

**INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS**

**Anabela de Jesus Duarte Escabelado Cândido**

**INTERACÇÃO ENFERMEIRO/DOENTE:**

**Acontecimentos Marcantes na Vida dos Enfermeiros e seu  
Significado na Construção da Identidade Profissional**

**Volume I**

Dissertação do Mestrado em Sociopsicologia da Saúde  
apresentada ao I.S.M.T. e elaborada sob a  
orientação do Prof. Doutor Pedro Zany Caldeira

**Coimbra, 2004**

**INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS**

**Anabela de Jesus Duarte Escabelado Cândido**

**INTERACÇÃO ENFERMEIRO/DOENTE:**

**Acontecimentos Marcantes na vida dos enfermeiros e o seu  
Significado na Construção da Identidade Profissional**

**Volume I**

Dissertação do Mestrado em Sociopsicologia  
da Saúde, apresentada ao I.S.M.T. e elaborada  
sob a orientação do Prof. Doutor Pedro Zany Caldeira

**Coimbra, 2004**

Dedico este trabalho à minha família, especialmente ao Artur, pelo apoio e compreensão demonstrada ao longo destes dois anos; aos meus pais e sogros por todo o amor que me deram; também a todos os meus amigos, mas principalmente à Clara, ao Carlos e à Ilda, pelo incentivo, pelos momentos bons e menos que tivemos oportunidade de partilhar ao longo deste processo formativo. Por último, mas não menos importantes, os meus filhos, a quem espero poder vir a compensar dos momentos que com eles não consegui partilhar.

## **Agradecimentos**

Este trabalho é fruto de múltiplas interacções que permitiram trocas profundas e desafiadoras.

Ao Professor Doutor Pedro Caldeira, que se destaca em primeiro lugar, pelas inestimáveis sugestões e orientações que se considera terem sido decisivas para o encaminhamento e construção da pesquisa, revelando sempre uma disponibilidade manifestada e concretizada. Ainda pela infinita paciência nas minhas dificuldades e pelas aprendizagens conseguidas.

À Arlete, amiga incondicional, pela colaboração, apoio e carinho demonstrado.

À Alcinda, pela disponibilidade, pelas palavras de incentivo e amizade que soube sempre expressar no momento certo e hora exacta.

Aos estudantes do 1º CLE da Escola Superior de Enfermagem de Santarém e aos enfermeiros do Hospital de Santarém SA que se disponibilizaram e que permitiram a produção de dados para este estudo.

À professora Margarida, como membro do Conselho Directivo e Coordenadora do Núcleo de Enfermagem Médico-Cirúrgica, pela possibilidade que me deu, de gerir o tempo concedido por forma a desenvolver este trabalho.

À professora e amiga Pires Rosa, pela facilidade que me concedeu em estar presente em todas as orientações da Dissertação, pese embora o facto, de em muitas delas me encontrar em ensino clínico.

Aos colegas que mais directamente me apoiaram e ouviram, reduzindo deste modo a ansiedade inerente a esta fase da minha vida – Clara, Hélia, Olímpia, Cacilda, Ana, Rosário, Irene, Lurdes, Agostinha, Teresa Coelho, Teresa Margarida e Maria João.

Aos meus amigos por compreenderem a minha falta de disponibilidade.

A todos quantos directa ou indirectamente tornaram possível a concretização deste estudo.

**Aos Que passam pela nossa Vida**

Cada um que passa na nossa vida, passa sozinho...

Porque cada pessoa é única para nós,  
E nenhuma substitui a outra.

Cada um que passa na nossa vida, passa sozinho,

Mas não vai só...

Leva um pouco de nós mesmos.

Há os que levam muito,

Mas há os que não levam nada.

Há os que deixam muito,

Mas há os que não deixam nada.

Esta é a mais bela realidade da Vida...

A prova tremenda de que cada um é importante

E que ninguém se aproxima do outro por acaso...

*Saint Exupery*

## RESUMO

O desenvolvimento desta investigação processou-se com vista à clarificação do significado atribuído pelos sujeitos do estudo à interacção enfermeiro/doente em contexto hospitalar – objecto do estudo.

Delinearam-se como objectivos orientadores os seguintes:

- Identificar os momentos marcantes e os personagens chave na vida dos sujeitos;
- Compreender de que modo estes momentos marcantes e estes personagens chave, contribuem para a construção da identidade profissional do enfermeiro

Desenvolveu-se o estudo numa perspectiva etnográfica, mais especificamente de mini-etnografia, com recurso a histórias de vida cruzadas ou acumuladas. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, descritivo e compreensivo.

O instrumento de colheita de dados foi a entrevista semi-directiva, sendo que a amostra foi constituída por dezasseis sujeitos. Destes, cinco são estudantes do 4.º ano, 2.º semestre do Curso de Licenciatura em Enfermagem e onze são enfermeiros, sendo que cinco, têm menos de 5 anos de exercício profissional e seis, têm mais de 5 anos de exercício da profissão.

No sentido de se compreender qual o significado atribuído à interacção do enfermeiro com o doente, procurou-se identificar os acontecimentos marcantes e os personagens chave no contexto da vida dos sujeitos.

Foi possível identificar e categorizar os acontecimentos marcantes em duas categorias, os positivos e os negativos. Construíram-se respectivamente oito e sete dimensões.

Assumiu-se como estruturante e central a esta investigação, a existência de acontecimentos referenciados pelos sujeitos como marcantes, na interacção que estabelecem com o doente e que são responsáveis pelo desencadear de múltiplas emoções e sentimentos. Em termos teóricos, elegeu-se como autor de referência para o desenvolvimento do estudo, António Damásio, no que concerne ao polo organizador que são os Marcadores Somáticos, entendidos como um mecanismo de homeostase na regulação das emoções, permitindo uma capacidade de decidir vantajosamente em situações que envolvem risco e conflito emocional.

Referem-se como principais conclusões as seguintes:

- Verificou-se existir neste estudo, um acontecimento principal que se pode considerar determinante da construção da identidade profissional do enfermeiro. É um acontecimento referenciado como negativo e foi mencionado por todos os sujeitos sem excepção. Trata-se da morte.
- Face aos resultados encontrados, os mesmos sugerem que é, através de reinstalações e readaptações que são feitas em termos de experiências anteriores e que são mediadas simbolicamente, que os sujeitos conseguem que acontecimentos negativos se transformem em positivos, neste sentido pode-se então afirmar que provavelmente são os marcadores somáticos positivos os que apresentam maior significado na construção da identidade profissional do enfermeiro, sendo que é, no processo de transformação, da somatização negativa em positiva que o enfermeiro vai construindo a sua identidade profissional.

## ABSTRACT

This investigation was developed in order to clarify the significance our study subjects give to the interaction nurse/patient in hospital context – the study object.

The aims were:

- Identify the marking moments and the key personages in subjects live;
- Understand how these moments and these people can contribute to the construction of nurse's professional identity.

In an ethnographic perspective, more like a mini – ethnography, through crossed or cumulated live stories. It is a qualitative, exploring, descriptive and comprehensives study.

We interviewed, in a semi-directive perspective, sixteen subjects. In these, five are attending the second semester of the nursing course fourth year, and eleven are nurses, being that five, have less than 5 years of professional exercise and six have more than 5 years.

With the aim of understanding what is the meaning given to the interaction nurse/patient, we tried to identify the marking moments and the key personages in subjects live context.

It was possible to identify and categorize the marking events in two categories, one positive with eight dimensions, and one negative, with seven.

We assumed as central and structural to this investigation, the existence of remarkable events, during the interaction nurse/ patient that are responsible for multiple emotions. In theoretical matters, we elected as a reference author António Damásio to organize this study mobilizing the somatic markers, understood as an homeostatic mechanism to the emotion regulation, allowing the capacity to make the better decision in situations that include risk or emotional conflict.

The principal conclusions are:

- We verified the existence of a main event which can be considered as determined in nurse's professional identity construction. It is an event referred as a negative one and it was mentioned by all the subjects, without exception. It is death.
- The results suggest that is through reinstatements and readjustments, made in symbolic mediated previous experiences that subjects transform these negative events into positive ones. For all this, we can say that probably the more significant markers in nurse's professional identity construction are the positive ones. It is during this transformation process, from negative to positive somatic markers, that nurses build their professional identity.

## ÍNDICE

	f.
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	20
<b>1 - A EVOLUÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM, CONTEXTO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO</b> .....	20
1.1 - IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO.....	28
<b>1.1.1 - Identidade do enfermeiro – Que estudos?</b> .....	35
<b>2 - EMOÇÕES E SENTIMENTOS, SIGNIFICADO E SIGNIFICANTE</b> .....	40
2.1 - NA VIDA DAS PESSOAS.....	46
2.2 – NA VIDA DOS ENFERMEIROS .....	47
2.3 – NA VIDA DOS ENFERMEIROS EM CONTEXTO HOSPITALAR.....	52
<b>2.3.1 - A Pessoa em fase final de vida</b> .....	53
<b>2.3.2 - A Pessoa com doença oncológica</b> .....	56
<b>2.3.3 - A Pessoa com HIV/SIDA</b> .....	57
<b>2.3.4 - A Pessoa politraumatizada e em risco de vida imediato</b> .....	58
<b>2.3.5 - Quando a Pessoa é criança</b> .....	59
<b>2.3.6 - Quando o acontecimento é positivo</b> .....	60
<b>3 - INTERACÇÃO ENFERMEIRO/ DOENTE</b> .....	62
3.1- OS ACTORES E O LOCAL DA INTERACÇÃO.....	66
<b>PARTE II – CONCEPTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA</b> .....	73
<b>1 - CONSTRUÇÃO DA PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS DO ESTUDO</b> .....	73
<b>2 - METODOLOGIA</b> .....	75
2.1 - OPÇÕES METODOLÓGICAS/TIPO DE ESTUDO.....	75
<b>2.1.1 - Histórias de vida, na vida dos enfermeiros</b> .....	77
2.2 - AMOSTRA/PARTICIPANTES DA INVESTIGAÇÃO .....	81

<b>2.2.1 - Caracterização da amostra</b> .....	83
2.3 – INSTRUMENTO PARA A RECOLHA DE DADOS.....	86
2.4 - PROCEDIMENTOS PARA A OBTENÇÃO DOS DADOS .....	89
<b>2.4.1 - Tratamento dos dados</b> .....	90
<b>PARTE III - ACONTECIMENTOS MARCANTES NA VIDA DOS SUJEITOS E A IDENTIDADE PROFISSIONAL EDIFICADA NA INTERACÇÃO ENFERMEIRO/DOENTE</b> .....	92
<b>1 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	92
1.1 – ACONTECIMENTOS MARCANTES POSITIVOS .....	98
1.2 – ACONTECIMENTOS MARCANTES NEGATIVOS.....	105
<b>2 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	114
2.1 - ACONTECIMENTOS MARCANTES POSITIVOS: PERCEPÇÃO DOS SUJEITOS .....	119
2.2 – ACONTECIMENTOS MARCANTES NEGATIVOS – PERCEPÇÃO DOS SUJEITOS .....	133
<b>CONCLUSÕES</b> .....	144
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	147
<b>Anexos</b> .....	153
<b>Anexo 1 - Guiões de entrevista</b> .....	154
<b>Anexo 1-a - Guião de entrevista para estudantes</b> .....	155
<b>Anexo 1-b - Guião de entrevista para enfermeiros</b> .....	156
<b>Anexo 2 - Análise sumária das entrevistas</b> .....	157
<b>Anexo 3 - Emoções e sentimentos vivenciados na interacção com o doente</b> .....	158
<b>Anexo 4 - A identidade do enfermeiro e da enfermagem</b> .....	159
<b>Anexo 5 - Acontecimentos marcantes positivos</b> .....	160
<b>Anexo 5-a - Reconhecimento da pessoa do enfermeiro pelo doente e/ ou família</b> .	161
<b>Anexo 5-b - Experiências bem sucedidas no cuidado às pessoas</b> .....	162
<b>Anexo 5-c - Estabelecer relação terapêutica com o doente terminal e/ ou família</b>	163

<b>Anexo 5-d - Autonomia no desempenho de funções.....</b>	<b>164</b>
<b>Anexo 5-e - Ser-se prestável aos doentes .....</b>	<b>165</b>
<b>Anexo 5-f - Comunicação interpessoal .....</b>	<b>166</b>
<b>Anexo 5-g - Relação de amizade entre professor/estudante.....</b>	<b>167</b>
<b>Anexo 6 - Acontecimentos marcantes negativos.....</b>	<b>168</b>
<b>Anexo 6-a - Morte.....</b>	<b>169</b>
<b>Anexo 6-b - A doença e a hospitalização de familiares directos .....</b>	<b>170</b>
<b>Anexo 6-c - Dificuldade de comunicação com o doente.....</b>	<b>171</b>
<b>Anexo 6-d - Desempenho de funções em condições adversas.....</b>	<b>172</b>
<b>Anexo 6-e - O enfermeiro no papel de doente .....</b>	<b>173</b>
<b>Anexo 6-f - Gravidez na adolescência.....</b>	<b>174</b>
<b>Anexo 6-g - O doente rejeitado pela família .....</b>	<b>175</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

f.

**Figura n.º 1** - A construção da identidade profissional do enfermeiro em contexto hospitalar - através dos marcadores somático - um esquema interpretativo ..... 118

## ÍNDICE DE QUADROS

	f.
<b>Quadro 1</b> - Distribuição Percentual dos Sujeitos do Estudo Segundo o Género .....	83
<b>Quadro 2</b> - Distribuição Percentual dos Sujeitos do Estudo Por Grupos Etários .....	84
<b>Quadro 3</b> - Distribuição Percentual dos Sujeitos do Estudo Segundo o Estatuto Socio-Profissional.....	84
<b>Quadro 4</b> - Distribuição Percentual dos Enfermeiros do Estudo Pela Categoria Profissional.....	85
<b>Quadro 5</b> - Distribuição Percentual dos Enfermeiros do Estudo Segundo o Grau Académico.....	85
<b>Quadro 6</b> - Distribuição Percentual dos Enfermeiros do Estudo Segundo o Tempo de Exercício Profissional .....	86
<b>Quadro 7</b> - Identificação de Acontecimentos Marcantes Positivos e Respectiva Distribuição Pelos Diferentes Grupos em Estudo.....	94
<b>Quadro 8</b> - Identificação de Acontecimentos Marcantes Negativos e Respectiva Distribuição Pelos Diferentes Grupos em Estudo.....	95
<b>Quadro 9</b> - A Morte – Acontecimentos Particulares e Respectiva Distribuição Pelos Diferentes Grupos em Estudo .....	96

## INTRODUÇÃO

Com a investigação que se desenvolveu, procurou-se essencialmente compreender os significados atribuídos pelos sujeitos à interacção com os doentes e o modo como a mesma contribui para a construção da sua identidade profissional.

O desejo de melhor se perceber o processo de interacção enfermeiro/doente, cerne da presente investigação, decorre de uma interrogação que progressivamente se foi instalando no sentido de se compreender de que modo esta interacção contribui para a atribuição de um sentido à identidade profissional do enfermeiro.

O percurso biográfico do enfermeiro, na especificidade da interacção com o doente, bem como as suas próprias vivências/relações de cuidar com as pessoas, assume sem dúvida um estatuto relevante na construção do objecto deste estudo.

Sendo a enfermagem uma profissão indispensável à sociedade prestando cuidados dirigidos à pessoa, família e comunidade, tanto na saúde como na doença, pode-se assim partilhar da opinião de Benner, quando esta afirma que “a enfermagem é socialmente construída e colectivamente concretizada” (Benner, 2001, p. 18).

No passado, a enfermagem sustentava-se em aspectos como a solidariedade humana, o misticismo, o senso comum e nas mais variadas crenças; hoje, a enfermagem é uma profissão com um campo de conhecimentos próprios e fundamentais, continuando no entanto numa busca contínua para aprofundar os seus aspectos científicos, técnicos e humanos. Os seus profissionais possuem competências que lhes permitem cuidar tanto na saúde como na doença, sendo o “alvo” da sua actividade o ser humano.

A construção social da interacção enfermeiro/doente, fundamentou-se durante muito tempo em valores centrados no amor, na solidariedade e na caridade, o que atribuía ao enfermeiro um papel moral de dominação/subordinação, derivado da orientação e do saber médico. A interacção enfermeiro/doente, caracterizava-se por ser desenvolvida no interesse dos profissionais, pelo que a valorização do doente como parceiro dos cuidados era praticamente nula. Valorizava-se o que o enfermeiro fazia e não a repercussão da sua acção na relação com a pessoa alvo dos cuidados (Amendoeira, 1999).

O actual estágio de desenvolvimento sócio-profissional da enfermagem está profundamente relacionado com as modificações que se têm verificado nas últimas décadas, quer a nível da revolução técnico-científica, quer pelas múltiplas e sucessivas modificações operadas a nível do ensino de enfermagem, nomeadamente a integração no Ensino Superior Politécnico que veio conferir o grau académico de Licenciatura, tendo passado a formação de 3 para 4 anos, constituindo-se num curso de Licenciatura em ciclo único. Também o acesso aos cursos de Mestrado e Doutoramento promovem e garantem o progresso na procura da autonomia e do conhecimento. O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro – REPE - (D.L. 161/96 de 4 de Setembro) e a criação da Ordem dos Enfermeiros (D.L. 104/98 de 21 de Abril) são também um garante da autonomia da profissão contribuindo para a promoção e valorização profissional e científica dos seus membros.

Partilha-se da opinião de Amado (2002) quando esta refere que dificilmente será encontrado outro grupo profissional que tenha vivenciado, nos últimos anos, tantas mudanças conjunturais e que tanto promovesse e privilegiasse a valorização dos seus profissionais como a enfermagem.

Sabendo-se que não é possível produzir saber sem a auto-interrogação, questionou-se o processo de identidade profissional do investigador e procurou-se situá-lo no quadro da própria história pessoal. Desta reflexão, emergiram variadíssimas recordações no contexto das múltiplas interacções pessoais, profissionais e sociais que ao longo dos anos de exercício profissional se foram estabelecendo. A memória está povoada de factos, acontecimentos, pessoas, acções, projectos, que fazem parte da história da sua vida.

Profissionalmente, trabalhando primeiro na área da prestação de cuidados em contexto hospitalar (19 anos), e actualmente na área da docência (há um ano), frequentemente o investigador se interrogava sobre a influência que a interacção enfermeiro/doente possui para a construção da identidade profissional do enfermeiro. Pretende-se assim com esta investigação, perceber através da interacção enfermeiro/doente a existência de momentos marcantes que condicionam a identidade profissional do enfermeiro. Utilizou-se a metodologia qualitativa – método biográfico – através da utilização de histórias de vida, particularmente histórias de vida cruzadas, pois considera-se ser esta a opção heurística mais adequada para abordar a problemática desta investigação (Poirier, Clapier-Valladon & Raybaut, 1999).

Optou-se portanto por uma perspectiva compreensivista do problema em estudo, já que os depoimentos obtidos através das entrevistas são “destinados a serem utilizados como veículos para a compreensão de aspectos básicos do comportamento humano (...). As histórias de vida sociológicas são, frequentemente uma tentativa para reconstruir (...) os acontecimentos marcantes e outras pessoas com influências significativas comprovadas na moldagem das definições de si próprios e das suas perspectivas sobre a vida” (Bogdan & Biklen, 1994, p.93).

Desta forma, centrou-se o estudo nos momentos de interacção entre enfermeiro/doente, numa lógica de compreensão de como os enfermeiros constróem a sua própria identidade profissional.

É nos contextos de ensino clínico que os estudantes começam a compreender o “porquê” de determinados conhecimentos teóricos, pelas experiências que vão adquirindo. A realidade dos cuidados de enfermagem começa, então, a ser realmente interiorizada a partir do que os estudantes observam nos serviços. As experiências adquiridas nos estágios são assim, um elemento chave e o mais relevante para a construção da identidade profissional. É aí que o estudante questiona o que aprendeu na teoria e a forma de pôr em prática os conhecimentos adquiridos (Espadinha & Reis, 1997).

Recolheram-se várias histórias de vida em diferentes grupos, entre eles, estudantes do 4º. Ano, na fase final do Curso de Licenciatura em Enfermagem e enfermeiros da prestação de cuidados. Entre estes estabeleceram-se dois grupos distintos, enfermeiros com menos de cinco anos de exercício profissional e enfermeiros com mais de cinco anos de exercício profissional.

Tendo subjacente o objecto deste estudo, a opção por estudantes de enfermagem e por enfermeiros da prestação de cuidados, com menos e mais de cinco anos de exercício profissional, prende-se com o facto de se tentar perceber de que modo os momentos de formação e as práticas em contexto de ensino clínico (para os estudantes), assim como os momentos na prática do exercício profissional conjuntamente com os momentos da vida dos indivíduos (para os profissionais), contribuem para a construção da identidade profissional do enfermeiro.

Crê-se que o percurso biográfico do estudante de enfermagem, bem como dos enfermeiros prestadores de cuidados, na especificidade da interacção com o doente, assim como as suas vivências, apresentam relevância significativa na construção do

objecto deste estudo. Pensa-se que deste modo será permitido analisar e aprofundar este tipo de problemática.

Sabendo-se que a prática de enfermagem é mais do que uma colecção de técnicas, que é um todo integrado, que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência que contribuam para o desenvolvimento da própria prática, e ainda que os enfermeiros aprendem com os seus doentes e familiares, podemos concordar com Benner, quando esta afirma que, a enfermagem também se faz de uma “aprendizagem experiencial centrada no próprio agente” (Benner, 2001, p. 13).

Apesar do progresso técnico-científico da profissão de enfermagem, são ainda muitos os que têm dificuldade em responder às perguntas: Qual é a identidade dos enfermeiros e o que fazem? Porque é que há, quem escolha ser enfermeiro? Ao longo dos anos, somos confrontados muitas vezes com o seguinte: “Não gostaria mais de ter ido para médico?”

Ora a opção pela medicina ou pela enfermagem pode estar intimamente relacionada com o que Damásio (2000, p.203) refere ser a construção da identidade do eu, a qual “ocorre transitória mas incessantemente (...), graças a toda e qualquer coisa que afecte a (...) maquinaria sensorial, vinda do exterior ou recordada da memória”. Ainda para este autor, a vasta capacidade de memória apanágio dos organismos complexos como é o nosso,

os fugazes momentos de conhecimento através dos quais descobrimos a nossa existência são factos que podem ser entregues à memória, bem como devidamente classificados e relacionados com outras memórias que dizem respeito tanto ao passado, como ao futuro antecipado. A consequência desta complexa operação de aprendizagem é o desenvolvimento da memória autobiográfica, um agregado de arquivos disposicionais que descreve quem nós temos sido fisicamente, quem nós temos sido em termos comportamentais, e quem tencionamos ser, no futuro. Podemos aumentar este agregado memorial à medida que vamos vivendo e transformá-lo (Damásio, 2000, p.205).

É portanto nas memórias do passado e no futuro antecipado que os enfermeiros reconhecem o que é a enfermagem, quer em termos físicos, mas essencialmente em termos comportamentais, então através da sua “maquinaria sensorial” optam ou não por esta via profissional.

Bento (1997, p.15) refere que “(...) a enfermagem vive uma «crise de identidade», de quem ainda não foi capaz de estabelecer a sua especificidade e de conquistar o «seu eu» diferente dos outros, a sua autonomia”.

Nesta linha de pensamento Amado (2002, p.14), afirma que, “apesar do crescente processo de valorização profissional, parece ser consensual, que a nível do exercício

pouco se tem sentido as suas repercussões. (...) A própria imagem da enfermeira que nos últimos anos se tem vindo a modificar, parece no entanto, não ter atingido ainda, um patamar de consenso profissional e social”.

Por outro lado, Spear (2003, p. 141) refere que:

Como enfermeiros, somos chamados e privilegiados a exercer a nossa arte e profissão ministrando cuidados e apoio físico, emocional e espiritual; o estabelecimento de relações enfermeiro/doente que favorecem um toque pessoal terapêutico; e, acima de tudo, o reconhecimento e o respeito da dignidade humana.

No entanto, não é possível existir uma identidade grupal, sem primeiro se ter consciência da identidade individual. É este, “eu”, que Damásio (2000) refere como constituinte da identidade pessoal.

Pode-se considerar que os acontecimentos críticos que ocorrem na vida dos enfermeiros quando estes prestam cuidados ao doente, conduzem a modificações no estado do organismo, causadas por ajustamentos exigidos pelo processo percepto-motor e pelo impacto do objecto (acontecimento) sobre o “milieu interno” e as vísceras, que irão eventualmente gerar emoções e que começam a modificar o organismo e a sua representação. A experiência prévia dessas situações transforma “virtualmente qualquer objecto num indutor de algum tipo de reacção emocional, fraca ou forte, boa ou má” (Damásio, 2000, p.396).

Deste modo, tendo subjacente uma reacção emocional “boa”, pode-se concordar com Spear (2003, p.141) quando esta refere que, “ao afirmar de modo positivo a profissão de enfermagem, por palavras e acções, podemos proteger, acalantar e defender o que é importante na prática de enfermagem no presente e no futuro, nas gerações vindouras”.

Apesar de alguns enfermeiros, efectivamente ainda não conseguirem responder às perguntas: O que fazem os enfermeiros? E qual a sua identidade? Esta encontra-se no entanto definida, existindo apenas dificuldade por parte de alguns em contextualizar e expressar o que é ser enfermeiro. Efectivamente ser enfermeiro é abrangente e complexo. Ser enfermeiro pressupõe que se prestem cuidados de enfermagem, tendo os mesmos por fundamento uma interacção entre enfermeiro e doente (REPE, 1996). No caso da presente investigação, a interacção processa-se em contexto hospitalar, entre enfermeiro prestador de cuidados e doente em situação de internamento. As múltiplas interacções que se estabelecem entre ambos e embora os enfermeiros possam não estar conscientes do facto, acredita-se contribuir para a peculiaridade de ser de cada enfermeiro.

Perante estes pressupostos propõem-se como questões para este estudo as seguintes:

- Que significado tem para o enfermeiro a interacção com o doente?
- Como é que o enfermeiro constrói esse significado?
- Que influência têm os momentos de interacção enfermeiro/doente, para a construção da identidade profissional do enfermeiro?
- Quais os momentos de interacção mais importantes para a construção da identidade profissional do enfermeiro?

A temática subjacente sobre a qual se pretende fazer incidir o estudo prende-se com a Identidade Profissional do Enfermeiro.

De acordo com Reis (2001), sabe-se que o enfermeiro, tal como qualquer outra pessoa, nasce e socializa-se em dado contexto social, “impregnado” de uma cultura específica, que lhe é transmitida gradualmente pelas pessoas com quem interage, através da linguagem, hábitos alimentares, expressões de afecto, regras de educação, enfim das “narrações interpretativas da vida e do mundo, da definição de papéis” (Crespi, 1997, p. 26, citado por Reis, 2001, p.15), sendo estes determinantes do seu percurso como profissional.

