to know the experiences and the motivations of nurses caring for clients with mental illness, and that, work the same way, these experiences may have different or overlapping of the same phenomenon, arising from the situations to with each is subject to your days to day and their beliefs and values. The sample selected for us was intentional and consisted of 6 nurses from the service of Convalescent Hospital Miguel Bombarda, with the eligibility criteria: nurses with more than 6 months of Professional experience in mental health and psychiatry, nurses caring for clients with mental illness in the context of a psychiatric hospital, nurses who agree to be interviewed. The data collection was conducted through interviews recorded session, unstructured, in order to answer the following research questions: What are the experiences of nurses caring for clients with mental illness? What are the motivations that lead nurses to care for clients with mental illness?

Through reflection and analysis of the phenomenon under study and based on the categories and literature, we have found the essential structure of the phenomenon. Thus, data analysis, allowed us to identify (3) categories that emerged from interviews with nurses:

- Need of the Nurse;
- Feelings of Nurse;
- Competencies of Nurse.

Through the experiences of nurses is essential that we found the nurses could respond updaters to the current needs of users who are only identify by the relationship that nurses establish with patients, because the relationship is the primary tool in nursing and the key element in the mental health and psychiatry. We also noticed that was expressed by the nurses, that motivation is important in the therapeutic relationship, in that, a nurse who is very dissatisfied with the environment of her workgroup, ill not feel predisposed to focus if the use and provide him with a therapeutic relationship. Therefore, the motivation is related to a positive performance. Thus, it may be noted as implications for nursing the need for health professionals focus more on the relationship with customers who use the convalescence department and provide it with as much information to which they are entitled.

Keywords: *Nurse, Nursing and Psychiatric Mental Health; Experience; Motivation; Caring.*

Resumen

Consideramos pertinente la temática de la Salud Mental y de Psiquiatría, en la medida que pretendemos profundizar conocimientos en un área poco desarrollada en el ámbito de la investigación, y que cada vez se necesita más de unos cuidados diferenciados. Debido a la complejidad que esta área presenta, nos suscitó interés adquirir competencias y actitudes adecuadas en el cuidado de los pacientes con enfermedad mental.

En relación al fenómeno en estudio teniendo por base el área temática seleccionada por nosotros: *“Vivencias y Motivaciones del Enfermero en el Cuidado del Paciente con Enfermedad Mental”*. Conforme a la importancia de la problemática de este estudio de investigación nos permitió trazar los siguientes objetivos: Conocer las vivencias de los enfermeros que cuidan a pacientes con enfermedad mental, en el contexto hospitalario y reconocer las motivaciones de su opción de trabajar con estos pacientes.

Para la realización de este trabajo de investigación, optamos por el paradigma cualitativo, orientado hacia una vertiente fenomenológica. Como pretendemos conocer las vivencias y motivaciones de los enfermeros que cuidan de pacientes con enfermedad mental, y que aunque, trabajen en el mismo medio, estos pudieran tener experiencias distintas o coincidentes del mismo fenómeno resultantes de las situaciones que cada uno es sujeto en su día a día y de sus creencias y valores. La muestra que nosotros seleccionamos fue intencional, siendo compuesta por 6 enfermeros del servicio de convalecencia del Hospital Miguel Bombarda, teniendo como criterios de selección: enfermeros con más de 6 meses de experiencia profesional en el área de salud mental y psiquiatría; enfermeros que cuiden de pacientes con enfermedad mental en el servicio de psiquiatría en el contexto hospitalario; enfermeros que acepten ser entrevistados. La recogida de datos fue efectuada a través de entrevista de audiograbación, no estructurada, con la intención de responder a las siguientes preguntas de investigación: Cuáles son las vivencias de los enfermeros que cuidan de los pacientes con enfermedad mental? Cuáles son las motivaciones que llevan a los enfermeros a cuidar pacientes con enfermedades mentales?

A través de la reflexión y el análisis del fenómeno en estudio y teniendo por base las categorías y la literatura existente, encontramos la estructura esencial del fenómeno. Así, el análisis de datos, nos permitió identificar tres (3) categorías que surgieron de las entrevistas realizadas a los enfermeros:

- Necesidades sentidas por el enfermero.
- Sentimientos de los enfermeros.
- Competencias del enfermero.

A través de las vivencias de los enfermeros percibimos que es esencial que los enfermeros den respuestas actualizadas a las necesidades actuales de los pacientes que sólo son identificadas a través de la relación que los enfermeros establecen con los pacientes, porque la relación es el principal instrumento de trabajo en enfermería y el elemento fundamental en el área de la salud mental y la psiquiatría.

Verificamos también por lo que fue expresado por los enfermeros, que la motivación tiene su importancia en la relación terapéutica, en la medida en que, un enfermero que se encuentre bastante insatisfecho con el ambiente de su grupo de trabajo, no va a sentirse predispuesto para centrarse en el paciente y así establecer una relación terapéutica. Por eso la motivación se encuentra relacionada con un desempeño positivo.

De este modo, se pueden destacar como implicaciones para la Enfermería la necesidad de que los profesionales de la salud apuesten más en la relación con los clientes que recurren al servicio de convalecencia, así como transmitirles el máximo de información a la que estos tienen derecho.

Palabras clave: *Enfermero; Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría; Vivencias; Motivaciones; Cuidar*

Índice Geral

Resumo	vii
Abstract	ix
Resumen	xi
Índice de Quadros	xv
Índice de Figuras	xvi
Introdução	1
Capítulo I: Fase Conceptual	7
1.1. Visão Pessoal do Fenómeno em Estudo.....	7
1.1.1. Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.....	7
1.1.2. O Enfermeiro em Saúde Mental e Psiquiatria	9
1.1.3. Cuidar e a Relação Terapêutica	12
1.1.4. Estigma	20
1.1.5. Reabilitação Psicossocial.....	22
1.1.6. Vivências do Enfermeiro em Saúde Mental e Psiquiatria	24
1.1.7. Motivações do Enfermeiro em Saúde Mental e Psiquiatria	26
Capítulo II: Fase Metodológica	31
2.1. Paradigma e Tipo de Estudo	31
2.2. População-alvo e Amostra	32
2.3. Considerações Éticas.....	34
2.4. Instrumento de Colheita de Dados	34
2.5. Análise dos Dados.....	36

Capítulo III: Fase Empírica.....	39
3.1. Análise do Fenómeno em Estudo.....	39
3.1.1. Categoria Nº1: Necessidades Sentidas pelo Enfermeiro	40
3.1.2. Categoria Nº2: Sentimentos do Enfermeiro	54
3.1.3. Categoria Nº3: Competências do Enfermeiro	60
3.2. Síntese Diagramática do Estudo.....	71
Capítulo IV: Conclusão	75
4.1. Limitações do Estudo	83
4.2. Implicações do Estudo	83
Capítulo V: Sugestões	85
Capítulo VI: Referências Bibliográficas	87
Capítulo VII: Apêndices.....	93
Apêndice I: Cronograma	
Apêndice II: Pedido de Autorização	
Apêndice III: Termo de Consentimento Informado	
Apêndice IV: Guião da Entrevista	
Apêndice V: Transcrição Integral das Entrevistas	
Apêndice VI: Quadros com as Categorias, Temas, Significados Formulados e Declarações Significantes	
1.1. Categoria Nº1: Necessidades Sentidas pelo Enfermeiro	
1.2. Categoria Nº2: Sentimentos do Enfermeiro	
1.3. Categoria Nº3: Competências do Enfermeiro	

Índice de Quadros

Quadro 1 – Caracterização da amostra em estudo	33
Quadro 2 – Tema I: Reflexão sobre vivências	41
Quadro 3 – Tema II: Realização Profissional	44
Quadro 4 – Tema III: Motivação	47
Quadro 5 – Tema IV: Interesse pela Área de Saúde Mental	49
Quadro 6 – Tema V: Gosto de trabalhar em equipa	51
Quadro 7 – Tema VI: Preocupação.....	56
Quadro 8 – Tema VII: Tristeza.....	56
Quadro 9 – Tema VIII: Medo	57
Quadro 10 – Tema IX: Impotência	59
Quadro 11 – Tema X: Papel do Enfermeiro	61
Quadro 12 – Tema XI: Cuidar	64
Quadro 13 – Tema XII: Relação de Ajuda	66
Quadro 14 – Tema XIII: Valorização da Pessoa com Doença Mental.....	69

Índice de Figuras

Figura 1 – Imagem alusiva às Vivências e Motivações do Enfermeiro no Cuidar do Utente com Doença Mental	72
---	----

Introdução

No âmbito do Plano de Estudos do VI Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde/ Universidade Atlântica, foi-nos solicitada a elaboração de um trabalho de Monografia Final de Curso, tendo por base a área temática por nós seleccionada: “*Vivências e Motivações do Enfermeiro no Cuidar do Utente com Doença Mental*”.

A selecção deste tema teve como critério o interesse pessoal dos investigadores em conhecer as vivências experienciadas pelos próprios enfermeiros, e compreender que motivações os levam a trabalhar na área de saúde mental e psiquiatria.

Consideramos pertinente este tema, na medida em que pretendemos aprofundar conhecimentos numa área pouco desenvolvida no âmbito de estudos de investigação em enfermagem, e que cada vez mais, necessita de cuidados diferenciados. Devido à complexidade que a área da saúde mental e psiquiátrica apresenta, suscitou-nos o interesse em adquirir competências e atitudes adequadas no cuidar face a utentes com doença mental.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) citado por (CEIF, 2008), saúde é um “...estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.”

A definição de saúde da OMS é bastante abrangente, por isso, engloba o bem-estar mental. Todavia, os conceitos de saúde e saúde mental não são propriamente semelhantes, englobam várias diferenças, e sendo assim, levaram vários autores a demarcarem o campo de cada um dos conceitos. Um destes autores foi Kurt Schneider (1887-1967) que distinguiu dois tipos de distúrbios, diga-se, de doença mental e nas doenças psíquicas, propriamente ditas. Esta distinção pretende explicar que existem alterações na nossa forma de ser, no nosso comportamento, que fogem aos parâmetros da normalidade, e por essa razão, são encaradas como doença mental. A doença mental é definida como variações anormais do modo de ser psíquico. Portanto, existem de

facto, desvios psicopatológicos, sendo estes, considerados doenças mentais (Fonseca, 1997).

Esta definição é apenas um ponto de vista em relação a outras definições que possam surgir na bibliografia. Porém, considera-se que os diversos aspectos relacionados com a saúde mental fazem parte de um sistema funcional, no qual interagem. Assim, uma pessoa usufrui de uma boa saúde mental quando o seu sistema funcional está em equilíbrio e permite à pessoa uma boa adaptação ao meio em que está inserido. Nesta lógica, a doença mental é o espelho do desequilíbrio neste sistema funcional e, conseqüentemente, da desadaptação social (Fonseca, 1997). No fundo, o conceito de saúde mental encara o indivíduo como um todo, em constante interacção com o meio.

A palavra utente foi adoptada neste trabalho de investigação, como o significado de pessoa que é alvo de ajuda profissional competente, para promover, manter ou recuperar a sua saúde e para a sua reintegração social.

De acordo com Streubert e Carpenter (2002), os investigadores-enfermeiros que se responsabilizam com a investigação qualitativa, admitem a realidade subjectiva intrínseca ao processo de investigação e aprovam-na. Estes identificam a sua subjectividade e aplicam-na num contexto que possibilite o completo exame do efeito da mesma, na realização da investigação e na descrição do fenómeno em estudo.

Para Polit, Beck & Hungler (2004), o desenvolvimento e a utilização do conhecimento são importantes para a melhoria constante no atendimento ao utente.

Espera-se cada vez mais que os enfermeiros adoptem a prática baseada em pesquisa, baseada em evidência, usando resultados de pesquisa para fundamentar as suas decisões, acções e interacções com os utentes. Os enfermeiros estão reconhecendo a necessidade de basear as acções e as decisões de enfermagem em evidências, que indiquem que essas acções são clinicamente adequadas, de custo permanente, e que trazem resultados positivos para os utentes.

De acordo com a experiência adquirida nos ensinamentos clínicos, nós verificamos que dos profissionais de saúde, os enfermeiros são seguramente aqueles que ao longo da sua prática profissional, mais frequentemente, e sob as formas mais diversas, se aproximam da pessoa para dela poderem cuidar.

“Porque a enfermagem é tão imediata e muitas vezes íntima e privada, com complexidade científicas, artísticas, humanísticas, éticas e técnicas, oferece “avenidas” para cada dimensão – do profissional incluindo o emocional, mental, estético, intuitivo, físico, espiritual e experiencial – para estar envolvido.” (Jean Watson, 2002, p. 115)

Perante esta realidade, como podemos conhecer as experiências que o enfermeiro vivencia, no cuidar dos utentes com doença mental em contexto hospitalar?

Tendo em conta a importância desta problemática, pretendemos realizar um trabalho de investigação, com o intuito de responder às seguintes questões de investigação:

- Quais são as vivências dos enfermeiros que cuidam de utentes com doença mental?
- Quais as motivações que levam os enfermeiros a cuidar de utentes com doença mental?

Sendo assim, os objectivos traçados para este estudo são os seguintes:

- ◆ Conhecer as vivências dos enfermeiros que cuidam de utentes com doença mental, em contexto hospitalar.
- ◆ Conhecer as motivações da sua opção a trabalhar com utentes com doença mental.

Partindo destas questões de investigação e visando alcançar os objectivos que definimos, para a realização deste trabalho de investigação, optámos pelo paradigma qualitativo, porque permite ao investigador obter conhecimentos profundos relacionados com as experiências vividas pelos enfermeiros durante a sua prática.

“A ideia de que existem muitas realidades e a criação de significado pelas pessoas estudadas é uma crença fundamental dos investigadores qualitativos”. (Strebeurt e Carpenter, 2002, p.18) Os investigadores tentam procurar uma realidade que representa a verdade, acreditando que os indivíduos participem activamente nas acções sociais, pelos quais conhecem e compreendem o fenómeno. Isto deve-se ao simples facto, das pessoas compreenderem e viverem experiências distintas, visto que os investigadores qualitativos não aceitam uma verdade apenas, mas sim, a muitas verdades.

Como metodologia utilizada para a elaboração deste estudo de investigação, optámos por um estudo tipo exploratório-descritivo, de paradigma qualitativo. Este estudo enquadra-se numa vertente fenomenológica, visto que “...a fenomenologia procura descobrir a essência dos fenómenos, a sua natureza intrínseca e o sentido que os humanos lhe atribuem.” (Van Maanem citado por Fortin, 1999, p. 148)

A população-alvo escolhida para o nosso estudo serão os enfermeiros que cuidam de utentes com doença mental num serviço de psiquiatria que satisfaçam os critérios de selecção. O meio onde se irá desenvolver o estudo será natural, onde os investigadores não terão qualquer tipo de controlo sobre o meio seleccionado E o meio seleccionado será o serviço de convalescença do Hospital Miguel Bombarda.

Para a realização deste estudo, a técnica de amostragem que optaremos é a amostra não probabilística, intencional.

Em relação, ao tratamento e análise de dados, o processo interpretativo fenomenológico que vamos usar é o método Colaizzi (1978).

A partir de um estudo realizado por Luísa Paula Baptista Jorge, sobre “Ser Enfermeiro em Saúde Mental e Psiquiátrica: Uma abordagem fenomenológica”, da revista Enfermagem, 2ª Série, nº37/38 (Jan. /Jun. 2005), p.57-74, revelou que “...apesar dos enfermeiros iniciarem as suas funções em saúde mental e psiquiátrica, por motivos diferentes, estes permaneceram a desempenhar funções nesta área, por sentirem que o contacto com o doente mental constitui um desafio permanente”. E ainda, também menciona que “...os enfermeiros se sentem realizados e que a complexidade e a

subjectividade nesta área é promotora de reflexão e geradora de um crescimento pessoal e profissional”.

Relativamente à estrutura do nosso estudo, este encontra-se organizado nos seguintes capítulos:

- **Capítulo I:** corresponde à **fase conceptual**, sendo esta constituída pela visão pessoal do fenómeno, onde faremos uma reflexão sobre o tema em estudo, caracterizando conceitos do próprio fenómeno em estudo, juntamente com algumas referências e citações de alguns autores.
- **Capítulo II:** corresponde à **fase metodológica**, onde abordaremos a metodologia adoptada neste estudo, descrevendo e justificando o paradigma e o tipo de estudo, a população-alvo e amostra, as considerações éticas, o instrumento de colheita de dados e a análise de dados.
- **Capítulo III:** corresponde à **fase empírica** onde faremos a análise do fenómeno em estudo, através de uma reflexão, tendo por base as categorias encontradas e a literatura consultada. Neste capítulo também se encontra a síntese diagramática do estudo.
- **Capítulo IV:** corresponde à **conclusão** deste estudo, onde referimos as conclusões a que chegámos através do estudo deste fenómeno. Neste capítulo também iremos abordar as **implicações** do estudo para a área de investigação em enfermagem e para a prestação de cuidados, assim como, as **limitações** identificadas ao longo deste estudo.
- **Capítulo V:** corresponde às **sugestões**, que corresponde ao capítulo onde mencionamos temas que reconhecemos como pertinentes para futuros estudos de investigação.
- **Capítulo VI:** corresponde às **referências bibliográficas** onde se encontram os livros e sites referenciados da pesquisa efectuada.

- **Capítulo VII:** corresponde aos **apêndices** onde estão incluídos os seguintes documentos: cronograma, pedido de autorização, termo de consentimento informado, guião de entrevista, transcrição integral da entrevistas e quadros com Categorias, Temas, Significados Formulados e Declarações Significantes.

Como orientação para a estruturação do trabalho, serão utilizadas as Normas da Universidade Atlântica baseadas no Sistema de Referenciação de Harvard, para a elaboração de trabalhos escritos. Em situações de omissão de regras neste documento, utilizou-se a bibliografia de Azevedo, M. (2008).

Capítulo I: Fase Conceptual

De acordo com Fortin (1999), conceptualizar refere um processo, ou uma forma de ordenada de formular e documentar ideias acerca de um assunto específico, com a finalidade de chegar a uma concepção clara e organizada do objectivo em estudo.

1.1. Visão Pessoal do Fenómeno em Estudo

Conhecer as “*Vivências e Motivações do Enfermeiro no Cuidar do Utente com Doença Mental*” para nós representa um desafio, já que como investigadores na área da enfermagem, sentimos a necessidade de conhecer a perspectiva do enfermeiro que cuida de utentes com doença mental, de modo, a aceder ao conhecimento dessas vivências.

Portanto, as experiências e os conhecimentos dos participantes com que realizaremos este trabalho poderão contribuir para uma prática de enfermagem de excelência através da adopção de comportamentos e atitudes correctas e adequadas face ao utente com doença mental.

Para uma melhor compreensão da temática em estudo, iremos abordar alguns conceitos do fenómeno em estudo juntamente com algumas referências e citações de autores.

1.1.1. Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Para compreender o desenvolvimento profissional dos enfermeiros que trabalham na área da saúde mental e psiquiatria é fundamental, conhecer um pouco da História da psiquiatria à qual estes estão inegavelmente ligados.

Segundo Neeb (2000), a História da Enfermagem em Saúde Mental caracteriza-se por ser longa e rica, e a sua evolução remonta às competências mais rudimentares, anteriores a Florence Nightingale, à especificação dos cuidados diferenciados presentes no séc. XXI.

Ainda de acordo com o mesmo autor, os anos 50 foram importantes para toda a organização da saúde mental. Começaram a ser desenvolvidos os primeiros medicamentos psicotrópicos, tornando possível as pessoas regressassem às suas casas e

comunidades (desinstitucionalização). Estes medicamentos permitiram também que outras formas de tratamento fossem utilizadas com maior eficácia.

A saúde mental engloba a enfermagem psiquiátrica, e segundo a Declaração sobre a Prática da Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental da Associação Norte-Americana de Enfermagem, esta define-se como uma “...área especializada de prática de enfermagem que emprega as teorias do comportamento humano como sua ciência e o uso propositado de si próprio como arte”. (Stuart e Laraia, 2001, p. 36).

Na Conferência do Ministério Europeu da OMS sobre Saúde Mental, realizada em Helsínquia em Janeiro de 2005, a Declaração de Saúde Mental para a Europa, refere que actividades de saúde mental já não se concentram exclusivamente no tratamento e institucionalização de pessoas com doença mental.

A declaração reconhece que as políticas e os serviços devem de esforçar-se para alcançar o bem-estar e a inclusão social, tendo uma visão global da necessidade e benefícios de diversas actividades de saúde mental para a população, os grupos de risco e pessoas com problemas de saúde mental.

Isto inclui as políticas para combater o estigma e a discriminação, evitar transtornos mentais e suicídio, e desenvolver os serviços que considerem as necessidades dos doentes mentais e respectivos profissionais de saúde, e capacitá-los a ter um papel activo na sociedade.

Foi então definido pela OMS, que os cuidados de saúde mental na região europeia, tivessem como objectivo apoiar a implementação de políticas e actividades para melhorar a promoção da saúde mental, prevenção, cuidados e tratamento. Tendo por base 12 áreas de principal acção:

- Promover o bem-estar mental para todos;
- Demonstrando a centralidade da saúde mental;
- Combater o estigma e a discriminação;

- Promover actividades sensíveis às fases vulneráveis da vida;
- Prevenir problemas de saúde mental e suicídio;
- Garantir o acesso aos cuidados primários para problemas de saúde mental;
- Oferecer atendimento eficaz em serviços baseados na comunidade para pessoas com graves problemas de saúde mental;
- Estabelecer parcerias entre os sectores;
- Criação de uma força de trabalho suficiente e competente;
- Estabelecimento de informação de boa saúde mental;
- A concessão de financiamento adequado e justo;
- Avaliar a eficácia e gerar novas provas.

Os autores Arantes, Fukuda e Stefanelli (2008), assentam a competência dentro da Enfermagem Psiquiátrica como fulcral para a assistência, ensino e/ou pesquisa em Psiquiatria e Saúde Mental. Além dos conhecimentos teóricos validados e actualizados, no cuidar à pessoa fragilizada com doença mental, para se ser competente, é necessário uma prática e reciclagem periódica em instituições capazes de oferecer modelos e procedimentos de intervenção com eficácia comprovada.

1.1.2. O Enfermeiro em Saúde Mental e Psiquiatria

Antes de pensar no Enfermeiro em Saúde Mental, sentimos necessidade de definir o conceito de Saúde Mental, para tal deixamos aqui algumas definições de acordo com alguns autores.

Segundo Fonseca (1997), a doença mental não é um conceito fácil de definir, contudo, esta dificuldade não rejeita a necessidade de defini-lo. Esta necessidade não se prende simplesmente com a compreensão da pessoa com doença mental, a definição deste

conceito é fundamental para a adopção de medidas terapêuticas apropriadas, para aliviar o sofrimento da pessoa, e conseqüentemente, para que a cura aconteça.

Karl Menninger define saúde mental como um ajuste que cada ser humano faz com o outro, e com o mundo que o rodeia, como o máximo de eficácia e de felicidade. (O'Brien et al, 2002).

A American Nurses' Association (ANA) define-a como um estado de bem-estar, no qual os indivíduos funcionam bem em sociedade, mostrando-se geralmente, satisfeitos com as suas vidas. (O'Brien et al, 2002).

Stuart e Laraia. (2001) referem que um Enfermeiro no âmbito da Saúde Mental, tem como objectivo promover e manter um comportamento na pessoa que contribua para a sua integração na sociedade. Para isso, este baseia-se no conhecimento obtido através das ciências psicossociais, biofísicas e das teorias da personalidade e do comportamento humano, encontrando deste modo a fundamentação teórica que justifica as suas intervenções na prática.

Segundo o mesmo autor, um Enfermeiro de cuidados gerais, em qualquer área exerce a sua prática nos cuidados personalizados e na satisfação das necessidades imediatas da pessoa, mas para que se estabeleça uma relação de parceria e confiança entre enfermeiro-pessoa é necessário que o Enfermeiro tenha competência clínica, defenda a pessoa-família, colabore interdisciplinarmente na equipa multidisciplinar de saúde, tenha responsabilidade social e parâmetros ético-legais. Como tal, o Enfermeiro na Saúde Mental, mais do que terapeuta do corpo é sobretudo terapeuta da mente.

Pensando agora, na relação enfermeiro-pessoa, esta tem como objectivos:

- A auto-realização, auto-aceitação e incentivo de auto-respeito da pessoa cliente;
- Esclarecimento da identidade pessoal e intensificação da integração pessoal;
- Capacidade de lidar com a intimidade e com o dar e receber amor.

No sentido de cumprir estes objectivos, o Enfermeiro em Saúde Mental ajuda a pessoa a resolver áreas de conflito e ansiedade, permitindo que este expresse os seus pensamentos e emoções e relaciona-os com as acções observadas e relatadas. Nesta relação, deve existir respeito pela diferença de valores e crenças, no sentido do Enfermeiro conseguir entender melhor os problemas da pessoa cliente. (Stuart e Laraia, 2001).

Pode-se dizer assim que a relação terapêutica é a ferramenta mais importante que o Enfermeiro possui para trabalhar com as pessoas em Saúde Mental, mas a sua eficácia vai depender do nível de autoconsciência do Enfermeiro.

Na prática da enfermagem, a enfermeira deve adaptar e readaptar, continuamente, o modo de dirigir-se aos doentes. Logo, a enfermeira deve ter atenção na forma como age (comportamento) perante os utentes, pois o comportamento desta pode definitivamente influenciar o comportamento destes. Isto é, a enfermeira necessita de estar apta para agir positivamente com a sua própria personalidade, uma vez que é a sua ferramenta básica, visto que trabalha terapeuticamente com os doentes.

Segundo Taylor (2002, p.37), “...muitas enfermeiras fazem uso terapêutico das suas personalidades, com sucesso, sem reconhecer a sua eficácia interpessoal ou ser capaz de analisar a razão de serem bem sucedidas.” Mediante isto, as enfermeiras que cuidam de utentes com doença mental não podem confiar no factor sorte na expectativa de desenvolver a auto-percepção, essencial para um trabalho terapêutico efectivo.

Apesar da prática efectiva da enfermagem psiquiátrica não exigir atributos ou atitudes particulares de personalidade, na realidade, exige um empenho firme e planeado, de forma, a que o enfermeiro desenvolva uma percepção de si mesmo e dos outros.

Tendo em conta que, o comportamento é sobejamente determinado pelas crenças e emoções do indivíduo, a competência da enfermeira para usar a si própria como uma ferramenta terapêutica depende, fortemente, da aceitação dessas crenças e emoções que levam à prática efectiva da enfermagem psiquiátrica.

De acordo com Neeb (2000), o trabalho do enfermeiro em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica envolve parceria com o cliente e a sua família, para atender às múltiplas facetas do transtorno mental. Elas exigem que o enfermeiro assuma o compromisso com o trabalho interdisciplinar e tenha conhecimento suficiente para actuar nos diferentes serviços de saúde mental disponíveis na comunidade, de acordo com cada situação e com as condições das pessoas que necessitam de ajuda. Tem-se de estar sempre alerta à complementaridade entre estes serviços, aos diferentes tipos de tratamento e, também, à especificidade do papel de cada um dos profissionais qualificados que actuam nesse serviço

Em suma, os Enfermeiros que actuam na área da Saúde Mental reúnem uma série de características, de forma, a satisfazer as necessidades físicas, mentais, emocionais, sociais e espirituais das pessoas com problemas mentais.

1.1.3. Cuidar e a Relação Terapêutica

O conceito de cuidar, aplicado à Enfermagem, implica o desenvolvimento de atitudes, acções e valores humanistas por parte dos enfermeiros.

De acordo com Watson (2002, p.96), a enfermagem consiste em “... conhecimento, pensamento, valores, filosofia, compromisso e acção, com algum grau de paixão”. Esta definição é dinâmica e está em constante transformação, na medida em que o conceito tem vários significados para as pessoas. Tais significados como o saber, os valores, a acção e a paixão costumam, na maioria das vezes, estarem associadas com as transacções do cuidar e com o contacto pessoal humano intersubjectivo com o mundo vivido da pessoa que experiencia.

Sendo assim, o cuidar é considerado como o ideal moral da enfermagem. Para Watson (2002, p.96), o cuidar consiste em “...tentativas transpessoais de humano-para-humano para proteger, aumentar e preservar a humanidade”, de modo, auxiliar a pessoa a descobrir o significado na doença, no sofrimento, na dor e na existência, ajudando-a a adquirir o auto-conhecimento, controlo e auto-restabelecimento, de maneira, a que o sentido de harmonia desta seja reposto, apesar das circunstâncias externas.

Strebeurt e Carpenter (2002, p. 63), mencionam que “...a enfermagem alenta a prestação de cuidados às pessoas acolhendo os seus pormenores, enquanto seres humanos, e tem por base da sua prática, um sistema holístico de crença que cuida da mente, corpo e espírito”.

A natureza humana da enfermagem é constituída por componentes morais, espirituais e metafísicos, dos quais não podem ser ignorados e nem suprimidos. Visto que estes actuam interligados, directa ou indirectamente, acabam por necessitar de serem reconhecidos como parte da visão que um teórico tem do mundo, como sistema de crenças e filosofia. De uma certa forma, as crenças metafísicas de uma teoria de enfermagem, propiciam a paixão pela enfermagem mantendo-a viva e aberta a novas oportunidades e mudanças. Posto isto, o enfermeiro é considerado como um co-participante num processo em que o ideal do cuidar é a intersubjectividade. (Watson, 2002)

Por conseguinte, a recente onda nos cuidados de saúde é uma abordagem individual, dirigida à pessoa que integra todas as partes num todo unificado e significativo. (Watson, 2002)

Actualmente, tanto a enfermagem como os cuidados de saúde de qualidade, carecem de um respeito humanista pela unidade funcional do ser humano.

O processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos, é um enfoque importante de enfermagem, não apenas devido às transacções dinâmicas de humano-para-humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço.

Mayerhoff citado por Watson (2002, p.55/56), afirma que:

“Nós, algumas vezes, falamos como se cuidar não requeresse conhecimentos, como se cuidar de alguém, por exemplo, fosse simplesmente uma questão de boas intenções ou atenção calorosa... Para cuidar de alguém, tenho que saber muitas coisas. Tenho que saber, por exemplo, quem é o outro, quais os seus

poderes e limitações, quais as suas necessidades e o que é que contribui para o seu crescimento; tenho que saber responder às suas necessidades e quais são os meus próprios poderes e limitações. Tal conhecimento é simultaneamente geral e específico”.

Por isso, temos que impor, primeiro a nós próprios, a perspectiva e orientação para o cuidar.

Sendo assim, cuidar exige estudos sérios, reflexão, acção e uma pesquisa para novos conhecimentos que ajudarão a descobrir novos significados da pessoa e do processo de cuidar, durante as experiências saúde-doença. (Watson, 2002)

Para Watson (2002), a procura de novos conhecimentos e da compreensão do cuidar vai condicionar, de uma certa forma, algumas das condições epistemológicas, éticas, intuitivas, estéticas, científicas e metodológicas para o desenvolvimento da enfermagem como ciência humana. Consequentemente, tais empreendimentos epistémicos em enfermagem poderão dar relevância ao enfermeiro e ao utente, já que estes são parceiros activos e determinantes no processo de cuidar. É portanto, o processo humano interdependente e intersubjectivo, que pode adaptar as condições necessárias para manter uma pessoa e cuidar em momentos onde a sociedade está ameaçada.

Portanto, cuidar implica uma elevada consideração e reverência pela pessoa e pela vida humana, valores não paternalistas que estão associados com a autonomia humana e liberdade de escolha. Que por sua vez, conduz a um elevado valor no mundo subjectivo (interno) da pessoa em causa e como esta, quer o utente quer o próprio enfermeiro, está a compreender a experiência da condição saúde-doença. (Watson, 2002)

Segundo Watson (2002), é colocado ênfase na ajuda dada ao indivíduo na aquisição de maior conhecimento próprio, auto-controle e preparação para o auto-cuidado, independentemente da condição externa de saúde. O enfermeiro é considerado como co-participante no processo de cuidar. Assim, é colocado um elevado valor na relação entre o enfermeiro e o utente.