Também os jovens ou adultos quando ingressam nas Escolas de Enfermagem, são detentores de uma história cultural, afectiva e cognitiva, única, particular e diversificada. É esta história, independentemente dos motivos que os conduziram à candidatura a este curso, que os faz serem possuidores de uma visão mais ou menos aproximada do que é ser enfermeiro, e o que é a enfermagem.

É através da formação que o estudante de enfermagem tem oportunidade de se apropriar pessoal e reflexivamente dos saberes, sendo neste percurso de formação que o mesmo constrói a resposta à questão “«o que é a enfermagem?» e aprende a comportar-se como enfermeiro, isto é, inicia a construção da sua identidade profissional” (Bento, 1997, p.17).

Porque se acredita que a construção da identidade profissional passa também pelos momentos de interacção entre enfermeiro/doente e de acordo com o que Bento (1997) afirma, crê-se que os resultados da presente investigação possam contribuir para a formação dos futuros estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Dado que a formação inicial destes estudantes se processa quer nas escolas (ensino teórico), quer nas organizações de saúde (ensino clínico), como docente espera-se poder

ser catalisador da apropriação dos saberes por parte dos estudantes, que os conduza à reflexão e ao questionamento sobre o papel da interacção enfermeiro/doente na construção da sua própria identidade profissional.

O processo de formação representa um espaço privilegiado para que o estudante possa construir e/ou modificar as suas percepções sobre a identidade profissional do enfermeiro.

Pretende-se que os contributos deste estudo possam ser rentabilizados para a orientação de projectos com os estudantes de enfermagem

que os ajudem a redimensionar-se como pessoas e futuros enfermeiros (...) ou seja ajudá-los na construção dos fundamentos sócio-pessoais da sua auto-formação. Neste sentido, (...) se não reflectirmos conjuntamente naquilo que é a história de vida de uma pessoa, os aspectos de determinada profissão que será a sua, bem como nos estímulos pessoais a que a mesma é submetida, a formação se esvaziará de sentido (Reis, 2001, p.13).

Do ponto de vista estrutural, este trabalho compõe-se de três partes distintas.

Na parte I, apresentam-se os capítulos de explanação teórica onde são referidos os aspectos que se consideraram pertinentes para o enquadramento desta investigação.

Inicia-se o capítulo 1, fazendo-se referência à evolução das práticas de enfermagem como contexto da identidade profissional do enfermeiro, onde são analisadas as bases da profissão de enfermagem, nomeadamente a evolução das suas práticas. Aborda-se a identidade nas suas diferentes acepções e vertentes até se chegar à identidade profissional do enfermeiro, o que a caracteriza e contextualiza. Neste capítulo faz-se ainda referência aos diversos estudos a que se teve acesso sobre a problemática da identidade.

O capítulo 2, refere-se às emoções e sentimentos. Considera-se pertinente definir e contextualizar o que são emoções e sentimentos por se considerar que são estas que estão na base de todo o processo de interacção que se estabelece entre enfermeiro e doente. Faz-se também referência à importância que as emoções e sentimentos detêm, na vida das pessoas de uma maneira geral; na vida dos enfermeiros; e na vida dos enfermeiros em contexto hospitalar.

O capítulo 3, é referente à interacção que se estabelece entre enfermeiro e pessoa doente. Sendo a interacção entendida numa perspectiva de comunicação interpessoal, o seu principal objectivo é a fusão da pessoa (enfermeiro) e do outro (doente), numa

capacidade total de antecipar, predizer e comportar-se de acordo com as necessidades conjuntas da pessoa e do outro. Abordam-se ainda, os actores e o local da interacção.

A parte II deste trabalho é reservada à conceptualização do estudo empírico, onde se inscrevem os pressupostos teórico-metodológicos desta investigação. Reservou-se assim ao método, à apresentação, análise e interpretação dos resultados obtidos e construídos entre investigador e narradores, procurando-se as respostas à problemática em estudo.

No capítulo 1, surge a construção da problemática e os objectivos do estudo. A construção da problemática é uma fase crucial de qualquer investigação, permite delimitar o problema em estudo. Por outro lado, o traçar dos objectivos permite o enquadramento do problema.

No capítulo 2, surge a metodologia. Os procedimentos metodológicos permitem descrever e fundamentar as decisões tomadas, quer na recolha e produção dos dados quer na sua análise. Apresenta-se a opção metodológica, define-se a amostra e caracteriza-se a mesma, apresenta-se o instrumento de recolha de dados, os procedimentos para a obtenção dos mesmos e o tratamento dos dados.

A parte III, refere-se aos acontecimentos marcantes que ocorrem na vida dos sujeitos e à identidade profissional edificada na interacção do enfermeiro com o doente.

No capítulo 1, surge a apresentação dos resultados, sendo que os mesmos, se encontram estruturados em termos de identificação de acontecimentos marcantes positivos e negativos, os quais surgem no contexto da interacção dos sujeitos com a pessoa doente.

No capítulo 2, procede-se à análise e discussão dos resultados, sendo que primeiramente se analisam os conotados como positivos e só posteriormente os conotados como negativos, por serem estes, os de maior pendor na construção da identidade profissional do enfermeiro.

Finaliza-se o trabalho com as conclusões, onde se salientam os aspectos relevantes que emergiram desta investigação. Apresentam-se as implicações e as limitações do estudo. Fazem-se também, algumas sugestões no domínio de investigações futuras e de formação de novos enfermeiros.

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **1 – A EVOLUÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM, CONTEXTO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO**

Ao longo dos séculos, a prática de cuidados foi um exclusivo da mulher. Este facto estará muito relacionado com os próprios papéis que desde os tempos imemoriais se atribuem a ambos os sexos e que embora se complementem são diferentes. Ao homem cabia a função de procurar incessantemente os alimentos e defender a continuação da linhagem. À mulher permanecer junto aos filhos com o intuito de deles cuidar e facilitar a sua aprendizagem.

Subjacente a esta forma de cuidar, está a sobrevivência através da satisfação das necessidades humanas básicas e assim subtilmente tenta-se distanciar a doença e a morte. Estes serão os pressupostos do que posteriormente virão a ser os cuidados de enfermagem.

Também, historicamente as duas maiores disciplinas associadas aos cuidados de saúde, a enfermagem e a medicina, estão relacionadas com o papel do género. Enquanto a medicina pertencia ao domínio do homem, a enfermagem pertencia ao domínio da mulher (Queirós, 2003).

Dentro da panóplia de cuidados que eram um exclusivo da mulher, podem-se destacar actividades como a prática de cuidados a quem deles necessitava no seu próprio ambiente familiar. O reconhecimento do valor social da prática dos cuidados prestados por estas mulheres com um estatuto de idade madura, assentava no prestígio da sua experiência vivida e interiorizada. Acumulavam saberes que lhes permitiam “ajudar” e “cuidar” do nascimento à morte. O ajudar as mulheres em trabalho de parto, o cuidar e velar das crianças e dos velhos, o tomar conta dos que padeciam e os cuidados aos mortos não eram mais do que a expressão de um saber-fazer, um saber de experiência feito, transmitido de mulheres para mulheres. Estas mulheres eram o suporte da estabilidade da comunidade (Amado, 2002). Inicialmente estes cuidados

circunscreviam-se unicamente a fins curativos, posteriormente passaram a abranger acções de promoção da saúde, prevenção da doença e reabilitação. Estes foram assim os primeiros indicadores da identidade profissional das enfermeiras.

Durante milhares de anos, os cuidados não pertenceram assim a um ofício nem tão pouco a uma profissão, mas fizeram parte do quotidiano do Homem, tal como proteger-se ou defender-se de intempéries e dos ataques dos animais.

Com o aparecimento e expansão das Instituições Religiosas, a prática dos cuidados assentava cada vez mais em valores com carácter de vocação e sentido religioso, tais como, bom coração, generosidade e dedicação. Todos estes valores se encontravam associados à imagem feminina.

Lima et al. (1994, citados por Andraus, Lourdes, Esperidião & Nakatani, 1999), identificam três fases distintas da evolução da enfermagem: a empírica ou primitiva, a evolutiva e a de aprimoramento.

Na fase empírica ou primitiva, não existiam profissionais e os cuidados aos doentes eram prestados por leigos que usavam os mais diversos meios de tratamento, mesmo sem recursos e conhecimentos.

Na fase evolutiva, foi fundada a primeira Escola de Enfermagem, do Hospital de Saint Thomas, que mais tarde receberia o nome de Escola de Enfermagem Nightingale, onde foram lançadas as bases de ensino com a preparação das primeiras enfermeiras. Dá-se então, o que Collière (1989), chamou de passagem de mulher consagrada, para mulher enfermeira.

Na fase de aprimoramento, a enfermagem passa a considerar o indivíduo como o centro de cuidados, com atendimento individualizado, visando salientar a inter-relação dos sistemas bio-psico-espirituais da pessoa humana.

A prática de cuidados é identificada com a mulher consagrada, desde a Idade Média até finais do século XIX. Sendo o papel desta prestadora de cuidados prescrito pelas regras conventuais, que estipulavam os seus comportamentos e condutas. A “virgindade consagrada”, o hábito, a oração e a clausura vêm a constituir-se como a opção em termos de escolha suprema da mulher. Surgem as congregações eclesiásticas polivalentes, com funções de educação de raparigas, funções hospitalares e com actividades anexas à vida conventual.

A “humildade”, o “obedecer” e o “servir” tornam-se no modelo de referência da mulher consagrada. Colocando-se ao serviço de Deus, da igreja e dos que sofrem, os préstimos

das mulheres consagradas não constituem objecto de estima, o que influenciará de forma negativa o reconhecimento social e económico da profissão de enfermagem que surge em meados do século XIX (Amado, 2002).

Mas se existiam critérios de admissão para a mulher consagrada nas Instituições Eclesiásticas, posteriormente já na fase evolutiva da enfermagem, passam também a existir critérios de admissão à escola de enfermagem. Assim o critério fundamental para o ingresso ao curso, era a vocação para o exercício. A vocação pressupunha uma dedicação exclusiva, sendo esta incompatível com o casamento e constituição de família. Ao longo do curso, as alunas teriam essencialmente que demonstrar que eram trabalhadoras, que tinham habilidade manual, capacidade de observação e essencialmente qualidades relacionais, onde se incluíam a alegria, a meiguice, a submissão, a dedicação e o respeito para com os seus superiores, os médicos (Collière, 1989).

O ensino era da responsabilidade dos médicos, sendo eles que determinavam o que era necessário aprender em termos de anatomia, medicina e cirurgia. Também a avaliação dos estágios era feita por eles, avaliando as alunas essencialmente em termos de conduta e comportamento adequado a “uma auxiliar do médico” e não tanto em função das aptidões e competências necessárias à prática de enfermagem. Os médicos procuravam impor e afirmar o seu poder e a sua superioridade institucional (Collière, 1989).

Enquanto as “mulheres consagradas” dedicavam os cuidados essencialmente ao corpo sofredor com um objectivo essencialmente espiritual, com a passagem a mulher enfermeira passa a existir uma modificação da imagem e da personagem da mulher dissociada do seu conteúdo simbólico, bem como do vasto património de conhecimentos em que se fundaram as práticas dos cuidados das mulheres.

A prática de cuidados é identificada com a enfermeira auxiliar do médico desde o início do século XX até aos anos sessenta e resulta do facto dos médicos terem necessidade de delegarem em alguém algumas das suas tarefas, como a avaliação de temperaturas, exames de urina, cataplasmas, clisteres, entre outros.

A prática de enfermagem resulta assim, primeiro de uma filiação conventual e posteriormente de uma filiação médica.

A filiação conventual assentava em qualidades associadas à vocação, sendo este um elemento facilitador que permitia “servir”. Calmette, no prólogo da *Infirmière Française*

(citado por Collière, 1989, p.79) afirma que “a enfermeira deve aprender primeiro a servir, nunca a andar à frente do médico, mas segui-lo”.

A filiação médica resulta do facto das enfermeiras se restringirem à execução dos cuidados prescritos pelo médico, sendo este quem determinava o conteúdo profissional da enfermagem, resultando numa prática profissional circunscrita à destreza, perfeição das técnicas e execução de tarefas prescritas. O valor social da enfermagem era considerado de baixo nível, porquanto exigia poucas capacidades intelectuais, limitando-se a enfermeira a executar, por dever e obrigação as ordens médicas.

Mas em virtude desta filiação médica, as práticas de enfermagem começam então a fundamentar-se em alguns conhecimentos científicos resultantes dos conhecimentos médicos, com especial relevo a nível dos cuidados curativos. Deste modo as práticas de enfermagem vão progressivamente enveredando pelo modelo biomédico.

À luz deste modelo, a pessoa é reduzida às suas estruturas e processos biológicos e físico-químicos. Este modelo ao centrar-se na dimensão biológica faz com frequência referência a corpos e doenças e raramente ou quase nunca a pessoas, daí que a sua dimensão primordial seja o tratar em vez de cuidar.

O corpo da biomedicina é um corpo mecânico, isolado da mente e dos outros corpos. O corpo é visto em comparação com uma máquina, a doença como a avaria da máquina e o tratamento como a reparação. Os cuidados psicossociais são desvalorizados, menosprezando-se as dimensões social e psicológica e todas as atitudes que permitem escutar e confortar, conduzindo a um entrave na envolvência com o utente.

Durante algumas décadas, o papel desempenhado pela enfermagem orientou-se precisamente por esta era da técnica e da ciência. “Ser enfermeiro com boas qualidades significava possuir muitos conhecimentos de patologia, de sinais e sintomas da doença e muitas vezes, prever antecipadamente o que o médico pretendia” (Queirós, Costa e Silva, & Santos, 2000, p. 17). Os doentes tinham um papel passivo e a enfermeira cumpria as ordens médicas, as quais se encontram intimamente ligadas ao tratamento e à cura.

A enfermagem preocupava-se assim, mais com a doença e os tratamentos. As decisões da enfermagem eram desvalorizadas em função das delegadas pelo poder médico, o cuidar, como já se verificou transforma-se em tratar. “Este era um exercício profissional centrado num papel de colaboração” (Queirós et al., 2000, p. 18).

A relação epistemológica estabelecida entre o técnico de saúde e a pessoa era condicionada pelo modo como o modelo biomédico valorizava a saúde e a doença. Normalmente o médico apresentava uma atitude paternalista e a enfermeira uma atitude maternalista, assumindo ambos a autoridade epistemológica, arcando com todo o processo de tomada de decisão. Esta prática de cuidados predominou até à década de sessenta.

Durante vários anos, a ênfase nos cuidados de enfermagem foi então colocada no paradigma biomédico (modelo que maior influência tem tido para o exercício dos cuidados de saúde, nomeadamente os de enfermagem), contribuindo para criar um estatuto de “menoridade à disciplina, por se caracterizar numa atitude de submissão ao reconhecimento dos médicos e dominação pelos mesmos” (Amendoeira, 1999, p. 22).

Este paradigma apresenta uma clara orientação para o curar, caracteriza-se por apresentar uma abordagem reducionista e dualista da pessoa e tem contribuído para que a mesma seja vista e se estude em duas vertentes distintas, o corpo e o espírito, o físico e o psicológico, pelo que depois há dificuldade em recombinar estes aspectos para efectuar uma abordagem global ou total do doente. Mas a abordagem global é possível e “existe verdadeiramente no contexto prático de uma relação onde doente e enfermeiro são implicados” (Benner, 2001, p. 76).

Por volta dos anos cinquenta, nos Estados Unidos da América, surge a preocupação de conferir cientificidade à prática de enfermagem, já que até aí, os cuidados se baseavam apenas em conhecimentos empíricos não se centrando na pessoa, ou seja, não contemplavam o ser humano como holístico. Surgiram então várias teóricas de enfermagem que desenvolveram um corpo de conhecimentos específicos para esta disciplina com o objectivo de lhe conferir cientificidade e principalmente autonomia (Bento, 1997).

Sobre as bases filosóficas e científicas da disciplina de enfermagem, emergem então diversas linhas de pensamento, que Kérouac (1994) organizou fundamentalmente sob a forma de seis escolas de pensamento. Escola das Necessidades, Escola da Interação, Escola dos Efeitos Desejados, Escola da Promoção da Saúde, todas orientadas para a pessoa, e as Escolas do Ser Humano Unitário e a do “Caring”, caracterizadas por uma abertura sobre o mundo.

Segundo a Escola da Interação (a mais significativa, para este estudo, tendo em conta o objecto do mesmo – Interação enfermeiro/doente), o cuidado é um processo interactivo entre uma pessoa a precisar de ajuda e outra capaz de oferecer essa mesma ajuda. O

ponto fulcral desta escola é considerar-se o “como” no processo de interacção enfermeiro/utente. A questão organizadora desta escola pretende assim responder à questão: como fazem as enfermeiras?

São várias as teóricas desta escola, mas a pioneira foi Hildegard Peplau. Peplau (1952/1988) descreveu os cuidados de enfermagem como um processo interpessoal terapêutico. Este processo faz-se de uma relação humana entre uma pessoa doente ou a precisar de ajuda e uma enfermeira formada de modo a reconhecer as necessidades de ajuda e às mesmas responder. A intervenção da enfermeira é terapêutica, ela fornece ajuda e assistência. A interacção dá-se entre duas pessoas para um bem comum. O que implica respeito, crescimento e aprendizagem para os participantes desta interacção (Kérouac, 1994).

É nesta linha de pensamento que se insere a problemática deste estudo, já que se acredita que a interacção que se estabelece entre enfermeiro e doente através dos acontecimentos marcantes que ocorrem entre os dois é significativa para a construção da identidade profissional do enfermeiro. Entende-se assim ser fundamental identificar quais os acontecimentos marcantes para estes profissionais de modo a melhor se compreender quais os contributos que estes podem trazer para a construção da identidade profissional do enfermeiro.

Por outro lado, é difícil, quase impossível, discutir a disciplina de enfermagem sem ter em conta os contextos que têm marcado a sua evolução e sem fazer referência às grandes correntes do pensamento que têm favorecido a emergência das actuais concepções da disciplina. Dentro do domínio das ciências de enfermagem, os Paradigmas, representam as grandes correntes do pensamento (Kérouac, 1994).

Os paradigmas subjacentes a esta disciplina são: o Paradigma da Categorização, da Integração e da Transformação (Kérouac, 1994).

O paradigma da categorização, aplicado ao domínio da saúde, orienta o pensamento para a pesquisa de um factor causal responsável pela doença (Kérouac, 1994). Este paradigma é análogo ao paradigma do modelo biomédico.

O paradigma da integração prolonga o paradigma da categorização. Este paradigma inspirou a orientação de enfermagem para a pessoa. O cuidado visa manter a saúde da pessoa dentro de todas as suas dimensões: saúde física, mental e social. A enfermeira avalia as necessidades de ajuda tendo em conta as suas percepções e a sua globalidade. A sua atenção dirige-se para a situação presente e utiliza os princípios da relação de

ajuda. Intervir, significa “agir com” a pessoa, a fim de responder às suas necessidades. A enfermeira planeia e avalia as suas acções em função das necessidades detectadas (Kérouac, 1994).

A orientação de enfermagem para a pessoa, conduz a que esta seja o alvo fundamental dos cuidados de enfermagem. No caso deste estudo, a pessoa em causa encontra-se doente e em contexto hospitalar. A pessoa doente passa a ser a finalidade e o objecto de cuidados, tal como nos refere Collière (1989). Salienta-se assim a relação, entre quem cuida e quem é cuidado. “A relação restitui à prática de enfermagem um sentido humano tão desejado e expresso pelas motivações que orientam a escolha da profissão” (Piscarreta, 1999).

O paradigma da transformação representa uma mudança de mentalidades sem precedentes. Este paradigma é a base de uma abertura das ciências de enfermagem sobre o mundo e inspirou as recentes concepções da disciplina de enfermagem (Newman, 1983; Parse, 1981; Rogers, 1970; Watson, 1985, 1988). Esta orientação de abertura sobre o mundo influencia necessariamente a natureza dos cuidados de enfermagem. O cuidado visa manter o bem-estar tal como a pessoa o define. Intervir, significa “estar com” a pessoa, acompanhá-la nas suas experiências de saúde (Kérouac, 1994).

A partir das décadas de 60/70, os conhecimentos provenientes das ciências sociais e humanas começaram a influenciar o pensamento sobre o modo de exercer a enfermagem. Os mais influentes foram o holismo e o humanismo. Deu-se então a ruptura com o paradigma biomédico. Subjacente à visão holística das pessoas, estão as premissas de que o indivíduo reage como um todo unificado, em que o todo é diferente e mais que a soma das partes (Reis, 1998). Para Ribeiro (1998, p.55) “o ponto fulcral da perspectiva holística é a noção de que corpo e mente constituem aspectos inseparáveis no Homem”. De igual forma o humanismo assenta no valor do ser humano, na sua existência e na qualidade dessa existência, ou seja, dá relevo à natureza da pessoa (Reis, 1998).

As ciências sociais e humanas (permitem investigar áreas a nível da personalidade, do consciente e inconsciente até à pouco estudadas e desenvolvidas), elevam e valorizam a relação entre quem presta e quem recebe cuidados. Os profissionais de saúde passam a assumir uma atitude de “parceria epistemológica” em que todos trabalham em conjunto para atingir o mesmo objectivo, deixando de existir a posição paterno/maternalista ou autoritária. Esta parceria valoriza a promoção da autonomia do doente, incentivando a sua participação activa no processo de cuidar e também de acções preventivas. O doente

assume um novo estatuto, deixa de ser receptor passivo de cuidados e passa a beneficiário activo, levando-o à responsabilização pelos seus próprios cuidados. Estes incluem a partilha de informação entre o enfermeiro e o doente, conduzindo a cuidados individualizados e personalizados.

Esta concepção vai alargando o campo de competências da enfermagem, ultrapassando a simples execução das prescrições médicas. Os cuidados a prestar visam a satisfação das necessidades das pessoas para a manutenção a recuperação ou a prevenção da sua saúde.

Começou então a ter-se em atenção o facto da pessoa ser um todo, em interacção com a família, o meio e os próprios profissionais de saúde. O diagnóstico de enfermagem passou a incidir na pessoa como um todo, dando resposta a problemas de saúde, em vez de ter em atenção a função ou a disfunção de um órgão ou sistema específico, pelo que o saber em enfermagem passa também pela área das ciências humanas (Queirós et al., 2000). Esta conceptualização dos cuidados de enfermagem traduz-se num questionamento dos próprios enfermeiros sobre as práticas dos seus cuidados centrados na tecnicidade.

É este questionamento, efectuado pelos enfermeiros nos seus contextos de trabalho, que se torna estruturante da construção da sua identidade profissional, traduzindo simultaneamente uma perspectiva evolutiva desta identidade. A tecnicidade deixou de ter a primazia que anteriormente detinha na construção da identidade profissional do enfermeiro. Actualmente, ser um bom enfermeiro, não possui o mesmo significado que há algum tempo atrás. A identidade profissional não passa hoje, por se ser um mero executante de tarefas.

De acordo com Amendoeira (1999, p.21), também a “formação de enfermeiros passa a ser centrada de forma mais objectiva na saúde e nas ciências sociais, passando a valorizar-se os cuidados de enfermagem centrados na pessoa e não na doença”.

Efectivamente tem sido longo o percurso que medeia uma prática de enfermagem atribuída à mulher e decorrente de cuidados domésticos baseados no desenvolvimento de habilidades e na experiência obtida por pontual resolução de problemas, e, o aparecimento da formação organizada e ministrada nas escolas de enfermagem (Fernandes, 1996).

Amendoeira (1999) refere, que a enfermagem se tem desenvolvido enquanto disciplina procurando a clarificação do seu objecto de estudo. Este objecto de estudo tem

assumido diversos sentidos, pelos diferentes actores, conforme a época a que se reportam.

Todo o enquadramento estrutural e filosófico da profissão de enfermagem permite afirmar que esta é uma profissão autónoma, os enfermeiros possuem competências a nível de conhecimentos, para instituir cuidados, planeando-os e programando-os de forma a obter resultados o mais satisfatoriamente possível, tanto para o indivíduo, família e ou comunidade, actuando aos três níveis de prevenção.

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro/Estatuto Profissional, “é uma conquista e um instrumento para a autonomia do exercício profissional”. Este regulamento (REPE), classifica as intervenções dos enfermeiros em autónomas e interdependentes.

Pode –se sintetizar afirmando que, quer as acções dos enfermeiros sejam autónomas ou interdependentes, o cuidar, foi e será sempre o núcleo central da enfermagem. O conceito de cuidar é inerente e está intimamente relacionado com esta profissão e estes profissionais. Para Hesbeen (2000), “Cuidar”, provém da atenção que é dada ao outro para o ajudar.

“Compreender o cuidar como uma prática, em vez de ser apenas um puro sentimento ou um conjunto de atitudes que estão para além da prática, revela o conhecimento e a competência que o cuidar excelente requer” (Benner, 2001, p.16).

Assim, “a enfermagem não é mais nem menos que a profissionalização da capacidade humana de cuidar” (Meyer et al. 1995, citado por Bento 1997, p.52). O cuidar significa “facilitar ou sustentar a saúde, respeitando os valores e as crenças, o modo de vida e a cultura das pessoas” (Leininger, 1988; Watson, 1988, citados por Bento, 1997, p.53).

A abordagem que se a efectuou, sobre a evolução das práticas de enfermagem, conduz necessariamente à abordagem da identidade profissional do enfermeiro.

## 1.1 - IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO

A noção de identidade profissional tem vindo nos últimos anos a ser motivo de estudo mais sistematizado. Também a nível da enfermagem vários autores (Fernandes, 1996; Bento,1997; Mestrinho, 1997; Abreu, 1998) se têm debruçado sobre a identidade profissional dos enfermeiros. Este interesse crescente pelas questões da identidade

profissional, advém do facto de que o exercício de uma profissão para além de representar nos nossos dias a forma de sobrevivência socialmente mais legítima, constituir também o meio através do qual os indivíduos adquirem o reconhecimento financeiro e simbólico da sua actividade. Para Dubar (1997) o trabalho está no centro da “construção”, “destruição” e “reconstrução” das identidades profissionais, porque é no e pelo trabalho que os indivíduos adquirem o reconhecimento simbólico da sua actividade.

A nível da enfermagem Florence Nightingale, em meados do século XIX, é talvez a primeira pessoa a despertar a consciência da enfermagem e a alertar para a necessidade de se adquirir um corpo de conhecimentos distintos dos conhecimentos médicos. Começa então a florescer a identidade profissional da enfermagem distinta da classe predominante, os médicos. Surgem os princípios fundamentais dos cuidados de enfermagem. Princípios estes enraizados na capacidade de compreensão, face à pessoa e no desenvolvimento da observação e reflexão.

No entanto é através do decreto-lei, n.º 161/96 de 4 de Setembro – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), que é regulamentado e delimitado o campo de competências da enfermagem. Este regulamento é assim um instrumento essencial para o garante da autonomia profissional e imprescindível na intervenção directa dos enfermeiros na prestação de cuidados de saúde.

O REPE veio reformular conceitos que estavam consignados em Lei desde 1929 e como tal completamente ultrapassados, os mesmos subentendiam o exercício profissional do enfermeiro como mera execução de ordens prescritas.

O REPE define conceitos básicos que devem estar subjacentes ao exercício da profissão, assim:

Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que está integrado, de forma que mantenham, melhorem ou recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível.

Define também enfermeiro, como

O profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.

## Ainda que os cuidados de enfermagem

são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais.

A prática dos cuidados de enfermagem define-se através dos cuidados que presta aos seus utentes e procura identificar-se na especificidade da sua actuação.

As constantes mudanças sociais, científicas e tecnológicas têm contribuído para aumentar a complexidade dos cuidados. A enfermagem como grupo sócio-profissional não deixa de enfrentar este desafio, e põe em causa as práticas rotineiras derivadas dos pressupostos positivo-mecanicistas decorrentes do modelo biomédico, surgindo novas concepções orientadas estas para uma “praxis” cuidativa (Queirós et al., 2000). Com um passado sócio-cultural que marcou profundamente o seu exercício, hoje a enfermagem insere-se num quadro de profundas alterações estruturais, não apenas no âmbito das políticas de saúde, como também em termos de modelos de exercício, de formação e de autonomia profissional.

Ao longo dos anos a enfermagem tem sofrido assim uma evolução constante, quer ao nível da formação de base, quer ao nível da complexidade e dignificação do seu exercício profissional. Collière (1989) afirma que é a formação que forja a identidade do cuidado de enfermagem, ou seja é no seu percurso de formação que o estudante constrói a sua percepção do que é ser enfermeiro e o que é a enfermagem, além disso inicia a sua aprendizagem do que é comportar-se como enfermeiro e assim inicia a construção da sua identidade profissional. Basto (1993) refere que o contexto escolar é o “local por excelência” no âmbito da socialização profissional do estudante, sendo que as vivências no mesmo ou através dele, são susceptíveis da aquisição de um outro tipo de valores, ditos profissionais na crença do que é fazer “bem” ou “mal” aos doentes, ou seja na posição moral que é progressivamente assumida e aprendida. A este propósito, Bento (1997) refere que a formação é um processo em que o formando se modifica, modificando as suas percepções e as suas representações acerca do real. Para Queirós (2000) as mudanças na profissão iniciam-se logo ao nível da formação de base, porque os estudantes ao irem para o terreno, lá actuando progressivamente e “graças ao trabalho de formação e de informação dos professores e profissionais, criam uma tomada de consciência de um saber próprio, de uma especificidade de enfermagem assente na construção do saber, partindo das próprias capacidades reflexivas dos elementos ligados à profissão, isto é, os estudantes, professores e profissionais” (Queirós, 2000, p.51).

Mas, porque optam os jovens pela formação em enfermagem? Na perspectiva de Reis (2001), no percurso de vida das pessoas e neste caso mais especificamente na vida dos jovens, surgem alguns marcos, resultantes uns de opções pessoais ou familiares, outros induzidos por questões de outra índole, relativas por exemplo a grupos de referência ou pertença conjunturais, que os fazem optar pela formação nesta área. Para a mesma autora, também a formação profissionalizante das pessoas, se inscreve globalmente nesta perspectiva de vida, como algo que, mercê de opção “desejada” ou apenas “possível”, se reveste no entanto de uma importância efectiva, a par de outras parcelas constituintes do seu respectivo percurso biográfico.

Actualmente pertencer a uma profissão é pertencer a uma classe social com lugar determinado na hierarquia dos poderes reguladores da sociedade.

A profissão de enfermagem estruturou-se a partir de um grupo de pessoas, unidas pela mesma ideologia e crença, e que segundo Collière (1989, p.16) “visa regular a ordem social e determinar o que é considerado bom ou mau para a manutenção dessa ordem”, possuindo características específicas e comuns e que alcançaram um título, um estatuto, fruto de uma formação, visando o exercício de uma actividade que se iniciou antes do movimento de profissionalização.

Segundo alguns autores existem critérios diferenciadores e que permitem classificar como profissões aquelas que possuem as seguintes características:

- Corpo próprio de conhecimentos
- Relação cliente-profissional
- Competências standardizadas
- Control/reconhecimento
- Ética/autonomia (Davies ,1997 citado por Queirós et al. 2000, p.67).

Além disto, todas as profissões possuem a sua própria cultura normativa, ou seja, um conjunto de ideias partilhadas e transmitidas, valores e critérios de prática, através dos quais os seus membros devem orientar o seu comportamento (Mestrinho, 1997).

Sem margem para dúvidas a enfermagem reúne todos estes critérios, que fazem dela uma profissão efectiva. No entanto para que a mesma possa ser reconhecida é imprescindível que os cuidados que presta sejam visíveis e identificados, quer pelo doente, quer pela sociedade, quer pelos próprios enfermeiros. Nesta linha de pensamento, Benner (2001) refere que muitas vezes, os enfermeiros não são reconhecidos quer pelos doentes, quer pelos médicos, pessoal administrativo e até pelos seus próprios colegas, pese embora o importante e difícil trabalho que fazem e as

responsabilidades que assumem. “Trata-se de uma falta de reconhecimento do seu valor, mais do que uma ausência de responsabilidade significativa” (Benner, 2001, p.218).

Até que a enfermagem seja reconhecida e recompensada como é esperável por toda a gente, os próprios enfermeiros continuarão a ter problemas em reconhecer o seu próprio valor, em afirmar a sua identidade e a envolverem-se completamente. “As desigualdades do estatuto, a falta de participação nas decisões e a impossibilidade de desenvolvimento profissional no hospital são difíceis de suportar (...), mesmo se individualmente elas acham o seu trabalho satisfatório e gratificante” (Benner, 2001, p.219).

No entanto para quem “ama” a sua profissão, os cuidados de enfermagem constituem um trabalho enriquecedor, motivador e abrangente e no qual é possível cada um implicar-se. As satisfações morais retiradas dos contactos humanos e das relações vividas diariamente, levam a que os enfermeiros atinjam um grande grau de satisfação através desses contactos.

Para melhor se compreender a identidade profissional do enfermeiro torna-se pertinente abordar as questões da socialização profissional em geral e as dos enfermeiros em particular.

“A construção de identidades passa sempre por um processo complexo graças ao qual cada um se apropria do sentido da sua história pessoal e profissional” (Diamond, 1991, citado por Nóvoa, 1995, p.16). “É um processo que necessita de tempo. Um tempo para refazer identidades, para acomodar inovações, para assimilar mudanças” (Nóvoa, 1995, p.16).

Dubar (1997, p.79) refere que “o indivíduo socializa-se, interiorizando valores, normas, disposições que o tornam um ser social identificável”.

Para o mesmo autor existem dois tipos de socialização, a primária e a secundária. A primária processa-se no seio do grupo de origem do indivíduo, no qual se desenrolou a primeira infância e ao qual se pertence objectivamente. Existe assim um “saber de base” fornecido por este grupo de origem, conduzindo o indivíduo a adquirir primeiro o código da linguagem falada e posteriormente da linguagem escrita, sendo este para Dubar (1997) o processo fundamental da socialização primária. A socialização secundária ocorre no seio de um grupo exterior no qual o indivíduo se pretende integrar e ao qual se refere subjectivamente.

Sem socialização não há individualização, alicerçando-se esta em aspectos fundamentais como a comunicação entre as pessoas, sabendo-se que a “actividade comunicacional (...) estrutura a interacção entre os indivíduos – e, portanto a sua identidade – através das práticas da linguagem” (Dubar, 1997, p. 82).

A socialização contribui para a identidade profissional, já que esta contribui para a incorporação dos modos de ser (sentir, pensar e agir) de um grupo, da sua visão do mundo e da sua relação com o futuro, das suas posturas corporais, assim como das suas crenças íntimas. A socialização secundária conduz à aquisição de saberes específicos, ou especializados, e que Dubar (1997, p.96) chamou de «“de saberes profissionais”». Estes saberes profissionais, são “maquinismos conceptuais” que têm subjacentes um vocabulário (...) e um verdadeiro “universo simbólico”».

Para que a socialização secundária seja bem sucedida pressupõe-se ter existido primeiro a socialização primária no seio do grupo de origem.

A socialização dos enfermeiros ocorre quer no meio escolar quer no meio profissional, através da interacção dos estudantes com os contextos de trabalho, durante os ensinamentos clínicos. A socialização dos enfermeiros é assim um processo que decorre na formação inicial, durante a qual os estudantes desenvolvem capacidades e adquirem comportamentos próprios da profissão de enfermagem, com o intuito de se prepararem para a prestação de cuidados de enfermagem.

A socialização está assim intimamente relacionada com a formação contínua. Nesta perspectiva, os processos formativos que ocorrem na vida das pessoas são instrumentos de socialização profissional que atravessam os contextos de trabalho.

A “formação (...) é sinónimo de socialização, donde decorre a construção de identidades profissionais por interiorização dos elementos socio-culturais e socio-profissionais dos indivíduos integrados em contextos de trabalho, através da forma como cada um se integra no quadro da sua relação com o trabalho e relações sociais aí estabelecidas” (Lesne e Mianvielle, 1988, referidos por Mestrinho, 1997, p.25).

O processo de socialização contribui para a construção de identidades por interiorização dos elementos socio-culturais e visa a produção de identidades sociais e profissionais que são assumidas de forma voluntária pelas pessoas em formação. Estas identidades adquirem-se pelas capacidades que a formação produz nos indivíduos (Mestrinho, 1997).

Sintetizando, pode-se afirmar, que a identidade profissional é o resultado da socialização primária, secundária e que é através da formação de base que se inicia a sua construção, sendo no entanto nos contextos de trabalho que a mesma se desenvolve e se edifica. No entanto, a maneira de actuar de cada enfermeiro está directamente relacionada com aquilo que cada um é como pessoa.

“A identidade não é um dado adquirido, não é uma propriedade, não é um produto. A identidade é um lugar de lutas e de conflitos, é um espaço de construção de maneiras de ser e de estar na profissão” (Nóvoa, 1995, p.16). Ainda para este autor e com o qual se concorda, é mais adequado falar de processo identitário, realçando a “mescla dinâmica” que caracteriza a maneira como cada um se sente e diz enfermeiro. “O processo identitário passa também pela capacidade de exercermos com autonomia a nossa actividade, pelo sentimento de que controlamos o nosso trabalho” (Nóvoa, 1995, p.17).

Sendo o objecto do presente estudo a interacção enfermeiro/doente e ocorrendo esta em contexto de trabalho mais especificamente em contexto hospitalar, a mesma é indiciadora de que contribui para a construção da identidade profissional do enfermeiro através das múltiplas interacções que este ao longo do seu percurso profissional tem oportunidade de estabelecer. Os acontecimentos marcantes e os personagens significativos que vai registando ao longo da sua história de vida vão influenciar a sua identidade profissional como enfermeiro. A partir do momento em que o enfermeiro e o doente interagem, os mesmos são responsáveis por um conjunto de experiências, experiências estas que funcionam como reservatório para interacções futuras. O enfermeiro deve reflectir sobre cada interacção que estabelece com o doente. Este processo reflexivo permite-lhe um acumular de experiências que são apreendidas, separadas, definidas e isoladas contribuindo as mesmas para a sua construção identitária. A atitude que determinado enfermeiro tem no presente é muitas vezes determinada ou condicionada pela aprendizagem que possui do passado. É a sua experiência construída que dá sentido à sua acção presente. A pessoa do enfermeiro é assim determinante na construção da sua própria identidade profissional, através dos acontecimentos marcantes e personagens chave que vai registando na sua memória.

E o doente? Poder-se-á afirmar que é igualmente determinante da construção da identidade profissional do enfermeiro? Em primeiro lugar e como prestadores de cuidados de enfermagem, não se deve esquecer que aquela pessoa doente, é uma pessoa com um percurso e uma intensa história de vida, que tal como nós enfermeiros será pai, mãe, filho, filha, terá uma ocupação profissional e desempenhará no seu dia a dia os

mais diversos papeis, no entanto e na situação de internamento encontra-se num momento de crise. Mas continua a ser uma pessoa, em que existe um misto de emoções e sentimentos, vivências sociais, culturais e profissionais, todas elas resultantes também da socialização primária e secundária a que foi sujeita. Sendo assim, através da interacção que com ela estabelecemos e do cruzamento da nossa própria história de vida com a história de vida de que é possuidor, a mesma contribuirá sem sombra de dúvidas também para edificar a nossa construção profissional como enfermeiros, uma vez que o processo de interacção é recíproco, verbal ou não verbal e onde o comportamento de um dos actores sociais tem influência sobre o dos outros.

Sendo a enfermagem uma profissão de relação, cada um de nós no exercício da mesma está obrigatoriamente situado no âmago da experiência relacional. Nesta linha de pensamento a interacção do enfermeiro com o doente através dos acontecimentos marcantes, que já se teve oportunidade de referenciar, surge como dimensão essencial para a construção e compreensão da identidade profissional do enfermeiro.

### **1.1.1 – Identidade do enfermeiro – Que estudos?**

A enfermagem é uma das profissões que nos últimos anos tem sofrido profundas alterações e transformações. Para estas transformações muito têm contribuído as mudanças que se têm verificado a nível do ensino de enfermagem, particularmente a partir do Decreto-Lei n.º 480/88 de 23 de Dezembro, que integrou o Curso de Enfermagem ao nível do Ensino Superior Politécnico. Posteriormente, também o Decreto-Lei n.º 353/99 de 3 de Setembro, que estabeleceu o grau de Licenciatura ao nível da formação inicial, se revelou como um marco de extrema importância.

Enfermeiros e médicos possuem agora graus académicos iguais, pelo que os enfermeiros são unânimes em afirmar que o seu trabalho não se limita a ser meramente auxiliar do médico, que é muito “mais do que isso”. Para Adam (1994) é então esse “mais do que isso” que é necessário explicitar. Ainda para a mesma autora, os obstáculos para esta clarificação, residem essencialmente na dificuldade dos enfermeiros conseguirem exprimir através de um discurso coerente, qual a imagem mental da profissão e das suas práticas. Esse discurso não sendo suficientemente claro e nítido conduz muitas vezes à ambiguidade.

Se outrora a enfermeira se contentava em ter uma identidade mais ou menos distinta das outras profissionais de saúde, hoje ela dificilmente aceitará

permanecer na ambiguidade. (...), a enfermeira actual tem o dever de definir de forma rigorosa o seu contributo pessoal, no seio de uma equipa multidisciplinar, quer para a sua realização pessoal quer por respeito para com a sociedade que pretende servir (Adam, 1994, p.21).

Na opinião de Amado (2002) e com a qual se concorda, a enfermagem como profissão tem necessariamente que se diferenciar de outras profissões. A cada profissão corresponde um centro de interesse particular que exige competências e perspectivas diferentes e um exercício específico e distinto.

Sendo a Identidade Profissional do Enfermeiro a temática subjacente ao presente estudo, considerou-se pertinente fazer alusão à existência de estudos neste âmbito e aos quais se teve acesso no decurso desta investigação.

Collière (1989) no livro – *Promover a Vida: da prática das mulheres de virtudes aos cuidados de enfermagem* - efectuou uma abordagem antropológica da evolução da identidade profissional das enfermeiras ao longo dos tempos, tomando em linha de conta os diferentes papéis atribuídos à mulher cuidadora desde os primórdios da humanidade até ao século XX. A prática dos cuidados que sustentam a vida ligou-se desde sempre às actividades das mulheres, quer quando estas auxiliavam outras durante o parto, quer quando amamentavam, protegiam e acalentavam os seus próprios filhos, quer ainda quando efectuavam os curativos aos homens quando estes regressavam feridos da caça, ou cuidavam dos moribundos. A mulher, assume assim, um papel de “ajuda”. Da Idade Média até finais do século XIX, os cuidados são prescritos pelas regras conventuais que ditam as condutas e os comportamentos da mulher consagrada. A prática de cuidados é então identificada com a mulher “consagrada”. Com início no século XX e até aos anos sessenta a prática de cuidados passa a estar identificada com a mulher enfermeira – “auxiliar do médico”. O papel da enfermeira reveste-se então de dois aspectos, o papel moral de obediência à supremacia do poder médico e o papel técnico de realização de tarefas.

Carapinheiro (1993) no livro – *Saberes e Poderes No Hospital: Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares* – apresenta a sua tese de doutoramento, realizada num quadro de investigação sociológica. Analisou o hospital e ao mesmo tempo a medicina. Estudou os profissionais mas também os doentes. Descobriu para ambos os “conteúdos dos seus saberes, os seus referentes simbólicos e os sentidos das suas práticas sociais” (Carapinheiro, 1993, p.9). Ocuparam os médicos um lugar central na sua pesquisa, no entanto abordou também a identidade dos enfermeiros através de um olhar sociológico. Proferindo as suas palavras refere que:

Aqui analisa-se o hospital e, ao mesmo tempo, analisa-se a medicina. Estudam-se os profissionais, mas também se estudam os doentes. Para ambos, descobrem-se os conteúdos dos seus saberes, os seus referentes simbólicos e os sentidos das suas práticas sociais, que tornam possível compreender porque é que a realidade hospitalar se compõe de realidades sociais tão diversas (Carapinheiro, 1993, p.9).

Na sua opinião, a identidade dos enfermeiros é uma questão problemática, já que encerra questões de fundo. A questão central, refere-se ao reconhecimento do papel psicossocial como papel dominante da sua prática profissional e ao qual, os enfermeiros associam a autonomia profissional, contrapondo-se o facto, do seu estatuto social estar associado à execução objectiva dos cuidados. “É decorrente da primazia do papel psicossocial que, no quadro normativo e valorizador da relação terapêutica entre enfermeiros e doentes, é rejeitada a concepção tecnicista da profissão e é reforçado o seu papel psicológico” (Mcfarlane, 1988; Kitson, 1988; citados por Carapinheiro, 1993, p.253). No entanto, a possibilidade de desenvolvimento de estratégias neste sentido, parece estar comprometida, quer pela escassez de enfermeiros, quer pelas formas como os mesmos justificam o desenvolvimento destas estratégias, quer ainda, pelas posições divergentes e contraditórias que se assistem no próprio corpo de enfermagem.

Perante as contradições e dificuldades que se colocam à construção da identidade profissional dos enfermeiros (impossibilidade do abandono do estatuto de simples executante das prescrições médicas e ausência da definição formal de um corpo de tarefas mais complexo do que as de mera execução), a autora faz menção a algumas estratégias de revalorização profissional que conceda alguns graus de autonomia face ao poder médico, “a que podem ter acesso pelo saber e competências adquiridas ao longo da socialização escolar e profissional” (Carapinheiro, 1993, p.254).

De um modo geral, os enfermeiros recusam a ideia do exercício por vocação, e apontam como estratégia para a revalorização profissional, uma orientação ideológica humanitária. O doente aparece como traço estrutural comum da identidade profissional dos enfermeiros (Carapinheiro, 1993). “(...), os enfermeiros reconhecem que são os agentes privilegiados na interpretação dos sinais que evidenciam os comportamentos anómalos, os problemas e as situações de mal-estar psicológico dos doentes” (Carapinheiro, 1993, p.258). Contudo, não é claro que o papel psicológico tome sempre a forma de uma atitude terapêutica, o que é demonstrativo de posições em que o contacto com o doente, não é assumido como factor de revalorização profissional.

Mestrinho (1995) na Dissertação apresentada no âmbito do 4º Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem –*Tornar-se Enfermeiro: de Estudante a*

**Profissional** – efectuou um estudo exploratório, desenvolvido na perspectiva dos alunos, que abarca as questões relacionadas com a formação como processo de socialização dos enfermeiros e a percepção das preocupações dos estudantes de enfermagem perante o ingresso na profissão. Refere a autora que

o processo de socialização é resultante da aquisição de saberes, competências e que a herança cultural se transmite pela formação inicial com as suas vertentes teóricas e prática, ou seja, no seio de contextos determinados por normas e valores próprios: da escola, dos hospitais e dos centros de saúde onde os estudantes têm experiências formativas (...) (Mestrinho, 1995, p.13-14).

Fernandes (1996) na Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e Organizacional – **Dimensões e Contextos da Identidade Profissional das Enfermeiras** – conduziu a sua pesquisa sobre as dimensões e os contextos da Identidade Profissional dos enfermeiros, para compreender as concepções que acompanham o desenvolvimento das práticas profissionais que subjazem à construção da identidade profissional, como ponto de partida para o processo de autonomia profissional. Considerou que quer as concepções ideológicas que envolvem a enfermagem como profissão e auto-imagem, quer as estratégias de actuação desenvolvidas pela enfermagem vão condicionar a sua própria autonomia profissional e, conseqüentemente a sua identidade profissional.

Bento (1997) no livro – **Cuidados e Formação em Enfermagem: Que Identidade?** – a autora apresenta parte de uma tese segundo a qual o conhecimento relativo à formação em enfermagem deve emergir da própria prática da formação em enfermagem. Trata-se de um estudo exploratório, desenvolvido na perspectiva dos alunos. Refere ainda a autora, que apesar da “evolução teórico-conceptual” parece estar generalizada a ideia de que a enfermagem vive uma “crise de identidade”, de quem ainda não foi capaz de estabelecer a sua especificidade e de conquistar o “seu eu” diferente dos outros, ou seja a sua autonomia. Estudou assim a construção da identidade dos cuidados na formação, ou seja faz uma análise acerca da identidade construída na formação. É no “percurso de formação que o aluno constrói a resposta à questão «O que é a enfermagem?» e aprende a comportar-se como enfermeiro, isto é, inicia a construção da sua identidade profissional” (Bento, 1997, p.17). A formação do enfermeiro é portanto um percurso de apropriação pessoal e reflexiva dos saberes, em que o formando se modifica, modifica as suas percepções e as suas representações acerca do real.

Abreu (2001) no livro – **Identidade, Formação e Trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros** – apresenta a sua tese de doutoramento num quadro de investigação sociológica. Com uma metodologia original, combinando uma

perspectiva de ruptura com o positivismo, uma inspiração etnográfica e o estudo multicasos, aparecem então como referências estruturantes. Esta obra, abarca uma problemática vasta, organizada em torno da identidade, da formação e do exercício da profissão, que levam a compreender a forma como os estudantes formam na escola, a sua identidade profissional de base, e como posteriormente como enfermeiros a transformam no decorrer do exercício profissional. Esta investigação contribuiu de uma forma muito positiva para a resposta a questões como: “O que é ser enfermeiro?” e “Como se aprende a ser enfermeiro?”, que sintetizam o essencial das preocupações que têm atravessado este grupo profissional. Este estudo permitiu como conclusões o seguinte: o desenvolvimento de competências surge pela interpretação de saberes com base na “mobilização de ferramentas culturais, consideradas como património sócio-cultural colectivo; o processo de definição de si, como enfermeiros estará dependente do mundo vivido nos contextos, com os seus pares e também com outros profissionais, os médicos; os enfermeiros auto-avaliam-se a partir dos seus mapas cognitivos mas também pela forma como entendem que os outros os avaliam através de comparações sócio-profissionais; as formas identitárias dos enfermeiros surgem como compromissos entre os condicionamentos externos e a necessidade de aceder a uma distintividade sócio-profissional, através da diferenciação face às ideologias subjacentes à assistência e face aos profissionais médicos.

Amado (2002) na Dissertação de Mestrado em Toxicodependência e Patologias Psicossociais – *Identidade dos Enfermeiros Especialistas: Representações e Relações Intergrupais* – orientou o estudo sobre os reflexos que a identidade dos enfermeiros transporta para a profissão e para o exercício dos enfermeiros especialistas. Tratou-se de um estudo descritivo, comparativo e cujos sujeitos alvo foram os enfermeiros especialistas. Como finalidade do estudo, entendeu ser o mesmo fundamental para apurar as representações que os enfermeiros especialistas detêm da profissão, do exercício e das relações profissionais dominantes, para assim se poder compreender melhor os subsídios que estes podem transportar para a enfermagem.

Foram estes, alguns dos estudos sobre identidade a que se teve acesso. Cientes no entanto que muitos outros existirão, e que outros tantos, se virão ainda a desenvolver, já que a identidade dos enfermeiros continua a ser tema actual e muito pertinente. Como afirma Adam (1994), a identidade dos enfermeiros tornou-se nas últimas décadas mais confusa do que nunca, visto que o papel destes profissionais foi (e continua a ser) profundamente abalado em termos de estabilidade profissional.

## 2 - EMOÇÕES E SENTIMENTOS: SIGNIFICADO E SIGNIFICANTE

Sendo, o objecto deste estudo a interacção entre enfermeiro doente em contexto hospitalar, acredita-se que a mesma é desencadeadora de múltiplas emoções e sentimentos, pelo que se considerou pertinente abordar o significado e significante que as emoções e sentimentos detêm na vida das pessoas em geral e em particular na vida dos enfermeiros.

Sem excepção, todos os homens e mulheres, qualquer que seja a idade, a cultura, a religião, o grau de instrução e até o nível socio-económico, experimentam emoções e estão atentos às emoções dos outros. Regem as suas vidas em grande parte, pela procura de uma única emoção, a felicidade, e pelo evitar das emoções desagradáveis. “O pano de que são feitas as nossas mentes e o nosso comportamento é tecido não só de factos mas de ciclos de emoções seguidas de sentimentos que, uma vez conhecidos, geram novas emoções, numa polifonia contínua” (Damásio, 2000, p.63).

Então, mas como se podem definir emoções e sentimentos? Como as/os passar de um plano abstracto para um plano mais concreto?

“O termo *sentimento* deve ser reservado para a experiência mental e privada de uma emoção, enquanto o termo *emoção* deve ser usado para designar o conjunto de respostas que constitui uma emoção, muitas das quais são publicamente observáveis” (Damásio, 2000, p.62). Durante a experiência de uma emoção, muitas partes do corpo são levadas a um novo estado em que são introduzidas mudanças significativas.

As emoções não são um fluxo, elas desempenham uma função na comunicação de significados a terceiros e podem ter também o papel de orientação cognitiva. Dividem-se em primárias, secundárias e de fundo. As primárias, iniciais ou universais (alegria, tristeza, medo, cólera, surpresa ou aversão) são as que se experienciam na infância, as secundárias ou sociais (vergonha, ciúme, culpa, orgulho) as que se experienciam na idade adulta. Como emoções de fundo temos, o bem-estar ou o mal-estar, a calma ou a tensão (Damásio, 1996 e 2000).

Quando se sente que uma pessoa está “tensa” ou “irritável”, “desanimada” ou entusiasmada”, em “baixo” ou “bem-humorada”, sem que uma única palavra tenha sido referida que possa traduzir quaisquer destes possíveis estados, estão-se a detectar emoções de fundo. Conseguem-se detectar emoções de fundo através de pormenores subtis relacionados com a postura corporal, com a velocidade e contorno dos movimentos, com modificações mínimas na quantidade e velocidade dos movimentos oculares e no grau de contracção dos músculos faciais. (Damásio, 2000).

“Os indutores das emoções de fundo são, habitualmente, internos. Os processos de regulação da vida podem causar emoções de fundo, assim como os processos de conflito mental, manifesto ou escondido, uma vez que conduzem à satisfação ou à inibição de motivações” (Damásio, 2000, p.73).