A relação enfermeiro-utente é o foco do enfermeiro em saúde mental e psiquiátrica. O conceito de relação terapêutica foi ampliado e adaptado a partir da revisão da literatura dos investigadores da área de saúde mental. Sendo assim, o enfermeiro serve-se da sua competência em comunicação terapêutica. Na relação terapêutica, a competência do enfermeiro é essencial para o cuidado em enfermagem em saúde mental e psiquiatria, concedendo ao utente uma assistência que o mantenha como ponto central do cuidado. (Arantes, Fukuda e Stefanelli, 2008)

De acordo com Arantes, Fukuda e Stefanelli (2008), a relação terapêutica baseia-se num processo com várias etapas ou fases com características próprias, actividades, fenómenos, onde estes podem decorrer ao longo do desenvolvimento das suas diferentes etapas e desafios, ou problemas que obrigam supervisão para o seu desenvolvimento.

Alguns autores, consideram a relação terapêutica como o processo de enfermagem em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. Embora, outros consideram a relação terapêutica como a competência essencial para o desenvolvimento do processo de enfermagem. Apoiam o uso da relação terapêutica à pessoa assistida em qualquer tipo de serviço mental, apesar dos seus princípios se aplicarem a qualquer situação de enfermagem. (Arantes, Fukuda e Stefanelli, 2008)

Não obstante, segundo o autor supracitado, o desenvolvimento da relação terapêutica compele ao enfermeiro, além do conhecimento sobre manifestações de comportamento resultantes de riscos à saúde mental e de doenças mentais, domínio sobre os comportamentos essenciais da relação terapêutica (Arantes, Fukuda e Stefanelli, 2008), nomeadamente:

- **Autoconhecimento:** é o desenvolvimento da capacidade de conhecer as próprias atitudes que estão presentes e que dão vida ao comportamento do ser humano. Nem sempre são conscientes, mas a pessoa tem de se esforçar para reconhecê-las, pois só assim, poderá compreender o seu próprio comportamento. Quanto mais a pessoa se conhece, mais consciente ela é, quer nas suas atitudes e da influência destas nas suas acções, ou quer no seu modo de ser.

- **Capacidade para amar e ser amado:** “amar o utente” significa experimentar e demonstrar-lhe compreensão, aceitação, segurança, entre outros. As manifestações do comportamento do enfermeiro que expressam amor ao utente é que o levam a sentir-se amado. Mesmo aquelas acções que parecem insignificantes para alguns, podem ser valiosas para o utente. O enfermeiro também deve analisar como se encontra a satisfação das suas necessidades de amar e ser amado para se conhecer melhor e compreender as necessidades e os anseios do utente.

- **Aceitação e não-julgamento:** O enfermeiro deve aceitar o utente, tal como ele é, demonstrando compreensão e aceitação empática da razão deste agir daquela maneira, no momento em que o comportamento se manifesta. O enfermeiro tem de ser genuíno, isto é, ter consciência dos sentimentos que surgem durante o processo da relação terapêutica com o utente e ter habilidade em comunicá-los. Isso é fulcral, para a construção de confiança mútua, possibilitando ao enfermeiro ser mais flexível e autêntico, sem perder a sua identidade profissional nem ser desajustado.

- **Dependência, interdependência e independência:** O enfermeiro não deve fazer as coisas pelo utente, mas sim junto deste, ajudando-o a compreender os seus pontos fortes e a testá-los dentro dos seus limites, valorizando os seus esforços e progressos rumo à independência. Encorajar o utente a usar os seus próprios recursos, reduz os seus sentimentos de desesperança e dependência. Ao estimular a participação do utente no movimento da dependência para a independência, pode-se analisar e avaliar o seu potencial para a mudança.

- **Empatia e envolvimento emocional:** A empatia é a tentativa de sentir o mundo do outro como ele o entende, com os seus sentimentos e as suas emoções. A capacidade de empatia está intimamente relacionada aos sentimentos de confiança, ao envolvimento emocional e ao respeito mútuo que ocorrem na relação terapêutica. Estes dois aspectos são elementares para que o enfermeiro compreenda o mundo do outro, de modo, a oferecer assistência

individualizada, respeitando as suas crenças, os seus valores e a sua cultura.

- **Confiança:** é o sentimento de fiabilidade em relação ao outro. A confiança permite à pessoa aprender como lidar com o mundo e a resolver os desafios que se apresentam. Nomeadamente, a flexibilidade, o cumprimento de promessas feitas, a manutenção de contacto visual, o respeito ao silêncio do utente, o atendimento das possíveis preferências, o planeamento das actividades diárias e a promoção do alívio da sua ansiedade, podem proporcionar o surgimento mais rápido da confiança, embora às vezes, este processo pode levar algum tempo a realizar-se.
- **Respeito mútuo:** Ter respeito pela pessoa é acreditar na sua dignidade e no seu valor, independentemente do seu comportamento; aceitar a pessoa que cada ser humano é, sem julgá-la. É a demonstração do sentimento empático e de interesse genuíno pelo utente, associada, ao facto de que, o cuidado deste não é apenas uma tarefa; trata-se de uma oportunidade para ajudá-lo a desenvolver o seu potencial e dos seus recursos pessoais para enfrentar a situação vivenciada. Assim sendo, o enfermeiro torna-se respeitado como profissional, estabelecendo o respeito mútuo, fortalecendo a confiança entre os dois. O respeito é transmitido ao outro, principalmente, por acções, portanto, de forma não-verbal, do que por meio de palavras.

No que diz respeito às fases da relação terapêutica, estas desenvolvem-se e progridem durante um período de tempo, podendo ser breve ou durar semanas, meses ou anos. (Bolander, 1998) A relação terapêutica pode fluir, onde as fases deslizam umas pelas outras, no entanto, cada fase pode ser reconhecida pelas tarefas que lhe estão associadas, sendo estas caracterizadas por:

1. Fase Contratual:

Durante esta fase, a enfermeira e o utente combinam trabalhar juntos com a finalidade de resolver um ou mais problemas do utente. (Bolander, 1998) Um objectivo básico desta fase é o estabelecimento de confiança. A confiança aumenta quando a enfermeira

contacta com o utente com respeito, e de uma forma não invasiva, que demonstre consideração e atenção pela pessoa. A sua consideração e atenção faz com que o utente confie. A confiança é, igualmente, fomentada quando a enfermeira estabelece a confidencialidade como sendo uma regra de ouro na relação. Contudo, há que ter cuidado com promessas acerca da confidencialidade. É importante dizer aos utentes que não poderá guardar confidencialidade se isso colocar em perigo a saúde e o bem-estar deste ou de outras pessoas. Uma promessa como esta deverá fazer com que os utentes sintam que os está a proteger e a não permitir que se magoem a si próprios ou a outras pessoas. Se os utentes se sentirem seguros, irão sentir-se confiantes e a relação sairá reforçada.

Durante a fase contratual, a enfermeira é responsável por estabelecer as regras básicas da relação. Se vai ter um certo número de entrevistas com o utente, é importante especificar claramente onde, quando e quanto tempo durará cada sessão. Ao estabelecer horários e locais de encontro, a honestidade e acessibilidade são de maior importância. Em qualquer altura depois da sessão inicial, pode começar a sentir um elo de ligação em relação ao utente. Este elo de ligação denominada harmonia terapêutica, é um laço especial que existe entre a enfermeira e o utente, por se ter estabelecido um sentimento de confiança e compreensão mútuos, em relação ao que irá acontecer na sua relação um com o outro. (Bolander, 1998)

2. Fase activa:

Depois do contacto com o utente ter sido estabelecido e da relação terapêutica ter sido estruturada, inicia-se a fase activa (a fase intermédia da relação). Nesta fase, a enfermeira participa activamente continuando a fazer a avaliação do utente e examinando e explorando os dados colhidos. Procura e examina sentimentos, valores, crenças e atitudes do utente que sejam menos visíveis. Na maioria das vezes ao longo desta fase, corrigem-se os diagnósticos de enfermagem iniciais ou formulam-se diagnósticos adicionais. (Bolander, 1998)

Contudo, a fase activa da relação terapêutica é sobretudo um tempo destinado a completar as intervenções de enfermagem que se dirigem a resultados de enfermagem esperados. A enfermeira dá respostas aos utentes. É um tempo em que a enfermeira apresenta informação aos doentes e os ajuda a validar e clarificar a sua compreensão. Em vez de os orientar, a enfermeira tenta ajudá-los a orientam-se a si próprios. É uma altura em que os utentes podem formular, tentar e testar soluções para os seus problemas emocionais. Também existe uma avaliação nesta fase e, sempre que necessário, faz-se uma revisão do plano. (Bolander, 1998)

3. Fase de conclusão:

Nesta fase ocorre perto do final da relação, quando o trabalho do utente e da enfermeira está a chegar ao fim. O fim, propriamente dito, não deve ser súbito e imprevisível, pois sabe-se à partida, que desde o início da relação, que irá acontecer. Embora o fim da relação seja planeada, ainda assim, é por vezes, complicado pôr fim a uma interacção significativa. Tanto a enfermeira como o utente, compreendem que esta fase precede uma separação permanente, e ambos, podem sentir ansiedade, tristeza e um sentimento de perda. (Bolander, 1998)

A reacção do utente ao fim da relação é determinada pelo significado que se lhe dá, pela duração da relação e pelo modo como os resultados foram ou não conseguidos. Os utentes podem ter sentimentos de negação e sentir pena e podem ter comportamentos de passagem ao acto (comportamentos inapropriados ou inesperados dos doentes, que comunicam uma mensagem à enfermeira acerca dos seus verdadeiros ou subconscientes sentimentos ou preocupações). Os comportamentos de “passagem ao acto” que se vêm frequentemente na fase de conclusão da relação incluem a recusa a falar com a enfermeira durante os seus encontros, as faltas a encontros e o aumento dos esquecimentos. Nestas alturas, a enfermeira pode ajudar o utente a reconhecer os seus sentimentos acerca do significado de se despedir ao mesmo tempo que destaca mudanças positivas que aconteceram durante a relação. Pode ser útil oferecer apoio e expressar optimismo em relação ao futuro. Ao mesmo tempo, é importante ser claro em

relação ao fim da relação, sem oferecer falsas esperanças de que esta possa continuar. (Bolander, 1998)

Em suma, o enfermeiro deve estar atento sobre a possibilidade de se desenvolver a relação terapêutica nos locais em que os utentes se encontram, sejam estes locais para internar, hospital de dia, ambulatório e, se necessário, até em residência terapêutica ou outros, para um viver mais saudável no seu dia-a-dia.

Os enfermeiros devem lutar pela criação de serviços adequados de atendimento domiciliar para dar continuidade ao atendimento integral do doente e da família. A convivência quotidiana entre o doente e a sua família, na maior parte das vezes, é conturbada e a continuidade da relação terapêutica no domicílio pode ser fundamental para a redução de recorrências e recaídas. A utilização da relação terapêutica proporciona o desenvolvimento do processo de amadurecimento mútuo do enfermeiro e do utente.

1.1.4. Estigma

Enquanto elementos da sociedade, é do nosso conhecimento, o estigma social existente em relação à pessoa com doença mental. Este estigma ou preconceito isola o indivíduo em relação aos outros, prejudicando as relações sociais, submetendo a pessoa com doença mental a um ser à parte, ou seja, a um objecto de discriminação.

De acordo com Freitas (2006, p.28), no artigo “*Desistigmatizando a Doença Mental*”, da revista “*Sinais Vitais*”: “...a doença mental está associada à estigmatização da pessoa, que é provocada por todos nós, técnicos de saúde, políticos de saúde e população em geral. Através do qual se pode, atribuir uma característica negativa, difamar, desacreditar, de uma pessoa”.

Deve-se então encarar as doenças mentais, do mesmo modo que se encaram as físicas, como o cancro, ou a diabetes, partindo do pressuposto que muitas doenças mentais têm causas definidas, e que necessitam de cuidados e tratamento específico. Logo quando as intervenções são postas em prática, o resultado esperado é uma melhoria da condição do

utente, melhoria que permite à pessoa regressar ao seu papel social e retomar a sua vida normal.

Segundo Goffman (1988), o termo estigma, é usado em referência a um atributo profundamente depreciativo. Esse atributo ao ser utilizado para estigmatizar alguém, pode confirmar a normalidade de outrem, logo ele não é, em si mesmo, não o valoriza nem desvaloriza.

Na maioria das vezes o estigma, que está relacionado com a doença mental, provém do medo do desconhecido, de um conjunto de preconceitos sociais que originam a falta de conhecimento e compreensão. Ou seja, para se compreender um indivíduo com doença mental, deve-se ter presente o facto de as doenças mentais serem efectivamente doenças, e que o comportamento disfuncional que é originado, pode ser mais prejudicial para o próprio do que para os outros.

Freitas (2006, p.26), *in* Sinais Vitais: “*Desestigmatizando a Doença Mental*”, refere: que a pessoa com doença mental constitui assim, um foco, onde o enfermeiro pode e deve actuar. Os enfermeiros devem de usar os saberes científicos e humanos para cuidar da pessoa de forma global, sobretudo quando esta atinge grandes níveis de vulnerabilidade e fragilidade como acontece na doença mental com vista à sua reabilitação tão rápida quanto possível de forma a se integrar na sua comunidade.

Goffman (1988), afere que o indivíduo estigmatizado, pode também indirectamente contornar essa condição, através de um esforço individual dedicado, ao domínio das actividades consideradas geralmente, como intangíveis por motivos físicos e circunstanciais, a pessoas com estas limitações.

Para Brundtland (2001), as soluções para a desestigmatização da doença mental não são difíceis de encontrar muitos deles já existem, necessitam apenas de serem colocadas em prática para que as pessoas com doença mental se sintam cidadãos de pleno direito que o são, na nossa sociedade civilizada, visto que a inteligência humana e a tecnologia actual criaram soluções para quase tudo.

1.1.5. Reabilitação Psicossocial

De acordo com a definição da OMS (1995) citando Cordo (2003, p.13), a Reabilitação Psicossocial é:

“Um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade. Envolve tanto o incremento de competências individuais como a introdução de mudanças ambientais.”

Ferreira (2006), menciona que a reabilitação psiquiátrica visa minimizar os sinais e sintomas da doença psiquiátrica, através do desenvolvimento de capacidades e estratégias que permitam ao doente contornar o seu problema. Assim, o utente psiquiátrico gradualmente assume a responsabilidade pela sua própria vida, sentindo-se independente, autónomo, auto-confiante, recuperando o seu bem-estar.

Segundo Gameiro (1989) citado por Freitas (2006), só o sistema de reabilitação precoce e integral pode resolver os problemas ligados à hospitalização do doente psiquiátrico e a sua prevenção, atribuindo à psiquiatria uma dimensão humana que por vezes lhe falta. Focam-se as atenções nos factores psíquicos inerentes a uma doença mental, esquecendo-se da pessoa nas suas dimensões humanas, sociais, familiares e profissionais.

Em termos muito latos, o objectivo da Reabilitação Psicossocial consiste em permitir que as pessoas com problemas psiquiátricos optimizem o seu funcionamento e minimizem as suas incapacidades, de forma a terem sucesso na sua vida quotidiana e se sintam inseridos na sociedade. Encontrando-se assim subjacentes os seguintes aspectos (Ferreira, 2006):

- Reduzir sintomas da doença através de intervenções de natureza psicoterapêutica e psicossocial;

- Evitar a institucionalização prolongada;
- Reforçar a autonomia, auto-suficiência e independência dos utentes;
- Proporcionar algum suporte aos familiares de doentes mentais;
- Diminuir o estigma e discriminação;
- Promover o suporte social, de modo a assegurar certas necessidades básicas, nomeadamente, habitação, emprego, etc.

De acordo com Neeb, K. (2000), o que define a reabilitação são os métodos e não o meio onde se faz, por isso é possível trabalhar em reabilitação nas grandes instituições hospitalares e é mesmo nestas que não se pode esquecer que a reabilitação psicossocial é um dos componentes de uma abordagem integral e abrangente em psiquiatria e saúde mental.

No relatório Mundial de Saúde (2001, p.116) citado por Cordo (2003, p.13) pode ler-se:

“As estratégias de reabilitação psicossocial variam segundo as necessidades do utente, o contexto no qual é promovida a reabilitação (hospital ou comunidade) e as condições culturais e socioeconómicas do país onde é levada a cabo. As redes de habitação, reabilitação profissional, emprego e apoio social constituem aspectos da reabilitação psicossocial. Os principais objectivos são a emancipação do utente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria da competência social individual e a criação de um sistema de apoio social de longa duração.”

Quanto à necessidade de reabilitação, Gameiro (1989) citado por Freitas (2006) afere que se podem distinguir quatro categorias principais de utentes com doença mental tratados nos hospitais psiquiátricos:

- 1- Recuperados totais – que têm a capacidade de regressar à vida familiar, social e profissional directamente e sem quaisquer limitações.

- 2- Recuperados com deficiências sociais, necessitam apenas de reabilitação social.
- 3- Melhorados, com deficiências ou limitações múltiplas individuais, sociais, familiares e profissionais.
- 4- Irrecuperáveis, que continuam em situação de limitação grave.

O institucionalismo afecta sobretudo os utentes de longos anos de internamento, que já não sofrem de qualquer doença, a não ser de uma dependência excessiva do hospital e do medo de não serem capazes de viverem entregues a si mesmos na sociedade. (Gameiro, 1989 citado por Freitas, 2006)

Segundo Ferreira (2006), o enfermeiro surge na reabilitação psiquiátrica como um elemento de uma equipa transdisciplinar, onde cada técnico contribui com os seus conhecimentos teóricos e com as informações que tem do utente psiquiátrico, para se atingir um objectivo comum: a reinserção na sociedade.

1.1.6. Vivências do Enfermeiro em Saúde Mental e Psiquiatria

De acordo com (Firmino, Lucas e Serra, 2007, p.27), as “...experiências e saberes são essenciais para uma prática de enfermagem de excelência, que podem ser decomponíveis em Saberes, Saber Fazer, Saber Ser ou Estar, projectando o sentido e o encadeamento dos seus actos”.

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica tem as suas especificidades nas exigências, necessidades, características e problemáticas dos utentes e famílias a que lhe são prestados cuidados. Para isso, é necessária preparação, conhecimentos e prática, bem como desmistificação de vivências adequadas, permitindo-nos encarar a doença mental e o utente sem qualquer estigma.

O estudo das vivências referentes aos enfermeiros que cuidam de utentes com doença mental, através do método qualitativo, permite-nos adquirir relatos que contribuam para aumentar os nossos conhecimentos.

Firmino, Lucas e Serra (2007) defende que a definição de vivências é usada pela fenomenologia para expressar as manifestações subjectivas, que só têm existência real para os que vivem, sendo o elo intermediário entre o Eu e o Mundo. Portanto, é esta a essência do nosso método, isto é, descrever o modo como os participantes experienciaram o vivido, reflectindo o ponto de vista daqueles que vivem ou viveram essa experiência.

Segundo Fernandes (1976, p.1355), vivência é uma “...experiência subjectiva, dada imediatamente à consciência pessoal do indivíduo e sentida anteriormente como do próprio – o sentir, perceber, ser afectado, pensar, deseja, querer, valorar”.

Por outro lado, Freitas e Martins (1992, p.1090), realçam o carácter objectivo da vivência, “...a vivência é um dado último da vida da consciência, sendo portanto objectivo, uma vez que inclui inevitavelmente um objecto – o vivido”.

Relativamente ao conceito vivência, Mora (1977, p.421-422) refere que:

“A vivência não é, algo dado; somos nós que penetramos no interior dela, que a possuímos de uma maneira tão imediata que até podemos dizer que ela e nós somos a mesma coisa. A vivência é efectivamente vivida, isto é experimentada como uma unidade dentro da qual se inserem os elementos da análise decompõem mas a vida psíquica não é constituída unicamente por vivências sucessivas, antes e os elementos simples, juntamente com as apreensões, se entre cruzam continuamente”.

Firmino, Lucas e Serra (2007, p.26) afirmam que “...cada vez mais é necessário uma prática baseada na evidência para que os cuidados prestados garantam a qualidade dos mesmos”.

Sendo assim, é essencial os enfermeiros darem respostas actualizadas às necessidades actuais dos utentes que só são identificadas através da relação que os enfermeiros estabelecem com os utentes, porque a relação é o principal instrumento de trabalho em enfermagem e o elemento fundamental na área de saúde mental e psiquiátrica.

Na medida em que pretendemos conhecer o significado que os acontecimentos e interacções têm para os enfermeiros, em situações particulares, consideramos que a investigação de paradigma qualitativo, através da abordagem fenomenológica – método Colaizzi, será a que melhor se adequa para alcançarmos o objectivo a que nos propomos neste estudo de investigação.

1.1.7. Motivações do Enfermeiro em Saúde Mental e Psiquiatria

Cada vez mais, nos dias de hoje, quer na vida profissional quer na vida familiar, existem pressões e exigências de diferentes ordens. Na prática quotidiana da enfermagem, sendo esta, um alvo constante de pressões de vários níveis, é fundamental a procura de maior eficiência, e de maior qualidade nos cuidados que são prestados aos utentes, aliada à motivação que os profissionais apresentam enquanto cuidam.

Pelo que foi referido anteriormente, sentimos então, que deve perdurar no “cuidar” ao doente mental, uma motivação constante, pois os cuidados a estes utentes são um desafio permanente, e a psiquiatria representa para o enfermeiro uma fonte inesgotável de aprendizagem e conhecimento.

Toda a manifestação comportamental, observável ou apenas pensada, tem causas que lhe dão existência, as quais podem ser internas ou externas ao organismo (Rodrigues, 1985). Assim a motivação actua, em geral, sobre as necessidades dos indivíduos, a fim de supri-las para atingir os objectivos, tanto pessoais como profissionais.

Segundo Murray citado por Fachada (2003), uma pessoa é motivada, em qualquer momento por uma variedade de factores internos e externos. Portanto, a força de cada motivo e o padrão de motivos influem na maneira como vemos o mundo, nas coisas em que pensamos e nas acções em que nos empenhamos.

O conceito motivação é usado para designar um conjunto de forças internas que mobilizam e orientam a acção de um indivíduo em direcção a determinados objectivos como resposta a uma necessidade, carência ou desequilíbrio.

De acordo com Spence e Helmreich, citados por Davidoff (2005), a motivação de realização surge através da necessidade de buscar a excelência, atingir objectivos grandiosos ou ser bem-sucedido em tarefas difíceis. Ela envolve competir com os outros ou contra algum padrão interno ou externo.

Segundo Abrunhosa e Leitão (2003), a necessidade que leva as pessoas a empenharem-se em tarefas difíceis com vista a prosseguir objectivos que são encarados como um desafio, define-se como motivação para o sucesso.

A dificuldade das tarefas apresentadas funciona em relação às pessoas que sentem esta motivação como um activador de uma força interna que as leva a empenhar-se na sua realização. (Abrunhosa e Leitão, 2003).

Maslow representou a sua concepção através de uma pirâmide em que na base desta estariam as necessidades fisiológicas; depois, a necessidade de segurança; em seguida, as necessidades sociais; e logo a seguir, as necessidades de estima, e no topo, a necessidade de auto-realização.

As necessidades fundamentais seriam as necessidades básicas – as fisiológicas e as de segurança – encontrando-se, por isso, na base da pirâmide. Só depois do indivíduo satisfazer estas necessidades é que este ascende para as outras necessidades mais elevadas e complexas. Começando pela base da pirâmide (Fachada, 2003) temos:

- **Necessidades fisiológicas:** Esta necessidade constitui o nível mais baixo (nível 1) de todas as necessidades humanas e vitais para o ser humano. Falamos de necessidades como a fome, a sede, o sono, o aliviar e evitar a dor, o desejo sexual, etc. As necessidades de segurança (nível 2), só surgem se estas forem satisfeitas, visto que são essenciais para a sobrevivência do indivíduo e da espécie. Assim como um indivíduo esfomeado arrisca a sua vida para obter alimento, também se alguma destas necessidades não está satisfeita, todo o comportamento do sujeito é realizado com o intuito de as satisfazer.

- **Necessidade de segurança:** Com as necessidades fisiológicas realizadas, o

ser humano procura protecção relativamente ao meio, abrigo, vestuário de modo a sentir-se confortável e fora de perigo. O indivíduo pretende também a busca de um ambiente estável e ordenado. As necessidades de sociais (nível 2), só surgem quando a pessoa se sente segura. Pois o medo provoca insegurança, e uma pessoa assim prescinde da relação com os outros.

○ **Necessidades Sociais:** Estas só surgem quando as necessidades fisiológicas e de segurança estiverem satisfeitas, e encontram-se no nível 3. Estas necessidades denominadas sociais, são o desejo de associação e aceitação por parte dos outros; participação, amizade, afecto, amor, entre outros. Nas relações deste tipo o indivíduo procura afecto, aprovação e procurar dar e receber atenção ao outro. Caso estas necessidades não estejam satisfeitas o sujeito torna-se hostil e agressivo nas relações interpessoais, por conseguinte, tende a sentir dificuldades na adaptação com o meio social.

○ **Necessidade de Estima:** Segundo Maslow, as necessidades de estima assumem o desejo de realização e de competência e o estatuto e desejo de reconhecimento, portanto estão relacionadas com a forma como o sujeito se vê e avalia. No nível 4, o indivíduo procura a aceitação dos outros através da sua prática, da sua actuação. Esta necessidade envolve sentimentos de sucesso, de prestígio, de auto-confiança, de consideração, de *status* e da necessidade de aprovação social. A satisfação destas necessidades gera força, poder e prestígio. Pelo contrário, a frustração pela não realização das mesmas gera sentimentos de inferioridade.

○ **Necessidade de auto-realização:** Se todas as necessidades estão satisfeitas, manifestar-se-á a necessidade de auto-realização, isto é, a realização da necessidade humana mais elevada (nível 5) em que pretendemos realizar o potencial, a concretização das capacidades pessoais de cada um. A sua concretização varia de pessoa para pessoa e as pessoas que procuram a auto-realização resistem ao conformismo aceitam-se a si próprias e aos outros. São independentes e criadoras, no entanto, Maslow considerava que a maioria dos

indivíduos da nossa sociedade não concretizam a necessidade de auto-realização.

De facto, uma relação terapêutica é considerada como uma relação de ajuda. Os enfermeiros são as pessoas que ajudam, e os utentes as pessoas que procuram ajuda. Sendo esta considerada uma relação pessoal, centrada no utente, esta é dirigida para a realização de determinados objectivos mútuos. (Bolander, 1998) Para existir este tipo de inter-ajuda entre enfermeiro – utente é necessária *Motivação*.

Com efeito, a motivação tem a sua importância na relação terapêutica, na medida em que, um enfermeiro que se encontre bastante insatisfeito com o ambiente do seu grupo de trabalho, não vai sentir-se predisposto para centrar-se no utente e com ele estabelecer uma relação terapêutica. Portanto, a motivação encontra-se relacionada com um desempenho positivo.

Estando a relação terapêutica aliada à motivação, e vice-versa, é necessário que o esforço, empenho e a valorização das capacidades que o indivíduo enfrenta, visem o sucesso na realização do seu trabalho.

Sendo assim, uma relação terapêutica é uma relação de ajuda. Numa relação terapêutica, os indivíduos que procuram ajuda trazem para a relação as suas próprias experiências de vida, a sua inteligência, os conhecimentos adquiridos, os seus valores, as suas crenças e as suas motivações para mudar.

A ajuda que ocorre na relação terapêutica é a razão principal para que essa relação exista. É a actividade central da relação. É centrada no utente e tem um objectivo específico.

A relação terapêutica está particularmente direccionada para os sentimentos, pensamentos e valores do utente e centra-se na realização desses mesmos objectivos.

Capítulo II: Fase Metodológica

A fase metodológica é constituída por “...etapas no decurso das quais foram tomadas decisões pelo investigador, sobre a maneira de responder às questões de investigação”. (Fortin, 1999, p. 354)

De acordo com o Novo Dicionário da Língua Portuguesa conforme Acordo Ortográfico, 2007, p. 1055), a metodologia é a “...parte da lógica que estuda os diversos métodos técnicos e científicos; a arte de dirigir o espírito na investigação da verdade; conjunto de regras empregadas no ensino de uma ciência ou arte”.

Neste capítulo, vamos abordar o desenho de investigação utilizado na elaboração deste estudo de investigação, sendo composta por: paradigma e tipo de estudo, população-alvo e amostra, método de colheita de dados, as considerações éticas e o método da análise de dados.

2.1. Paradigma e Tipo de Estudo

O nível de conhecimento relativo a um domínio de pesquisa é determinante na escolha do tipo de investigação. É a questão de investigação que determina o método apropriado ao estudo do fenómeno.

Com este estudo de investigação, o que pretendemos conhecer são as vivências do Enfermeiro no cuidar face ao utente com doença mental e conhecer as motivações que levam os enfermeiros a cuidar de utentes com doença mental. Sendo assim, elegemos como método de investigação, o estudo de paradigma qualitativo, com abordagem fenomenológica. Dado que, este método está “...preocupado com uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo”.

Para Abreu (2000) citado por Queiroz, Meireles e Cunha (2007, p.8), o método fenomenológico é um “...método fundamental de acesso aos fenómenos tal como eles são experienciados na consciência, isto é, não interessa tanto como as coisas são em si, mas como cada um de nós as vivencia”. Portanto, como pretendemos conhecer as

vivências e as motivações dos enfermeiros que cuidam de utentes com doença mental, e ainda que, trabalhem no mesmo meio, estes poderão ter experiências distintas ou coincidentes do mesmo fenómeno, resultantes das situações a que cada um é sujeito no seu dia-a-dia e das suas crenças e valores.

Para a elaboração deste estudo de investigação, optámos pelo tipo de estudo exploratório-descritivo. Assim sendo, Fortin (1999, p.53) afirma que este tipo de estudo consiste em “...descrever, nomear ou caracterizar um fenómeno, uma situação ou um acontecimento, de modo a torná-lo conhecido, o que corresponde à investigação exploratória-descritiva”.

Os estudos descritivos tendem a obter mais informações sobre as características de uma determinada população, como também, dos fenómenos em que existem poucos trabalhos de investigação, como é o caso do nosso estudo de investigação.

2.2. População-alvo e Amostra

De acordo com Fortin (1999, p.202), uma população é uma “...coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”.

A população-alvo escolhida para o nosso estudo será os enfermeiros que cuidam de utentes com doença mental num serviço de psiquiatria. E o meio seleccionado será o serviço de convalescença do Hospital Miguel Bombarda.

Para a realização deste estudo, a técnica de amostragem que optaremos é a amostra não probabilística, intencional, tendo em conta, os seguintes critérios:

- Enfermeiros com mais de 6 meses de experiência profissional na área de saúde mental e psiquiatria;
- Enfermeiros que cuidem de utentes com doença mental no serviço de psiquiatria em contexto hospitalar;

- o Enfermeiros que aceitem ser entrevistados.

Por conseguinte, Patton citado por Strebeurt e Carpenter (2002, p.52), explica o conceito de amostra intencional da seguinte maneira: “...a lógica e o poder da amostra intencional está na selecção de casos ricos de formação para estudar em profundidade. Os casos ricos de informação são aqueles a partir de quem se pode aprender muito de assuntos de importância central para a finalidade de investigação”.

Numa primeira fase do estudo e de acordo com os critérios acima referidos, estabelecemos o primeiro contacto com os seis enfermeiros, pessoalmente, durante o Ensino clínico de Saúde Mental e Psiquiatria.

A caracterização da amostra em estudo é apresentada pelo quadro seguinte:

* 1 *2	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Género	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino	Masculino	Feminino
Idade	50 Anos	36 Anos	42 Anos	27 Anos	24 Anos	55 Anos
Anos de Experiência na área de Saúde Mental e Psiquiatria	22 Anos	9 Anos	16 Anos	5 Anos	18 Meses	17 Anos
Anos de Serviço em Enfermagem	24 Anos	14 Anos	21 Anos	5 Anos	2 Anos	21 Anos

Nota: *1 – Número de elementos da amostra. *2 – Características da amostra.

Quadro 1 – Caracterização da amostra em estudo

Salientamos ainda, a disponibilidade imediata de todos os participantes, facto que nos possibilitou obter o seu consentimento informado e esclarecimento e a permissão para gravar as entrevistas (Transcrição integral das entrevistas encontram-se no Apêndice V).

2.3. Considerações Éticas

No domínio da investigação devemos ter sempre presente, as questões morais e éticas, decretadas pelo código de ética, visto que, o estudo de investigação se aplica à pessoa humana.

“Os investigadores qualitativos devem permanecer sensíveis e estar conscientes das possibilidades de assuntos éticos que surjam e que podem não ter sido previstos.” (Strebeurt e Carpenter, 2002, p. 38)

Por isso, os participantes serão informados do tema de investigação, da finalidade e dos objectivos do estudo, assim como, do direito de não participar no estudo e retirar-se do mesmo quando assim o desejarem. Por esta razão, serão distribuídos por todos os participantes do estudo, a carta explicativa do tema e objectivos em estudo, e ainda, acerca da participação dos mesmos. Os participantes serão advertidos que não vão ser prejudicados ao longo das entrevistas, caso surjam, assuntos que lhes custam falar, tendo em consideração, o princípio da não maleficência.

Os dados serão tratados, de modo, a que os participantes permaneçam no anonimato e os relatos serão trabalhados confidencialmente. Os direitos dos enfermeiros inquiridos serão sempre salvaguardados, de forma, a garantir a dignidade e o respeito dos participantes durante todo o processo de investigação.

2.4. Instrumento de Colheita de Dados

Para a realização deste estudo de investigação, optámos pela entrevista não-estruturada, audiogravada. Visto que, o nosso estudo tem uma abordagem fenomenológica do tipo exploratório-descritivo, pareceu-nos o instrumento de recolha de dados mais apropriado com o fim de obter informações ricas junto dos participantes/enfermeiros sobre as suas experiências, comportamentos, atitudes, ideias e motivações no cuidar do utente com doença mental.

Fortin (1999) refere que as entrevistas não-estruturadas visam ajudar o entrevistador em compreender a significação dada a um acontecimento ou a um fenómeno na perspectiva

dos participantes. Nas entrevistas não-estruturadas, os participantes são estimulados a falar espontaneamente dos temas sugeridos pelo investigador, independentemente, de serem debatidos ou não.

Sreubert e Carpenter (2002, p.67) defendem que a entrevista “... permite entrar no mundo da outra pessoa e é uma excelente fonte de dados”. Considerando que no processo da entrevista, a completa concentração e a participação rigorosa, permitem o aumento do rigor, da confiança e da autenticidade dos dados.

Para a realização da entrevista marcámos a data e a hora com cada enfermeiro participante. As entrevistas decorreram no gabinete da Enfermeira-chefe, de modo, a respeitar a privacidade dos participantes.

Durante a entrevista apenas estiveram presentes os entrevistadores e o entrevistado(a). Estas entrevistas tiveram uma duração de 15 a 20 minutos, aproximadamente, e foram objecto de gravação áudio em mini-gravador.

De acordo com Fortin (1999, p. 373), o pré-teste é uma “... medida de uma variável efectuada nos sujeitos antes que seja aplicado o tratamento experimental. Também, é considerada um ensaio de um instrumento de medida (...) antes da sua utilização em maior escala”.

A realização do pré-teste tem como objectivo validar a eficácia e a pertinência da questão colocada, isto é, verificar a clareza da questão. O pré-teste também permite identificar quanto tempo demora a realização da entrevista, e verificar se a questão origina alguma relutância na sua resposta. E por fim, ajuda os investigadores a treinar para as entrevistas subsequentes.

Por isto, realizámos o pré-teste e dada a riqueza do depoimento da primeira participante, e uma vez que não houve necessidade de reformular a questão, optámos por integrar esta participante na nossa amostra.

As entrevistas foram realizadas no mês de Agosto, excepto a última entrevista que foi realizada no mês de Outubro onde se atingiu a saturação dos dados.

Depois das entrevistas efectuadas, a gravação das mesmas foram transcritas e os dados foram analisados.

2.5. Análise dos Dados

De acordo com Fortin (1999, p.149), uma análise fenomenológica implica “...uma descrição fina, densa e fiel da experiência relatada...”. Portanto, a abordagem fenomenológica visa colocar em evidência a experiência vivida pelos participantes ligados ao fenómeno em estudo, com a ajuda de uma análise descritiva dos significados formulados dessas mesmas experiências.

Para a análise e tratamento de dados, utilizamos o processo interpretativo fenomenológico: o método de Colaizzi (1978) citado por Streubert e Carpenter (2002), sendo constituído por nove etapas, nomeadamente:

1. Descrever o fenómeno em estudo;
2. Colher as descrições dos participantes sobre o fenómeno;
3. Ler todas as descrições do fenómeno feitas pelos participantes;
4. Retornar as transcrições originais e extrair as declarações significantes;
5. Tentar soletrar o significado de cada declaração signficante;
6. Organizar os significados agregados formalizados em grupos de temas;
7. Escrever uma descrição exaustiva;
8. Regressar aos participantes para validar a descrição;
9. Se novos dados forem revelados durante a validação, incorporar os dados na descrição exaustiva.

Sublinhamos que o facto da amostra ser reduzida e os dados recolhidos serem testemunhos pessoais, os resultados por nós encontrados só são válidos para aquele contexto não podendo ser extrapolados para o universo dos enfermeiros.

Seguindo então as etapas supracitadas, começámos por proceder à audição das gravações das entrevistas que posteriormente foram transcritas de forma integral (Transcrição Integral das Entrevistas no Apêndice V), manuscritas e finalmente processadas em suporte informático. Ainda nesta fase, com o objectivo de confirmar se não havia erros na transcrição, foram ouvidas novamente as gravações.

De forma a que tivéssemos uma melhor percepção dos dados obtidos, realizamos várias leituras dos depoimentos para destacar todas as expressões e declarações significantes, às quais foram atribuídos números para uma melhor orientação e organização.

Seguidamente, agrupámos todas as expressões e declarações significantes que tinham o mesmo sentido, tendo-lhes sido atribuído um significado (Quadros com as categorias, temas, significados formulados e declarações significantes encontram-se no Apêndice VI).

Após este agrupamento, confirmámos as declarações significantes e significados formulados com cada entrevistado, comparando com o depoimento efectuado por eles, de forma, a verificar se correspondiam ao que cada um deles nos tinha relatado e se haveria necessidade de efectuar alguma alteração. Salientamos que não foi necessário efectuar nenhuma alteração, pois os mesmos referiram estar de acordo com os significados formulados às suas experiências e vivências.

Após validação dos dados individualmente com cada entrevistado, os significados obtidos foram organizados em temas, segundo os vários sentidos identificados, e estes integrados em categorias (Quadros com as categorias, temas, significados formulados e declarações significantes encontram-se no Apêndice VI), procurando deste modo determinar o mais possível a estrutura essencial do fenómeno em estudo.

Finalizada a análise dos dados, procedemos à sua interpretação, a qual será descrita no capítulo seguinte.

Capítulo III: Fase Empírica

De acordo com Fortin (1999), o plano de investigação, elaborado na fase precedente é posto em execução. Esta fase inclui a colheita de dados no terreno, depois segue-se a organização e depois o tratamento dos dados, onde se executa uma análise de acordo com o método interpretativo escolhido. Posteriormente, passa-se à interpretação e só depois a comunicação dos resultados. A partir destes resultados, podem-se propor novas vias de investigação e formular sugestões.

Nesta fase do nosso estudo, prosseguimos com o que é preconizado pelo método Colaizzi (1978), sendo que os nossos objectivos são:

- Conhecer as vivências dos enfermeiros que cuidam de utentes com doença mental, em contexto hospitalar;
- Conhecer as motivações da sua opção a trabalhar com utentes com doença mental.

Esta foi a etapa de realização mais exigente, uma vez que tentámos reger-nos pela precisão e pelo rigor necessário, de modo, a que o emergir do fenómeno fosse feito de acordo com as vivências dos entrevistados.

Numa primeira fase, iremos descrever o fenómeno integrando todos os resultados obtidos e, posteriormente, faremos uma análise essencial do fenómeno, onde seleccionamos bibliografia de acordo com o tema em estudo, de forma, a reflectirmos em profundidade acerca das categorias que emergiram das vivências dos enfermeiros.

3.1. Análise do Fenómeno em Estudo

A análise e reflexão dos dados obtidos em cada entrevista, deu origem às “Categorias” que constituem o fenómeno em Estudo. Através do sentido dos “Significados Formulados”, identificámos treze (13) temas, os quais foram distribuídos por três (3) categorias, nomeadamente:

1. Necessidades Sentidas pelo Enfermeiro

2. Sentimentos do Enfermeiro

3. Competências do Enfermeiro

As categorias anteriormente descritas, conjuntamente com a pesquisa bibliográfica para este fim, irá permitir-nos estudar o fenómeno.

3.1.1. Categoria Nº1: Necessidades Sentidas pelo Enfermeiro

No quadro Nº1, apresentamos os significados formulados que caracterizam a **Categoria Necessidades Sentidas pelo Enfermeiro**, à qual foram atribuídos os seguintes temas:

- ◆ I – Reflexão sobre Vivências;
- ◆ II – Realização Profissional;
- ◆ III – Motivação;
- ◆ IV – Interesse pela área da Saúde Mental;
- ◆ V – Gosto de Trabalhar em Equipa.

Esta categoria representa as necessidades que os profissionais de enfermagem sentem na prestação de cuidados aos utentes com doença mental, que vão desde a necessidade em reflectir sobre as suas vivências, a necessidade de se sentirem motivados realizados profissionalmente, a necessidade de sentirem interesse pela área de saúde mental, e o gosto de trabalhar em equipa.

No primeiro quadro apresentado, verificamos que os enfermeiros atribuem a **Reflexão sobre as Vivências** fundamental na sua prática, expressando a necessidade de ter consciência dos pequenos gestos que representam para os utentes.

Tema	Significados Formulados
I – Reflexão sobre Vivências	1. Consciencialização da importância do gesto perante o utente.
	4. 5. 7. 62. A importância de reflectir sobre todas as situações que vão decorrendo durante a prática clínica.
	28. 74. 75. Compreensão do estado de fragilização que o utente com doença mental detém.

Quadro 2 – Tema I: Reflexão sobre vivências

Para Azevedo e Lourenço (2006), é importante para os enfermeiros admitirem que o conhecimento das vivências e de tudo o que elas pertencem, é útil para planear um agir adequado.

Na perspectiva de Benner (2001) citado por Azevedo e Lourenço (2006, p.26, “... reconhecer e reflectir sobre as circunstâncias em que vivemos determinados sentimentos/emoções, reacções e necessidades habilita-nos a uma maior compreensão e a melhores opções em situações semelhantes”.

De acordo com Hesbeen (2000, p.47), “...as “pequenas coisas” fazem parte integrante dos cuidados de enfermagem. Esta característica indica, ao mesmo tempo, a força e a fraqueza dos cuidados de enfermagem”. Uma força real e acima de tudo potencial, porque todas essas “pequenas coisas”, são na verdade, úteis à população.

Esta necessidade de reflectir sobre as vivências relativamente à importância do gesto face ao utente com doença mental é confirmada pela enfermeira quando refere:

¹ “consciência da importância que um pequeno gesto tem perante uma pessoa que está fragilizada, que está com uma doença mental”

Para Hesbeen (2000, p.47) “...essas “pequenas coisas” não se devem confundir com “pequenos actos”, “pequenos comportamentos” ou “pequenos gestos calculados” que, a esse título, poderiam equivaler a “quase nada” ou a “menos que nada”. Trata-se, portanto, de todas essas “pequenas coisas” da vida, aquelas que, para uma determinada

peessoa, dão sentido à vida e são realmente importantes. A atenção a essas “pequenas coisas” revela preocupação do profissional com o outro, na sua existência.

O enfermeiro acaba por participar plenamente na sua saúde, proporcionando bem-estar à pessoa com doença mental. É através da valorização da utilidade social de todas essas “pequenas coisas” que constituem os cuidados de enfermagem e as qualidades profissionais exigidas para lhes dar vida e sentido que a enfermagem poderá esclarecer e firmar a sua identidade, provando assim, o seu contributo fundamental para a saúde dos utentes.

Realça-se a pertinência da temática exposta pela necessidade de se procurar avivar a importância da reflexão por parte dos profissionais de enfermagem acerca das suas práticas quotidianas.

Segundo Azevedo e Lourenço (2006), a acção reflectida traz vantagens em termos do desempenho profissional contribuindo assim, para o seu desenvolvimento e reconhecimento profissional e social. Assim como, reforça-se a tendência motivacional para procurar níveis cada vez mais elevados de qualidade, o que ajuda significativamente para a satisfação do profissional e do utente alvo dos cuidados.

Os enfermeiros reconhecem a necessidade de reflectir sobre as vivências que decorrem na sua prática quotidiana mencionando:

⁴ *“e foi isso, que me fez pensar que este tipo de situações tem solução.”*

⁵ *“importância de nós falarmos sobre as situações complicadas que acontecem.”*

⁷ *“pensar um bocadinho primeiro, o que é que ele me está a querer dizer... o que é que esta pessoa me está a querer dizer.”*

⁶² *“Isto fez-me reflectir sobre um conjunto de situações.”*

Segundo Phaneuf (2005, p.332), a “...escuta é muitas vezes sinónimo de disponibilidade no tempo, e também de disponibilidade interior para estar pronto a acolher o que diz o

outro”. É uma tarefa que nem sempre é fácil, pois que se deve abrir as coisas que jamais ouviu, coisas que exprimem desejos, rancores, culpabilizações, contradições ou mesmo incoerências, e também ter tempo de escutar o utente independentemente do seu estado de espírito. Para o enfermeiro escutar alguém, falar de valores que estão em oposição aos seus, ou então, relatar acções que o chocam, é muitas vezes muito difícil, e exige uma grande capacidade de adaptação, de aceitação e de respeito pelo outro na sua diferença.

No que diz respeito à compreensão do estado de fragilização que o utente com doença mental detém, um enfermeiro referiu:

²⁸ *“Se eu não tivesse esta disponibilidade interior, se eu não tivesse voltado atrás, e não tivesse recebido esta família (pausa) e este jovem, e eu não o tivesse agarrado, acho que era mais um miúdo que se perdia.”*

“É preciso também que à partida a enfermeira considere o utente como uma pessoa de corpo inteiro e não como um ser inferiorizado pela perda de poder que traz a doença.” (Phaneuf, 2005, p. 322) Quando se trata de estar em contacto com a pessoa, as manifestações de aceitação e de respeito do enfermeiro são a chave da abertura para uma relação de significante e calorosa, numa convivência terapêutica essencial a um trabalho profissional. Na realidade, o utente, qualquer que seja o seu estado, é um parceiro no processo de cuidados: o enfermeiro presta-os, o utente recebe-os e colabora nestes, segundo as suas possibilidades. Sem a sua colaboração, por vezes, obtida com grande ajuda, não se pode nada, e a missão de ajuda perde o sentido.

Relativamente à importância de compreender o estado fragilizado do utente com doença mental, foi expresso pelo enfermeiro as seguintes expressões:

⁷⁴ *“Porque o doente mental, nós sabemos controlar, sabe-se que estão doentes, dizem determinadas coisas, não porque querem dizer.”*

⁷⁵ *“se a mente comanda tudo, a partir daí, precisam de alguém que os ajude, que os oriente.”*

Portanto, a partir do momento em que se procura compreender a situação em que nos encontramos, assim como a nós próprios e aos outros nessa situação, ao fazer a experiência da vivência, abre-se o sentido ao cuidado. (Honoré, 2004) A manifestação ao cuidado está, pela vivência, ligada à compreensão. Também se pode considerar que toda a reflexão verdadeira acerca de uma prática, em qualquer domínio de actividade que seja, pela compreensão que implica, estimula essa prática para o cuidado, ao perspectivá-la como cuidadora.

Uma prática dita cuidadora deve, em si mesma, ser estimulada através da compreensão, para que seja portadora de um sentido de cuidar, tanto para quem é cuidado como para quem é cuidador. Ela deve, pois ser entendida como podendo abrir-se ao sentido, ser apreendida na forma que lhe dá uma significação e ser vivenciada.

Continuando na **Categoria das Necessidades Sentidas pelo Enfermeiro**, no quadro seguinte, como **Tema a Realização Profissional**, em que verificamos que existe nos enfermeiros uma relação gratificante na sua prática, por terem a oportunidade de desenvolver o seu crescimento pessoal, por ajudarem um ser humano numa necessidade, por existir uma valorização do seu trabalho e ainda pela utilidade que sentem na contribuição que dão para o projecto de vida dos utentes.

Tema	Significados Formulados
II – Realização Profissional	16. 56. 80. Trabalhar na área de Saúde Mental contribui para o processo de crescimento pessoal dos enfermeiros.
	23. 43. 63. 79. A relação de ajuda que se estabelece na área de saúde mental é gratificante para os enfermeiros.
	2. 25. 29. 30. O papel dos enfermeiros é determinante e valorizado pela equipa e pelos próprios doentes.
	36. 44. 83. A utilidade que o enfermeiro sente ao ajudar as pessoas no seu projecto de vida.

Quadro 3 – Tema II: Realização Profissional

Para Feldman (2001, p.340) citando McClelland et al., (1953), a “...necessidade de realização é uma característica estável e aprendida em que a satisfação é obtida através da luta pela obtenção de um nível de excelência”.

As pessoas que têm uma necessidade de realização elevada procuram situações em que possam competir em relação a um determinado padrão e provar a si próprias esse sucesso.

Ser enfermeiro em saúde mental e psiquiátrica é ter consciência das atitudes na relação com os outros e usá-las de forma construtiva/positiva, promovendo assim, em paralelo com o crescimento profissional, um crescimento pessoal significativo, e são os próprios enfermeiros que nos expressam:

¹⁶ *“e é importante até em termos de aprendizagem. Quando os familiares nos abordam, nos dizem”*

⁵⁶ *“é importante para o meu próprio processo de crescimento pessoal, trabalhar nesta área.”*

⁸⁰ *“eu chego à conclusão de que eu cresci imenso, também aprendi imenso”*

A relação de ajuda que se estabelece na área de saúde mental é considerada como gratificante para os enfermeiros, dado que a relação de ajuda permite que os utentes trazem para a relação as suas próprias experiências de vida, a sua inteligência, os conhecimentos adquiridos, os seus valores, as suas crenças e as suas motivações para mudar. (Bolander, 1998) Os enfermeiros trazem a sua experiência, compreensão e competências. A enfermeira e o utente são vistos como sistema únicos que se cruzam num terreno comum: a relação terapêutica enfermeiro-utente, onde verificamos a gratificação que os enfermeiros sentem através das seguintes expressões:

²³ *“Porque é muito gratificante. Primeiro porque assenta-se (pausa) está muito assente nas questões relacionais”*

⁴³ *“Portanto, eu acho que a diversidade de experiências também acaba por ser algo muito gratificante.”*

⁶³ *“o que é mais gratificante, é de facto, a parte relacional”*

⁷⁹ *“E é importante estabelecer a relação de ajuda (pausa) da minha parte, eu sinto-me realizada.”*

De acordo com Melo, R. (2008, p.71), o reconhecimento da evolução da enfermagem pode verificar-se através da leitura do artigo nº1, do Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro:

“A enfermagem registou entre nós, no decurso dos últimos anos, uma evolução, quer a nível da respectiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional, que torna imperioso reconhecer como de significativo valor o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde e, bem assim, no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde”.

O enfermeiro sente-se realizado profissionalmente quando o seu trabalho é valorizado pela equipa, e principalmente pelos próprios utentes, dos quais presta cuidados, e comprovamos como o papel dos enfermeiros é valorizado pela equipa e pelos próprios utentes, tendo sido expresso pelos enfermeiros o seguinte:

² *“para aquela mulher teve tanta importância que muitos anos depois se lembrava daquele gesto”*

²⁵ *“o nosso papel é importante, e valorizado pela equipa e pelos próprios doentes.”*

²⁹ *“é isso é que são as mais valias e as grandes gratificações.”*

³⁰ *“tempo que disponibilizei-me, que custou-me e que fez toda a diferença naquele miúdo”*

Os enfermeiros sentem uma grande satisfação ao ajudarem os utentes com doença mental, sendo providos de um sentimento de utilidade ao longo da sua prática quotidiana. Pode-se considerar que a maior fonte de satisfação no trabalho do enfermeiro, em saúde mental e psiquiatria, concentra-se no facto de que as suas intervenções ajudarem no projecto de vida do utente com doença mental.

Apuramos então a utilidade que o enfermeiro sente ao ajudar as pessoas no seu projecto de vida, de acordo com o que foi referido pelos seguintes enfermeiros:

³⁶ *“ter contribuído positivamente para o projecto de vida em causa.”*

⁴⁴ *“eu me sinto muito útil no acompanhamento da vida do outro.”*

⁸³ *“Porque eu tenho a certeza de que sou útil, porque muitos precisam de alguém que precisa de apoio psicológico”*

No quadro seguinte, ainda dentro da **Categoria Necessidades Sentidas pelo Enfermeiro**, desenvolvemos o **Tema Motivação**, onde os enfermeiros mencionaram que a motivação é uma necessidade importante para realizarem uma prestação de cuidados eficaz.

Tema	Significados Formulados
III – Motivação	12. 13. Possibilidade de dar continuidade ao trabalho já realizado dentro da área de saúde mental.
	31. 39. 46. 69. O desafio de ajudar o outro a decidir, a trabalhar a sua autonomia, de ajudar as pessoas a construir os seus projectos de vida.
	45. A exigência que é feita em termos de competências transversais acaba por constituir um desafio.

Quadro 4 – Tema III: Motivação

De acordo com Rispaill (2002, p.39), a “...motivação é o que dá origem à acção”. Graças a esta, a intenção transforma-se em acto. Mas, passada esta fase de iniciação da acção, a manutenção de um certo tónus motivacional vai persistir até que os objectivos fixados

sejam atingidos. Como sabemos, a motivação depende de factores exteriores (contexto, ambiente) e interiores.

Mediante o que foi anteriormente descrito, averiguamos como factor importante na motivação dos enfermeiros, a possibilidade de dar continuidade ao trabalho já realizado dentro da área de saúde mental, onde referem:

¹² *“Como fiz a diferença, isso se calhar, melhorou a minha auto-estima nessa área, e achei que tinha, se calhar jeito para aquilo”*

¹³ *“Daí que tudo isso contribuiu para eu me sentir bem neste ambiente e continuar o trabalho.”*

Segundo Rispaill (2002), a procura do grau de motivação e de como melhorá-lo passa por uma exploração interior, do conhecimento do seu potencial, da percepção que tem de si mesmo e dos outros. Mas, isso não seria nada, se não se interessasse pelo que o rodeia, isto é, o seu ambiente e o que espera dele em termos de recompensa e diversas gratificações, constituindo sempre um desafio para o próprio.

Verificamos então a necessidade que os enfermeiros têm em procurar desafios como factor de motivação, sendo nesta área de saúde mental e psiquiatria, o desafio de ajudar o outro a decidir, a trabalhar a sua autonomia, de ajudar as pessoas a construir os seus projectos de vida, onde acabaram por referir o seguinte:

³¹ *“E que no fundo, se todos nós fizermos um bocadinho de diferença (pausa) Isso é muito gratificante!”*

³⁹ *“Ajudar a outra pessoa a ser mais pessoa, não é?! Ser pessoa integralmente, são experiências gratificantes.”*

⁴⁶ *“sentir que estas pessoas precisam de uma ajuda consistente. E que eu realmente poderia dar essa ajuda.”*

⁶⁹ “Mas isto, de trabalhar a autonomia do utente, trabalha as competências do utente, torna-lo mais autónomo possível, de facto, é aquilo que neste serviço me motiva mais.”

Segundo Mendonça (2009), os profissionais de enfermagem conscientes dos contextos actuais, apostam na formação na aquisição e desenvolvimento das suas competências, considerando-as essenciais para a qualidade do seu exercício dado que os cuidados prestados se dirigem ao ser humano – complexo e único. Os enfermeiros, cuidadores por excelência, necessitam adquirir competências de ordem técnico-científicas como também competências de relação de ajuda, empatia, assertividade e criatividade. Ou seja, competências transversais e o que Collière (1999, p.34) assume como “o campo das competências de enfermagem são vastos e baseiam-se essencialmente nos cuidados da manutenção da vida”.

Logo, o enfermeiro considera que a exigência que é feita em termos de competências transversais acaba por constituir um desafio, onde acaba por referir o seguinte:

⁴⁵ “sentir que as minhas competências transversais eram postas em causa e eram treinadas e mobilizadas para a minha prática.”

Continuando na **Categoria Necessidades Sentidas pelo Enfermeiro**, o próximo **Tema Interesse pela Área de Saúde Mental**, em que os enfermeiros descrevem o seu interesse na área de saúde mental e psiquiatria, sendo representado pelo seguinte quadro:

Tema	Significados Formulados
IV – Interesse pela Área de Saúde Mental	17. 21. 58. 71. 82. Gosto pela psiquiatria.
	22. 68. Gosto pela área da reabilitação psicossocial.

Quadro 5 – Tema IV: Interesse pela Área de Saúde Mental

O enfermeiro deverá dar ênfase na busca de novos conhecimentos e novas actuações, em dar resposta na área da saúde mental e psiquiatria, e ter como meta receber e

devolver o utente à sociedade em condições de lidar com os seus problemas, ajudar a melhorar a qualidade de vida, promovendo assim, uma assistência de enfermagem sistematizada e, acima de tudo, humanizada. (Arantes, Fukuda e Stefanelli, 2008)

É imprescindível que o enfermeiro que presta cuidados na área de saúde mental e psiquiátrica tenha conhecimento específico em enfermagem psiquiátrica e já tenha alguma experiência com utentes com doença mental. Isto, porque a enfermagem é uma profissão que tem um conjunto de conhecimentos científicos, sistematizados, reflexivos que não podem ser substituídos pelo conhecimento obtido apenas no quotidiano, através de acções automáticas, imediatas, aprendidas na base do erro e tentativa.

Ou seja, averiguamos que na área de saúde mental e psiquiatria emerge a necessidade de um suporte teórico muito rico, para que se compreendam todas as vertentes da complexidade da mente humana, contribuindo para o gosto em trabalhar em psiquiatria, como os enfermeiros descrevem:

¹⁷ *“Eu tinha gostado, as coisas tinham corrido muito bem.”*

²¹ *“Esta área aprendi a gostar...”*

⁵⁸ *“eu senti um maior interesse em aprofundar e que eu me envolvi mais*

⁷¹ *“Eu gosto de psiquiatria, gosto de trabalhar na psiquiatria.”*

⁸² *“fiquei na psiquiatria, e gosto, e quero continuar.”*

A Reabilitação Psicossocial é uma perspectiva relativamente recente, que se baseia na convicção de que é possível ajudar a pessoa a ultrapassar as limitações causadas pela sua doença, através da aprendizagem de competências e de novas capacidades. Também é necessário sensibilizar a comunidade para a aceitar e diminuir as barreiras que a sociedade coloca à sua integração, na escola, no emprego, nos grupos sociais e de lazer, na família. É preciso promover a autonomia e o exercício dos direitos, através do empowerment das pessoas que têm perturbações mentais e da advocacia junto da

sociedade. É preciso criar redes de suporte social que dêem apoio às competências adquiridas e a desenvolver.

A definição de Reabilitação Psicossocial da OMS (2001) citado por Fazenda (2006) inclui todas estas vertentes: a reabilitação psicossocial é um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido à perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade. Envolve tanto o incremento das competências individuais como a introdução de mudanças ambientais. Os principais objectivos são a emancipação do utente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria da competência social individual e a criação de um sistema de apoio social de longa duração.

Por conseguinte, através da necessidade destas competências individuais, os enfermeiros referiram interesse na área de saúde mental e psiquiatria, mencionando gosto pela área da reabilitação psicossocial através das seguintes expressões:

²² *“Eu gosto muito da área da reabilitação psicossocial”*

⁶⁸ *“porque a reabilitação psicossocial é recente, porque estes utentes têm longos anos de internamento, mas ao mesmo tempo acaba por ser um desafio.”*

Por fim no quadro seguinte, continuando na **Categoria Necessidades Sentidas pelo Enfermeiro**, o **Tema Gosto de Trabalhar em Equipa**, é essencial ao trabalhar na área de saúde mental e psiquiatria, visto que, são necessários diferentes tipos de profissionais de saúde, que vão desde o enfermeiro, ao psiquiatra, ao psicólogo, ao terapeuta ocupacional, ao assistente social, e só através da interligação entre estas diferentes profissões é possível chegar a um caso de sucesso em reabilitação psicossocial.

Tema	Significados formulados
V – Gosto de trabalhar em equipa	19. 24. 26. 60. 66. A importância do trabalho de equipa e o apoio que existe entre os membros da equipa multidisciplinar.

Quadro 6 – Tema V: Gosto de trabalhar em equipa

Para Costa, J. (Ano desconhecido), o método de trabalho em equipa foi criado com o objectivo de reunir pequenas partes de conhecimentos e informações num todo, onde as acções são supervisionadas e auxiliadas por um outro elemento que é um líder/chefe de equipa.

Numa equipa é fundamental que haja uma cooperação entre as acções dos seus elementos, sendo possível que ocorram diferentes interpretações e opiniões sobre as mesmas, e que de seguida, possam ser discutidas e/ou formuladas novas ideias e formas de actuar. Desta forma, todas as pessoas da equipa, devem ter uma visão ampla do que estão a fazer, para perceber o impacto de sua intervenção num todo.

Neste sentido, torna-se importante definir objectivos claros, concisos e de identificar prioridades. Aumenta, também, a necessidade de planear colectivamente o processo necessário para alcançar os objectivos, aproveitando os conhecimentos e experiências existentes no grupo. Cabe ao chefe da equipa avaliar os objectivos a serem alcançados pela equipa dentro do contexto disponível (tempo, disponibilidade de pessoal e de recursos, características humanas e complexidade da tarefa principal que deve ser executada) para definir a técnica mais apropriada a ser utilizada ao longo do trabalho.

A contribuição individual e o seu impacto no trabalho da equipa são mais facilmente compreendidos, aumentando a participação e a interacção entre os elementos. A troca de informações entre os membros da equipa deve ser organizada de maneira dinâmica para que os canais de comunicação disponíveis possam ser melhor utilizados. A ênfase passa a ser em resultados partilhados, ao invés de um conjunto de resultados individuais, ou seja, numa equipa, o foco de actuação, de cada um amplia-se, e em vez de se realizarem actividades isoladas, passa-se a valorizar os resultados que a equipa, como conjunto é capaz de realizar.

Neste método, os cuidados são centrados no cliente e implementados após reuniões da equipa, nas quais todos discutem e identificam as necessidades de cada cliente definindo estratégias para as superarem. Deste modo, os cuidados são contínuos, pois são planeados e reavaliados com todos os profissionais.