O impacto de todas as causas de emoção, depende dos sentimentos gerados por essas emoções. É através dos sentimentos, que são privados e dirigidos para o interior, que as emoções que são públicas, iniciam o seu impacto na mente. “Mas o impacto completo e duradouro dos sentimentos exige também a consciência, pois só com o advento do sentimento do si podem os sentimentos tornar-se conhecidos do indivíduo que os experimenta” (Damásio, 2000, p.56).

O autor, faz assim uma clara distinção entre “sentimento” e “conhecimento de que se tem um sentimento”. Refere que algumas vezes, nem o sentimento nem a emoção que a ele conduziu ainda estavam na consciência, já os mesmos se estavam a desenrolar enquanto processos biológicos. Com o objectivo de investigar estes fenómenos, Damásio (2000, p.57) separou três fases ao longo de um contínuo: “O *estado de emoção*, que pode ser desencadeado de forma não consciente; o *estado de sentimento*, que pode ser representado de forma não consciente; e o *estado de sentimento tornado consciente*, isto é, conhecido pelo organismo que experimenta tanto a emoção como o sentimento”.

Refere ainda o mesmo autor que “(...) a consciência tem de estar presente para que os sentimentos possam influenciar o sujeito que os tem, para além do aqui e agora imediato. (...) Durante o processo evolutivo, a emoção surgiu, provavelmente, antes do despertar da consciência, e aparece em cada um de nós como resultado de indutores que nem sempre conhecemos conscientemente” (Damásio, 2000, p.57).

Neste contexto parece ser importante que se aprofunde um pouco mais o que é a consciência. Esta é constituída por dois personagens, o organismo e o objecto. O objecto pode ser interior ao organismo (por exemplo uma dor) ou exterior ao mesmo

(por exemplo uma paisagem). Sempre que o organismo interage com o objecto, a consciência efectua um relato (narrativa sem palavras) do que acontece. De referenciar que o objecto pode ser percebido ou recordado e que o relato da consciência se desenrola no tempo, tem princípio (estado inicial do organismo), meio (chegada do objecto) e fim (composto pelas reacções que resultam na modificação do estado do organismo) (Damásio, 2000).

Em muitas circunstâncias da vida dos seres humanos, seres sociais por natureza, as emoções só são desencadeadas após um processo mental de avaliação que é voluntário e não automático.

Mas, o que significa realmente “experienciar uma emoção?”

A explicação de Damásio (1996) é de que depois, da formação de imagens mentais sobre os aspectos principais de uma determinada cena (como por exemplo o reencontro com algum amigo ou a morte de alguém que nos é chegado), verifica-se uma mudança no corpo da pessoa mais especificamente dá-se uma série de modificações em diferentes regiões do corpo. No primeiro caso o coração pode bater mais depressa, a pele pode corar, os músculos do rosto podem mudar em redor da boca e dos olhos para formar uma expressão feliz, enquanto todos os outros músculos se propõem descansar. No segundo caso, o coração pode sobressaltar-se, a boca ficar seca, a pele empalidecer, a barriga contrair, simultaneamente há um aumento de tensão dos músculos do pescoço e das costas, enquanto o rosto desenha uma máscara de tristeza.

“De um modo geral, o conjunto de alterações estabelece um perfil de desvios relativamente a uma gama de estados médios que correspondem ao equilíbrio funcional, ou homeostase, de acordo com o qual a economia do organismo funciona provavelmente no seu nível óptimo, despendendo menos energia e procedendo a ajustamentos mais simples e rápidos” (Damásio, 1996, p.150).

Damásio (1996, p.153) refere que vê “a essência da emoção como a colecção de mudanças no estado do corpo que são induzidas numa infinidade de órgãos através das terminações das células nervosas sob o controlo de um sistema cerebral dedicado, o qual responde ao controle dos pensamentos relativos a uma determinada entidade ou acontecimento”.

Raramente nos encontramos conscientes do indutor de uma emoção e não podemos controlar as emoções à nossa vontade. A pessoa pode encontrar-se num estado de tristeza ou de alegria e não ser capaz de explicar porque se encontra nesse estado. Uma

procura cuidadosa pode no entanto revelar possíveis causas, mas a maior parte das vezes não é possível chegar a uma conclusão. “A verdadeira causa pode ter sido a imagem de um acontecimento, uma imagem que poderia ter-se tornado consciente mas que não se tornou, uma vez que, por estar ocupado com outra imagem, não chegou a dar-lhe atenção.” (...) As emoções podem ser induzidas de uma maneira não consciente, e aparecem ao si consciente como não motivadas” (Damásio, 2000, p.68).

Literalmente, emoção significa “movimento para fora”, daí que muitas das alterações do estado do corpo provocadas pelas emoções são perceptíveis por observadores externos, mas há outras alterações do estado do corpo que só são perceptíveis pelo próprio que está a viver as emoções. Só em parte conseguimos controlar a expressão de algumas emoções, como por exemplo disfarçar a tristeza, mas a grande maioria das pessoas não o consegue realizar na perfeição. “Travar a expressão de uma emoção é tão difícil como evitar um espirro” (Damásio, 2000, p.69).

Esta dificuldade em controlar as emoções encontra-se bem patente e é facilmente reconhecida quer através do olhar, quer da voz trémula dos enfermeiros sempre que estes têm que enfrentar situações menos agradáveis, como o ter que comunicar um óbito à família, cuidar de um corpo após a morte, ou até mesmo no momento de uma alta clínica, o facto de se ter que despedir daquela pessoa com quem estabeleceu ao longo do internamento laços de amizade e ternura.

Concluindo, pode-se afirmar, que a emoção é a

combinação de um processo avaliatório mental, simples ou complexo, com respostas disposicionais a esse processo, na sua maioria dirigidas ao corpo propriamente dito, resultando num estado emocional do corpo, mas também dirigidas ao próprio cérebro (núcleos neurotransmissores no tronco cerebral), resultando em alterações mentais adicionais (Damásio, 1996, p. 153).

Quanto aos sentimentos, estes são um importante veículo para estabelecer uma relação e para julgar as perspectivas dos sujeitos. Não se podem reprimir sentimentos (Bogdan & Biklen, 1994).

Apesar de alguns sentimentos estarem relacionados com as emoções, existem muitos que não estão. Todas as emoções originam sentimentos, mas nem todos os sentimentos provêm de emoções. Damásio (1996, p.157) chama “sentimento de fundo (*background*)” aos sentimentos que não têm origem nas emoções.

Enquanto uma emoção é um conjunto das alterações no estado do corpo associadas a determinadas imagens mentais, a essência do sentir de uma emoção é a experiência

dessas alterações em justaposição com as imagens mentais que iniciaram o ciclo. Ou seja, um sentimento depende da justaposição de uma imagem do corpo propriamente dito com uma imagem de alguma outra coisa, tal como a imagem visual de um rosto ou a imagem auditiva de uma melodia (Damásio, 1996). Segundo este autor esta justaposição ajuda a explicar a razão por que é possível sentirmo-nos deprimidos quando pensamos em pessoas ou situações que não significam tristeza ou perda, ou sentirmo-nos alegres sem qualquer razão imediata que o explique.

Existem muitas variedades de sentimentos. A primeira variedade baseia-se nas emoções – sendo as mais universais a Felicidade, a Tristeza, a Cólera, o Medo e o Nojo. Assim quando “o corpo se conforma aos perfis de uma daquelas emoções, sentimo-nos felizes, tristes, irados, receosos ou repugnados. Quando os nossos sentimentos estão associados a emoções, a atenção converge substancialmente para sinais do corpo que passam do segundo para o primeiro plano da nossa atenção” (Damásio, 1996, p.163).

Cada emoção é responsável por uma reacção fisiológica diferente:

- Com a Ira, o sangue afluí às mãos, o ritmo cardíaco eleva-se desencadeando uma forte energia, capaz de originar uma acção vigorosa, como a de atingir um inimigo;
- Com o Medo, o sangue afluí aos grandes músculos esqueléticos, a cara fica pálida e o sangue dirige-se às pernas e assim torna-se mais fácil fugir, ao mesmo tempo e por fracções de segundo o corpo “congela”. Além disto, o organismo coloca-se em alerta geral devido aos centros emocionais do cérebro desencadearem uma torrente de hormonas, que preparam a acção para uma resposta;
- Na Felicidade, aumenta a actividade num centro nervoso que inibe os sentimentos negativos, aumentando a energia disponível. O organismo descansa, além de que existe boa disposição e entusiasmo para qualquer actividade;
- No Amor, existem sentimentos de ternura e satisfação sexual, que são opostos ao medo e à ira. Existe um conjunto de reacções do organismo que geram um estado de calma e satisfação, que facilitam a cooperação;
- Na expressão de Surpresa, em geral levantam-se as sobrancelhas permitindo que chegue mais luz à retina, permitindo obter mais informação sobre o que está ocorrendo, permitindo idealizar um melhor plano de acção;

- A expressão que permite evitar o Mau Odor ou Gosto, caracteriza-se por apresentar o lábio superior torcido para um dos lados ao mesmo tempo que o nariz se franze ligeiramente, sugerindo isto um intento de bloquear as fossas nasais para evitar um mau odor;
- A Tristeza, provoca uma queda da energia e uma perda de entusiasmo.

De salientar ainda, que as emoções são modeladas pela cultura, existindo pressões impostas pela sociedade.

Acredita-se e arrisca-se em afirmar que os sentimentos que predominam na vida profissional dos enfermeiros sejam precisamente os que se baseiam nas emoções. Quantas vezes no exercício da profissão nos sentimos felizes com a felicidade dos outros, quando por exemplo chega a bom termo uma situação pela qual existiu pouca esperança de que evoluísse positivamente; ou pelo contrário, nos sentimos tristes com a tristeza daqueles que diariamente cuidamos e com quem convivemos, fazendo da tristeza deles a nossa própria tristeza. Também em relação ao medo não nos encontramos ilibados, já que, muitas vezes o nosso pensamento é povoado por medos de que, também nos poderá acontecer a nós o que está a acontecer aos outros a quem prestamos cuidados.

Uma segunda variedade de sentimentos é a que se baseia nas emoções que são pequenas variantes das cinco já mencionadas: a euforia e o êxtase são variantes da felicidade; a melancolia e a ansiedade são variantes da tristeza; o pânico e a timidez são variantes do medo (Damásio, 1996).

Outra variedade de sentimentos, são os de fundo (*background*) porque têm origem em estados corporais “de fundo” e não em estados emocionais. Estes sentimentos ainda que se possam revelar agradáveis ou desagradáveis, não são demasiado positivos ou negativos. Segundo o autor que se tem vindo a referenciar, estes serão os sentimentos que com mais frequência experienciamos ao longo da vida, “um sentimento de fundo corresponde aos estados do corpo que ocorrem entre emoções” (Damásio, 1996, p.164). Quando por exemplo se sente felicidade ou qualquer outra emoção, o sentimento de fundo é suplantado por um sentimento emocional.

Quando os sentimentos de fundo não mudam ao longo de horas e dias e não se alteram com o fluxo e refluxo do pensamento, o conjunto de sentimentos de fundo contribui provavelmente para um humor bom, mau ou indiferente.

## 2.1 – NA VIDA DAS PESSOAS

Acontecimentos marcantes na vida das pessoas certamente que os há a todo e qualquer instante. Eles podem ser de etiologia o mais variada possível, podem ser alegres, tristes, conduzir à felicidade ou à infelicidade. Todos esses acontecimentos e de acordo com o seu padrão de positividade ou negatividade conduzirão ao desencadear de emoções e sentimentos às pessoas que os experimentam.

Quando no percurso de vida das pessoas, as mesmas são confrontadas com algum acontecimento positivo, esse acontecimento é responsável por um estado de bem estar e satisfação. Pelo contrário sempre que as pessoas são confrontadas com fracassos, quer eles ocorram no domínio familiar, socio-económico ou amoroso, as pessoas ressentem-se, podendo em determinados casos inclusivamente a vida perder o sentido para essas pessoas. Couvreur (2001) explica que isto acontece porque fundamentalmente se acredita que a vida é como uma linha recta ou uma soma de diversos factores. O mesmo autor sobre este assunto coloca a seguinte questão:

“- Se fizemos tudo o que era preciso para obter um resultado positivo, como pode o final não ser feliz?” (Couvreur, 2001, p.23).

Seguindo o ponto de vista deste autor (Couvreur, 2001) e com o qual se concorda, o mesmo refere que a vida, não segue necessariamente um percurso lógico, sendo actualmente ainda menos programada que no passado. Antigamente quer o sexo quer o estatuto social determinavam à nascença o essencial da vida de cada um, por exemplo, ao nascer-se “rapariga” estavam automaticamente fechadas todas as portas das profissões de responsabilidade. Assim o facto das acções pessoais poderem influenciar o estatuto global na sociedade leva as pessoas a crer que podem obter da vida tudo o que querem. É por isso que se fica tão perturbado quando acontece algo de negativo com o qual não se estava a contar e que se considera não se ser o responsável directo por essa situação.

Os desequilíbrios da sociedade actual resultantes da evolução, conduzem a que cada um tenha maior dificuldade em encontrar o seu próprio caminho nesta sociedade de contrariedades. Estes desequilíbrios atingem tanto a vida pública como a vida privada, quer a nível das carreiras profissionais, quer até com a própria família. A família no seu sentido mais “lato” e abrangente deixou de existir, tendo passado a imperar o conceito de família nuclear, onde somente o parentesco em linha directa parece importar.

Contudo, a célula “familiar” desta família nuclear, que apenas se deveria desfazer com a morte de um dos cônjuges é frequentemente desfeita e substituída por novas formas de famílias. Devido ao aumento de divórcios, a família monoparental, onde apenas um adulto é responsável pela educação dos filhos, é frequente; como também é frequente estas famílias monoparentais darem lugar a “famílias reconstituídas”.

Tal como já se afirmou, também as carreiras profissionais mudaram muito num curto espaço de tempo, levando a “recessão” e a “crise”, com frequência, à pré-reforma e ao desemprego, conduzindo estas situações muitas vezes à instabilidade profissional e pessoal, o que também se vem a reflectir na própria família.

Por tudo o que se afirmou, constata-se que a “vida não aparece, portanto, como uma estrada em linha recta. Caminhamos nela com meandros, com impasses, como num labirinto” (Couvreur, 2001, p.28). Pode-se então afirmar que é este labirinto, povoado de acontecimentos inesperados e por vezes marcantes o responsável, pelo desencadear de múltiplas emoções e sentimentos que ocorrem na vida das pessoas.

É imerso neste contexto e nesta cultura da sociedade actual que cada pessoa se desenvolve e desenvolverá a sua própria identidade – identidade pessoal. Posteriormente e tendo em conta as opções profissionais tomadas, cada indivíduo há-de construir também a sua própria identidade profissional.

Neste mundo em mudança, o homem confronta-se cada vez mais com situações novas para as quais há cada vez menos referências. Essas referências têm então que provir dele próprio, mas para isso, é necessário que a sua própria identidade esteja bem definida e que ele se conheça bem a si próprio. Couvreur (2001, p.31) afirma ainda que é “necessário conseguir determinar o tipo de relação que existe entre os nossos pensamentos, as nossas emoções e as nossas reacções”. Assim no momento de uma tomada de decisão, é necessário verificar se o determinante é o pensamento ou o sentimento; e ser ainda capaz de identificar a causa profunda de uma emoção de forma a poder dominá-la (Couvreur, 2001).

## 2.2 – NA VIDA DOS ENFERMEIROS

No exercício da profissão de enfermagem e ao prestar cuidados à pessoa e/ou família, o enfermeiro confronta-se muitas vezes com situações que de algum modo poderão ser marcantes e determinantes do seu percurso profissional. O impacto destas situações

poderá influenciar o seu desempenho no futuro. Contudo, o que para alguns pode ser marcante para outros pode não o ser. Em grande parte, este facto pode dever-se quer ao quadro de referências de cada um quer à meta que individualmente estabeleceram.

Entre as situações marcantes podem enumerar-se, por exemplo, o contacto com pessoas em situação de morte, casos de pessoas com doenças terminais, sendo estas muitas vezes resultantes de doenças crónicas, em que o sofrimento físico predomina sobre qualquer outro, sendo extremamente penoso para quem o experimenta. Por outro lado, o sofrimento psicológico atinge tanto o doente, como a família, como o enfermeiro.

Outras situações marcantes na vida profissional do enfermeiro serão certamente aquelas em que se depara com o alvorecer da vida, o que acontece sempre que ocorre o nascimento de uma criança. Também experiências pessoais, como a morte de algum ente-querido, ou até mesmo situações de doença em familiares directos, poderão ter impacto no exercício da profissão. Estas serão assim, algumas das situações possíveis entre tantas outras.

Poder-se-á então perguntar, porque é que um determinado acontecimento se torna marcante na vida de uns enfermeiros e de outros não?

Além de se poder atribuir este facto quer a experiências anteriores, quer à sensibilidade de cada um, quer ainda aos contextos sócio-culturais e espirituais em que cada um se insere, Damásio (1996) refere-nos também que, o cérebro de um adulto normal, inteligente e educado reage a determinadas situações, criando rapidamente cenários de opções de respostas possíveis e cenários dos correspondentes resultados. Acrescenta o mesmo autor que, na nossa “consciência, os cenários são constituídos por múltiplas cenas imaginárias, não propriamente um filme contínuo mas antes instantes pictóricos de imagens-chave nessas cenas, que saltam de umas para as outras em justaposição rápida” (Damásio, 1996, p. 183).

Assim, perante por exemplo, a morte, enquanto que para um determinado enfermeiro as imagens podem mostrar o sofrimento da família por este infeliz desenlace, para outro, as imagens poderão ser de alívio porque cessou o sofrimento para aquela pessoa. Para outros ainda, as imagens podem fazer lembrar algum ente-querido, quer pela semelhança de idades, quer por qualquer outra particularidade.

No caso de nascimentos de crianças, por norma momentos de felicidade, as imagens dominantes poderão ser por exemplo a alegria de uns pais babados ao contemplarem o

seu recém-nascido, mas também poderão lembrar, por exemplo, os momentos menos bons de um parto difícil.

“A consciência é a função biológica crítica que nos permite conhecer a tristeza ou a alegria, sentir a dor ou o prazer, sentir a vergonha ou o orgulho, chorar a morte ou o amor que se perdeu” (Damásio, 2000, p.23). A consciência é então a chave que nos permite examinar a vida no seu melhor e pior. No seu plano mais simples e básico, permite-nos reconhecer o impulso irresistível para conservar a vida e desenvolver um interesse por si mesmo. Num plano mais complexo e elaborado, ajuda-nos a desenvolver um interesse por outros si mesmos e a cultivar a arte de viver (Damásio, 2000).

A este propósito, Damásio (1996, p.183) refere que “a mente não está vazia no começo do processo de raciocínio. (...), encontra-se repleta de um repertório variado de imagens, originadas de acordo com a situação que enfrenta e que entram e saem da sua consciência numa apresentação demasiado rica para ser rápida ou completamente abarcada”.

Este autor refere ainda que sempre que surge um mau resultado associado a uma dada opção de resposta, a pessoa sente uma sensação visceral desagradável por mais fugaz que a mesma seja. Fazendo uma analogia com esta explicação de Damásio, sempre que determinado acontecimento de cariz desagradável se torna marcante, o enfermeiro terá a tal sensação visceral desagradável, que poderá ser fugaz, mas existe. Como a sensação é corporal o autor atribui ao fenómeno o termo técnico de “estado somático” ou “marcador somático” (Damásio, 1996, p.185).

A “hipótese do marcador somático” diz respeito essencialmente ao facto de como os indivíduos activam os chamados “estados somáticos” (alterações na frequência cardíaca e respiração, dilatação das pupilas, sudorese, expressão facial, etc.) em resposta à punição associadas às situações sociais. Damásio (1996) argumenta que possuímos determinados “marcadores somáticos”, reacções funcionais do nosso corpo que nos indicam a maneira de agir sob circunstâncias incertas, baseados na experiência prévia. Para o mesmo autor, a influência do contexto é de importância primordial e onde as vivências emocionais desempenham um papel extremamente relevante na tomada de decisões.

A função do marcador somático será então funcionar como um sinal de alarme automático, alertando para o perigo decorrente de escolher uma acção que terá um resultado negativo, levando-o a escolher outras alternativas. Este sinal automático tem

uma função de protecção de prejuízos futuros, permitindo depois uma escolha alternativa dentro de um lote mais pequeno de alternativas. “A análise custos/benefícios e a capacidade dedutiva adequada ainda têm o seu lugar, mas só depois de este processo automático reduzir drasticamente o número de opções” (Damásio, 1996, p.185).

Os marcadores-somáticos são um caso especial do uso de sentimentos que foram criados a partir de emoções secundárias. Estas emoções e sentimentos foram ligados, por via da aprendizagem, a certos tipos de resultados futuros ligados a determinados cenários. Quando um marcador-somático negativo é justaposto a um determinado resultado futuro, a combinação funciona como uma campanha de alarme. Quando, ao invés, é justaposto um marcador-somático positivo, o resultado é um incentivo (Damásio, 1996, p. 186).

Poder-se-á então afirmar que é através do uso de sentimentos, pelos mecanismos agora descritos, de alarmes e incentivos, que muitas vezes os enfermeiros transformam os acontecimentos marcantes negativos em algo de positivo, através dos sinais de alarme que indicam um resultado futuro. Este processo poder-se-á comparar a um mecanismo tipo circular, em que o enfermeiro tem a capacidade de transformar o acontecimento marcante negativo em algo de positivo, retirando dele benefícios e aprendizagens que utilizará em interacções futuras, contribuindo as mesmas para a construção da sua identidade profissional. Tais interacções, poderão ser mobilizadas positivamente pelos enfermeiros no cuidar dos seus doentes, se estes ao reflectirem conseguirem identificar aqueles que foram os aspectos marcantes na sua vida a este nível, e pelo tal mecanismo de circularidade conseguirem transformar acontecimentos marcantes negativos em positivos, contribuindo assim para o seu crescimento quer pessoal quer profissional. Estes acontecimentos marcantes de cariz negativo (como acompanhar situações de doentes terminais em contexto de internamento; vivenciar a doença, sofrimento e morte de familiares directos, entre outras) promovem o crescimento do enfermeiro tanto pessoal como profissional, pois deles retira contributos e ensinamentos, abrindo-lhe novos horizontes no cuidar a outros doentes. Se este mecanismo não existisse, o enfermeiro ficaria então “preso” aos acontecimentos marcantes negativos e como tal estes não lhe permitiriam o inerente crescimento. Porque o crescimento pessoal pode então provir do sofrimento e do saber ultrapassar as dificuldades, os enfermeiros devem estar despertos a perceber isso, por eles mesmos.

Torna-se então necessário perceber o que é que os enfermeiros aprenderam a partir de determinadas experiências com doentes, nomeadamente as traumáticas e se a partir destas situações se instalam sentimentos de “incentivo” ou de “fracasso”. Os enfermeiros ao serem confrontados com cenas de catástrofes, mutilações, acidentes,

doenças desfigurantes, dor e sofrimento, reagem apresentando entre outras, alterações a nível do ritmo cardíaco, respiratório e da coloração da pele. Então Damásio (1996) argumenta que possuímos determinados “marcadores somáticos”, que são reacções funcionais do corpo que nos indicam a maneira de agir sob circunstâncias incertas, baseados na experiência prévia.

Ao nascermos possuímos a capacidade neural de criarmos estados somáticos em resposta a determinados estímulos, como sejam as emoções primárias. Esta capacidade neural encontra-se preparada para processar sinais relativos ao comportamento pessoal e social, relativamente a este último pode surgir um grande número de situações sociais com respostas somáticas adaptativas. No entanto, a maior parte dos marcadores somáticos que usamos para a tomada racional de decisões foi provavelmente criada nos nossos cérebros durante o processo de educação e socialização, ou seja baseiam-se no processo das emoções secundárias (Damásio, 1996).

Pode-se então referir, que apesar de condições desfavoráveis, como sejam os acontecimentos marcantes negativos, o enfermeiro não pode permitir que os mesmos lhe perturbem a sua atenção relativamente aos pormenores de que dependem as suas decisões. No entanto, o enfermeiro precisa de sentimentos para não se desviar dos objectivos do seu comportamento, sentimentos ligados ao sentido de responsabilidade pela vida dos seus doentes, pela sua própria vida e pela da sua família.

Eis então aqui o grande segredo do enfermeiro, saber gerir emoções e sentimentos e saber converter os acontecimentos marcantes negativos em positivos, através da força de vontade e do altruísmo, sem que os mesmos se tornem de algum modo perturbadores para ele, mas que contribuam no dia-a-dia para a construção da sua identidade profissional. Damásio (1996), considera que a tristeza ou a alegria, o negativo ou o positivo, são fundamentalmente constituídos pela percepção de certos estados corporais justapostos a certos pensamentos e por uma modificação da tonalidade e da eficácia dos processos de pensamento.

Sabe-se que não é fácil assistir ao sofrimento daqueles de quem cuidamos e que muitas vezes se partilha esse sofrimento, como também não é fácil presenciar a morte de alguém, principalmente quando a mesma é inesperada, quer pela situação em si, quer pela idade de quem morre. O enfermeiro, não fica no entanto impune a estes acontecimentos, mas tem que reflectir de modo a os saber gerir e a deles retirar o máximo de contributos que mobilizará em situações futuras, através de memórias passadas.

Os marcadores somáticos surgem através de aprendizagem associativa, ligando emoções e sentimentos a resultados futuros previsíveis. Este sentimento “marca” a imagem representada com uma totalidade da emoção correspondente, e Damásio, chama-lhe somático porque o sentimento que produz no corpo, é a reacção deste que marca a representação. O marcador força a atenção sobre o resultado negativo o que pode conduzir a uma acção determinada e funciona como um sinal de alarme que diz: presta atenção ao perigo que se avizinha se eleges a opção que conduz a esse resultado.

Em jeito de síntese temos então que:

Na hipótese global do marcador-somático, proponho que um estado somático, negativo ou positivo, causado pelo aparecimento de uma dada representação, actua não só *como marcador do valor do que está representado mas também como intensificador contínuo da memória de trabalho e da atenção*. A actividade subsequente é “estimulada” por sinais de que o processo está realmente a ser avaliado, positiva ou negativamente, em termos das preferências e objectivos do indivíduo. Não é por milagre que a localização e a manutenção da atenção e da memória de trabalho acontecem. Primeiro são motivadas pelas preferências inerentes ao organismo e depois pelas preferências e objectivos adquiridos com base nas que são inerentes (Damásio, 1996, p. 208).

### 2.3 – NA VIDA DOS ENFERMEIROS EM CONTEXTO HOSPITALAR

No decurso da sua práxis cuidativa em contexto hospitalar, os enfermeiros são frequentemente confrontados com situações de doentes terminais, com situações de morte, doentes com neoplasias, com SIDA, com dor e sofrimento, podendo estas situações ocorrer quer em crianças, jovens, adultos ou idosos. Estas são algumas das possíveis situações vivenciadas pelos enfermeiros nos seus contextos de trabalho, responsáveis por despertarem muitas emoções e sentimentos, ao desempenharem os mesmos funções em serviços médico-cirúrgicos. Nos serviços de urgência, são as situações de morte súbita, os politraumatizados e mutilados, a comunicação de óbitos à família, entre outros, que poderão ser marcantes para estes profissionais da saúde. Estas situações, sem dúvida deixam marcas nos enfermeiros que cuidam destes doentes e família, mas crê-se que, através dos mecanismos anteriormente descritos, os mesmos serão capazes de deles retirarem contributos, os quais virão a ser mobilizados na construção da sua identidade profissional. Passa-se então a abordar algumas destas situações.