É importante que o plano de cuidados esteja actualizado, sendo uma forma de comunicação necessária à continuidade dos cuidados, e para fornecer elementos ao líder da equipa, que lhe permitam supervisionar e seleccionar os conteúdos a ensinar aos membros da equipa. Os Enfermeiros que são confrontados com os problemas dos utentes podem expô-los aos outros elementos da equipa, para serem discutidos e solucionados.

Cabe ressaltar que todos os componentes da equipa envolvidos são responsáveis pelo projecto, sendo que o sucesso do trabalho será resultado do empenho de cada componente. A gestão dentro de uma equipa, bem como a forma de comunicação entre seus membros, pode ser realizada de várias maneiras, utilizando técnicas diferenciadas de organização entre o chefe e os membros da equipa.

Os enfermeiros reconhecem a necessidade de trabalhar em equipa referindo:

¹⁹ *“Eu sempre gostei de trabalhar em equipa, de ter gente comigo no serviço.”*

²⁴ *“gosto muito da dinâmica deste serviço, das reuniões de equipa, do trabalho em equipa, da discussão dos casos.”*

²⁶ *“Mas com equipas boas, até aguenta-se serviços com muito tempo e com elevado grau de satisfação.”*

⁶⁰ *“Reconhecer a importância do trabalho em parceria, o trabalho de equipa com alguém, e não só a importância em termos as condições perfeitas”*

⁶⁶ *“Neste serviço, sinto-me motivado, (...), este é na minha opinião, o meu serviço predilecto.”*

Na área da Saúde Mental e Psiquiatria, o trabalho em equipa é fundamental, na medida em que as equipas eficientes podem facilitar o trabalho e melhorar o desempenho dos elementos que fazem parte das mesmas, por conter em si diferentes experiências e competências. Além disso, as equipas podem ser mais flexíveis do que os indivíduos

isolados, reagindo melhor às situações de mudança, tão rápidas e vitais da prática quotidiana.

3.1.2. Categoria N°2: Sentimentos do Enfermeiro

O quadro N°2 corresponde à **Categoria Sentimentos do Enfermeiro**, à qual integra Sentimentos positivos e sentimentos negativos com os temas:

- ◆ **VI – Preocupação;**
- ◆ **VII – Tristeza;**
- ◆ **VIII – Medo;**
- ◆ **IX – Impotência.**

Para Freud citado por Taylor (1992, p.38) “...quando se deseja ajudar os outros, deve-se ter uma profunda compreensão sobre as crenças e sentimentos de modo a não interferir, inadvertidamente no progresso do doente...”. Na medida em que os enfermeiros são também pessoas, pessoas que sentem, e esses sentimentos podem influenciar directamente os cuidados que prestam aos utentes, de forma positiva ou negativa.

Por isso, consideramos de extrema importância identificar esses sentimentos através dos relatos dos participantes que os experienciam diariamente.

Para Irving (1978, p.3) citado por Jorge (2002), o enfermeiro podia não ter uma personalidade particular ou um conjunto de atributos especiais, este teria de ser um “... adulto sadio, bastante maduro emocionalmente ... capaz de tolerar frustrações e tensões de forma suficientemente efectiva, de modo a manipular os sentimentos resultantes de maneira construtiva ... ter suficiente autoconhecimento ... ser bastante flexível”.

Deste modo, consideramos importante que o enfermeiro em saúde mental e psiquiatria desenvolva competências na área da relação interpessoal, porque esta relação é a base para identificar eficazmente os problemas, direccionando o utente para a saúde mental. Visto que para reforçar a saúde dos utentes, os enfermeiros precisam de estar cientes das

suas próprias atitudes, sobre o que constitui saúde, o que os enfermeiros consideram ser uma resposta saudável.

De acordo com Lopes (1995), nos vários momentos do cuidar, o enfermeiro e o utente encontram-se através do olhar, da voz, da postura, do gesto, num contexto de intimidade forçada e não procurada que pode ser geradora de emoções fortes e contraditórias, o que torna a relação complexa.

Torna-se importante conhecer os sentimentos que os enfermeiros inspiram e que os utentes os inspiram enquanto os cuidamos, pois os enfermeiros possuem sentimentos acerca de tudo, das coisas, das pessoas e deles próprios, e são esses sentimentos que vão determinar em grande parte toda a motivação e as escolhas das acções e atitudes nos actos de cuidar.

Os sentimentos não podem ser considerados como obstáculos ou ameaças a um agir adequado. Pelo contrário, reconhecer e reflectir sobre as circunstâncias em que vivemos determinadas emoções e sentimentos, possibilitam-nos a uma melhor compreensão e a melhores opções em situações semelhantes. Para Benner citado por Lopes (1995), ignorar, negar ou evitar os sentimentos negativos, é dar-lhes mais poder. Em contrapartida, reconhecer, relembrar e reexperienciar sentimentos positivos, dá-nos conforto, alegria, optimismo, compreensão.

A intersubjectividade de ambos, enfermeiro e utente, impõem-se em cada momento dos cuidados e nesta interacção, os sentimentos que o utente inspira necessitam entrar no campo profissional, ser compreendidos e analisados, pois os actos de cuidar não podem continuar a ser descurados.

Cada pessoa sabe de maneira empírica, pela sua experiência, o que é uma emoção. “É um sentimento incontrolável que provoca manifestações físicas sentidas de maneira agradável ou desagradável”. (Rispaill, 2002, p.30)

O aparecimento de uma emoção na esfera do consciente produz-se de maneira involuntária, mas a gestão desse sentimento pode ser controlada.

No primeiro quadro apresentado, na **Categoria Sentimentos do Enfermeiro** apresentamos o **Tema Preocupação**, onde denotamos que os enfermeiros são pessoas de natureza interventiva, capacitados de uma preocupação natural pelo bem-estar do outro.

Tema	Significados formulados
VI - Preocupação	27. A forma como as pessoas fragilizadas marcam os enfermeiros.

Quadro 7 – Tema VI: Preocupação

A mente preocupada anda às voltas num interminável ciclo de melodrama, em que um conjunto de preocupações conduz a outro, para depois tudo voltar ao princípio. Goleman (2002) citado por Diogo (2006, p.122) sugere a “... preocupação é o âmago da ansiedade”. A preocupação é, de certa forma, um ensaio sobre as situações e como lidar com o evento. A tarefa da preocupação é descobrir uma solução positiva, antes que as mesmas se manifestem.

No que diz respeito ao sentimento preocupação, e notória a forma como as pessoas fragilizadas marcam os enfermeiros, em que a enfermeira refere:

²⁷ *“Este miúdo marcou-me muito, porque este pai vinha desesperado”.*

Continuando na **Categoria Sentimentos do Enfermeiro**, o próximo **Tema Tristeza**, abordamos o facto de que os enfermeiros são expostos a numerosas situações, em que a emotividade é fortemente solicitada, comportando sempre uma parte de tristeza:

Tema	Significados formulados
VII – Tristeza	72. 78. O impacto que a prática profissional tem nos sentimentos do enfermeiro.

Quadro 8 – Tema VII: Tristeza

A tristeza foi vivida pelos enfermeiros sob várias formas em vários contextos. A emoção primária de tristeza inclui o desânimo, a depressão, a pena, a compaixão, e a mágoa. De acordo com a tipologia da família das emoções de Goleman (2002) citado por Diogo (2006), cada emoção primária agrupa uma série de tonalidades e mutações, que neste caso, os participantes foram especificando e assim foi-nos possível caracterizar mais profundamente a tristeza que o enfermeiro sente na prestação de cuidados.

As causas da tristeza têm habitualmente a ver com situações de perda e desapontamento, podendo ser a primeira situação relativa a perdas no mundo das relações interpessoais ou de posses. Enquanto a segunda refere-se à situação subjectiva que acompanha a consciência da não realização de objectivos e intenções.

O impacto que a prática profissional tem nos sentimentos do enfermeiro é expresso da seguinte maneira:

⁷² “*eu pensei que os enfermeiros da psiquiatria seriam os melhores para tratar de um ser humano, mas não (pausa) foi uma grande tristeza para mim.*”

⁷⁸ “*e hoje estava triste. Mexeu comigo, não apenas por ser um senhor tão novo, mas por outras coisas*”

No quadro seguinte, ainda dentro da **Categoria Sentimentos do Enfermeiro**, desenvolvemos o **Tema Medo**, onde apuramos ser um sentimento associado ao desconhecido, de não saber lidar com a situação, e que é experienciado pelos enfermeiros.

Tema	Significados formulados
VIII – Medo	<p>20. 73. Sentimento de insegurança e medo em lidar com aqueles utentes.</p> <p>18. 61. Os sentimentos que o enfermeiro cria perante as situações que vão aparecendo.</p>

Quadro 9 – Tema VIII: Medo

O medo é uma emoção entre as mais arcaicas, provocada pela percepção do perigo. O medo tem uma função determinante na sobrevivência humana: quando aparece, de facto, produz uma série de modificações corpóreas que predis põem à fuga ou à agressão. O medo surge normalmente associado à ansiedade e à angústia, visto que produz reacções físicas e emocionais análogas. Enquanto que o medo surge provocado por um perigo objectivo, a ansiedade e a angústia nascem de situações às quais se atribui um significado de perigo subjectivo. (Slepoj, V.,1998)

Relativamente ao sentimento medo, os enfermeiros abordam o modo como a insegurança e o medo está presente no lidar com os utentes e expressam-no da seguinte forma:

²⁰ *“os meus colegas diziam sempre que eu não devia demonstrar medo, mostrar confiança, E eu estava cheia de medo, cheia (pausa) e super insegura, e essas coisas todas.”*

⁷³ *“Quer seja novo quer seja velho, para mim, os doentes da psiquiatria tem que se ter cuidado a tratá-los.”*

Para ultrapassar o medo, é necessário desenvolver competências que permitem ao enfermeiro adquirir maior conhecimento deles próprios e dos outros, e assim, encontrar o verdadeiro sentido dos cuidados a prestar, para agir na perspectiva das necessidades dos utentes e obter os resultados que pretendem. (Valadas, 2005)

Quanto aos sentimentos que o enfermeiro cria perante as situações que vão aparecendo, no que diz respeito ao sentimento medo, os enfermeiros referiram que:

¹⁸ *“Estávamos sozinhas, e assustei-me lá com um doente, e achei que se calhar não era bem aquilo que eu queria.”*

⁶¹ *“Primeiro a minha reacção foi agarrar-me a utente e começar a chorar.”*

Por fim no quadro seguinte, continuando na **Categoria Sentimentos do Enfermeiro**, o **Tema Impotência**, dado que é um sentimento que habita nos enfermeiros no decurso de

uma relação com o utente, pois existem situações difíceis das quais os enfermeiros não podem mudar em nada.

Tema	Significados formulados
IX -Impotência	3. Incapacidade de agir perante a situação stressante.

Quadro 10 – Tema IX: Impotência

O termo impotência, segundo Infopédia (Ano desconhecido) significa ausência de forças ou poder; impossibilidade de acção. Não se encontra classificado como emoção, mas podemos nomeá-la como sentimento tendo em conta que os “...sentimentos são constituídos, sobretudo, pela percepção de um certo estado do corpo, ou seja, a percepção do estado do corpo forma a essência do sentimento.” (Damásio, 2003, p.107) citado por Diogo (2006, p.124). É um sentimento que parece advir das emoções de tristeza e compaixão, quando a pessoa não consegue evitar algo negativo no outro, e também ligada às emoções de vergonha, embaraço e culpa, porque denota o assumir de uma incapacidade de dar resposta perante o pedido de ajuda de outra pessoa.

O enfermeiro pode deparar-se com a impossibilidade de agir perante uma situação do qual pode não saber o que fazer, como nos foi narrado:

³ *“O objectivo da colega foi afastar-me daquele momento de stress, porque ela deve ter percebido que eu não sabia o que é que eu havia de fazer.”*

Jorge (2002) defende que se os enfermeiros compreenderem os sentimentos que experienciam como prestadores de cuidados em saúde mental e psiquiatria, estes podem concretizar uma nova forma de ser e estar. Essa compreensão permitir-lhes-á, com base nos seus valores e atitudes, atingir um desenvolvimento pessoal e profissional que se reflecte, nesta área de prestação de cuidados, indo ao encontro dos outros, permitindo assim, um envolvimento com um impacto positivo no processo terapêutico e na maneira de estar em saúde mental e psiquiatria dos mesmos.

3.1.3. Categoria N°3: Competências do Enfermeiro

O quadro N°3: refere-se à **Categoria Competências do Enfermeiro**, no qual apresentamos os significados formulados das frases significativas distribuídos pelos seguintes temas que emergiram do fenómeno em estudo:

- ◆ **X - Papel do Enfermeiro;**
- ◆ **XI - Cuidar;**
- ◆ **XII - Relação de Ajuda;**
- ◆ **XIII - Valorização da Pessoa com Doença Mental**

A presente categoria expõe as **Competências de Enfermagem** em torno da prática em que o enfermeiro, para além das suas funções, assume o papel de formador.

As competências, segundo Mendonça (2009, p.15), A formação e desenvolvimento profissional apontam para a necessidade do indivíduo “querer ser” competente, criando estratégias para promover a qualidade do seu exercício. De acordo com Dias (2004, p.58) citado por Mendonça (2009, p. 51) “a formação é um processo de transformação individual que envolve a dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (atitudes e comportamentos) e do saber-aprender (evolução das situações e a actualização)”. Todos estes saberes estão em interacção e adaptação às situações contextuais. Segundo este autor, o desenvolvimento das competências passa pela interacção destes saberes.

Ainda de acordo com o mesmo autor, as competências, são em essência, “motores emergentes do poder pelo saber e não raro, transforma a filosofia do espaço laboral em estruturas sem hierarquia, planas, do ponto de vista do mando e da obediência, como contextos centralizados no utente/cliente e não só no produto em si.” (Mendonça, 2009, p.15)

Logo o enfermeiro assume-se como um indivíduo que consegue estabelecer interacção com o meio e desencadear mecanismos de adaptação aos contextos, sendo que a sua prática é fulcral para se tornar competente.

O primeiro tema apresentado nesta categoria refere-se ao **Papel do Enfermeiro**, que abrange um amplo domínio, não só de locais de desempenho, como de uma especializada assistência ao ser humano.

Tema	Significados Formulados
X – Papel do Enfermeiro	6. 14. 44. Compreender e aceitar as limitações da pessoa com doença mental.
	40. 41. 57. As competências que são exigidas ao enfermeiro enquanto pessoa, é uma mais-valia dentro da área de saúde mental.
	50. 51. 52. 54. É fundamental o papel do enfermeiro dentro e fora da instituição.
	43. 77. Deve-se sempre considerar olhar para o utente como um todo, englobar todos os aspectos da sua vida.

Quadro 11 – Tema X: Papel do Enfermeiro

“O enfermeiro tem que conhecer a pessoa em causa, perceber que formas assumem o seu sofrimento, como a pessoa lida com o seu problema, qual o sentido que a pessoa atribui à vida. O enfermeiro deve identificar os factores que perturbam o seu bem-estar.” (Ferreira, 2006, p.54).

Sendo assim é necessário que o enfermeiro compreenda e aceite as limitações da pessoa com doença mental, algo que confirmamos através das fases que enfermeiros referem:

⁶ *“De facto, o melhor é a gente voltar... devolver à pessoa a questão.”*

¹⁴ *“E é importante que a gente faça aqui um esforço, que ela não vai mudar. E ela não tem capacidade para isso, não é? No sentido da readaptação a esta nova situação da vida dela.”*

⁴⁴ *“Hoje em dia, a minha perspectiva do sucesso do processo reabilitativo é diferente da perspectiva que eu tinha quando eu vim trabalhar para esta área.”*

De acordo com Arantes, Fukuda e Stefanelli (2008), cabe ao enfermeiro adquirir conhecimentos centrados no cuidado à saúde mental da pessoa e da sua família, em todos os níveis de assistência – promoção, manutenção e recuperação, bem como na prevenção secundária e no reparo para a reintegração ou reabilitação social da pessoa, com respeito aos seus direitos e deveres de cidadão.

Por conseguinte, segundo Ferreira (2006), o enfermeiro que trabalha em psiquiatria, são lhe exigidas determinadas características, nomeadamente o ser disponível, assertivo, compreensivo, com capacidade de ouvir o outro, saber quando falar e quando estar em silêncio. Neste processo o enfermeiro deve direccionar a sua intervenção a nível das famílias, competindo-lhe a ajudar estas a criarem condições, oportunidades e meios para compreenderem melhor o seu familiar doente e contribuírem para a sua reabilitação.

O enfermeiro contribui, então para uma melhoria das capacidades do utente no seu funcionamento integral, sem nunca desconsiderar as suas dimensões enquanto pessoa. Em que as competências que são exigidas ao enfermeiro enquanto pessoa são uma mais-valia dentro da saúde mental, que são confirmadas pelos enfermeiros quando expressam:

⁴⁰ *“Agora, o que é que isto de ajudar o outro, trabalhar o projecto de vida (pausa) vai (pausa) com um bocado de todos os domínios da vida, vai com todas as competências, quer as competências transversais da pessoa, alvo de ajuda, quer as minhas próprias competências transversais.”*

⁴¹ *“Aqui o conceito de prestação de cuidados de enfermagem, é um conceito mais lato em que é necessário que se mobilize toda uma série de competências”*

⁵⁷ *“Tipo, estabelecer pontos entre pessoas, veículos de comunicação, e isso é essencial. E isso é também um bocado o desafio a que eu me proponho.”*

“O papel do enfermeiro estende-se até à sociedade, através de campanhas de informação e sensibilização para a questão de reinserção na comunidade de pessoas que estão em fase de recuperação de uma doença que pode afectar qualquer indivíduo. Pois, apenas por meio da responsabilização de todos, se poderão criar oportunidades para a integração social e profissional.” (Ferreira, 2006, p.56)

Ou seja, os enfermeiros ao encararem o utente com doença mental, como uma pessoa com necessidades e valores, sujeito a direitos e deveres, com capacidade de realizar projectos e de dar sentido e rumo à sua própria vida, têm a possibilidade de transmitir esse mesmo conhecimento aos seus pares, familiares e amigos, ou à sociedade em geral.

⁵⁰ *“e aí eu creio que também é um papel importante que eu tenho não só aqui no serviço, mas também no ponto de vista social, no grupo de pares, com os meus amigos, quando tenho possibilidade.”*

⁵¹ *“É ser-se enfermeiro, aqui é ser-se enfermeiro quando se sai daqui também, tipo é ter um certo papel de pedagogia.”*

⁵² *“eu vou tentar desmistificar junto dos outros, lá fora, quando há possibilidade disso.”*

⁵⁴ *“acho que é importante nesse ponto de vista, o meu papel não só cá dentro (pausa) Mas também, a nível mais de âmbito social, de interacção com o grupo de pares. Isso também, eu encaro isso como uma continuação do meu trabalho aqui.”*

De acordo com os autores Arantes, Fukuda e Stefanelli (2008), as intervenções em saúde mental e psiquiátrica têm no seu ponto vital as relações interpessoais desenvolvidas entre clientes, familiares e profissionais de saúde.

Os mesmos autores referem que a realização deste processo interpessoal, está directamente relacionado com a forma como a pessoa é e está no mundo, que depende do estado de equilíbrio com o seu todo, onde pode estar mais afectado em uma ou outra área, ou em todas elas, sem nunca perderem toda a atenção do enfermeiro.

⁴³ “E acaba por ser a nossa abordagem em... tipo diária constante, é sempre, sempre, sempre (pausa) sobre estes aspectos da vida.”

⁷⁷ “É o que digo sempre, um doente quando entra num hospital, para mim, não devia ter só apoio só do médico, devia ser visto como um todo, devia ter um apoio psicológico, de um psiquiatra, geralmente não acontece, mas devia.”

No quadro seguinte, ainda dentro da categoria referente às **Competências do Enfermeiro**, representamos o **Tema Cuidar**, que salienta o facto de o enfermeiro através do acto de cuidar, conseguir “estar atento” às características pessoais do utente, com vista a ajudar e a contribuir para o seu bem-estar, promovendo a sua saúde.

Tema	Significados Formulados
XI – Cuidar	10. 70. Tratar as pessoas como nossos iguais.
	11. Utilização dos pontos forte da personalidade no cuidar.
	38. Ter sempre em conta a particularidade da pessoa, de modo a saber o que é importante para ela.

Quadro 12 – Tema XI: Cuidar

Segundo Hesbeen (2004, p.36-37), cuidar é uma “...atenção particular que se dispensa a uma pessoa numa situação particular, tendo em vista ajudá-la, contribuir para o seu bem-estar e promover a sua saúde”. Seria relevante incluir nesta ideia a designação formativa do cuidar, pelo qual, o agir que cuida mostra as capacidades cuidadoras do utente e a sua designação é indicativa da atenção dispensada às modalidades de acção que cuida, nomeadamente, na utilização dos conhecimentos e das técnicas de que são disponibilizadas, sem nunca esquecer as pessoas como nossos semelhantes.

“Temos que tratar de nós com gentileza e dignidade antes de podermos respeitar e cuidar dos outros com os mesmos princípios”. (WATSON, 2002, p.62)

Os enfermeiros confirmam-no quando expressam:

¹⁰ “Tratarmos as outras pessoas como nossos iguais.”

⁷⁴ “Qualquer um de nós além de sermos enfermeiros, somos pessoas. E quanto a mim, sendo enfermeira, mais razão (pausa) como é que eu digo (pausa) temos de cuidar da pessoa que é doente mental.”

Na prática da enfermagem, a enfermeira deve adaptar e readaptar, continuamente, o modo de dirigir-se aos utentes. Logo, a enfermeira deve ter atenção na forma como age (comportamento) perante os utentes, pois o comportamento desta pode definitivamente influenciar o comportamento destes. Isto é, a enfermeira necessita de estar apta para agir positivamente com a sua própria personalidade, uma vez que é a sua ferramenta básica, visto que trabalha numa relação terapêutica com os utentes.

Sendo assim, os enfermeiros têm a capacidade de utilizar os pontos fortes da sua personalidade durante o cuidar aos utentes, algo constatado pela enfermeira quando refere:

¹¹ “acho que faz parte da minha característica pessoal, ser uma pessoa muito imaginativa e gosto de brincar, e utilizo muito o sentido de humor”

Segundo Hesbeen (2000), é de extrema importância a singularidade de cada pessoa, pois a atenção particular contida no cuidar, nunca pode ser senão única, de modo a que as intervenções não sejam preestabelecidas nem programas, e repetidas de indivíduo para indivíduo. Esta acção deve ser pensada e reflectida, sendo singular como a própria situação de vida em que um enfermeiro é levado a prestar cuidados a uma pessoa.

O cuidar, respeitando a singularidade, permite ao enfermeiro recordar que está a cuidar de um ser único com necessidades específicas, que lhe exige uma capacidade de interligar elementos do conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular.

A apercebe-se deste facto quando expressa que:

³⁸ “se calhar, se eu não tivesse lá, naquele dia, não era naquele dia que ele conseguia, que aquilo acontecesse”

Através do quadro seguinte, iremos desenvolver a Relação de Ajuda que é estabelecida em benefício dos utentes, em que os enfermeiros através desta relação visam ajudar a pessoa a alcançar um nível óptimo de saúde.

Segundo, Riley (2004), A relação enfermeiro/cliente é estabelecida para benefício do cliente, sendo, no entanto, mais eficaz se for mutuamente satisfatória. Os clientes ficam satisfeitos quando as suas necessidades são satisfeitas e têm a percepção de ter sido bem cuidados. Os enfermeiros sentem-se realizados quando as suas intervenções têm um efeito positivo no estado de saúde do cliente e quando sentem que foram competentes a cuidar. A relação enfermeiro/cliente pode resultar numa experiência de aprendizagem mútua, mas em geral a meta da relação terapêutica visa o progresso do cliente.

No quadro seguinte, ainda dentro da **Categoria Competências do Enfermeiro**, desenvolvemos o **Tema Relação de Ajuda**, onde aferimos que os enfermeiros no estabelecimento de uma relação, clientes e enfermeiros apresentam-se com capacidades de ordem cognitiva, afectiva e psicomotoras próprias que utilizam num esforço conjunto para promover o bem-estar do cliente.

Tema	Significados Formulados
XII – Relação de Ajuda	37. 64. A relação de ajuda, cria relações de estima bastante duradoras.
	42. 55. 59. 65. 67. A relação de ajuda é fundamental no processo de reabilitação psicossocial.

Quadro 13 – Tema XII: Relação de Ajuda

“Uma relação terapêutica é uma relação de ajuda” (Bolander, 1998). Na medida em que, os enfermeiros são aqueles que ajudam, sendo essa ajuda procurada pelo utente. Faz com que, a relação de ajuda seja pessoal, centrada no utente e dirigida para a realização de certos objectivos comuns. No entanto, o objectivo central da relação terapêutica é desenvolver o potencial e a capacidade do utente, visando ao crescimento para enfrentar os desafios que este vivencia na promoção, na manutenção ou na recuperação da sua saúde mental e da sua reintegração na sociedade. Com efeito, o utente aprende a

conviver com a interdependência e a autonomia para exercer a cidadania plena, com seus direitos e deveres. (Arantes, Fukuda e Stefanelli, 2008)

O enfermeiro surge com um profissional que actua em múltiplas frentes na saúde, inclusive como psicoterapeuta, em que as dificuldades consequentes da vida, podem causar doenças mentais, que devem ser resolvidas pela própria pessoa, com a ajuda de profissionais qualificados, sendo o enfermeiro um deles.

Phaneuf (2004), refere que na filosofia humanista, a relação com o outro torna-se primordial. Não é só um instrumento de cura, mas é também uma ajuda para a auto-realização da pessoa cuidada. É como se o contacto consigo próprio passasse pela intervenção do outro; como se a enfermeira ou o grupo de terapia ajudasse a pessoa a descobrir o seu autêntico e as suas possibilidades. É, portanto, no calor da relação que a pessoa pode desabrochar, no caso de problemas que ela não pode enfrentar sozinha, é na relação de ajuda com a enfermeira que ela pode encontrar alívio, reconforto e crescimento.

Aferindo ao que foi referido em cima, é seguro dizer que a enfermagem emerge neste universo de relações humanas, como uma actividade não meramente profissional, mas principalmente como um desígnio humano para uma vida, por ser uma profissão dotada de “pessoas que cuidam de outras pessoas”.

Este encontro de natureza profissional constitui uma ligação particular que influencia profundamente a pessoa. A enfermeira que a estabelece cria primeiro uma relação de confiança, essencial a qualquer aliança terapêutica, dado que ajuda a pessoa a descobrir-se, a fazer uma representação clara da sua dificuldade e a reorientar-se para pistas de soluções ou vias de mudança de acordo com as suas possibilidades. A enfermeira torna-se então instrumento de evolução. (Phaneuf, 2004).

Ao criar essa relação de confiança, a enfermeira por ter a sensibilidade para a percepção dos sentimentos do outro, ao expressar os seus sentimentos de forma honesta e adequada, consegue prover ao utente sentimentos de conforto e segurança, que se tornam em sentimentos de estima bastante duradouros.

Os enfermeiros comprovam este facto quando expressam:

³⁷ *“Isto, são coisas que ficam para sempre.”*

⁶⁴ *“e é inevitável não conseguir estabelecer relação de ajuda com eles. Até porque, muitos deles não têm família, não têm pessoas de referência (pausa) Nós acabamos por ser, a certa altura, quase como os familiares deles, ou as pessoas com quem eles sabem que podem contar.”*

“A enfermeira assiste o cliente, orienta-o e facultá-lhe cada uma das etapas do processo de resolução do problema (...) Não toma decisões por ele nem deve substituí-lo em aspectos relativos à sua participação na acção.” (Lazure, 1994, p.13). O papel da enfermeira é oferecer ao cliente, sem os impor, os meios complementares que lhes permitam descobrir ou reconhecer os recursos pessoais a utilizar como quiser, para resolver o seu problema.

Para isto, o enfermeiro psiquiátrico utiliza a relação de ajuda como meio para o crescimento ou adaptação do utente às suas limitações, de modo a que este conseguia desenvolver as suas potencialidades, a fim de alcançar a sua autonomia.

Tal como os enfermeiros referem:

⁴² *“Acho que essa é a base de qualquer tipo de processo, e no processo de reabilitação psicossocial não é diferente.”*

⁵⁵ *“como é importante reforçar noutra sentido da cidadania.”*

⁵⁹ *“E através da relação, ajudar o outro a conseguir níveis de autonomização e bem-estar.”*

⁶⁵ *“Esta relação de ajuda na psiquiatria, para mim é um pau de dois bicos, é bom porque dá segurança, dá conforto, dá estabilidade ao utente. (...) depois isto, é vantajoso ou não, a certa altura muitos deles, sentem-se super protegidos, pedem-nos auxílio e ajuda para tudo.”*

⁶⁷ “Por trabalhar a autonomia do utente, por acreditar que o utente tem ainda qualquer coisa para dar. É a tal velha história de não dar o peixe, ensinar a pescar, é mais ou menos assim.”

Consequentemente averiguamos que o enfermeiro necessita de estabelecer uma relação de ajuda como necessidade de compreensão do outro, de modo a aceitar as suas limitações, sem fazer juízos de valor. Esta relação permite ao enfermeiros melhorar e desenvolver competências relacionais fundamentais no nosso quotidiano, reeducando o utente com doença mental nessa vertente, sendo uma componente fulcral para uma reabilitação com sucesso na sociedade.

Por fim no quadro seguinte, continuando na **Categoria Competências do Enfermeiro**, através do **Tema Valorização da Pessoa com Doença Mental**, verificamos que para os enfermeiros, a existência da estigmatização da pessoa com doença mental, cria o desafio da aquisição de competências que visem anular o estigma existente sobre o utente com doença mental.

Tema	Significados Formulados
XIII – Valorização da Pessoa com Doença Mental	8. 15. 48. A depreciação que existe na sociedade em relação à doença mental.
	9. 81. A noção de que o estigma também se encontra presente entre os profissionais de saúde.
	47. 49. 53. Em relação ao estigma, é fundamental salvaguardar a diferença no sentido da valorização pessoal, e continuar a trabalhar nesse aspecto.

Quadro 14 – Tema XIII: Valorização da Pessoa com Doença Mental

Monteiro (2006), afirma que a concentração da atenção da opinião pública em episódios negativos ou exclusivamente focalizados na descrição das características e dos sintomas das doenças mentais, não contextualizando os acontecimentos nem as situações vividas, tende a acentuar os sentimentos de insegurança por parte da sociedade em geral e a contribuir para a criação de categorias e estereótipos que, por sua vez, estão na origem dos processos de estigmatização e de discriminação social. Esta depreciação existente

na sociedade relativamente à doença mental, é confirmada quando os enfermeiros dizem:

⁸ *“esse medo, preconceito em relação à doença mental como uma coisa depreciativa”*

¹⁵ *“E os amigos têm muita dificuldade em aceitar esta nova Catarina.”*

⁴⁸ *“as diferenças do ponto de vista do olho social na área da saúde mental são diferenças que são vistas com tom pejorativo”*

Freitas (2006), afere que, deve ser dada à pessoa com doença mental uma melhor qualidade de vida, com maior autonomia, dando ênfase às potencialidades de cada uma, em que a humanização e a solidariedade devem estar sempre presentes. Isto implicará certamente mudanças de atitudes a todos os níveis, em primeiro lugar aos técnicos de saúde e depois as políticas de saúde, familiares e população em geral.

De facto, o autor vai ao encontro, da noção de que o estigma também se encontra presente entre os profissionais de saúde, confirmado pelos enfermeiros quando estes referem que:

⁹ *“alguns colegas quando se fala na psiquiatria: “Ai que horror!”*

⁸¹ *“mesmo nós enfermeiros da psiquiatria (pausa) pensam que nós só percebemos de psiquiatria (pausa) não recebemos mais nada (pausa) somos também marginalizados.”*

De acordo com Manteigas (2001), a pessoa institucionalizada deve ser restituída à sociedade, a pessoa com doença mental é desinstitucionalizada através de programas de reabilitação para que seja integrada de forma parcial ou total no seu meio familiar e social.

Nesta mudança, verifica-se que os enfermeiros têm de ver a pessoa com doença mental, de uma forma holística, considerando todas as vertentes, biológica, psíquica, cultural,

social, e espiritual, que têm de ser levadas em conta por toda a equipa multidisciplinar. Portanto os enfermeiros têm de ter em conta que, em relação ao estigma, é fundamental salvaguardar a diferença no sentido da valorização pessoal, e continuar a trabalhar nesse aspecto.

Sobre este aspecto, os enfermeiros referem que:

⁴⁷ *“salvaguardar essa diferença no sentido da valorização pessoal”*

⁴⁹ *“tendo-se já feito um trabalho muito importante e acho que numa maneira geral todos os técnicos têm atenção, ainda há muito trabalho para fazer.”*

⁵³ *“Realmente, eu acho que é o essencial. Que as pessoas possam ver os outros como pessoas, e que não nos centremos nas doenças e nos pesos das instituições e no que se dizia, o que acontecia e no que acontece.”*

Segundo Gameiro (1994) citado por Freitas (2006), refere que as mudanças têm de começar no sentimento que os profissionais de saúde se vêem e se sentem como o centro, quase como objectivo, as pessoas com doença mental, como meios a ter que girar à sua volta, as pessoas com doença mental exclusivamente na perspectiva da doença.

Desde modo, o enfermeiro possui a aptidão, através das actividades e intervenções que realiza dentro área de saúde mental e psiquiátrica, para elucidar e esclarecer acerca das atitudes e comportamentos que devem ser culturalmente modificados e desenvolvidos, ainda que a incerteza para essa acção permaneça nos profissionais de saúde.

3.2. Síntese Diagramática do Estudo

No decurso deste trabalho de investigação emergiram três categorias, das quais derivaram de seis enfermeiros e que se encontram representadas na Figura 1:

- **Necessidades Sentidas pelo Enfermeiro;**
- **Sentimentos do Enfermeiro;**

➤ **Competências do Enfermeiro.**

Assim sendo, as categorias compreendem a essência do fenómeno em estudo e correspondem aos aspectos que foram apontados como mais significativos para os enfermeiros que cuidam de utentes com doença mental.



Figura 1 – Imagem alusiva às “Vivências e Motivações do Enfermeiro no Cuidar do Utente com Doença Mental”.

Fonte: ABRASCO (Ano desconhecido). *1º Congresso Brasileiro de Saúde Mental*. Disponível on-line em: <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/Image/Abrasco%20Divulga/saude%20mental.jpg>. Última acesso no dia: 17.04.09.

Através desta figura, podemos perceber que cada um destes ramos corresponde a uma necessidade do utente com doença mental. Se olharmos apenas para um ramo, pode não fazer sentido. Mas se olharmos para o seu todo, conseguimos observar a pessoa para além de todos os ramos. Por isso, os enfermeiros que trabalham na área de saúde mental e psiquiatria olham para a pessoa com doença mental, de uma forma holística, considerando todas as vertentes, biológica, psíquica, cultural, social, e espiritual.

Podemos verificar que, os enfermeiros sentem que o utente com doença mental ainda é estigmatizado e sentem-se implicados e empenhados em contribuir para a desmistificação e humanização dos cuidados em saúde mental e psiquiátrica.

Capítulo IV: Conclusão

O presente trabalho de investigação teve como objectivos: **Conhecer as vivências dos enfermeiros que cuidam de utentes com doença mental, em contexto hospitalar e Conhecer as motivações da sua opção a trabalhar com estes utentes.**

Para a concretização destes objectivos, optámos pelo Paradigma Qualitativo com a vertente Fenomenológica. Enveredámos por um estudo de investigação do tipo exploratório-descritivo, e em relação ao tratamento e análise de dados, o processo interpretativo fenomenológico que utilizámos é o método preconizado por Colaizzi, e com base na bibliografia por nós consultada.

“A ideia de que existem muitas realidades e a criação de significado pelas pessoas estudadas é uma crença fundamental dos investigadores qualitativos”. (Strebeurt e Carpenter, 2002, p.18) Os investigadores tentam procurar uma realidade que representa a verdade, acreditando que os indivíduos participem activamente nas acções sociais, pelos quais conhecem e compreendem o fenómeno. Isto deve-se ao simples facto, das pessoas compreenderem e viverem experiências distintas, visto que os investigadores qualitativos não aceitam uma verdade apenas, mas sim, a muitas verdades.

Os investigadores-enfermeiros que se responsabilizam com a investigação qualitativa, admitem a realidade subjectiva intrínseca ao processo de investigação e aprovam-na. Estes identificam a sua subjectividade e aplicam-na num contexto que possibilite o completo exame do efeito da mesma, na realização da investigação e na descrição do fenómeno em estudo. (Streubert e Carpenter, 2002)

Através da reflexão e análise do fenómeno em estudo e tendo por base as categorias e literatura existente, encontrámos a estrutura essencial do fenómeno **Vivências e Motivações dos Enfermeiros no Cuidar do Utente com Doença Mental**, e de acordo com as conclusões apresentadas destacamos as que nos parecem mais relevantes.

Assim, a análise de dados, permitiu-nos identificar três (3) categorias que surgiram das entrevistas realizadas aos enfermeiros:

- Necessidades Sentidas pelo Enfermeiro;
- Sentimentos do Enfermeiro;
- Competências do Enfermeiro

Necessidades Sentidas pelo Enfermeiro. Esta categoria representa as necessidades que os profissionais de enfermagem sentem na prestação de cuidados aos utentes com doença mental, que vão desde a necessidade em reflectir sobre as suas vivências, a necessidade de se sentirem motivados e realizados profissionalmente, a necessidade de terem interesse pela área de saúde mental, e o gosto de trabalhar em equipa, sendo esta última, fundamental na área de saúde mental e psiquiátrica.

Segundo Azevedo e Lourenço (2006), a acção reflectida traz vantagens em termos do desempenho profissional contribuindo assim, para o seu desenvolvimento e reconhecimento profissional e social. Assim como, reforça-se a tendência motivacional para procurar níveis cada vez mais elevados de qualidade, o que ajuda significativamente para a satisfação do profissional e do utente alvo dos cuidados.

Apuramos então a necessidade que os enfermeiros têm em reflectir acerca das suas práticas quotidianas.

De acordo com Rispaill (2002, p.39), a “...motivação é o que dá origem à acção”. Graças a esta, a intenção transforma-se em acto. Esta necessidade referida pelos enfermeiros torna-se indispensável para uma prestação de cuidados eficaz.

Ainda segundo o mesmo autor, a procura do grau de motivação e de como melhorá-lo passa por uma exploração interior, do conhecimento do seu potencial, da percepção que tem de si mesmo e dos outros. Mas, isso não seria nada, se não se interessasse pelo que o rodeia, isto é, o seu ambiente e o que espera dele em termos de recompensa e diversas gratificações, constitui sempre um desafio para o próprio.

Verificamos então a necessidade que os enfermeiros têm em procurar desafios como factor de motivação, sendo nesta área de saúde mental e psiquiatria, o desafio de ajudar o outro a decidir, a trabalhar a sua autonomia, de ajudar as pessoas a construir os seus projectos de vida.

Para McClelland et al. (1953) citado por Feldman (2001, p.340), a “...necessidade de realização é uma característica estável e aprendida em que a satisfação é obtida através da luta pela obtenção de um nível de excelência”, e verificamos que existe nos enfermeiros uma relação gratificante na sua prática, por terem a oportunidade de desenvolver o seu crescimento pessoal, por ajudarem um ser humano numa necessidade, por existir uma valorização do seu trabalho, e ainda, pela utilidade que sentem na contribuição que dão para o projecto de vida dos utentes.

Segundo Mendonça (2009), os profissionais de enfermagem conscientes dos contextos actuais, apostam na formação na aquisição e desenvolvimento das suas competências, considerando-as essenciais para a qualidade do seu exercício dado que os cuidados prestados se dirigem ao ser humano – complexo e único. Os enfermeiros, cuidadores por excelência, necessitam adquirir competências de ordem técnico-científicas como também competências de relação de ajuda, empatia, assertividade e criatividade. Isto é, competências transversais é o que Collière (1999, p. 34) assume como “o campo das competências de enfermagem são vastos e baseiam-se, essencialmente, nos cuidados da manutenção da vida”.

Observámos também que os enfermeiros dispõem de uma grande satisfação ao ajudarem os utentes com doença mental. Pela exigência que lhes é feita em termos de competências transversais, que acabam por constituir um desafio, e por se sentirem úteis ao longo da sua prática quotidiana. Podemos então considerar que a maior fonte de gratificação no trabalho do enfermeiro, em saúde mental e psiquiatria, centra-se no facto de que as suas intervenções ajudam no projecto de vida do utente, com a particularidade

de promoverem, em paralelo, com o crescimento profissional, um crescimento pessoal significativo.

Sentimentos do Enfermeiro. Jorge (2002) defende que se os enfermeiros compreenderem os sentimentos que experienciam como prestadores de cuidados em saúde mental e psiquiatria, estes podem concretizar uma nova forma de ser e estar. Essa compreensão permitir-lhes-á, com base nos seus valores e atitudes, atingir um desenvolvimento pessoal e profissional que se reflecte, nesta área de prestação de cuidados, indo ao encontro dos outros, permitindo assim, um envolvimento com um impacto positivo no processo terapêutico e na maneira de estar em saúde mental e psiquiatria dos mesmos.

Conforme nos diz Freud citado por Taylor (1992, p.38), “...quando se deseja ajudar os outros, deve-se ter uma profunda compreensão sobre as crenças e sentimentos de modo a não interferir, inadvertidamente no progresso do doente...”. Na medida em que os enfermeiros são também pessoas, pessoas que sentem, e esses sentimentos influenciam directamente os cuidados que prestam aos utentes, de forma positiva ou negativa.

Por isso, considerámos que foi relevante identificar esses sentimentos, pois os enfermeiros os possuem acerca de tudo, das coisas, das pessoas e deles próprios, e são esses sentimentos que vão determinar em grande parte toda a motivação e as escolhas das acções e atitudes nos actos de cuidar.

Deste modo, consideramos importante que o enfermeiro em saúde mental e psiquiatria desenvolva competências na área da relação interpessoal, porque esta relação é a base para identificar eficazmente os problemas, direccionando o utente para a saúde mental. Visto que para reforçar a saúde dos utentes, os enfermeiros precisam de estar cientes das suas próprias atitudes, sobre o que constitui saúde, o que os enfermeiros consideram ser uma resposta saudável.

Competências do Enfermeiro. Esta presente categoria expõe as competências que são solicitadas aos enfermeiros durante a sua prática, onde averiguamos que para além das suas funções, este assume o papel de formador.

Segundo Mendonça (2009), A formação e desenvolvimento profissional apontam para a necessidade do indivíduo “querer ser” competente, criando estratégias para promover a qualidade do seu exercício. De acordo com Dias (2004, p.58) citado por Mendonça (2009, p. 51) “a formação é um processo de transformação individual que envolve a dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (atitudes e comportamentos) e do saber-aprender (evolução das situações e a actualização)”. Todos estes saberes estão em interacção e adaptação às situações contextuais. Segundo este autor, o desenvolvimento das competências passa pela interacção destes saberes.

Ainda de acordo com o mesmo autor, as competências, são em essência, “...motores emergentes do poder pelo saber e não raro, transforma a filosofia do espaço laboral em estruturas sem hierarquia, planas, do ponto de vista do mando e da obediência, como contextos centralizados no utente/cliente e não só no produto em si.” (Mendonça, 2009, p.15)

Apuramos então que o enfermeiro assume-se como um indivíduo que consegue estabelecer interacção com o meio e desencadear mecanismos de adaptação aos contextos, na medida em que a sua prática é fulcral para se tornar competente.

Analizamos ainda que o enfermeiro no seu papel de cuidador, contribuí então para uma melhoria das capacidades do utente no seu funcionamento integral, sem nunca desconsiderar as suas dimensões enquanto pessoa, ou seja, encarando-o, como uma pessoa com necessidades e valores, sujeito a direitos e deveres, com capacidade de realizar projectos e de dar sentido e rumo à sua própria vida, têm a possibilidade de transmitir esse mesmo conhecimento aos seus pares, familiares e amigos, ou à sociedade em geral.

Verificamos, ainda dentro desta categoria, que os enfermeiros no estabelecimento de uma relação de ajuda, clientes e enfermeiros apresentam-se com capacidades de ordem cognitiva, afectiva e psicomotoras próprias que utilizam num esforço conjunto para promover o bem-estar do cliente.

“Uma relação terapêutica é uma relação de ajuda” (Bolander, 1998). Na medida em que, os enfermeiros são aqueles que ajudam, sendo essa ajuda procurada pelo utente. Faz com que, a relação de ajuda seja pessoal, centrada no utente e dirigida para a realização de certos objectivos comuns. No entanto, o objectivo central da relação terapêutica é desenvolver o potencial e a capacidade do utente, visando ao crescimento para enfrentar os desafios que este vivencia na promoção, na manutenção ou na recuperação da sua saúde mental e da sua reintegração na sociedade. Com efeito, o utente aprende a conviver com a interdependência e a autonomia para exercer a cidadania plena, com seus direitos e deveres. (Arantes, Fukuda e Stefanelli, 2008)

Aferindo ao que foi supracitado, é seguro dizer que a enfermagem emerge neste universo de relações humanas, como uma actividade não meramente profissional, mas principalmente como um desígnio humano para uma vida, por ser uma profissão dotada de “pessoas que cuidam de outras pessoas”.

Para isto, o enfermeiro psiquiátrico utiliza a relação de ajuda como meio para o crescimento ou adaptação do utente às suas limitações, de modo a que este conseguia desenvolver as suas potencialidades, a fim de alcançar a sua autonomia.

Consequentemente, averiguamos que o enfermeiro necessita de estabelecer uma relação de ajuda como necessidade de compreensão do outro, de modo, a aceitar as suas limitações, sem fazer juízos de valor. Esta relação permite ao enfermeiros melhorar e desenvolver competências relacionais fundamentais no nosso quotidiano, reeducando o utente com doença mental nessa vertente, sendo uma componente fulcral para uma reabilitação com sucesso na sociedade.

Por fim, verificamos que para os enfermeiros, a existência da estigmatização da pessoa com doença mental, cria o desafio da aquisição de competências que visem anular o estigma existente sobre o utente com doença mental.

Monteiro (2006) afirma que a concentração da atenção da opinião pública em episódios negativos ou exclusivamente focalizados na descrição das características e dos sintomas das doenças mentais, não contextualizando os acontecimentos nem as situações vividas,

tende a acentuar os sentimentos de insegurança por parte da sociedade em geral, e a contribuir para a criação de categorias e estereótipos que, por sua vez, estão na origem dos processos de estigmatização e de discriminação social.

Nesta mudança, verifica-se que os enfermeiros têm de ver a pessoa com doença mental, de uma forma holística, considerando todas as vertentes, biológica, psíquica, cultural, social, e espiritual, que têm de ser levadas em conta por toda a equipa multidisciplinar. Portanto, no que diz respeito ao estigma, os enfermeiros têm de salvaguardar a diferença no sentido da valorização pessoal, e continuar a trabalhar nesse aspecto.

Segundo Gameiro (1994), citado por Freitas (2006), refere que as mudanças têm de começar no sentimento que os profissionais de saúde se vêem e se sentem como o centro, quase como objectivo, as pessoas com doença mental, como meios a ter que girar à sua volta, as pessoas com doença mental exclusivamente na perspectiva da doença.

Desde modo, o enfermeiro possui a aptidão, através das actividades e intervenções que realiza dentro área de saúde mental e psiquiátrica, para elucidar e esclarecer acerca das atitudes e comportamentos que devem ser culturalmente modificados e desenvolvidos, ainda que a incerteza para essa acção permaneça nos profissionais de saúde.

Através das vivências dos enfermeiros apurámos que é essencial os enfermeiros darem respostas actualizadas às necessidades actuais dos utentes que só são identificadas através da relação que os enfermeiros estabelecem com os utentes, porque a relação é o principal instrumento de trabalho em enfermagem e o elemento fundamental na área de saúde mental e psiquiátrica.

Verificámos também pelo que foi expressado pelo enfermeiros, que a motivação é importante na relação terapêutica, na medida em que, um enfermeiro que se encontre bastante insatisfeito com o ambiente do seu grupo de trabalho, não vai sentir-se predisposto para centrar-se no utente e com ele estabelecer uma relação terapêutica. Por isso, a motivação encontra-se relacionada com um desempenho positivo.

Inicialmente, aquando a realização deste trabalho, não esperávamos as dificuldades que iríamos encontrar, nomeadamente a dificuldade de passar para papel as vivências e motivações dos enfermeiros que, embora sejam uma prática decorrente no dia-a-dia, raramente são partilhadas e valorizadas.

No entanto, no que se refere ao indivíduo com doença mental, os enfermeiros sentem que o utente com doença mental ainda é estigmatizado e sentem-se implicados e empenhados em contribuir para a desmistificação e humanização dos cuidados em saúde mental e psiquiátrica.

Agora ao terminarmos este estudo, pensamos ter atingido os objectivos a que nos propusemos, na medida em que consideramos ter conseguido conhecer as Vivências e as Motivações dos Enfermeiros no Cuidar do Utente com Doença Mental.

Mesmo o facto de termos conseguido chegar à meta pretendida, temos a perfeita consciência que há sempre metas para traçar para o futuro. Enquanto futuros enfermeiros, a necessidade de aprendizagem e de confronto com diversas situações, a fim de adquirirmos mais experiência, revelará sempre aspectos a melhorar e objectivos a alcançar. Haverá sempre distâncias para percorrer em busca de obter cuidados mais individualizados e que proporcionem melhor conforto e bem-estar para os utentes, tendo em conta todas as dimensões do ser humano.

Contudo, queremos que este destino alcançado não seja visto como o final de um crescimento, onde ficará estagnado, mas sim, como um destino de onde sabemos que partimos mais seguros.

4.1. Limitações do Estudo

Apesar da gratificação face à concretização deste trabalho, é importante que se apontem as limitações que foram vividas ao longo da sua elaboração.

A primeira limitação apontada deste estudo foi a inexperiência dos investigadores na realização de um estudo de investigação, o que levou a uma exaustiva pesquisa bibliográfica.

Na elaboração deste estudo, a limitação mais relevante prendeu-se com a dificuldade para a obtenção do pedido de autorização à instituição onde decorreu as entrevistas, o que prejudicou o cumprimento do cronograma previamente estabelecido.

Salientamos ainda o facto da realização do trabalho de monografia estar inserido num plano curricular universitário, uma vez que a gestão do estudo, dos horários e da resposta a vários trabalhos se revelaram, pontualmente, de difícil execução.

4.2. Implicações do Estudo

Após a análise dos dados, pareceu-nos oportuno reflectir nas implicações que esse conjunto de informação pode sugerir para a enfermagem, nomeadamente, a nível da investigação e da prestação de cuidados.

Os trabalhos de investigação em Enfermagem constituem uma fonte rica de conhecimento, essencial para a fundamentação da prática da profissão, na área da saúde mental e psiquiátrica, e principalmente, no acto de cuidar.

O desenvolvimento e a utilização do conhecimento são importantes para a melhoria constante no atendimento ao utente com doença mental. Para isso, os enfermeiros devem adoptar a prática baseada em pesquisa, baseada em evidência, usando resultados de pesquisa para fundamentar as suas decisões, acções e interacções com os utentes. Os enfermeiros cada vez mais reconhecem a necessidade de se basearem nas acções e nas decisões de enfermagem em evidências, de modo, a que estas sejam clinicamente

adequadas, de custo permanente, e que obtenham resultados eficazes e positivos para os utentes.

A finalidade da nossa investigação era conhecer as “Vivências e Motivações do Enfermeiro que Cuida do Utente com Doença Mental”, o que permitiu aos leitores compreenderem as necessidades dos enfermeiros, na perspectiva do cuidador. A capacidade de tomar consciência relativamente ao grau de especificidade e complexidade subjacentes ao fenómeno em estudo, conduz a uma inevitável percepção da necessidade de desenvolver programas de formação, actualização e especialização, na área da saúde mental e psiquiátrica que se justifica através de Licenciaturas, Cursos de Pós-Graduação, Mestrados ou Doutoramentos.

Portanto, torna-se determinante a divulgação deste trabalho, para uma maior expansão do conhecimento científico de Enfermagem na área de saúde mental e psiquiátrica.

Capítulo VI: Sugestões

Com a realização deste trabalho de investigação, pretendemos contribuir para o conhecimento e desenvolvimento de outras pesquisas no âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, contribuindo assim, para o crescimento científico, e a consequente valorização da profissão.

Ao concluir acerca dos resultados obtidos, surgiu como área de interesse para abordagem em futuros trabalhos de investigação:

- Prevenção do estigma da doença Mental;
- O sucesso em reabilitação psicossocial;
- Expectativas dos enfermeiros face aos utentes com doença mental na reabilitação psicossocial.

Capítulo VII: Referências Bibliográficas

Livros:

- Abrunhosa, M. A.; Leitão, M. (2003). *Um outro olhar sobre o mundo: 10 ° ano*. (1ª Edição). Porto: Edições Asa.
- Arantes, E. C.; Fukuda, I. M.; Stefanelli, M. C. (2008). *Enfermagem Psiquiátrica em suas Dimensões Assistenciais*. (1ª Edição). São Paulo: Editora Manole.
- Azevedo, P.; Lourenço, T.; (2006). *Vivências dos Enfermeiros Perante o Imperativo de Cuidar com Equidade*”. Revista Sinais Vitais, N°64, p.21 a 26.
- Azevedo, M. (2008). *Teses, relatórios e trabalhos escolares*. (6ª Edição). Lisboa. Universidade Católica.
- Bolander, V.R. (1998). *Enfermagem Fundamental, Abordagem Psicofisiológica*. (3ª Edição). Lisboa: Lusociência.
- Brundtland, H. (2001). *Saúde Mental - Cuidar sim, cuidar não?*. Revista Vida Boa nº8, p. 26-27.
- Cordo, M. (2003). *Reabilitação de Pessoas com Doença Mental: das famílias para a instituição da instituição para a família*. (1ª Edição). Lisboa: Climepsi.
- Diogo, P. (2006). *A Vida Emocional do Enfermeiro: Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. (1ª Edição). Coimbra: Formasau.
- Davidoff, L. (2005). *Introdução à Psicologia*. (3ª Edição). São Paulo: Editora Pearson-Maknon Books.
- Fachada, O. (2003). *Psicologia das Relações Interpessoais – 2º Volume*. (3ª Edição). Lisboa: Editora Rumo Lda.

- Fazenda, I. (2006). *Saúde Mental: do Hospital à comunidade, dos cuidados à cidadania*. Folheto SNR nº 56. Lisboa. SNRIPD.
- Feldman, R. (2001). *Compreender a psicologia*. (5ª Edição). Amadora. McGraw Hill.
- Fernandes. (1976). *Enciclopédia Luso Brasileira de Cultura*. vol. 18. p.1355.
- Ferreira, C. A. M. E.; (2006). *Papel do Enfermeiro na Reabilitação Psiquiátrica*. Revista Sinais Vitais, Nº67, p.54 a 56.
- Firmino, C. F., Lucas, J. T, Serra, S. (2007). *Vivências do Enfermeiro que cuida com ferida cutânea de carácter crónico*. Revista Nursing nº 2118, p.26-27.
- Fonseca, A. F. (1997). *Psiquiatria e Psicopatologia: Volume I*. (2ª Edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fortin, Marie-Fabienne. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. (1ª Edição). Loures: Lusociência.
- Freitas L. A. R.; (2006). *Destigmatizando a Doença Mental*. Revista Sinais Vitais, Nº66, p.27 a 30.
- Freitas e Martins. (1992). *Enciclopédia Luso Brasileira de Filosofia* nº4, p.1090. (1ª Edição). São Paulo: Verbo.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. (4ª Edição). Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital – Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. (1ª Edição). Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo*. (1ª Edição) Loures: Lusociência.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar – persistir em conjunto na existência*. (1ª Edição).

Loures: Lusociência.

- Jorge, L. (2002). *Ser Enfermeiro em Saúde Mental e Psiquiatria, Uma Abordagem Fenomenológica*. Revista Enfermagem, Nº 37/38. (2ª série), p.57-74.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda: Abordagem Teórica e Prática de um Critério de Competência da Enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.
- Lopes, M., (1995), *Cuidar na intimidade, uma abordagem fenomenológica*, *Enfermagem*, Nº6, p.40-50.
- Manteigas, A. (2001). *Integração Psicossocial de Pessoas com Problemas de Saúde Mental e Psiquiatria*. Revista Enfermagem, Nº21, p.5 a 8.
- Mendonça, S. S. (2009). *Competências Profissionais dos Enfermeiros: a excelência do cuidar*”. (1ª Edição). Editorial Novembro.
- Melo, R. (2008). *A relação de ajuda: contextos e práticas em enfermagem*. *Servir*,. Vol.56, nº2, p.67-3.
- Mora. (1977). *Dicionário de Filosofia*, p.421-422. Lisboa: Dom Quixote.
- Monteiro, F. J. (2006). *Saúde Mental Reabilitação e Cidadania*. Coleção: Folhetos SNR, N.º 56. Lisboa: Editora SNRIPD.
- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. (1ª Edição). Loures: Lusociência.
- Novo Dicionário da Língua Portuguesa conforme Acordo Ortográfico. (2007). *Definição de metodologia*. Porto Editora. p.1055.
- O’Brien, P. G., Kennedy, W. Z. Ballard, K. A. (2002). *Enfermagem em Saúde Mental: Uma Integração de Teoria e Prática*. (1ª Edição). Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal, L.^{da}.

- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. (1ª Edição). Loures: Lusociência.
- Polit, D. F., Beck, C. T., Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem, métodos, avaliação e utilização*. (5ª edição). Brasil: Artmed Editora.
- Queiroz, A., Meireles, M. A., Cunha, S. R. (2007). *Investigar para Compreender*. (1ª Edição). Loures: Lusociência.
- Riley, J. B. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. (4ª Edição). Loures: Lusociência.
- Rispaill, D. (2002). *Conhecer-se Melhor para Melhor Cuidar – Uma Abordagem do Desenvolvimento Pessoal em Cuidados de Enfermagem*. (1ª Edição). Loures: Lusociência.
- Rodrigues, C. (1985). *Motivação-Conceito. Aspectos Fundamentalmente Inatos*. (25ª Edição). Porto: Editora Contraporto.
- Slepoy, V. (1998). *Compreender os sentimentos*. (1ª Edição). Editorial Presença: Lisboa.
- Streubert, H. J., Carpenter, D. R.. (2002). *Investigação qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista*. (2ª Edição). Loures: Lusociência.
- Stuart, G. W., Laraia, M. T. (2002). *Enfermagem Psiquiátrica*. (4ª Edição). Rio de Janeiro: Reichmann & Affoso Editores.
- Taylor, C. (1992). *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica*. (13ª Edição). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Texto Editores. (2007). *Novo Dicionário da Língua Portuguesa conforme*

Acordo Ortográfico. (1ª Edição). Lisboa: Texto Editores.

- Watson, J. (2002). *Enfermagem, Ciência Humana e Cuidar - Uma Teoria de Enfermagem.* (1ª Edição). Loures: Lusociência.
- Valadas, M. (2005). *Reflexão sobre a Prática do Cuidar em Enfermagem.* Revista Sinais Vitais, N°59, p. 62-64.

Informação electrónica:

- ABRASCO (Ano desconhecido). *1º Congresso Brasileiro de Saúde Mental.* Disponível on-line em: <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/Image/Abrasco%20Divulga/saude%20mental.jpg>. Última acesso no dia: 17.04.09.
- Livro Verde. (2005). *Melhorar a saúde mental da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia.* Disponível on-line em: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_co047.pdf. Último acesso no dia: 13.04.09.
- CEIF (2008). *Glossário: saúde (OMS).* Disponível on-line em: http://www.ceif.apifarma.pt/index.php?option=com_glossary&func=view&Itemid=31&catid=15&term=Defini%20de+sa%20de+pela+OMS+. Último acesso no dia: 10.04.09.
- Costa, J. (Ano desconhecido). *“Métodos de prestação de cuidados”.* Disponível on-line em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>. Último acesso no dia 08.12.09.
- Infopédia (Ano desconhecido). *Definição de potência.* Disponível on-line: <http://www.infopedia.pt/pesquisa-global/impotência>. Último acesso no dia 05.12.09.

Capítulo VIII: Apêndices

Apêndice I: Cronograma

Apêndice I: Cronograma

Ano: 2009		Cronograma										
Mês Act	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	
	Pesquisa bibliográfica	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
Elaboração projecto de Monografia	█	█	█									
Entrega projecto de Monografia				█								
Envio de pedido de autorização ao Hospital				█								
Contacto com os participantes						█						
Aplicação do pré-teste						█						
Realização das entrevistas						█	█					
Transcrição das entrevistas							█	█				
Validação das entrevistas								█	█			
Análise das entrevistas									█	█		
Conclusões											█	
Entrega da monografia ao orientador											Dia 30	
Entrega final da monografia											Dia 18	

Apêndice II: Pedido de Autorização



Ao Exmo. Sr. Presidente
do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
Sr. Dr. Ricardo França Jardim

Assunto: Pedido de autorização para a realização de entrevistas para Monografia, junto de enfermeiros do serviço de Convalescença, do CHPL, Pólo Miguel Bombarda.

Graciela da Silva Ponte e Nuno Gonçalo dos Santos Corte Real Pereira, alunos do VI Curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade Atlântica/Escola Superior de Saúde Atlântica, vêm por este meio solicitar a V. Ex.^a, a autorização para a realização de entrevistas, com o intuito de recolher dados, para um trabalho de investigação subordinado ao tema: “Vivências e Motivações do Enfermeiro no Cuidar do Utente com Doença Mental”.

Com este trabalho pretendemos:

- Conhecer as vivências dos enfermeiros que cuidam de utentes com doença mental, em contexto hospitalar.
- Conhecer as motivações da sua opção a trabalhar com utentes com doença mental.

Para a realização deste estudo, utilizaremos uma metodologia qualitativa do tipo exploratório-descritivo, de forma, a descrever as experiências vividas pelos enfermeiros. O método de colheita de dados seleccionado será a entrevista não-estruturada, audiogravada executada a cada participante. Todos os dados recolhidos durante o estudo, serão tratados de forma confidencial e serão codificados. Os resultados finais serão disponibilizados.

O consentimento informado, cujo exemplar se encontra anexado, será respeitado num documento escrito, pelo qual ficará sob a responsabilidade dos investigadores.

Agradecendo desde já a V. Colaboração, subscrevemo-nos com elevada estima e consideração.

Barcarena, ___ de _____ de 2009

Atentamente,

Discentes:

Prof. Orientador:

Graciela Ponte (Tel:963371903)

Nuno Pereira (Tel:964488833)

Mestre José Cardoso

Apêndice III: Termo de Consentimento Informado

Termo de Consentimento Informado

Tema do estudo de Investigação

- “Vivências e Motivações do Enfermeiro no Cuidar do Utente com Doença Mental”

Objectivos

- Conhecer as vivências dos enfermeiros que cuidam de utentes com doença mental, em contexto hospitalar.
- Conhecer as motivações da sua opção a trabalhar com utentes com doença mental.

Metodologia

A colheita de dados será efectuada através da entrevista não-estruturada, audiogravada.

Eu, _____
declaro que fui informado/a do objectivo e metodologia da pesquisa intitulada:
Vivências e Motivações do Enfermeiro no Cuidar do Utente com Doença Mental.