### 2.3.1 - A Pessoa em fase final de vida

Quando o estado de saúde da pessoa se deteriora de modo irreversível e mortal, então o doente entra na fase final da existência terrena. A vida torna-se progressivamente mais precária e mais penosa. À doença e ao sofrimento físico acrescenta-se o sofrimento psicológico e espiritual da separação que a morte implica e conduz (Conselho Pontifício da Pastoral da Saúde, 1995).

As atitudes perante a morte têm-se modificado ao longo dos tempos, acompanhando o desenvolvimento sócio-cultural, económico, da ciência e tecnologia. Observa-se essencialmente uma alteração do local onde se morre. Deixou de se morrer em casa junto dos familiares e amigos e passou-se a morrer no hospital.

Por um lado, pelas suas capacidades em prolongar a vida e, por outro, pelas alterações que se têm vindo a verificar na sociedade actual, que leva todos os membros da família a trabalhar e a ausentarem-se de casa por longos períodos de tempo, conduzindo a indisponibilidade para se ocuparem de alguém que está doente ou a morrer.

A morte é o que marca o fim da vida sobre a Terra, assim como o nascimento marca o seu início. A única certeza da vida é que um dia vamos morrer; mas esta certeza carrega muitas incertezas, quanto ao como, porquê, quando e onde. A sabedoria popular afirma que: “morremos a partir do momento em que nascemos”. No entanto e apesar da certeza da morte, a maior parte das pessoas, mesmo aquelas que acreditam na vida após a morte, têm medo dela e de morrer. Como dizia Fernando Pessoa, “a morte é a curva da estrada/Morrer é só não ser visto”. Através destas palavras de Fernando Pessoa pode-se constatar, quanto o processo da morte é complexo e enigmático. Todos nos sabemos mortais, no entanto, este é um conhecimento abstracto que não nos prepara para a vivência da morte pessoal e intransmissível.

Segundo o ciclo vital da vida, todos os seres vivos nascem, crescem, atingem uma fase adulta com características reprodutoras, envelhecem e morrem. Mas não é só na fase final da vida que a morte acontece. Ela pode ocorrer em todas as idades, e por vezes de modo súbito, devido a doenças agudas ou acidentes. A reacção perante a morte, varia assim de pessoa para pessoa e tem a ver com a personalidade, crenças pessoais, experiências vividas, mas também, com as circunstâncias da própria morte. Esta, é por norma muito melhor aceite se ocorrer na fase de declínio da vida e em circunstâncias naturais, do que se ocorrer em jovens, na flor da vida e em condições trágicas.

É difícil discutir a natureza da morte e do morrer sem se considerar a natureza do desgosto e do luto. Na verdade, “o desgosto e o luto são parte do processo de viver, embora relacionados com o processo de morrer e a morte. (...) os que estão de «luto» são, por definição, aqueles que sofrem perda e desgosto em resposta a uma morte; aqueles que estavam, de forma importante, comprometidos com a pessoa que morreu” (Roper, Logan & Tierney, 1990, p.418).

Também o doente perante a eminência da morte tem que fazer o luto de todas as suas relações e, acima de tudo, fazer o luto de si próprio. Para enfrentar a sua própria perda o doente tem necessidade de uma presença, a sua última relação a dois, para enfrentar a sua própria perda (Marques, Santos & Firmino et al 1991).

Kubler Ross (1991) descreveu cinco etapas, que a maioria dos doentes atravessa, desde o início da doença até à morte e que são:

- Negação – o doente não pode e não quer acreditar no que o médico lhe diz. Pensa que houve engano na informação, ou no resultado de algum exame. Por vezes o doente usa a negação só perante a família, com a intenção de não a preocupar. Alguns doentes permanecem nesta fase até à morte, outros vão passando sucessivamente pelas outras etapas.
- Raiva e Cólera – esta fase surge quando o doente toma consciência de que não houve engano quanto à sua doença. Sente raiva contra tudo e contra todos. Tem reacções agressivas e de hostilidade para com os que estão mais próximos de si, como enfermeiros, médicos e familiares. Muitas vezes põe ainda em questão os cuidados que lhe estão a ser prestados.
- Negociação- aceita a eminência da morte, mas quer negociar mais algum tempo de vida. Esta negociação é feita geralmente com Deus. O doente estabelece uma meta para a sua morte e promete algo se Deus lhe conceder esse tempo de vida, de forma a poder atingir aquela meta.
- Depressão – o doente aceita o seu fim, mas está preocupado com o futuro da sua família e quer deixar tudo em ordem, manifestando dificuldade em abordar o assunto, isolando-se em si mesmo. A família reage normalmente de uma forma emocional e com fuga a qualquer palavra sobre a morte.
- Aceitação e Resignação – é a etapa final do processo da morte, na qual o doente aceita que vai morrer e sente-se preparado para isso. Normalmente está calmo e em paz. A presença de algum ente querido junto de si, pode ajudar o doente a

transpor o limiar da morte com serenidade e confiança. Nesta fase é a família que mais precisa de apoio. Os diferentes membros da família também atravessam estas fases, mas em tempos diferentes. Quando se encontram à frente do moribundo, sentem-se confusos não sabendo o que dizer, como agir e como reagir, tornando-se muito doloroso observar o sofrimento dos que lhe são queridos.

Independentemente destas etapas, cada indivíduo possui crenças pessoais sobre a vida, sobre a morte e sobre o processo de morrer. Assim, a experiência da morte é única para cada pessoa. O enfermeiro deve preservar o direito do doente em fase terminal a viver o melhor possível, a equilibrar o seu grau de dependência/independência pessoal nas actividades de vida até ao momento da morte (Roper et al., 1990).

É fundamental a consciencialização por parte do enfermeiro, das suas funções autónomas, como contributo valioso na prestação de cuidados ao doente moribundo, na fase mais difícil da sua vida, talvez por ser a última.

Quando a morte acontece, existe uma tensão emocional inevitável que reflecte o sentido de desolação e perda. Sendo o hospital uma instituição de saúde essencialmente vocacionada para a “cura”, a incapacidade de curar é muitas vezes vista como uma insuficiência profissional, despertando assim sentimentos de impotência perante a morte.

O enfermeiro, mais do que qualquer outro profissional de saúde, tem que lidar frequentemente com pessoas que morrem ou com doentes em fase terminal que agonizam de dia para dia, tornando-se extremamente penoso ter que prestar cuidados a estes doentes. Assim, muitas vezes os enfermeiros desenvolvem mecanismos de defesa e/ou estratégias de adaptação que utilizam quer consciente quer inconscientemente para se protegerem das emoções e sentimentos a que estas interações conduzem. Nesta perspectiva Stedeford (1986) refere que, os mecanismos mentais de defesa, quando correctamente usados e compreendidos pelos enfermeiros, na relação com os doentes em fase terminal podem, revelar-se de utilidade apreciável para a protecção e segurança destes profissionais de saúde. Mas, quando excessiva ou negativamente usados funcionam em seu prejuízo. Um dos mecanismos frequentemente experimentados é o da identificação, o que leva a uma sobrecarga emocional, tornando por vezes o enfermeiro menos eficiente.

O facto de os enfermeiros se confrontarem frequentemente com situações de morte, permite que se solidarizem com os que a sentem, valorizando a vida e fazendo de cada gesto e atitude um momento único, porque esse pode ser o último.

### **2.3.2 - A Pessoa com doença oncológica**

Cuidar do doente oncológico em situação de internamento, representa para qualquer profissional da área da saúde um desafio constante, sendo que, quando a afecção oncológica atinge crianças ou jovens que necessitam de efectuar ciclos de quimioterapia o desafio é ainda maior, mas maior, é ainda no caso dos enfermeiros, pela relação de proximidade que estabelecem e pelo regime de continuidade de cuidados. Este desafio, está muito relacionado com a complexidade da doença em si, com a complexidade da pessoa doente com doença neoplásica, com a conotação directa que esta situação de doença continua a ter com a morte.

Melntosh (1974, citado por Marques et al. 1991) em 1974, referia que um diagnóstico de cancro era o equivalente a uma sentença de morte. Hoje já existe cura, dependendo do tipo de cancro e respectivo estadio, ou pelo menos, existem sobrevidas mais longas, o que muitas vezes equivale a sentenças de morte sucessivamente adiadas.

Apesar de tudo, actualmente, a doença oncológica ainda é motivo de grande impacto pessoal e social, sinónimo de sofrimento total e prolongado. Ter cancro, “ainda é, na entrada do século XXI a ideia de uma forma desgastante de luta desenfreada, contra uma morte lenta, que legitima por parte dos doentes, famílias, e profissionais de saúde a necessidade emergente de lutar eficazmente contra este flagelo (Martins, Coelho, Mira & Gomes, 2004).

O crescente aumento das doenças oncológicas e do seu tratamento generalizado em todas as instituições hospitalares, conduz a que os enfermeiros permanentemente estejam em contacto com doentes deste foro, o que se torna muito desgastante e penoso em algumas situações, pelo que, alguns enfermeiros muitas vezes tentam proteger-se da angústia que estas situações geram, levando-os algumas vezes a adoptarem um distanciamento emocional que em nada favorece o doente. Para colmatar esta situação, o enfermeiro deve ter presente que o doente é mais do que um organismo biológico, é antes de tudo uma pessoa humana, que necessita de atenção, de sentir-se acompanhado

e não abandonado, de ser escutado e compreendido, de se sentir útil, respeitado e protegido (Saraiva, 2002).

Neste sentido, Neto (1993) refere que, as reacções emocionais sentidas pelo doente oncológico, vão influenciar positiva ou negativamente todo o seu processo de recuperação. A doença oncológica é sinónimo de dor, angústia, medo, causando grandes perturbações a quem a vivencia. Por norma, o doente oncológico é uma pessoa fatigada, inquieta, hipersensível, insegura, dependente e solitária. Socialmente, a necessidade de hospitalização provoca uma rotura em todos os contextos da sua vida.

Por tudo isto, o enfermeiro deve desenvolver esforços no sentido de oferecer suporte compreensivo ao doente e à família, cujo valor terapêutico pode nalguns casos superar os efeitos do tratamento farmacológico.

Segundo Ahya et al. (2000 citado por Saraiva 2003, p.39), “os profissionais de saúde impotentes para responderem ao sofrimento dos doentes desenvolvem, consciente ou inconscientemente, mecanismos de defesa e estratégias de adaptação para suportar o fracasso terapêutico e a exposição repetida à morte de pessoas com as quais estabeleceram uma relação”.

### **2.3.3 - A Pessoa com HIV/SIDA**

Foi em 1983 que pela primeira vez se isolou o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) identificado então como o agente da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA). Este num curto espaço de tempo tornou-se epidémico principalmente no mundo Ocidental e África Equatorial, com uma incidência que não pára de crescer, ceifando a vida de centenas de milhares de pessoas em todo o mundo. Sexualmente transmitida, sob a forma de infecção de origem sanguínea, destrói o sistema imunitário do hospedeiro, resultando em infecções oportunistas e numa variedade de entidades malignas, que ameaçam a vida.

A complexidade dos problemas com que se confrontam as pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência adquirida é enorme, porque é uma doença incurável, contagiosa, que ocorre frequentemente em grupos sociais já previamente estigmatizados, como os homossexuais, bissexuais masculinos, prostitutas e consumidores de drogas intravenosas (embora os últimos dados da Comissão de Luta Contra a SIDA, apontem para o facto de cada vez mais serem os heterossexuais, especialmente as mulheres a serem

mais atingidas). A população afectada é geralmente jovem, atingindo maioritariamente as pessoas na 2ª e 3ª décadas de vida. A maioria dos doentes atingidos é “responsável” pelos seus comportamentos de risco, pelo que se consideram, “vítimas culpadas”. Evolui esta doença frequentemente com debilitação física marcada e desfiguramento. Atinge ainda precocemente o sistema nervoso central, originando frequentemente alterações mentais e comportamentais (Marques et al., 1991).

É tendo por base todos estes aspectos, que o enfermeiro tem que prestar cuidados a estas pessoas, que cuja complexidade dos problemas com que se debatem, é também transportada para a complexidade dos cuidados que exigem.

O enfermeiro tem um importante papel a desempenhar, quer nos esforços educacionais desta doença, quer proporcionando cuidados adequados aos já infectados. É evidente que estes cuidados não passam somente pela parte física mas também pela parte psicológica e espiritual, pela não marginalização e pelo direito a ser respeitado. Outro aspecto muito importante, é o enfermeiro nunca supor que a família e amigos do doente sabem que o mesmo é HIV positivo, pelo que se deve confrontar esta pessoa, relativamente aos que têm conhecimento da sua situação de doença, para que o enfermeiro respeite a confidencialidade a que o doente tem direito.

Os doentes portadores de HIV exigem dos enfermeiros um acompanhamento complexo. O desenvolvimento imprevisível da doença requer que os profissionais de enfermagem estejam preparados para prestar cuidados a estas pessoas na fase precoce e assintomática da doença, nos episódios agudos de infecções oportunistas, nas patologias malignas relacionadas com o SIDA e àqueles que se encontram nos estadios terminais da sua doença (Otto, 1997).

#### **2.3.4 – A Pessoa politraumatizada e em risco de vida imediato**

Esta é outra situação, que o enfermeiro que desempenha funções nos serviços de urgência, é frequentemente confrontado, pessoas em risco de vida imediato, com toda uma série de traumatismos possíveis e imaginários. Sendo que muitas vezes não se trata de um caso isolado, mas de múltiplas vítimas, resultantes quer de acidentes rodoviários, ferroviários, acidentes de trabalho, vítimas de incêndio, entre tantas outras possíveis.

É neste ambiente de caos que muitas vezes se instala, que o enfermeiro tem que dar resposta, não só ao doente em si mas também aos familiares que aguardam ansiosos.

É ainda neste ambiente repleto de fortes emoções e sentimentos que o enfermeiro muitas vezes tem que comunicar o falecimento de algum ente querido aqueles que aguardam ansiosamente e prestar-lhes também o primeiro apoio, assim como sofrer o primeiro embate de revolta e desespero.

### **2.3.5 - Quando a Pessoa é criança**

Se o confronto do enfermeiro com uma pessoa em fase final de vida ou com uma pessoa com doença oncológica, já por si é difícil, a situação piora quando o cancro atinge uma criança, então, a possibilidade de morte da criança representa um duro desafio. Segundo Wolters (citado por Marques et al., 1991, p.62) “a morte de uma criança, ainda mais do que a do adulto, põe em evidência o absurdo da nossa existência”.

Tentando ultrapassar este confronto penoso com a morte de uma criança ou com o seu sofrimento, o enfermeiro pode adoptar três esquemas reaccionais diferentes, para enfrentar o problema. O primeiro, consiste na negação. A morte não é mencionada ou então é-o o menos possível. Esta atitude provoca um isolamento tanto no interior do serviço, como no mundo exterior.

O segundo tipo de atitude, conduz à abordagem da doença sob um ponto tecnicista, como uma batalha que é preciso ganhar. O perfeccionismo técnico constitui um escape, correndo-se o risco de aumentar o medo e a insegurança à criança.

O terceiro tipo de atitude, é a hiper-identificação com a criança. Quando existe um envolvimento emocional, estabelece-se de certa forma uma relação simbiótica. A dor e a tristeza da criança são sentidas de forma bastante aguda pelo enfermeiro. A criança passa a depender excessivamente desta relação e na ausência dessa pessoa, podem surgir crises de cólera, de depressão ou pânico. As reacções de luto dos enfermeiros quase não se distinguem das da família (Marques et al., 1991).

Para Marques et al. (1991, p.63) “Os enfermeiros e os médicos que trabalham nesta área devem ser encorajados a reconhecer os seus medos, angústias ou frustrações face ao doente oncológico e a adequar as suas atitudes de forma a que uma boa comunicação se possa estabelecer com os seus pacientes e suas famílias”.

Pode-se afirmar que o enfermeiro, pela relação de proximidade que estabelece com os doentes nas mais variadas situações é uma pessoa fundamental nos cuidados a prestar.

No entanto é essencial que o enfermeiro não viva esta relação de forma exacerbada ou angustiante, mas viva as experiências de doença dos outros de uma forma positiva, retirando tributos que utilizará em situações futuras.

O reconhecimento das emoções e sentimentos que surgem durante a interacção com o doente são um importante factor para o sucesso dessa interacção. “Muitas vezes a natureza da interacção é influenciada pelo grau de activação emocional dos dois interlocutores, onde as acções e reacções nem sempre conscientes surgem em função da intensidade emocional gerada pela interacção” (Saraiva, 2003, p.45).

### **2.3.6. – Quando o acontecimento é positivo**

Sabe-se actualmente, que a forma como se percebe um acontecimento determina o modo como se reage a esse mesmo acontecimento.

Damásio (2000, p.78) refere que “as classes de estímulos que provocam alegria, medo ou tristeza tendem a fazê-lo de forma consistente no mesmo indivíduo e em indivíduos que partilham os mesmos antecedentes socio-culturais”.

Deste modo, pode considerar-se que o enfermeiro ao cuidar do doente em contexto hospitalar, os aspectos socio-culturais e as experiências anteriores desempenham um papel crucial no modo como este se posiciona em relação a novas situações.

Tal como os acontecimentos negativos, também os positivos na vida dos enfermeiros em contexto hospitalar são múltiplos e variados, contudo estes apresentam maior tendência a desaparecer da memória com o tempo.

No entanto, qual é o enfermeiro que não se recorda e não se sente satisfeito e gratificado com as situações dos doentes cujas doenças evoluem favoravelmente? Ou quando no desempenho das suas funções, os mesmos são reconhecidos por aqueles de quem cuidam? Neste sentido, Coelho (1999), refere que todas as pessoas precisam, para conseguir continuar a investir e manterem o seu equilíbrio saudável, de se sentirem amadas e reconhecidas, como pessoas e como profissionais, no desempenho das suas actividades.

Refere a mesma autora, que os enfermeiros por norma se sentem gratificados pelo feedback que obtêm por parte dos doentes e familiares, quanto ao relacionamento que

estabelecem com os mesmos. Assim, pode considerar-se que o feedback é um instrumento valioso no desenvolvimento das pessoas.

Para Karp (1993, p.41), “o feedback de apoio é usado para reforçar o comportamento que é desejável e eficaz”. Refere ainda o autor, que “aquilo que recebe reforço tem tendência a tornar-se mais forte. Aquilo que não recebe reforço, tem tendência a esmorecer” (p.41).

Os doentes e familiares que dão ao enfermeiro um feedback de apoio, estão simultaneamente a ajudá-lo a valorizar o que é positivo, dando cada vez mais ênfase a esses aspectos e também a permitir-lhe sentir-se reconhecido como profissional e como pessoa.

A atitude de reconhecimento e feedback adoptada pelos doentes e familiares para com o enfermeiro revela a existência de uma troca na interacção, pelo que, o enfermeiro ofereceu cuidados que o doente recebeu como válidos e de acordo com as suas necessidades, pelo que procedeu ao feedback de apoio. “É mesmo possível conceber que o enfermeiro receba tanto, se não mais que a pessoa, no seio deste processo” (Carvalho, Martins & Jesus, 1994, p.231).

### 3 - INTERACÇÃO ENFERMEIRO/ DOENTE

A noção de interacção, segundo Maisonneuve (1967) surge pela primeira vez entre os pioneiros da psicologia social, sendo que o maior contributo foi dado por Eubank, que definiu este conceito como “a força interna da acção colectiva vista da parte daqueles que nela participam” (Maisonneuve, 1967, p.65). Eubank distingue ainda dois grandes tipos de interacções: por oposição (conflito e competição) e por acomodação (combinação e fusão).

A interacção verifica-se quando uma unidade de acção produzida por um sujeito A age como estímulo de uma unidade de resposta no sujeito B e vice-versa. A interacção constitui-se assim como um processo circular (Maisonneuve, 1967). Esta definição implica a determinação das unidades de acção a considerar e a elaboração de um quadro de referência que permita identificá-las, classificá-las e relacioná-las.

A interacção pode produzir-se não só entre dois indivíduos, mas entre um indivíduo e um grupo, ou entre dois grupos. Num processo de interacção cada sujeito pode aparecer tanto como emissor como receptor. Normalmente o sujeito que mais emite é também o que mais recebe.

A realidade da vida quotidiana de cada pessoa é sempre partilhada com outros. O caso mais típico desta partilha é a interacção social que ocorre na situação de “estar face à face com o outro” (Berger & Luckmann, 1973, p.47). Todos os outros casos de interacção derivam deste. Numa situação face a face, o outro é apreendido pelo sujeito pela vivência presente sendo a mesma partilhada pelos dois. O “meu «aqui e agora» e o dele colidem continuamente com o outro enquanto dura a situação face a face” (Berger & Luckmann, 1973, p.47). Resulta assim, um intercâmbio contínuo entre a expressividade do sujeito e do outro. Existe uma reciprocidade de actos e expressões simultaneamente acessíveis a ambos. Deste modo, é facilmente perceptível a interacção existente entre enfermeiro e doente, porque se o doente é influenciado pelo enfermeiro, também o enfermeiro o é pelo doente, através dos múltiplos e contínuos intercâmbios a que estão sujeitos diariamente e durante as 24 horas do dia. Mas, para que a interacção entre enfermeiro e doente seja efectiva é necessário que se situem numa perspectiva

paradigmática de “Integração”, ou seja, terá que existir congruência entre o enfermeiro e a pessoa, num modelo de cuidar em que se age “com a pessoa a fim de responder às suas necessidades de saúde” (Kérouac et al., 1994, p.9).

A interacção enfermeiro/doente como relação humana que é, pressupõe a existência de um contexto. O contexto é o que a configura, estabelece os seus limites e possibilidades determinando os papéis e funções dos participantes. O conhecimento de algo, é sempre marcado pela existência particular de contextualização (Berger & Luckman, 1973). A interacção enfermeiro/doente pode então ser entendida como uma co-construção, mediada pelos contextos nos quais ocorre e pelas reacções emocionais dos sujeitos envolvidos (Soar, 1998). No caso desta investigação esta co-construção é mediada pelo contexto hospitalar, sendo que as reacções emocionais dos sujeitos envolvidos se prendem muitas vezes com situações de doença oncológica, de doenças terminais, com o sofrimento a que as mesmas conduzem e a morte,

Segundo Soar (1998) a interacção está sujeita à ocorrência de triangulações. Para Andolfi (citado por Soar, 1998) o triângulo é a unidade mínima de observação, quando se trata de compreender as relações interpessoais, portanto a interacção entre enfermeiro e doente não é um processo abstracto, isolado e descontextualizado entre duas pessoas. No caso desta investigação consideraram-se como possíveis as triangulações seguintes:

- Enfermeiro/doença/doente
- Enfermeiro/família/doente
- Enfermeiro/hospital/doente

### ***Triangulação Enfermeiro/doença/doente***

Nesta triangulação estão envolvidos sentimentos e fantasias (geralmente inconscientes) desencadeados pelo processo de doença e pelos vários aspectos a ela associados (vivências anteriores, história familiar, identificação com pessoas significativas, medos específicos). Perante o desconhecido é “normal” que o doente e aqueles que o rodeiam, crie fantasias e reaja emocionalmente a elas.

Mas estas reacções emocionais, muitas vezes não atingem apenas o doente mas também o enfermeiro, porque este se tem que defrontar com doentes e com doenças impregnadas de forte carga simbólica para ele. Pode por exemplo, o doente ser portador de doença que um seu familiar também o seja; pode também ser o caso de ter que prestar cuidados

a um doente moribundo, quando há pouco tempo também o teve que fazer a um seu familiar directo, encontrando-se ainda a efectuar o seu próprio processo de luto, o que quer dizer que os mecanismos reaccionais nestes casos são despolotados através das memórias. Isto vai ao encontro do que Damásio (2000) refere sobre as circunstâncias em que as emoções acontecem, podendo estas circunstâncias serem de dois tipos. O primeiro tem lugar quando o organismo processa determinados objectos ou situações através de um dos seus dispositivos sensoriais, este é o caso do organismo avistar um rosto ou local familiar. O segundo tipo de circunstâncias acontece quando a mente dum organismo recorda certos objectos e situações e os representa, enquanto imagens no processo do pensamento, como por exemplo, a recordação do rosto de um amigo ou o facto de este ter acabado de falecer.

Por seu lado, Stedeford (1986) argumenta que, o que muitas vezes acontece é que, o enfermeiro ao entrar numa proximidade relacional intensa com o doente, é influenciado pela sua história pessoal e pelo seu próprio sofrimento. Estas vivências internas podem ser comprometedoras, sobretudo se o enfermeiro não se encontrar desperto para a possibilidade de os sentimentos interferirem no seu desempenho profissional. Se o enfermeiro não perceber que se está a identificar excessivamente com o doente, existe o perigo de começar a sentir e a pensar como ele, tornando-se menos eficiente nos cuidados que presta. Contudo, se estiver consciente destas vivências internas e for capaz de as transformar adequadamente, as mesmas transformam-se em instrumentos de empatia e compreensão, permitindo transformar algo que de início era negativo em positivo.

### ***Triangulação Enfermeiro/família/doente***

Sabe-se, ainda que de forma intuitiva, que a família desempenha um importante papel junto do doente na resolução dos seus problemas de saúde. A família é um importante e indispensável sistema de suporte e colaboração no tratamento do doente, sendo insubstituível como fonte de segurança e afecto para este. Cabe assim ao enfermeiro, reconhecer as capacidades da família e a sua importância na vida do doente, valorizando a sua participação junto do familiar, fazendo-os aliados e colaboradores no processo terapêutico.

### *Triangulação Enfermeiro/hospital/doente*

As interações desenvolvidas neste tipo de triangulação podem ser de natureza “positiva” ou “negativa”. Pode ser benéfico à interação enfermeiro/doente uma atribuição mediada pelo hospital relativamente a sentimentos e expectativas positivas do doente em relação aos cuidados de enfermagem que são prestados em determinado serviço. Isto é, se os enfermeiros estiverem bem conceituados e com boas referências junto da população, o doente ao ser internado terá expectativas positivas que se traduzirão em maior aceitação e cooperação. Também o enfermeiro pode ter a sua disponibilidade aumentada em função das boas condições de trabalho, da motivação profissional, do seu próprio auto-conceito sobre identidade profissional e por último até da própria remuneração que recebe.