Eu estou consciente de que nenhum momento serei exposto a danos físicos, emocionais, económicos, sociais ou potenciais efeitos colaterais, em virtude da minha participação nesta pesquisa, e que poderei em qualquer momento recusar, continuar ou ser informado/a acerca da mesma, sem nenhum juízo para a minha pessoa.

Eu sei que os dados da entrevista não-estruturada, por mim respondidos serão usados apenas para fins científicos e destruídos pelos investigadores após o estudo. Eu poderei ser contactado/a novamente para validação dos dados por mim fornecidos e/ou renegociar o consentimento informado. Aquando do tratamento dos dados, estes serão codificados mantendo sempre o anonimato. A minha privacidade será salvaguardada. Os resultados do estudo serão por mim consultados sempre que solicitar.

Do que foi anteriormente mencionado, concordo, voluntariamente, em participar no referido estudo.

Participante: _____

Investigadores:

Data: ___/___/___

Apêndice IV: Guião da Entrevista

Guião da Entrevista

“Na elaboração do guião, temos de ter presente que a entrevista não estruturada possibilita maior latitude de obtenção de respostas (...) o investigador faz perguntas abertas, (...) permitindo aos participantes a capacidade de se moverem livremente na sua descrição”. (Strebeurt e Carpenter, 2002, p. 27).

Para a elaboração do guião da entrevista, temos de considerar os seguintes critérios para seleccionar a amostra:

- Enfermeiros com mais de 6 meses de experiência profissional na área de saúde mental e psiquiatria;
- Enfermeiros que cuidem de utentes com doença mental no serviço de psiquiatria em contexto hospitalar;
- Enfermeiros que aceitem ser entrevistados.

Mediante os critérios de selecção da amostra, formulamos as seguintes perguntas:

- Qual das vivências foi a mais marcante para si no cuidar do utente com doença mental? Porquê?
- Na sua opinião, refira o que o motivou a trabalhar num serviço de psiquiatria?

Apêndice V: Transcrição Integral das Entrevistas

(Pré-Teste)

Entrevista nº1:

Género: Feminino

Idade: 50 anos

Experiência Profissional:

- 22 anos na área de Saúde Mental e Psiquiatria

- 24 anos de carreira de Enfermagem

1. Qual das vivências foi a mais marcante para si no cuidar do utente com doença mental? Porquê?

Há várias situações que para mim são marcantes. Há uma que eu acho que me faz **ter consciência da importância que um pequeno gesto tem, perante uma pessoa que está fragilizada, que está com uma doença mental** foi...

Eu trabalhava no São Francisco Xavier, num serviço de agudos e a determinada altura, trabalhava... estava a fazer duplo. O meu serviço de base era o Júlio de Matos, trabalhava também num serviço de agudos no Júlio de Matos, com uma colega muito mais velha que eu, na altura. Pronto, ela já se reformou aqui a uns anos, mas ela devia ter... eu era um pouco mais velha que a filha dela, eu tinha para aí uns 6 ou 7 anos a mais que a filha dela. Portanto, era de outra geração de enfermeiros. Mas que era uma senhora que veio para a Enfermagem no tempo que se vinha para a Enfermagem com a quarta classe. Que depois foi estudando e foi evoluindo e era uma senhora enfermeira à séria. Era daquelas pessoas muito empáticas com os doentes, muito capaz de olhar para as pessoas, muito respeitadora da individualidade da pessoa, era uma senhora enfermeira que eu tinha uma grande consideração.

E um dia, lá na Ajuda recebemos uma doente, uma mulher que havia muitos anos tinha recidivas de uma BMD. Portanto, uma doença bipolar e tinha n internamentos já... E um dia estávamos a falar, e ela estava-me a dizer: “Ah Senhora Enfermeira, eu estou tão cansada de sofrer desta doença maldita”... não sei quantos, não sei que mais... “Desde, veja lá, eu comecei com esta doença, eu tinha 17 anos. O meu primeiro internamento foi no Júlio de Matos, tinha eu 17 anos”. E eu lhe perguntei: “Tinha 17 anos quando teve no Júlio de Matos, lembra-se qual foi o serviço onde esteve?” E ela disse-me lá o serviço onde tinha estado. E eu perguntei-lhe: “E então lembra-se de alguma enfermeira que trabalhasse lá consigo... que trabalhasse nesse serviço.” E ela disse-me: “Ai lembro-me tão bem, há uma que não sairá do meu coração, a enfermeira chamava-se (...)”. Olha é a minha (...). Ah sim!? E então do que é que se lembra da Enfermeira (...)? “Olhe, uma vez eu estava tão doente, tão doente que havia para aí uns 8 dias que não comia nada. E ela foi lá ter comigo ao quarto e disse-me: Olhe, eu trouxe umas laranjinhas do meu quintal. Vou fazer um suminho para si, quer? Eu trouxe de propósito para si, quer? E ela disse: “Foi a primeira coisa que eu comi ao fim de... o primeiro alimento que eu ingeri ao fim de... Ela falou que era mais de uma semana, uma coisa qualquer assim.

E eu achei piada, e pensei cá para os meus botões: a Enfermeira não trouxe nada as laranjas de casa. Mas, pronto, pensei eu, foi uma mentira piedosa, pensei eu. Entretanto, depois quando tive a oportunidade e a colega ainda trabalhava, fui ter com ela e quando a encontrei disse: Olha, sabes que uma senhora que já tinha para aí quase 50 anos, essa senhora. Que se lembra de ti quando tinha 17 anos, que tu lhe levaste um sumo de laranja e que disseste que foram umas laranjas que trouxeste do teu quintal, e que foi de propósito para ela. E ela disse-me assim: “Ai, lembro-me dessa senhora, era uma rapariga anorética, assim com um comportamento um bocadinho estriónico... que estava pele e osso. E de facto, prometi-lhe que lhe trazia laranjas do meu quintal e eu trouxe mesmo. Porque eu tinha mesmo laranjas no meu quintal. E lembro-me muito bem dessa miúda, era uma miúda muito bonitinha... não sei quantos, não sei quantos...

E lá me teve a dizer, e eu pensei: a importância que teve aquele gesto da enfermeira, de ter trazido umas laranjas, ter-lhe dito que era especial a atenção que ela lhe deu... isso

foi para mim marcante, eu pensei que, às vezes, aqueles pequeninos gestos que nós achamos que não tem importância, **para aquela mulher teve tanta importância que muitos anos depois se lembrava daquele gesto**, mas isso a Enfermeira (...) lembrava-se de muitos doentes que tinha tido e no princípio da carreira dela. Portanto, era natural que se lembrasse. Quer dizer, podia não se lembrar, mas naquele caso, ela lembrava-se. Não se lembrava do nome, não se lembrava de muitas características, mas depois de eu lhe dizendo, ela lembrou-se. Isto foi uma coisa que para mim foi marcante.

No outro sentido, também foi-me marcante um outro episódio que me aconteceu... No meu primeiro turno da noite, no Júlio de Matos, que foi também esta coisa de nós termos de pensar um bocadinho o que dizemos e as consequências daquilo que dizemos.

Que foi... eu entrei com a colega na primeira noite e eu estava a fazer acompanhada, e nós recebemos o turno às 20 horas. Entrei e recebemos o turno e depois é que nos íamos fardar. Então quando nos íamos fardar, passamos pela sala onde as senhoras estavam, e fomos cumprimentar as senhoras. Quando entramos, a colega que ia comigo, ia à frente, e as senhoras estavam assim, à volta da sala, e nós fomos lá fazer assim a ronda e chegávamos ao pé e dissemos boa noite. A colega disse boa noite a uma senhora nova e eu cheguei ao pé dessa senhora e disse: “Boa noite, eu chamo-me Enfermeira (...)” e tal... tal... Eu já não sei bem as palavras que disse, já foi a muitos anos, e cumprimentei-a com a mão. E pronto, ela também me disse boa noite e também me disse como se chamava. Eu depois continuei. Quando eu ia passar assim para a outra senhora, ela tocou-me assim no ombro e disse: “Anda cá! Anda cá!” “Bem eu voltei atrás... “E então diga lá o que é...” “Olha dá-me uma chapada!” E então... mas... eu fiquei um bocado atrapalhada, o que é que havia de responder... E então eu disse: “Não, eu não lhe vou bater! Não tenho nenhuma razão para lhe bater. E ela pregou-me um chapadão”. Depois, eu fui para trás, e ela disse: “Pronto, agora tens uma razão.” Agora já tens um motivo para me bater.” E eu fiquei sem saber o que fazer. Porque, pronto, a vontade, vocês calculam qual era, não é?! Mas fiquei... agora o que é que eu faço?! E então, a colega que estava comigo foi uma querida, salvou-me a mim. Fez assim logo com a mão... Pôs à frente... na minha mão... como quem diz acalma-te e disse que a

Dona (...) olha era o nome da senhora... está muito doente, tem que fazer um SOS, está muito doente. Portanto, aquele SOS não era para a doente. Ela, de facto, não precisava de um SOS. De facto, aquele SOS era mais para mim e ela disse-me: “ Enfermeira (...) vai-me arranjar um SOS”. E foi para me afastar. ³**O objectivo da colega foi afastar-me daquele momento de stress, porque ela deve ter percebido que eu não sabia o que é que eu havia de fazer.** Eu fiquei perfeitamente sem saber o que havia de fazer. E eu devia estar com um ar furiosíssimo, como calculam, não é!? E então, eu fui muito trémula, lá fui ver, descobrir o que a mulher tinha de SOS. Porque eu estava tão nervosa, tão nervosa, que nem conseguia encontrar a pasta da mulher, nem nada disso, mas pronto. Quando, depois falei com a colega sobre isso, depois quando voltei a senhora já estava na cama. A colega estava a falar com ela e afinal já não foi preciso fazer o SOS. Mas, pronto, a colega afastou-me da situação. ⁴**E foi isso, que me fez pensar que este tipo de situações tem solução.** E que é possível resolver este tipo de situação de uma forma airosa, não é!? Que eu achava impossível resolver a situação de uma forma airosa. No entanto, foi possível. E isso, foi também uma situação que me fez pensar muito neste tipo de coisas. Essa colega (...)depois ficamos a falar também da ⁵**importância de nós falarmos sobre as situações complicadas que acontecem.** Pronto, depois foi o falar com essa colega e a pensar que alternativas, é que a gente poderíamos ter utilizado. Eu estava muito nervosa, falei muito, zanguei-me muito e falei muito mal da doente à nossa colega, à nossa colega...

Pronto, ela teve muita paciência comigo, e depois teve-me a dizer que quando é assim... Pronto. ⁶**De facto, o melhor é a gente voltar... devolver à pessoa a questão.** Se ela diz: “bate-me, faça-me mal”. A gente deve devolver um bocado... mas, porque é que acha isso? Porque é que acha que merece que lhe batam? Porque é que acha que eu lhe deveria bater? Portanto, esse tipo de coisas; e não: “Não tenho razão nenhuma para isso”. Claro que ela não era parva e deu-me uma razão para me bater. E ela desejava ser agredida por alguma razão. E daí que é por aí que a gente deve ir...

E isso, também me marcou um bocado na minha forma de lidar com as pessoas, de não reagir intempestivamente, e ⁷**pensar um bocadinho primeiro, o que é que ele me está**

a querer dizer... o que é que esta pessoa me está a querer dizer. Pronto, não tenho assim muita coisa que me lembre.

2. Na sua opinião, refira o que o motivou a trabalhar num serviço de psiquiatria?

Eu tenho uma irmã mais velha, cinco anos, que é enfermeira. E desde pequenina que eu ... havia um problema na família, que era ... eu imitava a minha irmã em tudo, em pequenina. A minha irmã fazia uma coisa qualquer e eu queria fazer igual, e aquilo, às vezes, complicava a vida da família. Não sei se teve haver com isso, a verdade é que a minha irmã é enfermeira. Por coincidência do destino, eu também quis ser enfermeira, eu não se tem haver, mas a minha mãe achava que sim, que eu era um macaquinho de imitação da minha irmã.

A determinada altura, além de querer ser enfermeira, eu também não tinha muito bem a noção do que era ser enfermeira, mas tinha a noção de que era umas pessoas que tratavam das feridas... que faziam... ajudavam nas operações... que faziam assim essas coisas... Eu nunca tive a mania da medicina... havia pessoas... Eu queria ser bailarina ou bruxa... e eu achava que ser enfermeira, que se calhar tinha ali alguma coisa assim de curar coisas... que havia qualquer coisa parecida com bruxaria. E o meu grande sonho era tornar-me invisível. E se calhar... olha... acabámos... os enfermeiros são também um bocadinho invisíveis... Se calhar consegui mais do que pensava à partida. Provavelmente, terá tido haver com o facto de a minha irmã ser enfermeira, que eu depois acabei por ser também enfermeira.

Eu detesto trabalho de escritório, trabalho de registos... trabalho de secretária... eu detesto essas coisas. E o meu primeiro emprego... quando terminei o liceu, era no tempo do protêutico, eu logo logo quis começar a trabalhar, porque tinha a mania que era muito crescida, e já namorava algum tempo... e queria casar, e queria ter uma criança, e tive logo um filho, que eu era muita adulta com 22 anos... E depois precisava de dinheiro para criar a criança. Tive a trabalhar numa coisa tipo secretária e detestei aquilo. Então resolvi mesmo, já o meu filho tinha 1 ano, quando eu resolvi mesmo... bem vou mas é retomar a minha ideia de enfermagem, e foi aí que eu me inscrevi no

São Francisco das Misericórdias de Maria que foi a escola onde a minha irmã tirou o curso e eu fui para lá.

E de facto, desde logo os primeiros tempos, a cadeira que eu mais afinidade tive, que melhor notas tive foi a psicologia do desenvolvimento. Pronto, por aí comecei a gostar muito desta área, especialmente, a psicologia do desenvolvimento, gostei imenso. E se calhar, foi naturalmente por aí, o caminho que quando terminei o curso, depois no meu estágio de saúde mental, foi também um estágio que eu gostei muito... E se calhar, por aí, além de que na minha cabeça e mesmo lá na minha... eu sou de uma zona do Alentejo, onde há imensos suicídios... e as pessoas lá... um maluco não tem um sentido depreciativo tão forte como tem aqui assim... é mais uma pessoa um bocado engraçada, diferente e tal. Portanto, se calhar, é também há essa parte... ⁸ **esse medo, preconceito em relação à doença mental como uma coisa depreciativa**, não estava muito presente no meu imaginário, tanto que as brincadeiras que nós tínhamos e as piadas, muitas vezes, havia sempre alguém maluco no meio que era uma pessoa um bocado sonhadora e que fazia coisas um bocado engraçadas fora do vulgar.

Pronto, daí que eu não tinha essa noção do que a psiquiatria, como eu vejo, às vezes, ⁹ **alguns colegas quando se fala na psiquiatria: “Ai que horror!”**, que dizem esse tipo de coisas. Eu nunca tive esse sentimento. Portanto, foi tudo muito natural.

Comecei a trabalhar nos cuidados intensivos que eu também gostava em Santa Maria. Seis meses depois, no tempo das férias, eu tive a oportunidade de ir substituir os colegas no Júlio de Matos na psiquiatria, eu fui e gostei. Quando abriu o concurso, concorri e comecei a trabalhar no Júlio de Matos. Trabalhei no serviço de mulheres. Portanto, eu não tenho a certeza quais foram as minhas motivações em vir para a saúde mental. A verdade é que depois de cá estar gostei imenso, e sempre investi muito na saúde mental, sempre me preocupei muito com o aspecto do lunismo das pessoas... de ¹⁰ **tratarmos as outras pessoas como nossos iguais**. Porque quando eu comecei a trabalhar, isso não era bem assim. Era eu: sou o técnico; o outro: era o doente. Eu estou num pedestal; o outro: só tem que obedecer aquilo que eu digo e acabou a conversa. Enfim, não quer dizer que

a gente, às vezes, não precise de fazer essa demarcação no dia-a-dia, mas não é uma postura.

Por outro lado, como... ¹¹**acho que faz parte da minha característica pessoal, ser uma pessoa muito imaginativa e gosto de brincar, e utilizo muito o sentido de humor**, ou pelo menos antes, utilizava mais. Agora, eu já estou um bocado velha e utilizo menos. Mas utilizava muito o sentido de humor. Portanto, eu também fiz um bocadinho de diferença para o serviço onde fui trabalhar. ¹²**Como fiz a diferença, isso se calhar, melhorou a minha auto-estima nessa área, e achei que tinha, se calhar jeito para aquilo...** das actividades, dessas coisas todas que não era muito utilizado lá no serviço e tinha o feedback dos doentes que gostavam disso e das coisas que eu fazia com eles. ¹³**Daí que tudo isso contribuiu para eu me sentir bem neste ambiente e continuar o trabalho.** Depois, pronto, fiz a especialidade, e essas coisas todas, mas penso que teve um bocado haver com isso. Portanto, as minhas motivações.

Entrevista nº2

Género: feminino

Idade: 36 anos

Experiência Profissional:

- 9 anos na área de Saúde Mental e Psiquiatria

- 14 anos de carreira de Enfermagem

1. Qual das vivências foi a mais marcante para si no cuidar do utente com doença mental? Porquê?

Eu vou vos contar uma que é... tem haver com uma pessoa que eu conheci. Que é uma amiga. Porque que é que isto é interessante? Porque é a única situação que eu conheço de alguém, antes e após o aparecimento da doença mental. Tinha e tenho uma amiga, que quando a conheci, quando éramos adolescentes, novas... não éramos adolescentes... já éramos adultas jovens. E entretanto, ela era uma moça que eu

admirava muito. Lembro-me de pensar que... era a Catarina... Eu gostava de ser como a Catarina. Ela era uma mulher muito interessante, politizada, era uma mulher que gostava muito da Natureza, muito dada assim a desportos de aventura. A formação dela era em Biologia. E na altura, em que eu a conheci, estava... foi antes, mas ela ainda fez um doutoramento. Um doutoramento, não! Um mestrado em estudo animal, e foi fazer a área de investigação para o México e tudo. Estava a estudar comportamentos primatas. E era assim uma pessoa que eu admirava muito. Era uma pessoa que estava muito bem com as pessoas, sabia sempre estar, tinha sempre opinião. Era fácil de conversar com ela. E pronto. Entretanto, um dia faz um surto psicótico. Faz um surto psicótico numa viagem qualquer a Barcelona que eu depois mais tarde vim a saber... na altura ela não fazia consumos. E depois mais tarde, vim a saber que afinal, teria iniciado o consumo de haxixe. Pronto! Naquele meio acontecia. E depois ela faz um surto psicótico. E eu estou na urgência psiquiátrica nessa altura, e a Catarina aparece. É muito difícil quando a gente vê um amigo, ao contrário dos outros serviços, mas é muito difícil, quando a gente vê um amigo, excepto se for uma depressão reactiva a qualquer coisa. Depois a gente encara bem. Mas a questão do surto psicótico... até porque eu acho que os técnicos têm uma visão pessimista destas coisas pela nossa própria experiência, não é?! Nós começámos logo a projectar em termos de futuro, as perdas funcionais que estes indivíduos vão ter. E portanto, ela faz um surto psicótico, ela vem à urgência e eu estou na urgência nessa altura. Lembro-me de a doutora, de termos conversado depois de ela se ter ido embora. Conversamos um bocadinho, e a doutora de ter-me dito qualquer coisa de que ela teria feito um surto psicótico. E eu achava até que não. Não. Achava que não. Não, doutora, não parece. Às vezes, isto... uma situação reactiva a qualquer coisa. Portanto, isto foi numa viagem que ela fez a Barcelona, uma coisa assim qualquer. E a verdade é que ela... se comprova esta situação. E eu acho que até foi um despoletar de uma... não foi só um surto psicótico momentâneo. Ela hoje tem défices relacionados com essa situação. Portanto, eu penso que ela terá um diagnóstico de psicose esquizofrénica. E depois, conheci a Catarina pós-doença. E conheci assim, naquelas coisas que a gente conhece nos nossos doentes, não é? Lembro-me que ela depois andou a fazer olanzapina que ela engordou para aí uns 20 quilos. Tinha um

pescoço largo. E ela não era nada, nada disto. Eu lembro-me, inclusive, de termos ido jantar com amigos. E a Catarina ter-se sentado assim num canto da mesa e não interagir com ninguém. Comia, comia, comia, comia, só estava ela e o prato, e pouco falava. Pronto.

E porque é que eu conto isto. Porque é esta noção de que, às vezes, os familiares nos abordam, nos dizem: “Ai mas você não conheceu o meu filho! O meu filho era assim... era assim.” A gente só conhece aquele momento, a gente só conhece o indivíduo com a doença, muito marcado pela doença. E quando falamos de, nomeadamente, de esquizofrenia, ela é muito marcante na vida do indivíduo. Ela toma conta, efectivamente, de todas as áreas do indivíduo. Interfere a muitíssimos níveis. E a Catarina para mim, é este marco, de eu ter conhecido alguém, de perto, antes da doença e pós doença. E isto, para mim, foi importante. ¹⁴**E é importante até em termos de aprendizagem. Quando os familiares nos abordam, nos dizem...** agarrados ainda aquela esperança do passado, e aquela imagem que eles têm de aceitar o presente, e mesmo o futuro. E é uma experiência que eu tenho para mim, e foi muito importante. E em termos de aprendizagem, essencialmente. Esta é assim.

Faz, ainda hoje, a propósito de não sei... De uma amiga que temos em comum, falamos sobre ela, e falamos sobre esta questão. Porque ela hoje, é tal e qual aquilo que eu conheço. Não, não aqui em relação aos nossos doentes que estão aqui internados. Mas, ela é uma pessoa típica portadora de esquizofrenia com isolamento social, com discurso muito repetitivo, com baixo insight, com falta de motivação. E quem conheceu a Catarina, e quem a conhece hoje... Não tem nada, nada haver, nada, nada haver. Imaginava um dia, quando éramos mais novas, não é? Que ela ia trabalhar aí, nessas missões em defesas dos animais, e dessa coisa... Ela ainda continua a gostar muito de animais, é certo. Mas já sem capacidades, tem empregos... E depois há sempre situações de conflitos, os outros são sempre... Querem sempre a prejudicar, e as relações com a autoridade são difíceis. E ela é muito rígida, ela vive muito... Ela não tem nada, nada a haver. E às vezes... Isto é importante. Pronto! ¹⁵**E os amigos têm muita dificuldade em aceitar esta nova Catarina.** Já se passaram 10 anos, mas já há

muita dificuldade em aceitar. Inclusive, até no sentido da... com essa pessoa hoje. Porque ela não quer mudar, e porque ela está sempre... ¹⁶**E é importante que a gente faça aqui um esforço, que ela não vai mudar. E ela não tem capacidade para isso, não é? No sentido da readaptação a esta nova situação da vida dela.** E pronto, por acaso, hoje já tive a conversar sobre isto. E portanto... Assim em termos de experiência, esta não sei se foi a mais marcante ou não. Mas é uma experiência que tenho presente. Para outras situações, há umas que são assim tipo, mais espectaculares no contexto onde eu trabalhei na urgência. Há experiências... há episódios assim, de grande agitação e que a gente se lembra. E porque envolveram... são espectaculares no sentido das pessoas envolvidas, e com o comportamento em si. Mas esta diz-me...

2. Na sua opinião, refira o que o motivou a trabalhar num serviço de psiquiatria?

Pronto, é assim. Eu já tinha tido uma experiência de psiquiatria no meu estágio enquanto enfermagem. ¹⁷**Eu tinha gostado, as coisas tinham corrido muito bem,** eu tive boa nota de estágio e tal. E na altura fiz o estágio no Telhal. E depois, logo que acabei o curso, as pessoas também gostaram de nós, era eu e mais uma colega. As pessoas também gostaram de nós, e a verdade é que... depois logo que acabei o curso, comecei lá a fazer duplo emprego na psiquiatria.

Entretanto, depois não me mantive lá muito tempo, porque depois também me assustei lá com um doente. Eu lembro-me que era assim... ¹⁸**Estávamos sozinhas, e assustei-me lá com um doente, e achei que se calhar não era bem aquilo que eu queria.** Pronto, mas como eu já trabalhava noutro sítio. Eu deixei o duplo e assim seguiu.

Estava em São José na altura, e tinha uma amiga que era minha colega de equipa que trabalhava aqui no Miguel Bombarda. Entretanto, eu estava em São José a trabalhar e abriu... e estava a estudar, e estava a ser muito difícil. Estava, nessa altura, a fazer a licenciatura em Sociologia, em duplo emprego. E portanto, aquela unidade já pesava bastante. Inclusive, nessa altura, faço uma tuberculose em serviço também. E achei que precisava mesmo de fazer uma mudança de serviço. Eu não queria deixar de estudar,

não podia deixar o duplo emprego, ou não queria deixar o duplo emprego. E achei que a opção seria, entretanto, mudar de serviço.

Nessa altura, abre o concurso aqui para o Miguel Bombarda. E eu, pronto, olha... A colega já cá trabalhava... “Vá vamos nos inscrever as duas e tal” E assim ficamos. E acho que foi um bocadinho por acaso, quer dizer, claro que já tinha tido trabalhado em psiquiatria. Mas não foi que eu achasse, que era uma área que eu me sentisse particularmente vocacionada, ou isso. Não foi assim. E acho que na primeira fase, em que vi para cá trabalhar, eu estava a trabalhar... ¹⁹**Eu sempre gostei de trabalhar em equipa, de ter gente comigo no serviço.** E uma das coisas que me custou muito, na altura em que comecei a trabalhar, foi trabalhar para a Sétima, e estávamos sozinhas. Tínhamos doentes agudos e eram 30 doentes agudos. Depois, ²⁰**os meus colegas diziam sempre que eu não devia demonstrar medo, mostrar confiança, E eu estava cheia de medo, cheia (pausa) e super insegura, e essas coisas todas.** E fiquei pouco tempo no serviço, porque realmente não gostei, não gostava de estar assim. E pedi transferência, e foi para a urgência. Fiquei aqui para aí uns 6 meses. Foi para a urgência, gostei mais da urgência, era uma equipa grande. Nós tínhamos sempre 6 pessoas por turno. Portanto, 2 médicos, 2 enfermeiros e 2 auxiliares. E fiquei lá até 7 anos, e depois vim para aqui. ²¹**Esta área aprendi a gostar,** também vim para aqui por acaso. Podia ter ido perfeitamente para uma enfermaria de agudos.

Foi um convite de uma... eu queria sair e uma antiga Enfermeira-chefe daqui Fernanda Escala tinha perguntado, se eu então queria vir trabalhar com ela. Disse-lhe que: “Sim, eu queria sair da urgência”. Portanto, disse que sim”. ²²**Eu gosto muito da área da reabilitação psicossocial,** gosto mesmo muito. Estou na área que eu acho que me vejo a trabalhar por muitos anos. Não me apetece, neste momento, nem voltar à urgência, nem voltar a doentes agudos. Embora também não queira trabalhar com crónicos. Mas isso...

E Porquê? ²³**Porque é muito gratificante. Primeiro porque assenta-se (pausa) está muito assente nas questões relacionais,** mas nos agudos também está, não é? Mas o nosso contacto é mais... pode ser... não quer dizer que seja sempre, nos agudos também

não permanecem muito tempo nos internamentos, não é? Mas é mais curto. A minha experiência de urgência era aquele doente que ficava mais de 48 horas. Já era assim, situações de excepções. Não eram doentes que passavam muito tempo lá. Mas, é muito interessante este trabalho, das competências, das habilidades, das coisas básicas. A questão de fazer a cama, aprender a gerir a medicação. Eu acho isto muito interessante, e ²⁴ **gosto muito da dinâmica deste serviço, das reuniões de equipa, do trabalho em equipa, da discussão dos casos.**

E eu acho que os enfermeiros aqui podem dar um grande contributo, no sentido em que realmente ²⁵ **o nosso papel é importante, e valorizado pela equipa e pelos próprios doentes.** E isto nem sempre acontece. Eu, se calhar, também gosto da reabilitação psicossocial, também muito por causa desta equipa. Isto tem muita influência também, não é? O serviço até pode ser mauzinho, mas se a equipa for boa, torna-se muito gratificante. Às vezes, a gente aguenta-se serviços que até não são nada de extraordinários. ²⁶ **Mas com equipas boas, até aguenta-se serviços com muito tempo e com elevado grau de satisfação.** E porque também é uma equipa jovem, motivada, com vontade de fazer coisas, de fazer, às vezes, mais do que aquilo que a gente, efectivamente, tem... possibilidades, não é? Pelos recursos humanos, materiais. E há uma série de constrangimentos... Mas mesmo assim, a equipa tem vontade de trabalhar, de fazer coisas.

Entrevista nº3:

Género: feminino

Idade: 42 anos

Experiência Profissional:

- 16 anos na área de Saúde Mental e Psiquiatria
- 21 anos de carreira de Enfermagem

1. Qual das vivências foi a mais marcante para si no cuidar do utente com doença mental? Porquê?

Uma experiência muito importante... Eu trabalhava em Cintra. Eu era responsável pela área de Dia. O serviço... eu já tinha fechado. E portanto, apareceu-me uma vez um pai com um filho, aí dos seus 16/17 anos. E vinha desesperado com o miúdo. O miúdo... ele não sabia muito bem o que se passava com aquele jovem. E eu sei que... Entretanto, o serviço, eu já tinha fechado. Os enfermeiros eram responsáveis pela triagem, pela consulta de enfermagem. E portanto, eu era a única que estava no edifício. E portanto, eu voltei a abrir o edifício, eu já estava para sair. E voltei a abrir o edifício, eu voltei a desligar o alarme e a fazer 30 por uma linha. E voltei a receber este pai e este miúdo.

²⁷**Este miúdo marcou-me muito, porque este pai vinha desesperado.** E veio a se saber mais tarde, que este miúdo era um bipolar.

Portanto, este pai já vinha, não me recordo precisamente, vinha talvez enviado pelo médico de família, e também já vinha de uma psicóloga. E já tinha corrido vários locais do Serviço Nacional de Saúde. E eu fiz-lhe o diagnóstico de enfermagem, fiz-lhe a consulta de triagem, marquei-lhe a consulta de psiquiatria. E este miúdo foi visto o mais rapidamente possível. E foi logo medicado. E foi logo bem organizado, a consulta de Cintra, que é em Sintra, no Cintra com C curvo. E eu senti-me muito gratificada, porque

²⁸**se eu não tivesse esta disponibilidade interior, se eu não tivesse voltado atrás, e não tivesse recebido esta família (pausa) e este jovem, e eu não o tivesse agarrado, acho que era mais um miúdo que se perdia.** E passado, sei lá... 2/3 anos, este miúdo ofereceu-me uma caneta com o meu nome gravado. Ainda lá está no escritório guardado. É um miúdo com um sucesso escolar, que durante alguns anos, vi-o, espectacular. E que tem... faz a sua vida normal.

²⁹**E que é isso é que são as mais valias e as grandes gratificações.** Este miúdo marcou-me muito. Quando ele entrou, vinha completamente, com uma agitação psicomotora brutal, misturado com ideias de suicídio marcados. Um pai completamente desnortado, que não sabia como é que havia de agarrar este miúdo. Porque ele já tinha feito uma tentativa de suicídio até há pouco tempo. E não voltou a mais fazer isso, pelo menos que eu saiba até há pouco tempo. O pai, ainda de vez em quando, dá-me um toquezinho. É isto! Não tenho mais nada a dizer!

Entrevistador: Em relação... identificou-se tanto com essa situação, foi porquê? Foi porque se colocou no papel do pai e do filho?

O quê?! Do outro? Eh pah! Porque já era tarde. Eu já devia estar a buscar os meus miúdos.

Entrevistador: E pensou: isto já devia ter sido tratado agora?

Eh pah! Eu já tinha fechado o edifício todo. Eu fechava o edifício todo, ligava os alarmes, fechava as portas... Eu estava responsável por este edifício, eu estava responsável pela consulta externa. Já tinha levado ali com 30 primeiras consultas que eu fazia a triagem, que eu estava responsável pelas triagens. Eu estava com um cansaço brutal. Eh pah! Já estava na hora de sair a mais que tempo. E tive de voltar atrás e desfazer tudo, porque tal eu vi aquela família completamente desorganizada, estava desorganizada e estava num internamento escarrapachado uma bipolar. E ninguém lhe tinha diagnosticado uma bipolar. E bastou eu estar ali... um quarto de hora, meia hora, talvez meia hora, 3 quartos de hora, não faço a mínima ideia... Eu estive ali um bocado com aquela família... com aquele pai e com aquele miúdo. Eles já tinham passado pelo médico de família, eles já tinham passado... já tinham ido à urgência do Fernando Fonseca... já tinham ido não sei para onde... E já tinha havido ali uma tentativa de suicídio do jovem. E ainda ninguém tinha agarrado aquela família.

No entanto, bastou aquele bocadinho de ³⁰**tempo que disponibilizei-me, que custou-me e que fez toda a diferença naquele miúdo**, não é?! E que vemos actualmente com 20 e tal anos, extremamente saudável, com bom sucesso e óptimo profissional... ³¹**E que no fundo, se todos nós fizermos um bocadinho de diferença (pausa) Isso é muito gratificante!**

2. Na sua opinião, refira o que o motivou a trabalhar num serviço de psiquiatria?

As razões... foi também um caso que eu tive com um doente. Eu trabalhava na UC de São José. E houve uma razão muito importante. Ou melhor, eu antes de acabar o curso, fiz o que toda a gente costuma fazer. Vamos todos conhecer como funciona os

dinamaps, as próteses ventilatórias, tudo o que é altas tecnologias, medicações de urgências, reanimações. Vamos todos trabalhar para aí.

Eu candidatei-me a São José, e a mim puseram-me na unidade de urgências cirúrgicas que era onde se recebia ali naquela altura, havia... Portanto, ficava um enfermeiro que recebia os doentes todos que entravam. Havia outros que ficavam com os politraumatizados. Havia outros que ficavam com os traumatizados de coluna. Havia outros que ficavam com os doentes do bloco operatório imediatos. Havia outros que ficavam com os que estavam ligados às próteses ventilatórias. Havia outros que ficavam com a sala de enfermagem. Pronto, conforme a equipa de enfermagem, os enfermeiros eram assim divididos.

E uma vez tivemos lá um miudinho internado que era do Alentejo. Talvez, os seus 15 anos, 16... não teria mais que isso. E foi um miúdo que trabalhava nas obras, e que caiu de um andaime. E ficou tetraplégico, este miúdo.

Fizemos tudo por ele, a equipa fez tudo por ele. E inclusive, até um médico... O médico chegava a ser chamado de urgência, operava-o e ficava lá a dormir, sentado na cadeira ao lado dele. E isto acontecia com o médico que era responsável por ele, e qualquer outro... Era um miúdo que era acarinhado por todos. ³²**E eu afeiçoei-me muito a esse doente**, e todos os elementos afeiçoaram-se muito a ele. Porque era um miúdo novo, era um miúdo meigo. Assustado. Pobre, de famílias muito pobres. Não recebia as visitas, porque as visitas eram pobres, não tinham dinheiro para as deslocações. Portanto, havia uma série de variáveis com que levava que as pessoas se aproximassem muito deste miúdo, e fizessem tudo por ele. E portanto, e que ele... quando ele vinha do bloco, eram... uns sacos de drenagem por tudo o que era sítio. Porque ele caiu, e rebentou com tudo, rebentou tudo por dentro. E ele estava suturado. Aquele miúdo... ³³**foi um miúdo que mexeu muito comigo. Comigo, posso falar por mim, mas eu senti que toda a gente sentia também**, este sentimento, parecia pleonasma, também sentia este sentimento com o miúdo.

Este miúdo foi melhorando, até que passou para a sala onde tínhamos os doentes traumatizados de coluna. E ainda não sei, se ainda, actualmente, se usa, mas tínhamos as camas striker, onde se virava os doentes... têm aquelas madeiras... E depois nó virámos com o... não sei se vocês conhecem... Põe-se a tábua... há um ferro que encaixa... e roda tipo salsicha... Portanto, o doente estava tetraplégico, e o que acontece à maioria dos doentes tetraplégicos? Paragens cardio-respiratórias, não é verdade?! Os doentes... os músculos começam a ficar atrofiados... teve imensos traumatismos...

Este doente quando falava, pedia-me para não ser reanimado. A nossa função não é essa, não é?! A nossa função... o nosso juramento quando acabamos o nosso curso é salvar as vidas o máximo possível, não é?! Até à morte! Este doente sempre me pediu para nunca ser reanimado, porque não encontrava sentido nenhum na vida, por estar como estava, não é?! E eu sempre pedia para que este miúdo nunca fizesse uma paragem comigo. O que é certo é que eu consegui que este miúdo parasse comigo, e não fosse reanimado comigo. Isto marcou-me muito. Quando ele parou, eu fui ter com o médico de serviço e disse-lhe para não o reanimar. Aquilo não era qualidade de vida.

Ainda hoje me recordo dos olhos deste miúdo... Portanto, quando ele estava ligado à prótese ventilatória, é lógico que não dá para falar. Ainda hoje me recordo dos olhos deste miúdo a pedir-me, cada vez que eu entrava de serviço, para não ser reanimado. Porque era das últimas palavras que ele me disse, foram estas: para não ser reanimado. Porque ele não queria voltar para casa e viver assim. Portanto, aquele olho grande dele, ainda hoje, me recordo dele, passado 20 anos. ³⁴**Isto, são coisas que ficam para sempre.**

Entrevistador: Então foi a partir desta experiência que sentiu que a psiquiatria era aquilo que queria seguir? Ou que não queria mais experiências em cirurgia?

Não! Não! A partir daí, senti que esta parte relacional tem que ser mais desenvolvida. Que não é só ler bem o electrocardiograma, não é saber bem... ou não é só pôr os parâmetros do ventilador... Não é só saber bem virar uma cama de striker e fazer bem as mobilizações, e saber bem fazer as prescrições médicas, é preciso saber bem ler os

olhos do doente. Porque, ³⁵se calhar, se eu não tivesse lá, naquele dia, não era naquele dia que ele conseguia, que aquilo acontecesse... continuava a ser reanimado, continuava a ser reanimado...

E até que ponto vai o nosso sofrimento, não é?! Até que ponto... E quem diz, é muitas... O que me irritava imenso, uma coisa que me deixava louca, era quando alguém estava a morrer, puxa-se a cortina. Não é?! Quando se está a morrer, puxa-se a cortina e vai-se lá para dentro. Porque aquele último suspiro, é importante. A pessoa está... como é que a pessoa estará?! É o pior momento de solidão da pessoa. Será que é?! Será que a pessoa não precisa de falar?! Se a pessoa quiser silêncio, tudo bem, fecha-se a cortina! Mas primeiro vai-se lá primeiro saber o que se passa! Será que é tão importante ir avaliar a temperatura de uma enfermaria inteira?! É mais importante avaliar, porque está prescrito, e é rotina de serviço ver a temperatura?! Ou será que é importante ir lá falar com o doente que está a morrer?! Como pessoas?! Eticamente... como ética?! O que é que é mais importante? Como princípios morais, o que é que é mais importante?!

Entrevistador: Estar com a pessoa no seu último momento.

Ou é, ir ver temperaturas que provavelmente não precisam de ser vistas, porque não há razões nenhuma para serem vistas, e é só porque está estipulado no serviço?! Porque é rotina de serviço?! Coisa que me deixava doente... Não me passa pela cabeça: fechar a cortina! Um pré-operatório é só pôr pessoas a assinar papéis e termos de responsabilidade. E não se explicam que provavelmente um diabético vai ficar sem uma perna?! Tem que se explicar!

Entrevistador: Mas depois a quem é que compete dizer isso à pessoa? Normalmente tem de partir da parte clínica.

A quem é que compete?! Nós, enfermeiros, somos licenciados!

Entrevistador: Sim, eu sei, eu sei... Depois também há aquele médico vs enfermeiro. A quem é que compete dizer qual é a função de cada um. E se somos nós sempre a dizer, porque é que somos sempre nós a dizer que o médico nunca diz?

Eu não me interessa nada. Eu sou licenciada. Eu sou uma pessoa com princípios éticos e morais. Eu acho, eu acho... eu penso, eu sinto-me, eticamente, bem comigo própria. E logo à noite quando eu me deitar, vou conseguir dormir. Porque sei que aquela pessoa vai fazer isto. E sinto que é correcto dizer isto. Se ele não disser, é problema dele. Problema dele! Agora, eu como pessoa, como profissional, penso isto. Cada um pensa de si. Cada um é que veste a bata e sente-se como pensa que se deve sentir. Agora eu tenho os meus princípios éticos e profissionais. Eu é que sei como é que me deito à noite, e como me levanto de manhã. E como é que vou responder, quando olho ao espelho, eu é que sei, a imagem que vejo reflectida! Eu sou enfermeira (...)

Se o médico não responde, se o médico não faz?! A parte de enfermagem tem muito que se diga. Se nós queremos assumir uma carreira digna, condigna, com princípios éticos e morais... E se nós queremos afirmar-nos como tal... Eu acho que temos de ter uma atitude correcta, condigna como tal. Não é andarmos a fingir que somos gente. (...)

Entrevistador: Em relação... identificou-se tanto com essa situação, foi porquê? Foi porque se colocou no papel do pai e do filho?

O quê?! Do outro? Porque já era tarde. Eu já devia estar a buscar os meus miúdos.

Entrevistador: E pensou: isto já devia ter sido tratado agora?

Eu já tinha fechado o edifício todo. Eu fechava o edifício todo, ligava os alarmes, fechava as portas... Eu estava responsável por este edifício, eu estava responsável pela consulta externa. Já tinha levado ali com 20 ou 30 consultas que eu fazia a triagem, que eu estava responsável pelas triagens. Eu estava com um cansaço brutal. Já estava na hora de sair a mais que tempo. E tive de voltar atrás e desfazer tudo, porque tal eu vi aquela família completamente desorganizada, estava desorganizada e estava num internamento escarrapachado uma bipolar. E ninguém lhe tinha diagnosticado uma bipolar. E bastou eu estar ali... um quarto de hora, meia hora, talvez meia hora, 3 quartos de hora, não faço a mínima ideia... Eu estive ali um bocado com aquela família... com aquele pai e com aquele miúdo. Eles já tinham passado pelo médico de família, eles já tinham passado... já tinham ido à urgência do Fernando Fonseca... já

tenham ido não sei a onde... E já tinha havido ali uma tentativa de suicídio do jovem. E ainda ninguém tinha agarrado aquela família.

No entanto, bastou aquele bocadinho de tempo que eu estive e disponibilizei-me, que custou-me e que fez toda a diferença naquele miúdo, não é?! E que vemos actualmente com 20 e tal anos, extremamente saudável, com bom sucesso e óptimo profissional... E que no fundo, se todos nós fizermos um bocadinho de diferença... Isso é muito gratificante!

Entrevista nº4:

Género: masculino

Idade: 27 anos

Experiência Profissional:

- 5 anos na área de Saúde Mental e Psiquiatria

- 5 anos de carreira de Enfermagem

1. Qual das vivências foi a mais marcante para si no cuidar do utente com doença mental? Porquê?

Acho que no sentido genérico na abordagem com a pessoa com doença mental... Acho que as vivências que mais marcam são aquelas em que realmente sentimos que... No caso em que eu sinto o meu trabalho é útil, porque a minha acção acaba por ser... ³⁶**ter contribuído positivamente para o projecto de vida em causa.** Acho que a grande recompensa por trabalhar nesta área acaba por ser precisamente essa.

Agora, experiências, há experiências... Pode ser... dependendo do tipo de abordagem que se está a fazer e dos objectivos terapêuticos que temos.

Mas eu acho que realmente... Portanto, assim o que é mais importante de transmitir, é realmente é esta: ³⁷**a importância de conseguir ajudar o outro a reformular o seu projecto de vida. Trabalhando na área da reabilitação psicossocial, o grande**

desafio acaba por ser esse. Agora, o que é que isto de ajudar o outro, trabalhar o projecto de vida (pausa) vai (pausa) com um bocado de todos os domínios da vida, vai com todas as competências, quer as competências transversais da pessoa, alvo de ajuda, quer as minhas próprias competências transversais. E acho que essa acaba por ser uma outra mais valia de trabalhar nesta área. Porque acaba por... Eu acabo por ser confrontado muito com as minhas... com os meus conhecimentos e as minhas competências, com a minha capacidade de gerir, de lidar com determinadas situações que não têm só que ver com o âmbito restrito de conhecimentos técnicos, ou de conhecimentos ditos de enfermagem, ou de conhecimentos que se têm que aplicar neste serviço relacionados unicamente com enfermagem, os cuidados de enfermagem, ou prestação de cuidados de enfermagem.

³⁸ **Aqui o conceito de prestação de enfermagem, é um conceito mais lato em que é necessário que se mobilize toda uma série de competências,** que são competências de formação pessoal, de formação académica, competências de ordem moral, competências de ajuda de resolução de problemas diários, independentemente do que for, tipo... situações de... relacionados com as questões, que sejam questões de auto-cuidado, que sejam processos de decisão para a vida quotidiana, vida futura... Estabelecer pontos, contactos, reforço do elo terapêutico com a família... seja ajudar a pessoa a decidir, a ter poder para decidir, dar poder – a tal questão do empowerment. Que tenham uma opinião muito importante nesta área, a questão de treinar as pessoas, que sejam cidadãos por pleno direito. Que tenham uma opinião sobre as várias situações quotidianas, sobre aquilo que desenvolvem, que marcam as suas vidas. Que possam expressar os seus gostos, os seus desejos, que querem não querem. Claro que dentro deste quadro institucional. Estamos num hospital, isto pressupõe à partida que exista uma série de regras a cumprir e que existe uma série de limites até onde podemos ir. Mas dentro desses limites, essas regras, esses pressupostos acaba por ser um desafio interessante este treino de ajudar o outro a ser cidadão, a ter palavra sobre a sua vida, a decidir sobre aquilo que ele pode decidir. Estamos a falar, no fundo da autonomia, não é?! E acho que pronto as experiências, acabam todas as experiências que tocam nestes pontos...

³⁹ **Ajudar a outra pessoa a ser mais pessoa, não é?! Ser pessoa integralmente, são**

experiências gratificantes. Não estou a dizer que noutras áreas de prestação de cuidados de enfermagem que isto não existe, mas... Acho que aqui está muito vincado, está vincado numa maneira muito própria. ⁴⁰**E acaba por ser a nossa abordagem em (pausa) tipo diária constante, é sempre, sempre, sempre... sobre estes aspectos da vida.**

Agora experiências em concreto, tive muitas experiências. Claro que, por exemplo, interessa aqui falar de uma situação, nestes casos das pessoas que estão em situação de reabilitação psicossocial. A definição do sucesso, o que é o sucesso e o que não é o sucesso num processo reabilitativo.

⁴¹**Hoje em dia, a minha perspectiva do sucesso do processo reabilitativo é diferente da perspectiva que eu tinha quando eu vim trabalhar para esta área.** Eu antes se calhar tinha outro tipo de expectativas em relação ao outro, aquilo que o outro é, e aquilo que outro faz e escolhe para si próprio. E nesse sentido, acho que o sucesso num processo reabilitativo não tem que ser... não sou eu que defino. Não há modelos standards de sucesso, não é?! Tipo, uma pessoa está aqui a fazer um treino reabilitativo, tem aprovação, vai para o exterior, viver numa residência com um emprego protegido, e autonomiza-se o suficiente para não depender da instituição-mãe. Acho que esse modelo de... esse paradigma de perspectivar as coisas, acaba por ser um paradigma muito redutor e um bocado fora do contexto real. O contexto real é diferente. Há pessoas que, possivelmente, nunca sairão do contexto institucional, que terão que ter sempre um acompanhamento seja desta instituição, seja doutra instituição, nomeadamente, de técnicos de saúde mental.

Agora o que interessa saber realmente é que a pessoa possa progressivamente caminhar num sentido de um maior bem-estar, sentir que é respeitada, integralmente. ⁴²**Acho que essa é a base de qualquer tipo de processo, e no processo de reabilitação psicossocial não é diferente.** Agora, um de cada um, irá isso depois já depende das suas competências mantidas, das novas estratégias, das capacidades próprias que cada um tem, das estratégias que se arranjam para lidar com determinadas situações, da capacidade de se adaptar à mudança, do apoio que os técnicos dão, da possibilidade ou

não que tem da família acompanhar em permanência a situação. Depende também, do ponto de vista psicopatológico, como é que a psicopatologia em si, limitou e deficitou o funcionalismo, chamamos-lhe assim da pessoa. Pronto, ou seja, há aqui uma série de factores que podem condicionar esta definição de sucesso, e interessa dizer isto no sentido de relativizar o que é um processo de reabilitação bem sucedido. ⁴³**Portanto, eu acho que a diversidade de experiências também acaba por ser algo muito gratificante.**

Mas sempre sentir, indo ao princípio, que o meu papel, ⁴⁴**eu me sinto muito útil no acompanhamento da vida do outro**, independentemente, do que for necessário, independentemente das suas necessidades e dos processos de ajuda que estão em causa.

2. Na sua opinião, refira o que o motivou a trabalhar num serviço de psiquiatria?

Eu acho que... Por um lado, foi sem dúvida, foi este desafio de ⁴⁵**sentir que as minhas competências transversais eram postas em causa e eram treinadas e mobilizadas para... na minha prática** quotidiana. Por um lado, esse foi um desafio muito importante. Por outro lado, o meu interesse pessoal, a minha motivação pessoal é trabalhar com margens da população, pessoas que não se enquadram no chamado, nos conceitos ditos normais e de ⁴⁶**sentir que estas pessoas precisam de uma ajuda consistente. E que eu realmente poderia dar essa ajuda.**

Entrevistador: Eles também têm direito a receber cuidados. Não quer dizer que se vai prestar cuidados diferentes ou menores, só porque é diferente.

É isso... Por um lado, é salvaguardar a diferença. Porque a diferença tem que ser salvaguardada. Mas, por outro lado é ⁴⁷**salvaguardar essa diferença no sentido da valorização pessoal**, não é?! No sentido... eu sou diferente de ti, ou o outro é diferente de mim. Mas, isso é importante no sentido em que ⁴⁸**as diferenças do ponto de vista do olho social na área da saúde mental são diferenças que são vistas com tom pejorativo**, não é?!

Entrevistador: O estigma...

A questão do estigma... Eu acho que nesse aspecto... ⁴⁹ **tendo-se já feito um trabalho muito importante e acho que numa maneira geral todos os técnicos têm atenção, ainda há muito trabalho para fazer.** Nós ainda estamos a viver a fase de transição daquela fase da quebra dos muros... ainda existem muros hospitalares, não é?! Altos, não é?! Mas os muros hospitalares tem que... podemos ver isto um bocado no sentido simbólico. Os muros enquanto obstáculos... Pensamento que as pessoas têm para não aceitar o outro, para não aceitarem a diferença do outro. As pessoas com dificuldade, com determinado tipo de situações e que rejeitam... ⁵⁰ **e aí eu creio que também é um papel importante que eu tenho não só aqui no serviço, mas também no ponto de vista social, no grupo de pares, com os meus amigos, quando tenho possibilidade.** É um trabalho que se faz, tentar esbater entre um mundo da pessoa com doença mental, o mundo de internamento hospitalar, estes fantasmas. Parece que os mitos existem à volta de determinadas situações de vida, e o mundo de lá fora, das pessoas chamadas normais. Acho que isso também é um papel importante que... e uma motivação grande de trabalhar. Ou seja, é tipo um bocado, a questão de ser-se enfermeiro. Aqui, mas... Eh pah! ⁵¹ **É ser-se enfermeiro, aqui é ser-se enfermeiro quando se sai daqui também, tipo é ser um certo papel de pedagogia.**

Entrevistador: Vai sempre fazendo uma pequena diferença, mesmo pequena que seja, faz toda a diferença.

Exacto, exacto, exactamente!

Entrevistador: E aí vai ganhando as suas competências...

É um bocado isso, tipo... já que tenho a possibilidade de interagir neste meio, é um meio que é desconhecido para a grande maioria das pessoas. Então, ⁵² **eu vou tentar desmistificar junto dos outros, lá fora, quando há possibilidade disso.** Não faço disto um slogan, ou um cavalo de batalha. Mas sei que é uma coisa que está presente em mim. Por norma, eu até gosto de conversar sobre isto. Vou tentar chegar aos outros e desmistificar um bocado certas ideias e tornar as pessoas mais pessoas. Tornar as pessoas, pessoas. ⁵³ **Realmente, eu acho que é o essencial. Que as pessoas possam ver**

os outros como pessoas, e que não nos centremos nas doenças e nos pesos das instituições e no que se dizia, o que acontecia e no que acontece. Pronto, ⁵⁴acho que é importante nesse ponto de vista, o meu papel não só cá dentro, como trabalhador da instituição, como enfermeiro que presta cuidados. Mas também, a nível mais de âmbito social, de interacção com o grupo de pares. Isso também, eu encaro isso como uma continuação do meu trabalho aqui. Acho que é mais ou menos isso.

Ou seja, isso também é um bocado, estamos aqui... Só mesmo para terminar... Também é tipo, ⁵⁵como é importante reforçar noutro sentido da cidadania. Tipo no caso de uma pessoa de uma pessoa com doença mental que lhes escapa muitas vezes ao lado. Eu sei lá! O mundo, as questões políticas, as questões sociais e económicas, as escolhas, o processo de decisão. O que querem fazer, como é que querem ocupar o seu tempo livre, quais são os seus gostos, o que é que preferem fazer, que tipo de actividades querem fazer, qual o seu projecto de vida a curto e a médio prazo, e então o que é preciso fazer para isso. E como é necessário inculcar este espírito de cidadania no outro, também eu tento inculcar a mim próprio. E é nesta situação de tentar a nível, como eu vos estava a dizer do grupo de pares, ter um papel activo. Acho que também tem haver um bocado com isso, exercer o meu papel de cidadão, no sentido pró-activo, a nível de discussão e das coisas de mostrar... Eu acho que é um mal cultural que nós temos, que é abstrairmo-nos um bocado do nosso papel de cidadãos. Tipo, cada um está na sua vida, cada um faz as suas coisinhas à sua maneira. E o nosso sentido comunitário das coisas, às vezes fica um bocado esquecido. O civismo, crescermos uns com os outros e aprendermos e conseguirmos partilhar no caso deste tipo de experiências e conversas. E, às vezes, parece que fica um bocado relegado para segundo plano. E então, pronto. Eu também me obrigo a isso. Mas também... ou seja, ⁵⁶é importante para o meu próprio processo de crescimento pessoal, trabalhar nesta área. E para os meus desafios interiores a que eu me propus e continuo a me propor. Ter um papel social relevante da vida que eu tenho, não é?! Não é andar nos mass media a dizer isto e aquilo, mas o meu papel não é esse, muito longe disso. Mas é, pelo menos que seja sempre uma fonte de ideias, de discussão, de clarificação e de tentar esbater preconceitos. E é a tal situação de quebrar muros, quebrar muros é essencial. ⁵⁷Tipo,

estabelecer pontos entre pessoas, veículos de comunicação, e isso é essencial. E isso é também um bocado o desafio a que eu me proponho. É isto.

Entrevistador: Mas, quando entrou para o curso de enfermagem, já tinha ideia de que queria seguir psiquiatria, ou à medida que foi estagiando, e que pronto, foi adquirindo experiências e sentiu necessidade de dizer que é isto que eu quero?

Não (à primeira opção). Foi mais por aí (2ª opção). Eu também não tinha grande experiência da realidade hospitalar, mesmo de lidar com... por acaso, eu já tinha tido na infância... houve assim algumas experiências que eu tive na infância, no bairro, onde eu cresci, pessoas com atraso mental, e de alguma forma também pode ter contribuído para o meu processo de decisão e eu ter chegado a este ponto, hoje em dia. Mas não havia nada premeditado de ir para o curso e ir para a área de saúde mental. Foi realmente depois no 3º ano do curso, quando fiz o estágio na área da saúde mental. Aliás, antes de fazer o estágio quando tivemos o semestre dedicado à área de saúde mental. Que realmente, ⁵⁸**eu senti um maior interesse em aprofundar e que eu me envolvi mais.** E realmente, no estágio, eu senti que era a minha área, pronto. Aquelas questões de afinidade que nós, às vezes, conseguimos explicar. Porquê? Porque é uma área que privilegia a comunicação, uma área que privilegia os encontros relacionais, em que...

O que nós trabalhamos muito, é precisamente isso, é a relação. ⁵⁹**E através da relação, ajudar o outro a conseguir níveis de autonomização e bem-estar.**

Mas, pronto, não havia nada assim, à partida, que eu dissesse que olha eu vou trabalhar para esta área, porque é a área que eu sempre quis. Por acaso, há uma coisa muito interessante. Por exemplo, quando eu me candidatei para enfermagem. Eu candidatei-me na 1ª opção em enfermagem, mas eu também me candidatei também para psicologia, na altura. Mas eu tinha a convicção, continuo a pensar que a enfermagem é um curso que me dá muito mais.

Entrevistador: Eu fiz essa pergunta porque eu tenho colegas que dizem que querem ir para cirurgia ou para pediatria...

Não... Eu sempre fui muito indefinido. Eh pah! Pelo menos, do ponto de vista consciente, eu acho que nunca tinha aquela decisão já estabelecida. Eh, eu vou para aquela, para a área da saúde mental. Inclusivamente, na... Eu quando acabei o curso eu fiquei um bocado indeciso entre, ainda era aquela altura que nós podíamos escolher mais ou menos para onde queríamos trabalhar. E fiquei um bocado indeciso entre, ir trabalhar para a área da saúde mental, ou então para centro de saúde, saúde comunitária. E depois, eu estava um bocado assim ambivalente. Porque também tive uma experiência positiva no estágio de saúde comunitária. E o tipo de... Isto tem haver com o tipo, os pressupostos que têm haver com a prática quotidiana, e a saúde comunitária também eu gostei muito. Na saúde comunitária, eu gostei muito. Eu estava um bocadinho ambivalente, mas depois acabei por cair para este lado. E a *Enfermeira* teve aquela responsabilidade grande, um bocado grande, acabou por ser... Porque ela foi minha orientadora de estágio. E ela também tem esta capacidade de impregnar os outros, dá asas para voar, é um bocado isso.

Entrevistador: É mesmo, agarra nos aspectos positivos da pessoa, e consegue mostrar-nos o caminho, se quiseres desenvolvê-los ao máximo para o teu proveito.

É, é, é... Isso também é um bocado a visão da reabilitação psicossocial. Ou seja, nós podemos pegar neste modelo de funcionamento aqui, e de interação dos técnicos com os técnicos, e os técnicos com os utentes, também para os nossos próprios modelos de vida e de estar na vida. E também é interessante nesse sentido. E é isto.

Entrevista nº5:

Género: Masculino

Idade: 24 anos

Experiência Profissional:

- 18 Meses na área de Saúde Mental e Psiquiatria
- 2 anos de carreira de Enfermagem

1. Qual das vivências foi a mais marcante para si no cuidar do utente com doença mental? Porquê?

Bem, de facto, a minha experiência na saúde mental é reduzida. Não só na saúde mental, mas também enquanto enfermeiro, porque tenho um ano e meio de experiência nisto. Se tivesse de seleccionar uma das vivências mais marcantes, enquanto enfermeiro... Porque o meu percurso profissional sempre foi na área da saúde mental. Foi mesmo uma situação, um atendimento a um doente com uma paragem cardíaco-respiratória. Primeiro foi uma situação complicada, porque lidar com a perspectiva da morte com algum doente, é sempre difícil. E depois foi uma experiência que ao mesmo tempo, permitiu-me perceber e ⁶⁰ **reconhecer a importância do trabalho em parceria, o trabalho de equipa com alguém, e não só a importância em termos as condições perfeitas**, ou condições óptimas de trabalho que nem sempre temos, isto é, os recursos à nossa mão que nem sempre temos. Como eu acho que a saúde mental está presente em todo o sítio, e em todas as situações, acho que podemos falar um bocado disso, também para tentar perceber que nós, enquanto enfermeiros, não somos frigoríficos, e muitas das vezes, também nos deixamos levar pela parte emocional, que muitas das vezes, devia ser posta um bocado de parte, ou ficar um bocado mais escondida e nesta situação não ficou.

Isto foi no turno da tarde, em que os doentes já tinham lanchado e uma das nossas doentes tinha recebido a visita da mãe há umas horas atrás. E a mãe tinha-lhe deixado umas coisas para ela comer, mas a doente não tinha guardado na copa. Acontece que era uma doente, que comia compulsivamente, com receio que os outros doentes lhe tirassem a comida. E a certa altura, eu estava a lanchar com a auxiliar na copa, e apercebemo-nos que a doente estava num episódio de engasgamento. Isto porque, outra utente mais idosa, terá se apercebido e trazido a utente ao nosso encontro. Bem... Já estava tudo numa fase um pouco tardia, porque ninguém tinha reconhecido a situação precocemente. Portanto, quando fui ao encontro da doente estava bastante cianosada. Portanto, aplicar as manobras já foi quase impossível, porque as manobras de Heimlich, de desobstrução das vias aéreas... Porque, depois a doente caiu, e ficou inconsciente.

Foi uma situação complicada, isto porque eu estava sozinho no serviço... porque as auxiliares que trabalham na psiquiatria também não têm muita formação nesta área.

Entrevistador: O que sentiu quando se deparou com essa situação?

Foi a primeira vez que me tinha deparado com uma paragem cárdio-respiratória, e depois o sentimento que eu tive quando... enfim... apliquei várias vezes as manobras... Enfim, não me apercebi que a desobstrução tivesse resolvida. Até que a certa altura, a utente ficou inconsciente, e eu aí... porque houve paragem cárdio-respiratória... E eu aí, iniciei as manobras de compressão cardíaca e as insuflações. E quando eu iniciei as manobras, provavelmente, porque houve ali um aumento da pressão intra-torácica. Apercebi-me que houve ali qualquer coisa que se desobstruiu, e depois foi nessa altura que consegui reverter a desobstrução. E foi aí que a utente começou a recuperar o estado de consciência. Aquilo que mais me marcou, foi precisamente quando a utente recupera, e o sentimento... ⁶¹**Primeiro a minha reacção foi agarrar-me a utente e começar a chorar.** E era uma das coisas que se me perguntassem antes, se eu iria ter aquela reacção, eu diria que não. Mas foi um sentimento de alívio muito grande, de descarga: “Ok, resolvi, já está, passou!” Porque, sinceramente, nesse preciso momento, o pensamento que me veio foi, e se esta doente tivesse morrido nas minhas mãos, não sei se me estás a entender? Mas foram dois sentimentos muito ambivalentes ao mesmo tempo, contraditórios quase... Por um lado, eu a salvei, mas se não houvesse desobstrução da via aérea e ela tivesse morrido aqui?! Porque tudo parecia estar contra nós, estávamos no fundo da enfermaria, o carro de emergência estava na sala de enfermagem que fica do lado oposto, pedi o carro à auxiliar, e ela enfim... Pergunta-me: “Que carro?!” Porque a certa altura, também ficou toda atrapalhada e não sabia que carro eu queria. A doente teve esta alteração do estado de consciência na copa, que é extremamente pequena. Quando o carro chegou até mim, eu queria o aspirador de secreções, mas era preciso uma tomada... Quando encontrei uma tomada, o aspirador não tinha sucção suficiente... Pronto, quer dizer... ⁶²**Isto fez-me reflectir sobre um conjunto de situações.** Enfim, isto fez-me perceber que, em certas circunstâncias, basta um passo em falso, para enfim, a coisa não correr bem.