É através dos processos de intercâmbio social, mediados pela linguagem que se constrói a realidade. A linguagem pode ser definida como sistema de sinais vocais, sendo o mais importante sistema de sinais da sociedade humana. A maneira pela qual designamos as coisas e as pessoas são ao mesmo tempo produto e produtoras dos diversos modos pelos quais nos podemos relacionar com o mundo e no mundo. É por meio da comunicação em geral, mas principalmente dos processos linguísticos da verbalização que se constrói a interação entre enfermeiro e doente. A compreensão da linguagem é por isso essencial para a compreensão da realidade da vida quotidiana. No decurso da sua existência, cada indivíduo interioriza progressivamente o mundo social, que mentalmente adopta como a sua realidade (Berger & Luckmann, 1973; Soar, 1998).

Para Berlo (1999) o termo interação pretende designar o processo de adopção recíproca de papéis, o desempenho mútuo de comportamentos empáticos. A interação difere da acção-reacção em que os actos de cada participante da comunicação estão inter-relacionados um com o outro, ajustando-se aos objectivos da fonte e do receptor. O conceito de interação é fundamental para o entendimento do conceito de processo na comunicação. A comunicação representa uma conjugação de dois organismos para ultrapassarem a lacuna entre os dois indivíduos pela produção e recepção de mensagens que tenham sentido para ambos.

Na perspectiva de Berlo, e com a qual se concorda, quando

duas pessoas interagem, põem-se no lugar da outra, procuram perceber o mundo como a outra o percebe, tentam predizer como a outra responderá. A interação envolve a adopção recíproca de papéis, o emprego mútuo das capacidades empáticas. O objectivo da interação é a fusão da pessoa e do outro, a total capacidade de antecipar, de predizer e comportar-se de acordo com as necessidades conjuntas da pessoa e do outro (Berlo, 1999, p.136).

Pode-se então definir a interacção, como o ideal da comunicação, ou seja, a meta da comunicação humana é a interacção.

O sentido último da interacção entre enfermeiro e doente é o aprofundar e o aperfeiçoar da relação, que se pretende que seja “terapêutica” para o doente, ajudando-o e apoiando-o nas suas necessidades afectadas (Saraiva, 2002).

O processo comunicacional interactivo entre enfermeiro e doente deve iniciar-se logo no acolhimento do doente, durante a realização da história clínica de enfermagem, essencialmente, através de interacções verbais, não verbais (postura corporal, gestos, mímicas...) e inter-influências. É durante a realização desta entrevista de acolhimento que o enfermeiro obtém informações que lhe permitem identificar as necessidades do doente e posteriormente pôr em prática um plano individualizado de acções para dar resposta a essas necessidades afectadas.

### 3.1 – OS ACTORES E O LOCAL DA INTERACÇÃO

Tendo presente o objecto de estudo desta investigação – a interacção enfermeiro/doente em contexto hospitalar – de que modo contribui para a construção da identidade profissional, parece ser pertinente neste âmbito, fazer uma breve abordagem à pessoa do enfermeiro, também à pessoa enquanto doente que implique internamento hospitalar e ao contexto em que se desenrola a interacção, o hospital.

Ao pensarmos no internamento de uma pessoa e se tomarmos em linha de conta o primeiro passo deste processo, a admissão, esta pode ser encarada como um conjunto de procedimentos e operações que reduzem a pessoa a doente, começando por ser despojada das roupas e valores pessoais, pela atribuição de uma cama e pela obrigatoriedade de a ocupar imediatamente. A cama destaca-se aliás como peça central, identificada com um número que também identifica o doente, constituindo com ele uma unidade.

A cama, a mesinha de cabeceira e um armário tipo cacifo, constituem as únicas peças de mobiliário que os doentes podem manipular na construção de um espaço pessoal. Os objectos pessoais, como fotografias dos ente queridos, as flores oferecidas por parentes e amigos, o pequeno rádio e até os santinhos de maior devoção, quando não incomodam o pessoal de enfermagem, são dispostos pelo tampo da mesa de cabeceira. “Estes objectos pessoais e a roupa de dormir representam elementos simbólicos de um pequeno

universo privado que resiste ao despojamento total e que insiste em tornar relevante no internamento, as pequenas coisas do quotidiano” (Carapinheiro, 1993, p.106).

Outros elementos simbólicos que cercam o doente e o reduzem também à sua expressão mais simples de um corpo vulnerável, são os meios técnicos necessários para situações de emergência, como rampas de oxigénio e de vácuo, permitindo estas últimas fazer a aspiração de secreções. Ainda os frascos de soro ligados ao corpo do doente.

Aos doentes por norma, apenas é permitido circular da enfermaria para o refeitório ou para outros serviços do hospital onde são efectuados exames complementares de diagnóstico, neste caso pressupõe-se o acompanhamento por parte de um auxiliar de acção médica.

Carapinheiro (1993) refere que é na enfermaria que se espera que o doente permaneça e se possível na cama para não atrapalhar muito as tarefas de rotina. Para esta autora esta definição de lugares funciona como forma de controlo social.

A pessoa ao ser internada inicia uma outra biografia, a biografia de uma pessoa doente, que passa a circular em processos ou papeletas e aos quais o próprio não tem acesso.

O doente ao ser admitido numa instituição hospitalar e ao chegar a um ambiente que não lhe é familiar poderá encontrar-se apreensivo e angustiado, não só por este motivo mas também pela situação de doença de que é portador, pelo que, é muito importante que o enfermeiro lhe faça um bom acolhimento. Acolhimento, pressupõe-se ser distinto de admissão. Hoje, muito mais que anteriormente tenta-se fazer um bom acolhimento ao doente quando este é internado. Assim é importante que o doente não se confunda com um número ou uma patologia, mas que seja encarado como um ser humano com a sua própria identidade e história. É importante chamá-lo pelo nome pelo qual é habitualmente tratado, mas tão importante quanto isso é a nossa própria apresentação, indicando o nome e respectiva função, apresentando o espaço físico e funcionamento da unidade de cuidados, tranquilizá-lo quanto aos seus medos e anseios e dar-lhe espaço para que coloque dúvidas e receios. O acolhimento deve ser extensível ao elemento familiar mais significativo ou que no momento o acompanhe.

O hospital aceita o doente segundo os seus próprios termos, tratando-o como uma pessoa sem competências para o fazer esperando que o mesmo se submeta às regras e aos regulamentos da instituição e ainda às decisões dos vários especialistas. No entanto o doente não é totalmente excluído do seu mundo exterior, mantém contacto embora indirecto com tudo o que faz parte do seu campo de interesses sociais. Por outro lado

interage com outros doentes, com o pessoal da unidade e com os familiares e amigos que vê diariamente. Um processo de internamento não é um processo de exclusão dos circuitos habituais da vida social, após a alta o doente poderá dar continuidade aos projectos interrompidos pela hospitalização (Carapinheiro, 1993).

De acordo com Carapinheiro (1993) e com a qual se concorda, existem vários tipos de doentes, entre eles temos aqueles que apresentam uma grande capacidade de adaptação à vida hospitalar, promovem constantemente uma atitude de paciência e de subestimação das necessidades pessoais. Por norma são silenciosos e dóceis, desenvolvem uma estratégia de angariação de simpatia e de agrado do pessoal de enfermagem. Sofrem com os tratamentos mas sentem-se resignados e irritam-se com os doentes que não conseguem desenvolver a mesma capacidade de adaptação à vida hospitalar.

Há também os doentes que com vários internamentos no mesmo serviço, ensinam aos outros as estratégias a desenvolver com os diferentes elementos do pessoal e funcionam como informadores privilegiados sobre os procedimentos terapêuticos e sobre os circuitos hospitalares. Apesar de, tanto os médicos como os enfermeiros avisarem os outros doentes para não levarem em conta o que estes lhes dizem sobre a sua doença e tratamento, eles não deixam de aproveitar este canal informal de comunicação de informações, raramente fornecidas pelos canais oficiais, acabando por constituírem um importante suporte de segurança psicológica na enfermaria.

Os enfermeiros reconhecem estes doentes e reconhecem a sua importância como elementos estabilizadores. Estes doentes são alvo de manifestações diferentes por parte da equipa de enfermagem, se para uns são considerados como uns “chatos” e representam um fardo para quem deles cuida, outros há que os consideram como um dos motivos da sua satisfação profissional, pelo conhecimento mútuo adquirido, por serem doentes já informados da sua situação clínica e portanto mais facilmente manejáveis na sua situação de internamento. «São destacados dos outros pela ligação familiar ao serviço e, por isso, são designados por estes enfermeiros como os “doentes do nosso serviço”» (Carapinheiro, 1993, p. 275).

Também o “tempo de internamento” influencia o conhecimento que os enfermeiros detêm do doente como pessoa e, não unicamente como um indivíduo com partes afectadas (Amendoeira, 1999). Daí que o doente não deva ser confundido com a sua doença. A “pessoa que está doente é a pessoa que sofre, ou seja, que tem que suportar, aguentar, sofrer qualquer coisa que lhe é difícil. Estar em sofrimento, sobretudo de

modo prolongado, é não estar de boa saúde” (Hesbeen, 2000, p.29). Esse sofrimento deve ser posto em relação com o corpo que o doente é.

O hospital pode ser concebido como uma unidade de produção de cuidados médicos e de enfermagem, em que coabitam e se entrecruzam diversos profissionais, saberes, tecnologias, infra-estruturas materiais e os próprios receptores dos cuidados, os doentes. Isto pressupõe que o hospital é um lugar altamente profissionalizado, reunindo uma diversidade de profissionais com diferentes tipos de formação e socialização profissional, com diferentes posições hierárquicas e com diferentes localizações na divisão do trabalho, ainda com interesses, motivações e ideologias diversas. Cada profissão distingue-se pela diversidade de treinos e competências, mas também pela diversidade de ideologias (Carapinheiro, 1993; Amendoeira, 1999).

Representativo da ordem social hospitalar é o uso de uniformes e da sua respectiva simbologia, os mesmos asseguram o reconhecimento das hierarquias e das respectivas funções. A bata branca, apanágio do pessoal médico e de enfermagem não permite por esse motivo a imediata identificação de quem a enverga, assim no caso dos médicos está-lhe obrigatoriamente associado o uso do estetoscópio pendurado no pescoço que se transporta para todos os sítios do hospital. Tem um inestimável valor social, representa poder e impõe respeito aos que com ele lidam. Os enfermeiros juntam outros acessórios. Até há bem pouco tempo o uso da touca, hoje, embora símbolo da enfermagem caiu em desuso, também os sapatos brancos ou azuis. A cor não branca, normalmente azul, distingue o pessoal que detém funções subalternas e que ocupa a posição hierárquica mais baixa.

De uma maneira geral, os serviços hospitalares tratam principalmente os problemas de saúde agudos ou que ameaçam a vida, para além dos nascimentos e da assistência na morte. O hospital é por excelência o local onde se processa a produção de bens e serviços de saúde diferenciados e onde os enfermeiros desenvolvem as suas actividades legais, ou seja os cuidados de enfermagem. Para Hesbeen (2000) os enfermeiros são as pessoas que praticam uma arte, “são artesãos dos cuidados de enfermagem”(Hesbeen, 2000, p.115). O saber profissional em enfermagem constrói-se de forma articulada entre saberes práticos e saberes técnicos (fazer), estruturando uma identidade de emprego, associado a uma lógica de qualificação do trabalho (Dubar 1990, citado por Amendoeira 1999).

A maioria dos enfermeiros do nosso país trabalha no sector hospitalar. Nos hospitais, os enfermeiros são a classe profissional que está mais tempo em contacto directo com os

doentes, mais do que qualquer outro profissional da área da saúde, contudo, estão abaixo dos médicos quer em termos salariais quer em termos de prestígio. Na opinião de Gamarnikow (1978 citado por Helman 1994) as relações entre médicos e enfermeiras ainda reflectem as divisões de género da família vitoriana na época em que Florence Nightingale desenvolveu o seu modelo de enfermagem, ou seja, na estrutura hospitalar, a equação ainda é: médico = pai, enfermeira = mãe e utente = filho. Esta equação também nos transmite as relações de poder existentes entre os diferentes actores que compõem esta tríade que partilha o contexto hospitalar. Ainda para Helman (1994) a função de enfermeira (como a mãe de um bebé = utente) envolve o contacto íntimo com o corpo do utente, particularmente com a parte externa e com as suas secreções e excrementos. Em contrapartida o médico é detentor de contacto íntimo com o doente mas com o seu interior, não tendo contacto com as secreções e excrementos. Encontram-se aqui bem patentes as relações de poder e de prestígio que envolvem médicos e enfermeiros, as quais conduzem a que a profissão de enfermagem seja ainda algumas vezes considerada como de menoridade relativamente à classe predominante.

Nesta linha de pensamento, Amendoeira (1999) refere que o estatuto que a sociedade ainda atribui muitas vezes aos enfermeiros é a de meros auxiliares do médico, bastando ser-se dedicado e carinhoso, para que seja considerado competente. Acrescenta ainda que, apesar de termos a percepção das nossas capacidades, qualificações e competências que desenvolvemos, temos dificuldade em assumir um papel mais significativo na construção e desenvolvimento da saúde das pessoas, grupos e sociedade. Será que este facto não é o reflexo das rotinas instituídas? Embora importantes na prática profissional do enfermeiro, conduzem algumas vezes a uma secundarização das necessidades dos doentes em termos de prestação de cuidados, e como tal, por arrastamento a uma priorização das funções interdependentes em detrimento das autónomas. Em oposição a esta situação, o enfermeiro ao adoptar uma estratégia de intervenção centrada nas necessidades dos doentes, afasta-se do trabalho realizado por tarefas, devendo o processo de cuidados deste modo tornar-se num momento de ligação entre o doente e o enfermeiro que pretende prestar cuidados de qualidade e fazê-lo de maneira relativamente autónoma. O doente começa então a considerar-se como parceiro de cuidados e a sua individualidade deve ser mantida.

Os enfermeiros reconhecem que são os agentes privilegiados na interpretação dos sinais que evidenciam comportamentos anómalos, os problemas e as situações de mal-estar psicológico dos doentes (Carapinheiro, 1993). Parece assim que, na ideologia

dominante da enfermagem hospitalar, os enfermeiros devem permanecer polivalentes, centrados na valorização do papel psicossocial junto dos doentes, mas simultaneamente, empenhados na sua valorização técnica, como um meio de revalorização profissional. A este propósito, Jean Watson (citado por Hesbeen, 2000) procede a uma separação entre dois aspectos do cuidar que se acredita encontrarem-se irremediavelmente associados, a que chamou o essencial e o acessório dos cuidados de enfermagem:

- a essência dos cuidados de enfermagem é a acção interpessoal da enfermeira e do paciente com vista a produzir neste um resultado terapêutico;
- o acessório dos cuidados de enfermagem é o conjunto das técnicas, dos protocolos, das terminologias, das formas de organização, dos contextos dos cuidados ... utilizados pelas enfermeiras (Hesbeen, 2000, p.64).

Esta abordagem refere como essencial o aspecto relacional, ou seja a relação entre duas pessoas, uma prestadora de cuidados e outra receptora desses mesmos cuidados. É esta relação que se espera terapêutica no sentido de proporcionar o “bem-estar” ao doente. Contudo como já se afirmou estas duas dimensões não se podem separar. Um enfermeiro tem de ser um misto de relação e de técnica. Um acto técnico, mesmo sendo considerado por esta autora, no âmbito do acessório pode revelar-se tão importante quanto o aspecto relacional, pelo que é exigido que seja realizado com todo o rigor. Na “perspectiva do doente, o apoio psicológico não pode ser distinto das técnicas físicas de enfermagem. Não é o que os enfermeiros fazem, mas como o fazem que é tão importante para o doente” (Roper et al.,1990, p. 8).

Pode-se assim, afirmar inequivocamente que são os conhecimentos técnico/científicos tal como as capacidades e qualidades humanas que determinam o perfil da pessoa do enfermeiro. Por mais perfeitos e tecnicistas que os enfermeiros possam ser, embora isso seja importante não é suficiente, porque o corpo do doente não é uma máquina onde se possam aplicar os conhecimentos e as técnicas, é antes o corpo de uma pessoa a qual tem direitos e deveres. Entende-se que um dos seus direitos é o de atenção por parte de quem lhe presta cuidados. Portanto a interacção, desempenha um papel primordial só possível se a componente humana estiver presente.

Parece ser então pertinente fazer uma abordagem à Escola da Interação, a qual segundo Meleis (1990 citado por Amendoeira 1999), surge entre 1960/1965, e onde se pretendia dar resposta à questão: - Como fazem as enfermeiras? Assim o principal pressuposto é considerar-se o “como” no processo de interacção e no desenvolvimento da relação enfermeiro/utente.

A enfermagem é considerada como um processo interpessoal, situação que ocorre entre a pessoa que necessita de ajuda e a solicita e a pessoa capaz de dar ajuda, onde o cuidado é um acto humanístico e não mecânico. “A prática dos cuidados de enfermagem inscreve-se assim num encontro entre uma pessoa que é cuidada e pessoas que cuidam” (Hesbeen, 2000, p.102).

É importante referir que “nenhuma profissão tem razão de existência se não pode justificar a prestação de um serviço necessário à população e dar provas da sua capacidade para o prestar” (Collière, 1998, p.285).

Os enfermeiros pela relação de proximidade que detêm com os doentes poderão considerar-se como pessoas privilegiadas nos cuidados a prestar. É assim imprescindível que os enfermeiros saibam viver as experiências de doença dos outros de tal modo que não a exacerbem e a tornem angustiante para eles próprios. A experiência pessoal é promotora de desenvolvimento mesmo quando causa mau-estar, desde que se lhe encontre um sentido. O enfermeiro é um todo integral, assim sendo, o seu Eu é indissociável dos cuidados que presta (Amendoeira, 1999).

O enfermeiro ao cuidar de pessoas, está exposto a uma larga cadeia de experiências humanas, por isso tem que aprender a lidar com a ansiedade, a raiva, a tristeza e a ter prazer em ajudar o outro. Para que isto seja possível, ele tem que ser capaz de analisar os seus próprios sentimentos, reacções e comportamentos enquanto pessoa e profissional. Só a compreensão e aceitação de si próprio permite ao enfermeiro ser capaz de se respeitar e respeitar a condição singular de cada doente (Botelho, 1995).

## **PARTE II – CONCEPTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

### **1 - CONSTRUÇÃO DA PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS DO ESTUDO**

A investigação em enfermagem desempenha actualmente um importante papel, quer no estabelecimento de uma base de conhecimentos científicos quer no questionamento dos próprios métodos e princípios orientadores dos cuidados, constituindo-se assim como um suporte orientador da prática, a qual em última instância contribuirá para que o enfermeiro identifique parâmetros de qualidade dos cuidados que presta dando-lhe uma maior visibilidade junto do doente, da família e da comunidade. No entanto para que se atinja esta fase – identificação de parâmetros de qualidade dos cuidados – é necessário que o enfermeiro se encontre motivado e possa encontrar nos contextos de trabalho motivos de satisfação quer profissional quer pessoal. Entende-se que para que se atinja esta situação é importante que o enfermeiro saiba qual o seu passado e como perspectivar o futuro. “Quase nunca pensamos no presente e, quando o fazemos, é apenas para ver como ilumina os nossos planos para o futuro. (...) O presente praticamente não existe, ocupados que estamos a olhar para o passado para planear o que se segue daqui a um instante ou no futuro remoto” (Damásio, 1996, p.178). Torna-se assim essencial que o enfermeiro esteja consciente da sua identidade profissional, do modo como se processa a sua construção e qual a influência que o doente exerce em todo este processo, quais os momentos de interacção com o doente (acontecimentos marcantes) que se tornam determinantes para esta construção.

Sendo cada pessoa (saudável ou doente) um ser único, com múltiplas experiências individuais e colectivas face ao ambiente que o circunda interage de forma contínua com todos os outros, sendo impossível isolar a causa do efeito. Através das leituras e pesquisas efectuadas, constatou-se existirem vários estudos no âmbito da identidade profissional, no entanto, considerou-se pertinente a realização deste estudo empírico sobre a interacção do enfermeiro com o doente, com a finalidade de conhecer quais serão os momentos marcantes que contribuem para a construção da identidade profissional do enfermeiro.

Perante o que foi exposto anteriormente, formulou-se então a questão de investigação para o presente estudo – No percurso de vida das pessoas (estudantes e enfermeiros) quais são os momentos marcantes, que contribuem para a sua identidade profissional como enfermeiros?

Decorrente da questão que se formulou, considera-se pertinente referir que “se a essência é comum a todos os prestadores de cuidados, o acessório de cada um pode ser diferente” (Hesbeen, 2000, p.66).

É na procura deste “acessório” na interacção do enfermeiro com o doente em contexto hospitalar que reside então a essência deste estudo. Tendo por base todos estes aspectos, delinearão-se como objectivos orientadores para este estudo, os seguintes:

- Identificar os momentos marcantes e os personagens chave na vida dos enfermeiros/estudantes de enfermagem;
- Compreender de que modo estes momentos marcantes e estes personagens chave contribuem para a construção da identidade profissional do enfermeiro.

Construiu-se ainda como hipótese teórica, para este estudo a seguinte:

- Existem na vida dos sujeitos, acontecimentos marcantes que contribuem visivelmente para a construção da sua identidade profissional.

Da questão de investigação delineada, dos objectivos traçados e da hipótese teórica construída, emerge então o tema desta investigação – Interacção enfermeiro/doente: Que significado na construção identitária do enfermeiro.

## 2 – METODOLOGIA

### 2.1 - OPÇÕES METODOLÓGICAS/TIPO DE ESTUDO

Os procedimentos metodológicos são uma fase crucial no desenvolvimento de qualquer estudo de investigação. Permitem descrever e fundamentar as decisões tomadas, quer na recolha e produção dos dados quer na sua análise.

Dada a complexidade do processo de interação dificilmente o mesmo seria passível de mensuração com recurso a métodos estatísticos e/ou métodos quantitativos, optou-se assim por eleger uma orientação diferente do modelo tradicional de pesquisa científica, a opção metodológica escolhida desenvolveu-se então numa vertente qualitativa. Esta vertente de acordo com Polit e Hungler (1995) é a mais pertinente para a compreensão de fenómenos e conhecimentos em profundidade, tendo por base a experiência. Ainda segundo as mesmas autoras, este tipo de “pesquisa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como é definida pelos próprios autores...” (Polit & Hungler, 1995, p.270). O método qualitativo aplicado à enfermagem permite conhecer com maior profundidade os aspectos culturais e psico-afectivos do ser humano, seja este doente ou utente ou o próprio profissional de enfermagem (Queirós, 2002).

Para Bogdan e Biklen (1994) a expressão investigação qualitativa é um termo genérico que agrupa diversas estratégias de investigação. Os dados recolhidos são qualitativos, ou seja, são ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas. Este tipo de investigação não responde a questões prévias, mediante a operacionalização de variáveis, nem testa hipóteses.

O paradigma qualitativo, propõe uma abordagem holística para o estudo de fenómenos sociais. Neste paradigma, “a realidade é construída a partir do quadro referencial dos próprios sujeitos do estudo, e cabe ao pesquisador decifrar o significado da acção humana, e não apenas descrever os comportamentos. (...) Em geral os teóricos

qualitativos sustentam a ideia de que não existem padrões formais ou conclusões definitivas e que a incerteza faz parte da sua epistemologia” (Queirós, 2002).

Na investigação qualitativa, a compreensão da singularidade e da contextualidade de factos e acontecimentos é extremamente importante, permitindo estudar estados subjectivos individuais olhando o mundo como o mesmo é experienciado por cada pessoa ou pequeno grupo de pessoas. Do ponto de vista fenomenológico, a metodologia qualitativa, produz dados descritivos que permitirão ver o mundo como os sujeitos estudados o vêem.

As pesquisas qualitativas são na sua maior parte voltadas para a descoberta, a identificação, a descrição aprofundada e a criação de explicações. Procuram o significado e a intencionalidade dos actos, das relações sociais e das estruturas sociais. O material básico da investigação qualitativa é a palavra que expressa o falar quotidiano (Queirós, 2002).

Uma das características das metodologias qualitativas, é a recolha de dados a um pequeno número de pessoas ou casos. Maioritariamente, os estudos qualitativos são conduzidos com recurso a amostras pequenas, já que o que se pretende são detalhes. Tenta-se apreender a totalidade da realidade em estudo, no seu contexto, procurando a sua essência. A perspectiva qualitativa, contrariamente à quantitativa, não procura um exame interpretativo numérico, mas sim, uma interpretação das observações com vista à descoberta das explicações subjacentes e aos modos de inter-relação. As pesquisas qualitativas centram-se assim, nas experiências vividas e nos fenómenos subjectivos, que a partir de análises abertas procuram descobrir as tendências e os processos que explicam o como e o porquê das coisas. O critério para a procura de dados representativos reside na condição de serem seleccionados “sujeitos e contextos onde a experiência do fenómeno, a ser estudado esteja a ocorrer” (Queirós, 2002, p.5).

Bogdan e Biklen (1994) referem que em investigações qualitativas, os investigadores aferem a altura em que terminam o estudo quando atingem a saturação dos dados, ou seja, quando na recolha dos mesmos, a aquisição de informação se torna redundante.

“Os investigadores fenomenologistas tentam compreender o significado que os acontecimentos e interações têm para as pessoas vulgares, em situações particulares” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 53).

Ainda que existam diversas formas de investigação qualitativa, todas partilham o objectivo de compreender os sujeitos com base nos seus pontos de vista.

Para Bogdan e Biklen (1994) são cinco as principais características das metodologias qualitativas:

- São descritivas;
- A fonte directa dos dados é o ambiente natural dos sujeitos;
- É maior o interesse pelo processo do que pelos resultados;
- Os dados tendem a ser analisados de forma indutiva;
- Têm importância vital os significados atribuídos pelos sujeitos

É pela importância vital dos significados atribuídos pelos sujeitos e pela natureza do problema em estudo, que se enveredou por uma abordagem que privilegia essencialmente o conhecimento do significado atribuído pelo enfermeiro à experiência vivida no decurso da interacção com o doente, tendo em conta as inúmeras realidades na complexa teia de relações e significados que ocorrem no processo de interacção.

### **2.1.1 - Histórias de vida, na vida dos enfermeiros**

No que concerne às histórias de vida, elas são uma modalidade de investigação qualitativa e constituem um procedimento de pesquisa e análise sociológica. As histórias de vida apresentam potencialidades consideráveis, sobretudo no plano da produção de informação, quer a mesma seja predominantemente hermenêutica (dirigida à identificação dos significados) ou etnossociológica (dirigida à identificação e elucidação das relações e das regras que estruturam e subjazem à vida social) (Ribeiro,1995). “Conceptualmente, histórias de vida podem referenciar quer um produto, quer o processo ou os meios para o obter” (Ribeiro, 1995, p.128). Para a mesma autora, a utilização das histórias de vida, na investigação sociológica apresenta como principais virtudes:

- A retrospectiva (quando a perspectiva histórico-longitudinal é condição para a inteligibilidade dos factos, problemas e processos em estudo, no caso de áreas temáticas ainda pouco estudadas/exploradas);
- A produção e circulação da informação através da oralidade (em situações de ausência ou escassez de documentos);

- A quantidade e a diversidade de informação que são capazes de gerar (dado que cada pessoa possui uma multiplicidade de histórias que se entrecruzam);
- A auto-elucidação e/ou auto-reflexão (tomada de consciência dos seus protagonistas narradores). É que reconstruir experiências passadas, representa também a possibilidade e a oportunidade de auto-reflectir sobre o seu conteúdo, descobrir-lhe dimensões (de causalidade, de incidência) que até aí não tivessem tido oportunidade para delas tomarem consciência. A este propósito Bertaux (1980, p. 210, citado por Ribeiro, 1995, p.130) afirma que, “o sujeito não se limita a relatar a sua vida, à medida que a conta, ele vai reflectindo sobre ela”. Esta reflexão permite ao narrador confrontar-se com a vida que viveu e sobre a qual muitas vezes não faz uma apreciação e crítica global pela pressão das solicitações quotidianas a que se encontra sujeito.