E isto... agora falando um bocado na saúde mental, em relação a essa doente... Ela ficou com algumas queixas a nível da parte torácica, por causa das compressões e das manobras de ... a verdade é que... ela não... e depois foi-lhe explicado a situação, os motivos pelos quais ela estava assim. E ela não conseguia depois, reconhecer se aquilo tinha sido feito, e se ela estava assim, foi por um motivo especial que era: salvar-lhe a vida. Enfim, ela não conseguiu depois reconhecer muito bem... Também estamos a falar de uma débil mental, mas ela não percebia se aquele desconforto existia, tinha sido para bem dela. Falando um bocado da reacção da família dela, a mãe depois soube do episódio, até porque estes episódios de engasgamento eram frequentes, até mesmo em casa. Depois, daí para a frente houve um certo receio, uma certa inquietação quando os familiares levavam esta doente para o fim-de-semana... Era se isto, eventualmente, acontecesse na presença dos familiares. Depois, qual poderia ser a reacção dela... Gerou-se aqui, a certa altura, um medo por parte destes familiares, desta situação se repetir, e depois os pais não conseguem controlar esta situação lá em casa... Até mesmo quando houve a transferência da utente para outro serviço, já num outro hospital. Um dos medos iniciais era, precisamente esse, porque era um serviço com mais doentes, com menos vigilância da parte de enfermagem. E portanto, a mãe ficou um bocado receosa em relação a isso.

2. Na sua opinião, refira o que o motivou a trabalhar num serviço de psiquiatria?

Bem... ir para a saúde mental não foi, propriamente pelo gosto pessoal, porque dentro da enfermagem, existem outras áreas que eu prefiro. Vim mais, porque o mercado de trabalho está difícil, e foi a primeira proposta de trabalho que apareceu e vim. Mas, de facto, das coisas dentro da saúde mental ⁶³ **o que é mais gratificante, é de facto, a parte relacional**, que é dos instrumentos de enfermagem que nós mais podemos explorar enquanto enfermeiros aqui. E não só, os doentes permanecem neste tipo de serviços durante algum período de tempo, ⁶⁴ **e é inevitável não conseguir estabelecer relação de ajuda com eles. Até porque, muitos deles não têm família, não têm pessoas de referência (pausa). Nós acabamos por ser, a certa altura, quase como os familiares deles, ou as pessoas com quem eles sabem que podem contar.** A certa

altura, existe inevitavelmente, aqui uma relação não só de ajuda, o que, às vezes, esta relação de ajuda... Às vezes, por estes internamentos serem muito longos, muitas das vezes acaba por, às vezes, trazer algumas desvantagens. Porque os utentes aproximam-se demasiado de nós. Esperam demasiado de nós. E muitas das vezes, quando há estas transferências, estas mudanças de serviço, utentes que saem para a comunidade, muitos deles, acabam mesmo por descompensar, por ter medo, que lá fora não serem capazes de conseguir, de não fazer as coisas, porque sempre nos tiveram a nós. ⁶⁵**Esta relação de ajuda na psiquiatria, para mim é um pau de dois bicos, é bom porque dá segurança, dá conforto, dá estabilidade ao utente. Mas, como estamos na fase de promover a desinstitucionalização, saída para a comunidade, não sei até que ponto, depois isto, é vantajoso ou não, a certa altura muitos deles, sentem-se super protegidos, pedem-nos auxílio e ajuda para tudo.**

Entrevistador: De momento, significa que está na saúde mental por falta de oportunidade para trabalhar noutras áreas?

Sinceramente, ainda estou na psiquiatria, porque não surgiu uma outra oportunidade para ir trabalhar para outro serviço, mas isso não significa que não goste da psiquiatria. ⁶⁶**Neste serviço, sinto-me motivado, de todos os serviços para onde, eventualmente, eu poderia ir trabalhar no âmbito da psiquiatria, agudos, crónicos, consulta externa ou reabilitação, de facto, este é na minha opinião, o meu serviço predilecto.**

Entrevistador: Sente-se motivado porquê?

⁶⁷**Por trabalhar a autonomia do utente, por acreditar que o utente tem ainda qualquer coisa para dar. É a tal velha história de não dar o peixe, ensinar a pescar, é mais ou menos assim. É claro que isto, é um trabalho muito complicado,** ⁶⁸**porque a reabilitação psicossocial é recente, porque estes utentes têm longos anos de internamento, mas ao mesmo tempo acaba por ser um desafio.** Embora, muitas das vezes, seja difícil conseguirmos alguma coisa destes utentes, conseguimos. Mas é preciso é um grande trabalho, um grande investimento, e também é preciso ter paciência e esperar algum tempo. ⁶⁹**Mas isto, de trabalhar a autonomia do utente, trabalha as**

competências do utente, torna-lo mais autónomo possível, de facto, é aquilo que neste serviço me motiva mais.

Entrevistador: E em relação à equipa?

Em relação à equipa, somos uma equipa pequena, e acho que isso acaba por trazer uma série de vantagens. Porque primeiro, estamos a falar também de uma equipa que tem longos anos de experiência profissional, o que acaba por ser bastante bom, e aprendemos bastante com os colegas. E depois, somos uma equipa pequena unida, e acaba por ser bastante motivador.

Entrevista nº6:

Género: Feminino

Idade: 55 anos

Experiência Profissional:

- 17 anos na área de Saúde Mental e Psiquiatria

- 21 anos de carreira de Enfermagem

1. Qual das vivências foi a mais marcante para si no cuidar do utente com doença mental? Porquê?

Para mim foram tantas... Mas uma das mais marcantes foi... não foi em termos de palavras de psiquiatria, mas foi de ser humano. ⁷⁰**Qualquer um de nós, além de sermos enfermeiros, somos pessoas. E quanto a mim, sendo enfermeira, mais razão (pausa) como é que eu digo (pausa) temos de cuidar da pessoa que é doente mental.** Pronto, eu recém-formada... não vim trabalhar para psiquiatria, pronto... o meu estágio de psiquiatria houve uma enfermeira que me disse que me aconselhava em não trabalhar na psiquiatria, porque deu-lhe a impressão que eu tinha tendência de... não é envolver com os doentes... era fazer tudo o que eles quisessem. E então eu podia estar a pensar fazer bem, e eles a pensar que eu fazia para além daquilo, precisamente, o sexo masculino. E eu disse que não! Era mesmo a minha maneira de ser, sou aberta quer seja

ao sexo feminino quer seja ao sexo masculino! Mas depois vim cair na psiquiatria. Pronto. ⁷¹**Eu gosto de psiquiatria, gosto de trabalhar na psiquiatria.** Mas, pronto, o meu primeiro impacto foi muito doloroso, porque eu vi uma psiquiatria... ⁷²**eu pensei que os enfermeiros da psiquiatria seriam os melhores para tratar de um ser humano, mas não (pausa) foi uma grande tristeza para mim.** Entra uma doente jovem, toxicodependente, com uma fractura do membro superior direito. Uma colega mais antiga do que eu, que era fria, imobiliza-a. Ela consegue desmobilizar e dirige-se à sala, calmamente, a colega pede-me para imobilizar a doente, e eu digo-lhe não. Ela não está causando distúrbios nenhuns, está calma. Eu não vou te ajudar. Ela pediu a auxiliar, como a enfermeira era mais velha, ela obedeceu, imobiliza-a. Depois no fim, escreveu no livro de ocorrências o que se passou, deixou escrito no livro de ocorrências que a enfermeira não colaborou na imobilização de um doente que estava agitado. O que era mentira. Pronto, eu fiquei muito chocada com isso, porque na maior parte das enfermeiras antigas que eu dei conta eram muito feias em relação aos doentes da psiquiatria. Pronto, até hoje, eu não consigo! ⁷³**Quer seja novo quer seja velho, para mim, os doentes da psiquiatria tem que se ter cuidado a tratá-los.** Têm de ser tratados com carinho, mas também tem de se ter firmeza. Esta doente foi marcante para mim, pois ela era lusófona, era de origem espanhola, mas tinha pais portugueses, era qualquer coisa assim... Foi a situação mais marcante para mim, na psiquiatria do Hospital Miguel Bombarda. Pronto, eu acho que em relação aos enfermeiros da psiquiatria mais antigos, a maior parte, e agora não estão cá muitos, eram muito frios.

Entrevistador: O que sente ao trabalhar com estes utentes? Que tipo de sentimentos tem ao trabalhar com estes utentes?

O primeiro tem que ver, que é uma pessoa que está doente, principalmente, mentalmente. Quanto a mim, a mente comanda tudo. Se a mente está descomandada está tudo... o resto.... Em primeiro lugar... é como se perdesse o controlo. Logo tem que ver que ele está doente mentalmente. Nós somos seres humanos, às vezes, também erramos, não é?! Mas o mais importante é... nós chegamos à conclusão e tentamos corrigir. E em relação a eles, gosto de trabalhar com eles. Eu não trabalho só na

psiquiatria, trabalho no outro lado. Eu sempre digo que eu prefiro trabalhar com um doente psiquiátrico do que outro doente que não é doente mental. ⁷⁴**Porque o doente mental, nós sabemos controlar, sabe-se que estão doentes, dizem determinadas coisas, não porque querem dizer.** Enquanto que os outros doentes não, os outros doentes são lúcidos, outros doentes ofendem, maltratam... Nós enfermeiros sofremos muito. Temos de ter uma capacidade total... Vocês quando forem para outras áreas, vocês vão ver como somos maltratados, desde os doentes que a gente não deve valorizar, uma pessoa que está na cama. Mas agora, dos familiares e tudo o mais... Nós nunca temos razão, até o termos razão... muita tinta há-de correr... Mas dentro da psiquiatria, pronto... não quer dizer que não seja mesmo assim, mas nós temos a consciência... Eu tenho a consciência, pelo menos... eles precisam de nós, precisam mesmo de nós! Porque é como eu digo... ⁷⁵**se a mente comanda tudo, a partir daí, precisam de alguém que os ajude, que os oriente.**

Entrevistador: Mas quando começou a trabalhar, inicialmente, não tinha receio ou medo do comportamento destes utentes?

Eu não tive, como acabei de dizer, porque ⁷⁶**quando eu fui aluna, não me aconselharam a trabalhar na psiquiatria. Porque eu envolvia-me com os doentes, não é envolver-me, em termos, como é que eu digo... era... sofria por eles.** E a minha monitora dizia que talvez eu não era a pessoa ideal. Mas eu não, eu tinha confiança! Estava confiante que eu conseguia. E não vim para psiquiatria porque quis. Passei, pronto...concorri e entrei. E eu gosto.

Entrevistador: Considera que o utente com doença mental continua a ser estigmatizado?

Quanto a mim não. Porque eu penso que há mais malucos lá fora do que cá dentro.

Entrevistador: Mas a nível social considera que o utente com doença mental continua a ser estigmatizado?

Mas eu continuo a dizer que há pessoas mais doentes cá fora, mesmo a nível social, do que cá dentro. Nós aqui dentro conseguimos controlá-los. Lá fora não. Há muita gente maluca, sinceramente. ⁷⁷**É o que digo sempre, um doente quando entra num**

hospital, para mim, não devia ter só apoio só do médico, devia ser visto como um todo, devia ter um apoio psicológico, de um psiquiatra, geralmente não acontece, mas devia (pausa). Por isso que há muito descontrolo da parte da medicina, há muito descontrolo da parte mental.

Entrevistador: E sente que tem um papel relevante na vida destes utentes?

Enquanto eu for enfermeira... eu tenho, tenho! Eu acho que, às vezes, acham que sim... Quando eu trabalhei no Hospital Amadora Sintra, nós tínhamos muitos casos de problemas com doentes difíceis, e chamavam-me para conversar com este doente, porque eu conseguia... Não sei se era da minha maneira de ser, também, se tinha muito haver... eu consigo... Há dias, eu chorei, eu fiz uma reabilitação a um senhor que faleceu com 56 anos. E a minha chefe disse-me que eu faço toda a gente rir, quando eu chego, ponho todos alegres... ⁷⁸**E hoje estava triste. Mexeu comigo, não apenas por ser um senhor tão novo, mas por outras coisas...** que eu tinha perdido uma mãe com 50 e tal anos, e isso mexeu-me muito comigo. Onde está a alegria? Mesmo que eu esteja triste, fica... a partir do momento que eu vou trabalhar é assim...

2. Na sua opinião, refira o que o motivou a trabalhar num serviço de psiquiatria?

Depois de tudo o que eu disse, chega-se a uma conclusão. É eu gostar, gostar de tratar o ser humano. ⁷⁹**E é importante estabelecer a relação de ajuda (pausa) da minha parte, eu sinto-me realizada.**

Entrevistador: Sente que esta área contribuiu para o seu crescimento pessoal?

Depois de tudo o que eu disse, ⁸⁰**eu chego à conclusão de que eu cresci imenso, também aprendi imenso...** que ninguém vem para aqui a saber, aprende-se o bom e o mau, e a gente depois adoptamos o que é nosso, que achamos o que deve ser, sei lá... faltam-me palavras... Eu digo-vos, sinceramente, os doentes são muito marginalizados, em relação ao estigma... ao ser atendidos... ⁸¹**mesmo nós enfermeiros da psiquiatria (pausa) pensam que nós só percebemos de psiquiatria (pausa) não recebemos mais nada (pausa) somos também marginalizados.**

Entrevistador: Que tipo de intervenções opta para lidar com utentes com doença mental? A nível de recursos humanos por exemplo: a equipa considera que ajuda nas suas intervenções?

Sim. Para mim, por exemplo, cá nesta equipa onde eu estou inserida, é uma equipa coerente, é uma equipa que ajuda. Se eu não conseguir, peço ajuda e colaboram. Há vários casos, no caso de uma doente daqui, que eu gosto da doente... mas houve uma altura que eu tive que pôr um ponto final... Eu continuo a gostar dela, mas pronto... o comportamento e atitude dela... eu pedi ajuda... eu cheguei a chorar... mas tinha de ser dura, e não pode ser mesmo... E pronto pedi ajuda, são pessoas novas (a equipa) ... por isso, que eu gosto de trabalhar com jovens, têm novas perspectivas.

Entrevistador: Poderia descrever as razões que a levaram trabalhar num serviço de saúde mental e psiquiatria?

É como eu tinha acabado de dizer, eu não servia para psiquiatria porque eu me envolvia com os doentes, não me aconselharam. Eu tive um 18 na psiquiatria, mas de qualquer maneira eu não podia... Mas, concorri e entrei para o quadro de psiquiatria em Santa Maria, eu fiquei com um contrato, e toda a gente quer estabilidade, não é?! ⁸²**Então, fiquei na psiquiatria, e gosto, e quero continuar.**

Entrevistador: Interessou-se pela saúde mental e psiquiatria por causa da relação de ajuda?

Não me interessou...Eu vim para psiquiatria porque concorreu, só por isso, pura e simplesmente. Eu já tinha um aviso antes que eu deveria ir para psiquiatria. A minha monitora disse: tu não deves ir para psiquiatria... (...) Mas, olha onde eu estou aqui há mais de 15 anos. (...) E cumprimento a medicina... ⁸³**Porque eu tenho a certeza de que sou útil, porque muitos precisam de alguém que precisa de apoio psicológico,** uma mão na cabeça, uma mão no ombro, uma conversa, um sorriso, que nós, às vezes, estamos stressados nem fazemos isso. E muitas vezes a gente está cá e é muito bom. Estamos mais preocupados com o que se escreve, e na prática, não fazem. Às vezes, vale a pena a gente parar, estar com o doente e conversar. (Pausa). Eu sinto-me bem,

sinceramente (Pausa). Quando eu vou para Medicina, eu gosto daqui, eu acho aquilo que eu vivo aqui com eles, ajuda-me a ajudá-los na Medicina. Chega a Enfermeira. (Pausa). Está tudo mundo alegre, sinceramente, é! Dizem-me sempre!

Apêndice VI: Quadros com as Categorias, Temas, Significados Formulados e Declarações Significantes

Apêndice VI: Quadros com as Categorias, Temas, Significados Formulados e Declarações Significantes

1.1. Categoria N°1: Necessidades Sentidas pelo Enfermeiro

Tema	Significados Formulados	Declarações Significantes
Reflexão sobre Vivências	1. Consciencialização da importância do gesto perante o utente.	¹ <i>“ter consciência da importância que um pequeno gesto tem, perante uma pessoa que está fragilizada, que está com uma doença mental”</i>
	4. 5. 7. 62. A importância de reflectir sobre todas as situações que vão decorrendo durante a prática clínica.	⁴ <i>“E foi isso, que me fez pensar que este tipo de situações tem solução.”</i> ⁵ <i>“importância de nós falarmos sobre as situações complicadas que acontecem.”</i> ⁷ <i>“pensar um bocadinho primeiro, o que é que ele me está a querer dizer... o que é que esta pessoa me está a querer dizer.”</i> ⁶² <i>“Isto fez-me reflectir sobre um conjunto de situações.”</i>
	28. 74. 75. Compreensão do estado de fragilização que o utente com doença mental detém.	²⁸ <i>“Se eu não tivesse esta disponibilidade interior, se eu não tivesse voltado atrás, e não tivesse recebido esta família (pausa) e este jovem, e eu não o tivesse agarrado, acho que era mais um miúdo que se perdia.”</i> ⁷⁴ <i>“Porque o doente mental, nós sabemos controlar, sabe-se que estão doentes, dizem determinadas coisas, não porque querem dizer.”</i> ⁷⁵ <i>“se a mente comanda tudo, a partir daí, precisam de alguém que os ajude, que os oriente.”</i>

Tema	Significados Formulados	Declarações Significantes
<p>Realização Profissional</p>	<p>16. 56. 80.Trabalhar na área de Saúde Mental contribui para o processo de crescimento pessoal dos enfermeiros.</p>	<p>¹⁶ <i>“E é importante até em termos de aprendizagem. Quando os familiares nos abordam, nos dizem”</i></p> <p>⁵⁶ <i>“ é importante para o meu próprio processo de crescimento pessoal, trabalhar nesta área.”</i></p> <p>⁸⁰ <i>“eu chego à conclusão de que eu cresci imenso, também aprendi imenso”</i></p>
	<p>23. 43. 63. 79. A relação de ajuda que se estabelece na área de saúde mental é gratificante para os enfermeiros.</p>	<p>²³ <i>“Porque é muito gratificante. Primeiro porque assenta-se (pausa) está muito assente nas questões relacionais”</i></p> <p>⁴³ <i>“Portanto, eu acho que a diversidade de experiências também acaba por ser algo muito gratificante.”</i></p> <p>⁶³ <i>“o que é mais gratificante, é de facto, a parte relacional”</i></p> <p>⁷⁹ <i>“E é importante estabelecer a relação de ajuda (pausa) da minha parte, eu sinto-me realizada.”</i></p>
	<p>2. 25. 29. 30. O papel dos enfermeiros é determinante e valorizado pela equipa e pelos próprios doentes.</p>	<p>²<i>“para aquela mulher teve tanta importância que muitos anos depois se lembrava daqulq gesto”</i></p> <p>²⁵ <i>“o nosso papel é importante, e valorizado pela equipa e pelos próprios doentes.”</i></p> <p>²⁹ <i>“é isso é que são as mais valias e as grandes gratificações.”</i></p> <p>³⁰ <i>“tempo que disponibilizei-me, que custou-me e que fez toda a diferença naquele miúdo”</i></p>

	<p>36. 44. 83. A utilidade que o enfermeiro sente ao ajudar as pessoas no seu projecto de vida.</p>	<p>³⁶ <i>“ter contribuído positivamente para o projecto de vida em causa.”</i> ⁴⁴ <i>“eu me sinto muito útil no acompanhamento da vida do outro.”</i> ⁸³ <i>“Porque eu tenho a certeza de que sou útil, porque muitos precisam de alguém que precisa de apoio psicológico”</i></p>
--	--	---

Tema	Significados Formulados	Declarações Significantes
<p>Motivação</p>	<p>12. 13. Possibilidade de dar continuidade ao trabalho já realizado dentro da área de saúde mental.</p>	<p>¹² <i>“Como fiz a diferença, isso se calhar, melhorou a minha auto-estima nessa área, e achei que tinha, se calhar jeito para aquilo”</i> ¹³ <i>“Daí que tudo isso contribuiu para eu me sentir bem neste ambiente e continuar o trabalho.”</i></p>
	<p>31. 39. 46. 69. O desafio de ajudar o outro a decidir, a trabalhar a sua autonomia, de ajudar as pessoas a construir os seus projectos de vida.</p>	<p>³¹ <i>“E que no fundo, se todos nós fizermos um bocadinho de diferença (pausa) Isso é muito gratificante!”</i> ³⁹ <i>“Ajudar a outra pessoa a ser mais pessoa, não é?! Ser pessoa integralmente, são experiências gratificantes.”</i> ⁴⁶ <i>“sentir que estas pessoas precisam de uma ajuda consistente. E que eu realmente poderia dar essa ajuda.”</i> ⁶⁹ <i>“Mas isto, de trabalhar a autonomia do utente, trabalha as competências do utente, torna-lo mais autónomo possível, de facto, é aquilo que neste serviço me motiva mais.”</i></p>
	<p>45. A exigência que é feita em termos de competências transversais acaba por constituir um desafio.</p>	<p>⁴⁵ <i>“sentir que as minhas competências transversais eram postas em causa e eram treinadas e mobilizadas para a minha prática”</i></p>

Tema	Significados formulados	Declarações Significantes
Interesse pela área de Saúde Mental	17. 21. 58. 71. 82. Gosto pela psiquiatria.	<p>¹⁷ “Eu tinha gostado, as coisas tinham corrido muito bem.”</p> <p>²¹ “Esta área aprendi a gostar”</p> <p>⁵⁸ “eu senti um maior interesse em aprofundar e que eu me envolvi mais. E realmente, no estágio, eu senti que era a minha área, pronto.”</p> <p>⁷¹ “Eu gosto de psiquiatria, gosto de trabalhar na psiquiatria.”</p> <p>⁸² “fiquei na psiquiatria, e gosto, e quero continuar.”</p>
	22. 68. Gosto pela área da reabilitação psicossocial.	<p>²² “Eu gosto muito da área da reabilitação psicossocial”</p> <p>⁶⁸ “porque a reabilitação psicossocial é recente, porque estes utentes têm longos anos de internamento, mas ao mesmo tempo acaba por ser um desafio.”</p>

Tema	Significados formulados	Declarações Significantes
Gosto de trabalhar em equipa	19. 24. 26. 60. 66. A importância do trabalho de equipa e o apoio que existe entre os membros da equipa multidisciplinar.	<p>¹⁹ “Eu sempre gostei de trabalhar em equipa, de ter gente comigo no serviço.”</p> <p>²⁴ “gosto muito da dinâmica deste serviço, das reuniões de equipa, do trabalho em equipa, das discussões dos casos.”</p> <p>²⁶ “Mas com equipas boas, até aguenta-se serviços com muito tempo e com elevado grau de satisfação.”</p> <p>⁶⁰ “Reconhecer a importância do trabalho em parceria, o trabalho de equipa com alguém, e não só a importância em termos as condições perfeitas”</p> <p>⁶⁶ “Neste serviço, sinto-me motivado, (...), este é na minha opinião, o meu serviço predilecto.”</p>

1.2. Categoria N^o2: Sentimentos do Enfermeiro

Tema	Significados formulados	Declarações Significantes
Preocupação	27. A forma como as pessoas fragilizadas marcam os enfermeiros.	²⁷ “Este miúdo marcou-me muito, porque este pai vinha desesperado.”

Tema	Significados formulados	Declarações Significantes
Tristeza	72. 78. O impacto que a prática profissional tem nos sentimentos do enfermeiro.	⁷² “eu pensei que os enfermeiros da psiquiatria seriam os melhores para tratar de um ser humano, mas não (pausa) foi uma grande tristeza para mim.” ⁷⁸ “E hoje estava triste. Mexeu comigo, não apenas por ser um senhor tão novo, mas por outras coisas”

Tema	Significados formulados	Declarações Significantes
Medo	20. 73. Sentimento de insegurança e medo em lidar com aqueles utentes.	²⁰ “os meus colegas diziam sempre que eu não devia demonstrar medo, mostrar confiança, E eu estava cheia de medo, cheia (pausa) e super insegura, e essas coisas todas.” ⁷³ “Quer seja novo quer seja velho, para mim, os doentes da psiquiatria tem que se ter cuidado a tratá-los.”
	18. 61. Os sentimentos que o enfermeiro cria perante as situações que vão aparecendo.	¹⁸ “Estávamos sozinhas, e assustei-me lá com um doente, e achei que se calhar não era bem aquilo que eu queria.” ⁶¹ “Primeiro a minha reacção foi agarrar-me a utente e começar a chorar.”

Tema	Significados formulados	Declarações Significantes
Impotência	3. Incapacidade de agir perante a situação stressante.	³ “O objectivo da colega foi afastar-me daquele momento de stress, porque ela deve ter percebido que eu não sabia o que é que eu havia de fazer.”

1.3. Categoria N°3: Competências do Enfermeiro

Tema	Significados Formulados	Declarações Significantes
<p>Papel do Enfermeiro</p>	<p>6. 14. 44. Compreender e aceitar as limitações da pessoa com doença mental.</p>	<p>⁶ “De facto, o melhor é a gente voltar... devolver à pessoa a questão.” ¹⁴ “É importante que a gente faça aqui um esforço, que ela não vai mudar. E ela não tem capacidade para isso, não é? No sentido da readaptação a esta nova situação da vida dela.” ⁴⁴ “Hoje em dia, a minha perspectiva do sucesso do processo reabilitativo é diferente da perspectiva que eu tinha quando vim trabalhar para esta área.”</p>
	<p>40. 41. 57. As competências que são exigidas ao enfermeiro enquanto pessoa, é uma mais-valia dentro da área de saúde mental.</p>	<p>⁴⁰ “Agora, o que é que isto de ajudar o outro, trabalhar o projecto de vida (pausa) vai (pausa) com um bocado de todos os domínios da vida, vai com todas as competências, quer as competências transversais da pessoa, alvo de ajuda, quer as minhas próprias competências transversais.” ⁴¹ “Aqui o conceito de prestação de cuidados de enfermagem, é um conceito mais lato em que é necessário que se mobilize toda uma série de competências” ⁵⁷ “Tipo, estabelecer pontos entre pessoas, veículos de comunicação, e isso é essencial. E isso é também um bocado o desafio a que eu me proponho.”</p>
	<p>50. 51. 52. 54. É fundamental o papel do enfermeiro dentro e fora da instituição.</p>	<p>⁵⁰ “e aí eu creio que também é um papel importante que eu tenho não só aqui no serviço, mas também no ponto de vista social, no grupo de pares, com os meus amigos, quando tenho possibilidade.” ⁵¹ “É ser-se enfermeiro, aqui é ser-se enfermeiro quando se sai daqui também, tipo é ter um certo papel de pedagogia.” ⁵² “eu vou tentar desmistificar junto dos outros, lá fora, quando há possibilidade disso.” ⁵⁴ “acho que é importante nesse ponto de vista, o meu papel não só cá dentro (...) Mas também, a nível mais de âmbito social, de interacção com o grupo de pares. Isso também, eu encaro isso como uma continuação do meu trabalho aqui.”</p>

	<p>43. 77. Deve-se sempre considerar o olhar para o utente como um todo, englobar todos os aspectos da sua vida.</p>	<p>⁴³ “E acaba por ser a nossa abordagem em... tipo diária constante, é sempre, sempre, sempre (pausa) sobre estes aspectos da vida.”</p> <p>⁷⁷ “É o que digo sempre, um doente quando entra num hospital, para mim, não devia ter só apoio só do médico, devia ser visto como um todo, devia ter um apoio psicológico, de um psiquiatra, geralmente não acontece, mas devia.”</p>
--	---	--

Tema	Significados Formulados	Declarações Significantes
<p>Cuidar</p>	<p>10. 70. Tratar as pessoas como nossos iguais.</p>	<p>¹⁰ “tratarmos as outras pessoas como nossos iguais.”</p> <p>⁷⁰ “Qualquer um de nós além de sermos enfermeiros, somos pessoas. E quanto a mim, sendo enfermeira, mais razão (pausa) como é que eu digo (pausa) temos de cuidar da pessoa que é doente mental.”</p>
	<p>11. Utilização dos pontos forte da personalidade no cuidar.</p>	<p>¹¹ “acho que faz parte da minha característica pessoal, ser uma pessoa muito imaginativa e gosto de brincar, e utilizo muito o sentido de humor”</p>
	<p>38. Ter sempre em conta o poder de decisão do outro, de modo a saber o que é importante para ele.</p>	<p>³⁸ “se calhar, se eu não tivesse lá, naquele dia, não era naquele dia que ele conseguia, que aquilo acontecesse”</p>

Tema	Significados Formulados	Declarações Significantes
Relação de Ajuda	37. 64. A relação de ajuda, cria relações de estima bastante douradoras.	³⁷ <i>“Isto, são coisas que ficam para sempre.”</i> ⁶⁴ <i>“e é inevitável não conseguir estabelecer relação de ajuda com eles. Até porque, muitos deles não têm família, não têm pessoas de referência (pausa) Nós acabamos por ser, a certa altura, quase como os familiares deles, ou as pessoas com quem eles sabem que podem contar.”</i>
	42. 55. 59. 65. 67. A relação de ajuda é fundamental no processo de reabilitação psicossocial.	⁴² <i>“Acho que essa é a base de qualquer tipo de processo, e no processo de reabilitação psicossocial não é diferente.”</i> ⁵⁵ <i>“Como é importante reforçar noutro sentido da cidadania.”</i> ⁵⁹ <i>“E através da relação, ajudar o outro a conseguir níveis de autonomização e bem-estar.”</i> ⁶⁵ <i>“Esta relação de ajuda na psiquiatria, para mim é um pau de dois bicos, é bom porque dá segurança, dá conforto, dá estabilidade ao utente. (...) depois isto, é vantajoso ou não, a certa altura muitos deles, sentem-se super protegidos, pedem-nos auxílio e ajuda para tudo.”</i> ⁶⁷ <i>“Por trabalhar a autonomia do utente, por acreditar que o utente tem ainda qualquer coisa para dar. É a tal velha história de não dar o peixe, ensinar a pescar, é mais ou menos assim.”</i>

Tema	Significados Formulados	Declarações Significantes
<p>Valorização da Pessoa com Doença Mental</p>	<p>8. 15. 48. A depreciação que existe na sociedade em relação à doença mental.</p>	<p>⁸ “esse medo, preconceito em relação à doença mental como uma coisa depreciativa” ¹⁵ “E os amigos têm muita dificuldade em aceitar esta nova Catarina.” ⁴⁸ “as diferenças do ponto de vista do olho social na área da saúde mental são diferenças que são vistas com tom pejorativo”</p>
	<p>9. 81. A noção de que o estigma também se encontra presente entre os profissionais de saúde.</p>	<p>⁹ “alguns colegas quando se fala na psiquiatria: “Ai que horror!” ⁸¹ “mesmo nós enfermeiros da psiquiatria (pausa) pensamos que nós só percebemos de psiquiatria (pausa) não recebemos mais nada (pausa) somos também marginalizados.”</p>
	<p>47. 49. 53. Em relação ao estigma, é fundamental salvar a diferença no sentido da valorização pessoal, e continuar a trabalhar nesse aspecto.</p>	<p>⁴⁷ “salvaguardar essa diferença no sentido da valorização pessoal” ⁴⁹ “tendo-se já feito um trabalho muito importante e acho que numa maneira geral todos os técnicos têm atenção, ainda há muito trabalho para fazer.” ⁵³ “Realmente, eu acho que é o essencial. Que as pessoas possam ver os outros como pessoas, e que não nos centremos nas doenças e nos pesos das instituições e no que se dizia, o que acontecia e no que acontece.”</p>