O sucesso na recolha das histórias de vida, pressupõe a existência de uma interacção entre os dois intervenientes neste processo, o narrador e o investigador. Os dados obtidos são sempre “um produto conjunto do entrevistado e do sujeito, i. e., da interacção entre eles” (Helling, 1987, p. 74, citado por Ribeiro, 1995, p.131).

Quanto à recolha de informação, através das histórias de vida, ela processa-se essencialmente através da realização de entrevistas retrospectivas aprofundadas, onde o narrador livremente vai (re)fazendo a memória das suas vivências/experiências, “(...) funcionando as expectativas como fio condutor e instrumento de sistematização da narrativa” (Ribeiro, 1995, p.130). Assim, na interacção entre narrador e entrevistador, o primeiro é detentor de todo o protagonismo e autonomia, pelo que o entrevistador terá que possuir a habilidade para flexibilizar e ajustar as suas intervenções à dinâmica do narrador. Terá assim, muitas vezes, que lidar com o inesperado, levando-o a improvisar perguntas lógicas e oportunas, a explorar novas vertentes consoante o discurso produzido pelo sujeito.

Uma história de vida pressupõe sempre uma reconstrução apoiada na memória, de factos, de acontecimentos, de comportamentos e experiências do passado. O passado é assim chamado ao presente, mais como uma (re)construção do sentido do que uma sucessão factual retrospectiva existindo ainda uma necessidade de coerência com o presente. A história de vida “é sempre o resultado das decisões dos sujeitos quanto aquilo que, na sua experiência passada, consideram importante e significativo” (Ribeiro, 1995, p.132).

A partir das histórias de vida, o investigador pode aceder ao ponto de vista do narrador/actor, a “compreender as práticas a partir de dentro – perspectiva “Emic” (Godard, 1987, p.10, citado por Ribeiro, 1995, p.133).

A recolha de histórias de vida, pode desenvolver-se segundo um modelo que envolve duas fases distintas:

- Fase extensiva – na qual se pede aos sujeitos para em traços largos, identificarem e sempre que possível localizarem no tempo, factos e eventos mais relevantes das respectivas vidas (famílias de origem, percursos académicos, ocupações profissionais, casamentos, filhos etc.).
- Fase intensiva – centrada sobre um segmento de vida específico (ocupação profissional) (Ribeiro, 1995).

As histórias de vida constituem um procedimento de pesquisa social com um elevado valor heurístico, apesar de obrigarem a exigências complexas. Uma das grandes dificuldades do investigador é a de “dar corpo” e “sentido” ao vai-vém entre a história individual e o sistema social que a estrutura. A história de vida, resulta sempre da intersecção entre dois tempos, o biográfico e o histórico (Ribeiro, 1995).

Poirier et al. (1999) refere-nos que as histórias de vida, apresentam uma diferenciação do ponto de vista epistemológico, porque podem ser centradas na pessoa (psicobiografia) ou focalizadas no acontecimento (etnobiografia). Ainda que ambos os aspectos possam estar intimamente misturados segundo o autor, o desenvolvimento da narrativa difere, consoante se centralize num ou noutro aspecto.

Na psicobiografia, temos mais presente a personalidade do sujeito, embora a mesma se encontre imersa no social, interiorizando-o pela atribuição da sua significação pessoal, sendo este o objecto da narração que o investigador vai tentar esclarecer. O investigador faz um tratamento psicológico da informação;

Na etnobiografia, o investigador pode considerar a narração como um produto inacabado, podendo exercer sobre o mesmo, todo um trabalho de análise, de correcção e de adição. “(...) a pessoa é considerada como o espelho do seu tempo, da sua envolvente” (Poirier et al. 1999, p. 32).

Do ponto de vista metodológico, Poirier et al. (1999, p. 32) faz a distinção entre a “unicidade do testemunho ou a acumulação e verificação de histórias múltiplas”. Assim, a orientação de partida para as histórias de vida, poderá ser entre história de vida única e histórias de vida cruzadas ou acumuladas.

A história de vida única, realiza-se sempre a partir de entrevistas repetidas. A repetição das entrevistas é condição necessária para o aprofundamento da informação bem como para o seu controlo. Para se progredir com a narração e escapar às redundâncias, deve-se orientar o sujeito para temas que não foram espontaneamente abordados. Daí, que é de todo o interesse a existência de um plano ou guião de entrevista.

Nas pesquisas por histórias de vida acumuladas, a existência de um plano ou guião de entrevista é ainda mais importante, tendo este uma função de enquadramento (não permitir ao narrador sair do campo da pesquisa) e uma função de precisão (solicitar a informação que o narrador não fornece espontaneamente) (Poirier, et al. 1999).

Relativamente à caracterização do presente estudo o mesmo desenvolveu-se numa perspectiva etnobiográfica, com recurso a histórias de vida cruzadas ou acumuladas, é um estudo exploratório, descritivo e compreensivo.

Desenhou-se então o estudo numa perspectiva etnobiográfica mais compatível com a da mini-etnografia, visto que se focalizou “numa área específica de narração, dos sujeitos entrevistados” (Reis, 2001) – a profissão e o curso de enfermagem, respectivamente para os profissionais e para os estudantes, sendo o percurso de vida de cada sujeito até ao momento o contexto dos relatos a efectuar.

No que concerne à utilização das histórias de vida ao campo da enfermagem, as mesmas parecem ser fecundas no âmbito de estudos que visem a mudança e a caracterização de valores, normas e atitudes, como acontece quando se valoriza a interação entre enfermeiro e pessoa doente.

Esta fecundidade, resulta essencialmente do facto de cada (auto) biografia, se alicerçar sempre em duas bases temporais que se interceptam permanentemente na produção do material discursivo:

- Tempo biográfico (valorização atribuída aos acontecimentos marcantes)
- Tempo histórico (sucessão cronológica dos acontecimentos) (Reis, 2001).

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e compreensivo.

Exploratório, dado que existem poucos dados nesta área.

Descritivo, porque a ênfase é dada à descrição dos narradores sobre o fenómeno em estudo.

Compreensivo, uma vez que se pretende conhecer os significados atribuídos pelos enfermeiros ao processo de interação entre enfermeiro e doente em contexto hospitalar.

Para Max Weber (citado por Quivy & Campenhoudt, 1992, p.100) e para os defensores da abordagem compreensivista, “a explicação de um fenómeno social encontra-se essencialmente no significado que os indivíduos dão aos seus actos. Este deve ser procurado na consciência das pessoas; é interior”. É este o ângulo, sob o qual se pretende compreender o que se passa entre enfermeiro e doente, para que, a partir da compreensão dos significados atribuídos pelos primeiros ao cuidar dos segundos, seja possível “reconstruir, do ponto de vista dos actores, qual é o sentido da conduta e das suas acções” (Fortin, 1999, p.154).

De salientar que dadas as características deste estudo as conclusões que se venham a obter independentemente do valor, dos contributos que possam trazer para o conhecimento da identidade profissional do enfermeiro, não são generalizáveis a outros enfermeiros e a outras instituições de saúde, referindo-se única e exclusivamente ao universo destes participantes e à sua própria especificidade.

## 2.2 - AMOSTRA/PARTICIPANTES DA INVESTIGAÇÃO

Definida a problemática, os objectivos e o tipo de estudo, tornou-se emergente recolher a informação necessária à resolução do problema formulado. Optou-se por enfermeiros da prática, com menos de 5 anos de exercício profissional (cinco) e enfermeiros com mais de 5 anos de exercício profissional (seis), e ainda, por (cinco) estudantes do Curso de Enfermagem, do 4º ano da Licenciatura, a frequentarem o 2º semestre.

Tendo sempre subjacente o objecto de estudo, a opção pelos estudantes do curso de enfermagem e pelos enfermeiros da área de prestação de cuidados, com menos e mais de 5 anos de exercício profissional prende-se com o facto de se tentar perceber (percepcionar) de que modo, os momentos de formação e as práticas em contexto de ensino clínico para os estudantes, assim como, os momentos da prática do exercício profissional para os enfermeiros, como também os momentos da vida dos indivíduos contribuem para a construção da sua identidade profissional.

A opção pelos enfermeiros de determinada unidade hospitalar – Hospital Sociedade Anónima (SA), assim como pelos estudantes de determinada Escola Superior de Enfermagem, para a recolha de informação, ficou a dever-se a questões de acessibilidade, quer física quer em termos de identificação socio-profissional, já que, relativamente ao hospital foi a instituição onde o investigador exerceu funções enquanto

prestador de cuidados de enfermagem e a Escola Superior de Enfermagem seleccionada, o estabelecimento de ensino onde actualmente é professor.

Os critérios de inclusão dos sujeitos basearam-se nos seguintes aspectos:

- No hospital escolheram-se aleatoriamente alguns serviços de internamento, tendo-se optado pela Medicina, Cirurgia, Cardiologia, Ortopedia, Cuidados Intensivos e Psiquiatria;
- Aceitação livre e espontânea dos enfermeiros para integrarem o grupo dos sujeitos a entrevistar;
- Quanto aos estudantes do Curso de Enfermagem, nesta fase da sua aprendizagem (4º ano, 2º semestre) a mesma processa-se exclusivamente em contextos de ensino clínico, assim, também por questões de acessibilidade física recorreu-se aos que realizavam estágio na unidade hospitalar mais próxima da área de residência do investigador. Os serviços onde se encontravam a realizar estágio eram: Serviço de Urgência, Medicina, Cirurgia e Cardiologia. Também aqui, a condição foi a de que os sujeitos estivessem disponíveis para colaborar no estudo.

Mais importante que os critérios de selecção apresentados dos sujeitos, é que os mesmos possam “identificar, documentar e conhecer e/ou interpretar, formas de «olhar» o mundo, valores, sentidos, crenças, enfim características de situações de vida, cerimónias, acontecimentos marcantes (...)” (Reis, 2001, p.62).

Relativamente ao hospital o facto de o investigador até há bem pouco tempo exercer funções nessa unidade de saúde permitiu-lhe ter conhecimento dos enfermeiros que poderiam funcionar como “informantes-chave”. A amostra foi assim determinada pela técnica de amostragem por conveniência, ou amostragem intencional. A mesma “favorece o uso das pessoas mais convenientemente disponíveis como sujeitos de um estudo” (Polit & Hungler, 1995, p.146). Nesta linha de pensamento e concordando-se com Reis (2001) tratou-se de um procedimento, baseado não somente na aptidão dos sujeitos para o relato de uma “relação fiel e detalhada” das suas vidas, mas sobretudo de momentos marcantes ou “charneira” no âmbito do cuidar pessoas doentes e da interacção que com elas se estabelece.

Quanto ao número de participantes que viriam a constituir a amostra populacional teve-se em linha de conta o que é referenciado na literatura da investigação qualitativa. Assim como já se viu, o critério numérico é uma preocupação pouco importante, não se

vê como necessário buscar dados num grande número de pessoas ou casos, o que tem relevância significativa é a riqueza da informação que ajudará o investigador no desenvolvimento de compreensões teóricas dedutivistas sobre a área estudada. A compreensão da existência humana na investigação qualitativa dá-se pelo micro-social, enquanto que na quantitativa se dá pelo macro-social. (Queirós, 2002).

O grupo de participantes no estudo ficou constituído por um total de dezasseis sujeitos, distribuídos do seguinte modo:

- 5 estudantes do Curso de Enfermagem
- 5 enfermeiros com menos de cinco anos de exercício profissional
- 6 enfermeiros com mais de cinco anos de exercício profissional

### 2.2.1 - Caracterização da amostra

Da análise do quadro 1, pode-se constatar que a maioria dos sujeitos participantes no estudo, eram do sexo feminino, num total de 11, com uma percentagem de 68,75%.

Quadro 1 – **Distribuição Percentual dos Sujeitos do Estudo Segundo o Género**

<b>GÉNERO</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Masculino	5	31,25
Feminino	11	68,75
<b>TOTAL</b>	16	100,00

Pela análise do quadro 2, verifica-se que os sujeitos apresentavam entre 20 e 40 anos, sendo que a maioria se posicionou no grupo etário dos 20 aos 25 anos com um total de 7 indivíduos, o que corresponde a uma percentagem de 43,75%.

Quadro 2 – Distribuição Percentual dos Sujeitos do Estudo Por Grupos Etários

<b>GRUPO ETÁRIO</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
20 – 25	7	43,75
26-30	4	25,00
31-35	4	25,00
36-40	1	6,25
<b>TOTAL</b>	16	100,00

Através da análise do quadro 3, verifica-se que 11 sujeitos são enfermeiros, com uma percentagem de 68,75% e 5 são estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, com uma percentagem de 31,25%.

Quadro 3 - Distribuição Percentual dos Sujeitos do Estudo Segundo o Estatuto Socio-Profissional

<b>ESTATUTO SOCIO-PROFISSIONAL</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Enfermeiros	11	68,75
Estudantes	5	31,25
<b>TOTAL</b>	16	100,00

Pela análise do quadro 4, pode-se constatar que 5 dos sujeitos são detentores da categoria profissional de enfermeiro, com uma percentagem de 45,45%, os restantes (6) são detentores da categoria profissional de enfermeiro graduado, com uma percentagem de 54,55%. Não fizeram parte do estudo enfermeiros especialistas e enfermeiros chefes, já que com este estudo se pretendia perceber a interação do enfermeiro prestador de cuidados com o doente em contexto hospitalar.

**Quadro 4 – Distribuição Percentual dos Enfermeiros do Estudo Pela Categoria Profissional**

<b>CATEGORIA PROFISSIONAL</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Enfermeiro	5	45,45
Enfermeiro Graduado	6	54,55
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100,00</b>

Pela análise do quadro 5, verifica-se que 9 enfermeiros são detentores da licenciatura, com uma percentagem de 81,82% e 2 são bacharéis com uma percentagem de 18,18%.

**Quadro 5 – Distribuição Percentual dos Enfermeiros do Estudo Segundo o Grau Académico**

<b>GRAU ACADÉMICO</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Bacharelato	2	18,18
Licenciatura	9	81,82
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100,00</b>

A análise do quadro 6 – Distribuição Percentual dos Enfermeiros do Estudo Segundo o Tempo de Exercício Profissional, permite verificar e de acordo com as idades dos sujeitos, que a maioria dos enfermeiros têm entre 6 e 10 anos de prestação de cuidados, num total de 5 enfermeiros, com uma percentagem de 45,45%, seguindo-se os que têm entre 1 e 5 anos com uma percentagem de 36,36%, por último, com uma percentagem igual de, 9,09%, os que têm menos de 1 ano de exercício profissional e os que têm entre 11 e 15 anos de exercício profissional.

**Quadro 6 – Distribuição Percentual dos Enfermeiros do Estudo Segundo o Tempo de Exercício Profissional**

<b>TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
<1 ano	1	9,09
1-5 anos	4	36,36
6-10 anos	5	45,45
11-15 anos	1	9,09
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100,00</b>

### 2.3 – INSTRUMENTO PARA A RECOLHA DE DADOS

A entrevista, enquanto instrumento metodológico de investigação, implica a existência de uma relação social que põe em interacção investigador e narrador. Possui a particularidade de ser provocada pelo primeiro, levando o segundo a produzir discurso sobre o tema que interessa ao investigador com o objectivo, de colher dados que respondam às questões de investigação.

A entrevista permite recolher junto dos participantes informações relativas a factos, ideias, comportamentos, preferências, sentimentos, expectativas e atitudes. Apoia-se nos testemunhos dos sujeitos, sendo por isso um modo particular de comunicação verbal que se estabelece entre investigador e narrador. Apresenta uma maior eficácia na descoberta de informação sobre temas complexos e carregados de emoção, assim como na análise dos sentimentos (Fortin, 1999).

Este instrumento (de colheita de dados) permite ao sujeito liberdade para estruturar o seu pensamento, exprimir a sua percepção de uma determinada situação ou fenómeno, bem como referenciar a sua interpretação e experiência do mesmo. É importante que o narrador possa revelar a sua própria realidade na sua própria linguagem e respectivas características conceptuais bem como, os seus próprios quadros de referência.

De acordo com a perspectiva compreensivista que se adoptou para este estudo, a entrevista, permite apreender as percepções, intenções e sentidos que os diferentes actores atribuem à interacção com a pessoa doente em contexto hospitalar. O tipo de entrevista que melhor responde a estes objectivos é a entrevista semi-estruturada ou

semi-directiva. É semi-directiva “no sentido em que não é nem inteiramente aberta, nem encaminhada por um grande número de perguntas precisas” (Quivy & Campenhoudt, 1992, p.194).

Neste tipo de entrevista, o investigador dispõe de uma série de perguntas guia relativamente abertas, a propósito das quais é imprescindível receber informação por parte do narrador, porém a ordem pela qual os temas podem ser abordados é livre. “Tanto quanto possível, «deixará andar» o entrevistado para que este possa falar abertamente, com as palavras que desejar e na ordem que lhe convier” (Quivy & Campenhoudt, 1992, p.194).

A lógica de desenvolvimento da entrevista semi-directiva a utilizar neste estudo, respeita não somente à sua planificação, mas também à sua estruturação numa perspectiva etnobiográfica, já que se optou pela “focalização no acontecimento” ao invés do “centramento na pessoa”, tendo as entrevistas sido conduzidas a partir destes princípios (Poirier et al., 1999).

Para o presente estudo foram construídos dois guiões de entrevista, um para os estudantes e outro para a condução das entrevistas dos enfermeiros (anexo 1-a e 1-b, respectivamente) no sentido de se assegurar que todos os aspectos das questões eram abordados com todos os entrevistados.

Os guiões de entrevista, na sua estrutura básica elaboraram-se em torno de cinco blocos temáticos principais, sendo estes blocos comuns para estudantes e enfermeiros, a especificidade encontra-se nas questões particulares que se colocaram a um e outro grupo. Assim:

No primeiro bloco, legitima-se a entrevista e motiva-se o entrevistado.

O segundo bloco, destina-se a identificar os acontecimentos marcantes e a perceber o significado atribuído aos mesmos pelos sujeitos.

No terceiro bloco, procura-se identificar as estratégias utilizadas pelos sujeitos para o desenvolvimento de competências.

O quarto bloco, destina-se a identificar as emoções e os sentimentos vivenciados pelos sujeitos na interacção com o doente.

O quinto bloco, destina-se a agradecer a atenção e disponibilidade dispensadas.

Procurou-se que em cada pergunta o narrador respondesse de forma exaustiva pelas suas próprias palavras e com o seu próprio quadro de referência à questão proposta

(estímulo), orientando as respostas sem induzir o conteúdo das mesmas, no sentido de que incluíssem as especificações do tema, ou seja as várias vertentes da questão, de acordo com os objectivos da investigação.

Na condução das entrevistas utilizaram-se algumas técnicas de encorajamento dos narradores, tais como, o respeito pelos silêncios, permitindo a reflexão; o respeito pelos sentimentos e emoções, tendo nalguns casos existido a necessidade de interromper a gravação, para que o entrevistado pudesse recompor-se, sem se sentir pressionado; o reforço para que prosseguissem, através de breves expressões indiciadoras do interesse pelo que era dito; reformulações de pequenas partes do discurso permitindo o aprofundar das ideias expressas e além do mais, revelando sempre uma atitude de interesse pelo entrevistado e pela importância da informação para a investigação em curso (Ghiglione & Matalon, 1993).

Aos enfermeiros, as entrevistas foram realizadas nos serviços onde os mesmos desempenhavam funções; aos estudantes, algumas foram realizadas também em contexto hospitalar, nos serviços onde se encontravam a efectuar estágio, outras, foram realizadas na Escola Superior de Enfermagem que frequentavam e onde o investigador exerce funções. Considera-se importante realçar este facto, porque se concorda com Blanchet & Gotman (1992, p.70) quando afirmam que “cada lugar comunica significações susceptíveis de ser colocadas em acto no discurso do entrevistado”. Assim os sentidos atribuídos pelo entrevistado poderão ser melhor apreendidos pelo investigador quando os processos de objectivação dos mesmos têm lugar numa situação idêntica aquela em que quotidianamente são edificados.

No início de cada entrevista foram solicitados os dados pessoais mais significativos de cada entrevistado, que permitiram a caracterização da amostra. As entrevistas tiveram a duração mínima de 30 minutos e máxima de 2 horas e 05 minutos, sendo que a duração média foi de 1 hora e 06 minutos e o total despendido com os 16 entrevistados foi de 17 horas e 10 minutos. As entrevistas foram efectuadas consoante a disponibilidade dos narradores, às quais o investigador se adequou. A este propósito Fortin (1999) refere que o inconveniente deste método é precisamente o tempo necessário para a entrevista e o seu custo elevado, sendo que os dados são mais difíceis de codificar e de analisar, exigindo muito tempo e energia.

---

## 2.4 - PROCEDIMENTOS PARA A OBTENÇÃO DOS DADOS

Como já se referiu anteriormente, optou-se pela utilização metodológica das histórias de vida, como estrutura de produção de dados para esta pesquisa, pelo que se privilegiou a perspectiva dos narradores, na exploração do fenómeno da interacção entre enfermeiro e doente, a partir do testemunho circunstanciado do primeiro (enfermeiro/estudante) em detrimento de uma perspectiva de desenvolvimento cronológico dos acontecimentos dos respectivos percursos de vida, embora de algum modo, os mesmos também estejam presentes.

Para se atingirem os objectivos delineados foi essencial proceder à recolha de informação, a qual veio a acontecer através da realização de entrevistas semi-estruturadas, aos sujeitos participantes no estudo. Os dados recolhidos resultaram da interacção estabelecida entre investigador e narrador, utilizou-se equipamento audio para a gravação das entrevistas.

Antes de se iniciar o trabalho de campo formalizou-se por escrito o pedido de autorização ao Conselho de Administração do Hospital SA, onde se pretendia recolher os dados, a qual foi concedida para que se pudesse recolher a informação necessária, junto dos enfermeiros daquela unidade de saúde. Quanto aos estudantes, foi dado apenas conhecimento informalmente à senhora Presidente do Conselho Directivo da Escola Superior de Enfermagem em questão.

De seguida e identificados os sujeitos considerados como informantes chaves, foi efectuado pessoalmente o convite para que participassem no estudo. A vontade e disponibilidade para participarem foi excelente, o que se traduziu numa aceitação de cem por cento. Para cada participante combinou-se então o dia e a hora em que iria decorrer a entrevista. Contudo esta fase do processo revelou-se algo complicada, com alguma frequência existiu a necessidade de reajustar quer o dia quer a hora da entrevista, por indisponibilidade dos sujeitos, devido a trocas de turno, a cansaço físico ou psicológico após a realização de alguns turnos e ainda devido à recolha de dados ter ocorrido em período de férias de Verão, o que também sobrecarrega as equipas. Outro aspecto dificultador desta fase, foi a ausência nos serviços de um espaço acolhedor, calmo, isento de ruídos ou interferências onde pudessem decorrer as entrevistas.

Cada sujeito participante no estudo foi informado acerca da duração média da entrevista, que a mesma seria gravada e que estava assegurada a confidencialidade e o

anonimato das informações, assim como o acesso aos resultados do estudo caso fosse essa a vontade expressa de cada um. Não foi negligenciada a explicação aos sujeitos participantes no estudo sobre a importância da sua contribuição e que o interesse na realização desta investigação não residia em avaliar a forma como se processava a interacção com o doente, mas sim, em conhecer e perceber qual o significado que a mesma representa na construção da identidade profissional do enfermeiro. No final de cada entrevista foi sempre efectuado o agradecimento pela participação e disponibilidade demonstrada. Respeitaram-se assim os princípios éticos a que deve obedecer uma investigação.

Em qualquer investigação considera-se importante informar correctamente os sujeitos sobre os objectivos do estudo e proteger os participantes mais vulneráveis, contra “traumas” psicológicos que possam vir a ocorrer no decurso da entrevista. Durante esta fase da investigação, conseguiu-se estabelecer e manter uma relação de confiança e de colaboração com todos os participantes. A maioria dos sujeitos apresentaram-se receptivos e agiram com espontaneidade perante o equipamento audio, contudo, dois dos participantes revelaram-se inibidos em efectuar o discurso oral perante o gravador, pelo que nestas situações foi necessário recorrer a um posicionamento estratégico do equipamento e estabelecer uma maior aproximação entre investigador e narrador, dando início à gravação sem que se apercebessem do facto.

A recolha de dados decorreu entre 26/06/03 e 05/09/03, foi precedida pela realização de uma entrevista exploratória realizada em duas fases, já que existiu a necessidade de aprofundar algumas das temáticas abordadas. Esta entrevista exploratória revelou-se de grande utilidade para o investigador e foi ao encontro do que Quivy e Campenhoudt (1992, p.77) referem acerca das mesmas:

As entrevistas exploratórias não têm como função verificar hipóteses ou analisar dados específicos, mas sim abrir pistas de reflexão, alargar e precisar os horizontes de leitura, tomar consciência das dimensões e dos aspectos de um dado problema, nos quais o investigador não teria decerto pensado espontaneamente

#### **2.4.1 - Tratamento dos dados**

Para a concretização desta fase e após o terminus da recolha dos dados procedeu-se de seguida, à transcrição manual de cada entrevista, tendo sido registados integralmente todos os conteúdos verbalizados pelos sujeitos. Este processo para além de difícil, foi

exaustivo e moroso, no entanto permitiu ao investigador uma abrangência das descrições como um todo.

Do conjunto das transcrições obteve-se uma informação bastante rica na qual se tentou perceber de imediato a estrutura do processo de interação entre enfermeiro e doente e o modo como a mesma é vivenciada pelos sujeitos do estudo, e ainda que contributos traz para a construção da identidade profissional do enfermeiro. No texto produzido pelas transcrições procurou-se, obter um conhecimento profundo da natureza e do significado que representa para cada um a interação com o doente. Neste contexto, foram (re)escritas as narrativas e identificados para cada sujeito os acontecimentos marcantes e os personagens chave. Este passou a ser o corpus de análise deste estudo.

Esta fase veio a revelar-se primordial para a continuação e sequência do estudo, já que permitiu de seguida a identificação e categorização dos acontecimentos marcantes em duas categorias: os marcantes positivos e os marcantes negativos e a sua respectiva distribuição pelos diferentes grupos em estudo (estudantes e enfermeiros, estes com menos de 5 anos de exercício profissional e com mais de 5 anos de exercício profissional). Como acontecimentos marcantes positivos foram identificadas oito situações diferentes, e, como acontecimentos marcantes negativos identificaram-se sete situações distintas.

### **PARTE III – ACONTECIMENTOS MARCANTES NA VIDA DOS SUJEITOS E A IDENTIDADE PROFISSIONAL EDIFICADA NA INTERACÇÃO ENFERMEIRO/DOENTE**

#### **1 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

Através do processo de análise sistemático efectuado às informações obtidas nas entrevistas e obtido o corpus da investigação, através da identificação dos acontecimentos marcantes, personagens chave e outras informações consideradas como relevantes para o estudo (anexo 2), foi necessário identificar nesse corpus as unidades de registo.

A unidade de registo “é a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial” (Bardin, 1997, p.106). Bardin (1997) refere que no caso de relatos e narrações, a unidade de registo pode corresponder ao acontecimento.

Tornou-se então imperioso perceber no discurso dos narradores, através das suas expressões, quais eram as situações emergentes de modo a ser possível categorizá-las e agrupá-las em termos de acontecimentos marcantes positivos e negativos que permitissem a construção de questões para a discussão. De modo a facilitar esta construção de questões para a discussão, em alguns casos agrupou-se mais do que um acontecimento marcante, quando os mesmos eram do mesmo âmbito. Designou-se então esta aglutinação de acontecimentos por dimensão.

Desta forma, obtiveram-se oito dimensões (situações) que se consideraram como significativas e que passaram a constituir os acontecimentos marcantes positivos e sete dimensões (situações) significativas que constituíram os acontecimentos marcantes negativos, representando a interacção enfermeiro/doente o traço estruturante desta identificação de acontecimentos marcantes, quer positivos quer negativos, que mais contribui para a construção da identidade profissional do enfermeiro.

Relativamente aos acontecimentos conotados como positivos, de salientar que muitos deles não foram identificados como tal pelos sujeitos participantes no estudo, mas sim pelo investigador. A este propósito os narradores referem que acontecimentos marcantes positivos os há todos os dias e todas as horas, mas na verdade são os negativos que marcam muito mais, quer psicologicamente quer reflexivamente. As situações negativas, contribuem muito mais para a aprendizagem do que as positivas. As positivas “não ficam guardadas para depois documentarmos” (E10), porque “(...) as situações negativas como me magoam mais, são mais facilmente lembradas (...)” (E11). As situações positivas são importantes mas passam, “(...) elas passam não marcam. Marcam na altura e se calhar naquela semana (...), pronto, parece que foi uma coisa boa e passou. (...) Dão-nos uma certa alegria no momento mas estamos sempre à espera que venham mais e pronto, (...), agora as mais tristes, essas ficam, infelizmente, mas ficam” (E14). Consideram ainda os narradores, que as situações negativas, são as que mais contribuem para a aprendizagem, “(...) eu acho que a mim as situações negativas fizeram crescer mais que as positivas (...)” (E12). Por outro lado referem que experiências marcantes positivas “houve algumas e bonitas e que fizeram pensar, vale a pena ser enfermeira, (...) eu normalmente aponto as negativas, porque, as negativas (...) fazem parte da minha vida e da vida das outras pessoas; (...) muitas vezes questioneei a Justiça Divina, essas são de tal forma marcantes que eu costumo falar, (...)” (E15).

Para se apresentarem os resultados obtidos construíram-se dois quadros, um para os acontecimentos conotados como positivos e outro para os conotados como negativos. Em ambos, se apresentam os acontecimentos por ordem decrescente de frequência com que os mesmos foram referidos pelos narradores. Segundo Bardin (1997, p.109) a “importância de uma unidade de registo aumenta com a frequência de aparição”. Deu-se assim prioridade aos acontecimentos que mais vezes foram referenciados, por se considerar que, ao serem referidos um maior número de vezes, são os que possuem maior significado para os sujeitos deste estudo na construção da sua identidade profissional.

Optou-se por apresentar primeiro os acontecimentos marcantes positivos, já que se considerou e consideraram os narradores que os negativos são os mais significativos na interacção do enfermeiro com o doente e como tal, os que apresentam maiores contributos na construção da identidade profissional do enfermeiro, pelo que se apresentam por último.

A unidade de contexto “serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo” (Bardin, 1997, p.107).

Então à semelhança do que refere Bardin, considerou-se a unidade de registo como o acontecimento e a unidade de contexto, por ser mais abrangente, é o segmento de mensagem que permite a compreensão do acontecimento e corresponde à contextualização das unidades de registo.

Feita esta primeira explanação sobre o modo como se obtiveram os dados para análise, apresentam-se então os mesmos em termos de dimensões positivas (acontecimentos marcantes positivos) e negativas (acontecimentos marcantes negativos), respectivamente nos quadros 7 e 8, construídos a partir dos acontecimentos referenciados pelos sujeitos como marcantes.

**Quadro 7 - Identificação de Acontecimentos Marcantes Positivos e Respectiva Distribuição Pelos Diferentes Grupos em Estudo**

<b>Acontecimentos Marcantes Positivos</b>	<b>Estudantes</b>	<b>Enfermeiros com menos de 5 anos</b>	<b>Enfermeiros com mais de 5 anos</b>	<b>Total</b>
Decisão da escolha da profissão	2	2	2	6
Reconhecimento da pessoa do enfermeiro, pelo doente e família	1	2	3	6
Experiências bem sucedidas no cuidar às pessoas	0	2	2	4
Estabelecer relação terapêutica com o doente terminal e/ou família	1	2	0	3
Autonomia no desempenho de funções	1	1	0	2
Ser-se prestável aos doentes	2	0	0	2
Comunicação interpessoal	0	0	2	2
Relação de amizade entre professor/estudante	0	1	0	1

Da leitura efectuada ao quadro 7, constata-se existirem apenas duas dimensões que são transversais aos três grupos em estudo e que se referem, à decisão da escolha da profissão e ao reconhecimento da pessoa do enfermeiro pelo doente e família.

Apesar de ambas as dimensões terem sido referidas o mesmo número de vezes, o reconhecimento da pessoa do enfermeiro pelo doente e família, foi no entanto, mais valorizada pelos enfermeiros com mais de cinco anos de exercício profissional; enquanto que a decisão da escolha da profissão, foi valorizado de igual modo pelos diferentes grupos em estudo.

As experiências bem sucedidas no cuidado às pessoas, foi também uma dimensão muito valorizada, no entanto, nenhum dos estudantes lhe fez referência.

A dimensão seguinte, refere-se ao estabelecer de relação terapêutica com o doente terminal e/ou família. Esta dimensão não foi referenciada pelo grupo dos enfermeiros com mais de 5 anos de exercício profissional.

Quanto às dimensões, autonomia no desempenho de funções; ser-se prestável aos doentes e comunicação interpessoal, as mesmas foram valorizadas de igual modo. No entanto, as duas primeiras não foram mencionadas pelos enfermeiros com mais de 5 anos de exercício profissional, enquanto que, a comunicação interpessoal, foi referida precisamente por este grupo.

Em relação à última dimensão (relação de amizade entre professor e estudante) foi mencionada apenas por um dos sujeitos, pertencendo o mesmo ao grupo dos enfermeiros com menos de 5 anos de exercício profissional.

#### Quadro 8 - Identificação de Acontecimentos Marcantes Negativos e Respectiva Distribuição Pelos Diferentes Grupos em Estudo

Acontecimentos Marcantes Negativos	Estudantes	Enfermeiros com 5 ou menos anos	Enfermeiros com mais de 5 anos	Total
Morte	5	5	6	16
A doença e a hospitalização de familiares directos	1	0	2	3
Dificuldade de comunicação com o doente	0	2	0	2
Desempenho de funções em circunstâncias adversas	0	0	2	2
O enfermeiro no papel de doente	1	0	1	2
A gravidez na adolescência	1	0	0	1
O idoso rejeitado pela família	1	0	0	1

Pela leitura do quadro 8, constata-se existir uma única dimensão transversal aos três grupos em estudo e que foi mencionada pela totalidade dos sujeitos do estudo (16), refere-se a situações em que, a morte, é a determinante do acontecimento marcante.

A dimensão seguinte foi mencionada por três dos sujeitos participantes no estudo e refere-se a situações de doença e hospitalização de familiares directos dos narradores. Dos três sujeitos que a referiram, dois, pertencem ao grupo dos enfermeiros com mais de cinco anos de exercício profissional e um pertence ao grupo dos estudantes.

Seguem-se três dimensões (dificuldade de comunicação com o doente; desempenho de funções em circunstâncias adversas; o enfermeiro no papel de doente) todas valorizadas

de igual modo, sendo cada uma delas referida por dois sujeitos. Relativamente a estas três dimensões, o grupo que menos as referencia é o dos estudantes.

As duas últimas dimensões (gravidez na adolescência e o idoso rejeitado pela família), foram referenciadas cada uma delas apenas por um sujeito, pertencendo o mesmo ao grupo dos estudantes.

Ainda pela leitura do quadro 8, pode-se verificar, que a dimensão que maior visibilidade obteve por parte dos sujeitos do estudo é a morte, parece ser assim pertinente decompor esta dimensão nos vários acontecimentos particulares que a constituem, pelo que se apresentam os mesmos no quadro 9.

**Quadro 9 – A Morte – Acontecimentos Particulares e Respectiva Distribuição Pelos Diferentes Grupos em Estudo**

<b>Morte</b>	<b>Estudantes</b>	<b>Enfermeiros com menos de 5 anos</b>	<b>Enfermeiros com mais de 5 anos</b>	<b>Total</b>
Fase final de vida/degradação do estado de saúde, incapacidade de se lutar contra a morte e morte	5	5	6	16
Cuidados ao corpo pós - morte	1	0	2	3
Hospitalização e morte de crianças	0	0	2	2
O jovem com HIV/SIDA em fase final de vida	1	0	1	2
Comunicação de óbitos à família	0	1	1	2
Prestar cuidados no IPO	0	1	1	2
Morte do pai	0	0	1	1

Da leitura do quadro 9, constata-se que todos os sujeitos participantes no estudo, atribuem importância significativa à fase final de vida, à degradação do estado de saúde e à incapacidade de se lutar contra a morte, conduzindo estas situações à ocorrência da morte propriamente dita.

Outro acontecimento marcante relacionado com a problemática da morte, refere-se aos cuidados que se prestam ao corpo após a morte. Esta situação foi referenciada por três sujeitos, sendo que, nenhum deles pertence ao grupo dos enfermeiros com menos de 5 anos de exercício profissional.

Outras situações relacionadas com este mesmo acontecimento marcante (morte), referem-se a situações particulares como, a hospitalização e morte de crianças, o jovem com HIV/SIDA em fase final de vida, a comunicação de óbitos à família e ainda o

prestar cuidados no IPO, todas foram mencionadas o mesmo número de vezes, duas. No entanto, a hospitalização e morte de crianças, não foi referenciada nem pelos enfermeiros com menos de 5 anos de exercício profissional, nem pelos estudantes. Estes últimos também não referenciaram como significativa a comunicação de óbitos à família.

O último acontecimento relacionado com a morte, é uma situação muito particular e refere-se à morte do próprio pai do narrador, sendo que este narrador se posiciona no grupo dos enfermeiros com mais de 5 anos de exercício profissional.

Todos os acontecimentos referenciados pelos sujeitos como marcantes do seu percurso pessoal e profissional e que condicionam a interacção com o doente, são geradores de múltiplas emoções e sentimentos.

Relativamente ao grupo dos estudantes, estes referem que à medida que vão ganhando mais experiência aprendem a controlar melhor as emoções, “(...) não deixar tanto que afectem o (...) desempenho profissional” (E1). Também o receio e a ansiedade “(...) a pouco e pouco se vão transformando (...) em alguma confiança em nós próprios, (...)” (E4). Este mesmo estudante refere ainda sentir com alguma frequência “(...) aquele sentimento de impotência (...) quando não se espera evolução positiva da situação e não se pode fazer nada” (E4). Por fim, outro estudante refere ainda que o que é importante é existir “(...) uma adequação de cada sentimento, a cada situação também, (...)”. (E5).

Quanto aos enfermeiros com menos de 5 anos de exercício profissional, referem ser a alegria, um dos sentimentos mais importantes, a mesma pode ser explícita ou “ (...) implicitamente temos presente a alegria, quando existem melhoras na situação de saúde dos doentes” (E6). Outros sentimentos referenciados como, a “(...) confiança é fundamental (...), disponibilidade, (...) empatia, (...) porque sem empatia também não há relação” (E9).

Por último, os enfermeiros com mais de 5 anos de exercício profissional referem que o sentimento de ajuda é muito importante. O sentimento de impotência também é referido com frequência. A alegria surge “(...) quando o investimento que é feito (...) e depois os resultados são bons (...) quando as coisas correm bem (...)” (E11). A tristeza surge “(...) quando nem tudo o que nós fazemos tem o resultado esperado” (E11). A empatia foi também referenciada como fundamental “... a empatia é importantíssima, se não conseguirmos empatia acho que não conseguimos qualquer tipo de relação (...)” (E13). Foi também referenciado, que de um modo geral se conseguem colocar na relação com o doente “(...) tantos sentimentos, vamos lá chamar positivos, como sentimentos negativos, (...)” (E13). (Anexo 3).

## 1.1 – ACONTECIMENTOS MARCANTES POSITIVOS

Feita esta primeira apresentação, descreve-se com maior pormenor cada dimensão. Procede-se ainda à enumeração dos sujeitos que a referenciam, pelos diferentes grupos em estudo.

**Decisão da escolha da profissão,** constata-se que esta dimensão foi referenciada pelos sujeitos pertencentes aos três grupos em estudo, num total de seis sujeitos, encontrando-se os mesmos distribuídos equitativamente pelos grupos, com dois sujeitos em cada um. Esta dimensão está relacionada com o ingresso na Escola de Enfermagem, a componente teórica do curso, onde é ainda feita uma auto-reflexão sobre o futuro desempenho profissional, os ensinamentos clínicos realizados durante a formação básica em enfermagem (Licenciatura) e a escolha da profissão.

Acerca desta dimensão referem os sujeitos, que mesmo não sabendo muito bem o porquê da escolha da profissão de enfermagem, esta sempre os atraiu, provavelmente pela vertente humana e relacional que sabiam poder desenvolver e que os iria realizar pessoal e profissionalmente: “ (...), eu sempre quis enfermagem, (...), gostava da área da saúde mas não gostava daquelas áreas que eram muito técnico, muitos órgãos muitas coisas assim, sem muito interesse para mim, e como conhecia algumas pessoas que tinham tirado o curso sabia que a área da enfermagem se quiséssemos tinha uma vertente humana, que... segundo aquilo que eu imaginava me iria preencher e me iria realizar profissionalmente e pessoalmente, por isso é que fui para enfermagem, e não me enganei, felizmente.” (E3).

Por outro lado referem também, que é difícil falar sobre a identidade profissional do enfermeiro e que para se ser um bom enfermeiro é essencial que a pessoa se sinta enfermeiro e goste daquilo que faz, sendo então a enfermagem uma paixão e não uma profissão. Só cada um à sua maneira é que sente a emoção de ser enfermeiro. A própria opção de se ser enfermeiro é marcante e define uma vida, “(...), a pessoa tem que se sentir enfermeira, porque eu, (...) sinto-me enfermeira, sinto... uma atracção muito especial pela relação com as pessoas, (...)” (E3).

No que concerne à admissão e entrada para a escola de enfermagem, referem os sujeitos ser sempre um acontecimento marcante, “é sempre... (...) marcante (...)” (E4) e no caso concreto desta escola era ainda mais marcante por se tratar de uma escola pequena, “(...) o grupo também não era muito grande, (...) e era como se fosse uma família...” (E4).

Para os estudantes, o primeiro estágio em que prestam cuidados de enfermagem, o mesmo é um pouco assustador e marcante, “(...), o primeiro estágio de prestação de cuidados, é

sempre, (...), algo que nos assusta um pouco, (...) e há sempre um certo receio: «será que vou conseguir? Será que vou ser capaz? Será que é isto que eu quero?» (...)» (E4).

Ainda no contexto académico, como estimulante e motivo de reflexão de que viria a ser uma boa enfermeira, foi o facto de ter sido seleccionada para apresentar aos colegas de outro ano, um estudo de caso por ela elaborado, “(...) senti que podia vir para o campo profissional não orgulhosa, mas a pensar que tinha muitos contributos para poder ser uma boa enfermeira.” (E7).

No âmbito desta dimensão, onde se integram acontecimentos marcantes como a decisão da escolha da profissão de enfermagem e o ingresso nestas escolas, considera-se ser pertinente apresentar os resultados que se obtiveram sobre o que representa para cada um dos sujeitos, a identidade profissional do enfermeiro e da enfermagem. Dos resultados obtidos importa salientar, que quatro, dos cinco estudantes, apresentam opinião sobre o que representa para cada um deles a identidade do enfermeiro. Destes, três afirmam, serem os momentos de interacção que fazem a identidade. Um dos estudantes considera ainda que sendo a interacção um ponto essencial para a construção da identidade profissional a mesma inicia-se muito antes, sendo a escola e os momentos de formação também determinantes da construção da identidade profissional. Outro dos estudantes, é da opinião de que são os contextos da prática de cuidados e as interacções que se estabelecem quer com os doentes, os familiares e os próprios colegas que são determinantes da construção da identidade profissional.

Quanto aos enfermeiros com menos de 5 anos de experiência profissional, referenciam preferencialmente a identidade da profissão de enfermagem, referindo que esta é uma profissão que deve promover a saúde e o enfermeiro deve ser um educador para a saúde. Dois dos narradores identificam ainda o enfermeiro como um cuidador de doentes, sendo que, deve cuidar com empatia, ser altruísta, deve dar e receber e sentir-se bem com isso. Por outro lado, expressam também a opinião de que os enfermeiros se encontram desmotivados para investirem na profissão, que são pouco valorizados, apesar de apoiarem muito mais os doentes que os médicos e de permanecerem 24 horas com eles resolvendo inclusivamente muitos problemas que não são específicos da enfermagem. Talvez, por essas razões seja difícil “dar o salto final” para se marcar bem a identidade do enfermeiro.

No que se refere à opinião dos enfermeiros com mais de 5 anos de exercício profissional, é de que a identidade da enfermagem passa por cuidar da pessoa, a enfermagem são pessoas que cuidam de pessoas, sendo o enfermeiro o elemento da

equipa de saúde que melhor sabe as necessidades dos doentes porque, está com eles 24 horas por dia. Dois dos narradores referem ainda, que os contextos de formação são uma base para a construção da identidade, sendo no entanto os contextos de trabalho e os conhecimentos que são determinantes da construção da identidade do enfermeiro. Ainda, à semelhança do grupo anterior, um dos narradores considera que o trabalho dos enfermeiros não é valorizado como merecia (Anexo 4).

**Reconhecimento da pessoa do enfermeiro, pelo doente e/ou família,** constata-se que esta dimensão foi referida pelos três grupos de sujeitos em estudo, sendo mencionada por um total de seis narradores. Um pertencente ao grupo dos estudantes, dois pertencentes ao grupo dos enfermeiros com menos de 5 anos de exercício profissional e três pertencentes ao grupo dos enfermeiros com mais de 5 anos de exercício profissional. Esta dimensão, refere-se aos doentes e/ou família que, durante o internamento ou após a alta, reconhecem a pessoa do enfermeiro pelo seu desempenho profissional, onde se incluem as competências técnicas e relacionais. Quando os doentes e/ou família se sentem agradecidos e/ou satisfeitos, por norma, manifestam esse agradecimento e/ou satisfação através de gestos simbólicos mas repletos de emoção.

Os sujeitos do estudo, referem que na enfermagem se tem a oportunidade de se ser reconhecido pelos cuidados que se prestam, ou seja, pelo trabalho desempenhado e isso é extremamente gratificante, porque, “(...) temos a oportunidade de ter o reconhecimento das pessoas e esse reconhecimento conta muito... (...), o que eu gosto de ver é que a pessoa reconheceu o nosso trabalho (...)” (E4). Por outro lado, quando os doentes reconhecem o enfermeiro fora dos contextos de trabalho, esse facto é muito bom, “(...) quando um doente (...) nos vê lá fora e nos reconhece, sem sequer estarmos com o nome, mas pela positiva por aquilo que nós fizemos. É o reconhecimento, (...), não é um agradecimento assim, é na altura, o doente ver-nos, é passar por nós e reconhecer-nos” (E7).

A percepção destes sujeitos é de que na vida dos enfermeiros, há sempre situações e episódios de reconhecimento por parte das pessoas quando se sentem acompanhadas na dor e na doença. Identificam este reconhecimento pelo simples cumprimento ou pelo reconhecimento físico longe dos contextos de trabalho. Quando isso acontece sentem-se importantes e sentem que o seu trabalho foi valorizado e recompensado. A recompensa não interessa qual é, sendo suficiente um simples cumprimento. Efectivamente, acontece muitas vezes, ser o enfermeiro que não se recorda do doente em causa, o que por vezes os deixa bastante incomodados. Consideram ainda, que o facto de serem reconhecidos pelos doentes e terem de algum modo contribuído para que estivessem bem é das coisas mais gratificantes que podem ter enquanto profissionais, “(...), e depois

vimo-los a sair pelo pé deles, virem-nos visitar, (...) e lembrarem-se de nós. Eu acho que isso, talvez seja das melhores coisas que o enfermeiro tem, é de ter o reconhecimento do doente e ver que o doente está bem, contribuímos para que ele estivesse bem” (E13) (Anexo 5-a).

**Experiências bem sucedidas no cuidado às pessoas,** constata-se que esta dimensão não foi mencionada pelos estudantes, contudo, quatro enfermeiros lhe fizeram referência, posicionando-se dois em cada grupo. Refere-se às situações de doença grave experienciadas por algumas pessoas, as quais evoluíram positivamente no decurso do internamento, quando as expectativas apontavam para o contrário.

As experiências de doença bem sucedidas, estão relacionadas com os casos de doença grave. Os sujeitos afirmam existir sempre satisfação quando se vê um doente recuperar, principalmente quando a esperança de vida é escassa, entendendo-se então que “há sempre satisfação quando (...) os doentes recuperam, (...) doentes que entram com AVC, principalmente AVC hemorrágico, e que normalmente nunca têm uma grande esperança de vida e acabam por recuperar (...)” (E8). Outra situação extremamente gratificante para os enfermeiros é poderem acompanhar o evoluir favorável dos doentes que, após um período de grande instabilidade hemodinâmica (como é o caso dos doentes transplantados cardíacos) o enfermeiro pode ver o doente a sair do serviço pelo seu próprio pé, conforme se pode verificar pelo discurso de um dos narradores: “(...) quando trabalhei em Santa Marta, que era um sítio onde os doentes nos chegavam muito mal, (...), um pós-operatório onde eles vêm mal, instáveis, eu acho que a maior alegria que um enfermeiro pode ter é ver um doente que me chegou naquele estado e sair dali pelo seu pé, bem, (...)” (E13). A percepção destes sujeitos é de que não existe situação que consiga causar maior alegria que esta (Anexo 5-b)

**Estabelecer relação terapêutica com o doente terminal e/ou família,** pode-se constatar que esta dimensão foi referenciada por três sujeitos, um pertencente ao grupo dos estudantes e dois pertencentes ao grupo dos enfermeiros com menos de 5 anos de exercício profissional.

Esta dimensão diz respeito ao facto de se conseguir estabelecer uma relação de proximidade e terapêutica com um doente em fase final de vida e/ou respectiva família, o que nem sempre é fácil. No caso do sujeito pertencente ao grupo dos estudantes, a relação estabelecida foi com o próprio doente. O estudante refere-se à importância desta relação terapêutica quando identifica, que conseguia centrar a intervenção nas necessidades do doente transmitindo-lhe força e coragem, assim, o próprio doente afirmava que o estudante era “(...) uma pessoa que lhe estava sempre a dizer para não desanimar, que eu era uma pessoa, que mesmo nessa altura com pouca experiência conseguia transmitir qualquer coisa, que eu era uma pessoa que estava sempre a transmitir força, a encorajar a pessoa, (...), vá lá, a fazer

com que ele também tirasse alguma coisa positiva, é claro que é difícil numa situação destas, mas tentar lembrar a família que tinha, os filhos, os netos, tentar recordações boas e lembro-me de ele ter dito isso, até nem estava à espera, (...)” (E1).

No caso dos enfermeiros, a relação terapêutica desenvolveu-se quer a nível dos familiares, quer a nível do doente e respectiva família. Na primeira situação, em que a relação estabelecida é ao nível dos familiares é ainda possível, dar visibilidade ao papel de participação da família no acompanhamento dos doentes, porque “(...), era uma mãe que (...) já tinha assim uma situação estável, nomeadamente de poder estar a acompanhar o filho no hospital, (...) a mãe era de um optimismo de uma força, (...) «eu sei o que vai acontecer, mas eu também não quero falar disso agora, estamos é a viver esse momento» (...)” (E6). Este suporte familiar através de um dos seus membros (mãe), nos casos de doenças terminais são também, muitas vezes um elemento de ligação entre o próprio doente e a equipa de enfermagem, o que se pode constatar pelas palavras do narrador: “ (...) nós contávamos muito com ela e a nível psicológico e na ajuda do próprio filho, (...) acho que era ali um elemento, um elo de ligação, entre nós, (...) os profissionais de enfermagem (...)” (E6). Na outra situação, a relação estabelecida envolve o doente e a família, e ilustra-se pelo seguinte: “O filho estava a acompanhar o pai, (...), os níveis de ansiedade estavam extremamente elevados, o facto de dar a palavra ao doente e de o ouvir e a presença não só do doente, mas da família (...), criou-se uma relação extremamente positiva, gratificante para ambas as partes (...), fez-me estabelecer uma relação de profundidade e de confiança e muito terapêutica para ambas as partes.” (E10).

Da percepção destes sujeitos sobre o modo como foi possível estabelecer esta relação terapêutica com o doente terminal e/ou família, a mesma passou por conseguirem transmitir ao outro, força, coragem e ânimo; que através de pensamentos positivos, muitas vezes se consegue ver algo também de positivo nas situações; passou ainda pelo, respeito pelo doente e família e por lhe dar espaço para que manifestassem livremente as suas emoções e sentimentos (Anexo 5-c).

**Autonomia no desempenho de funções**, constata-se que esta dimensão foi referenciada por dois sujeitos, um pertencente ao grupo dos estudantes, outro pertencente ao grupo dos enfermeiros com e menos de 5 anos de exercício profissional.

Este acontecimento é referenciado como positivo e relaciona-se com o facto dos sujeitos do estudo atribuírem importância, quer ao facto de começarem a desempenhar a sua actividade sem a presença do professor – para os estudantes; quer por atribuírem importância significativa ao desempenho de funções, quer estas sejam autónomas ou interdependentes, sem serem coagidos por outros.

Esta necessidade de autonomia por parte dos estudantes encontra-se bem patente e ilustra-se pela seguinte afirmação: “(...) deram-nos muita autonomia, (...), tava assim às vezes sozinha e isso foi muito bom, (...) temos que pensar por nós (...), é muito positivo (...), comecei a perceber que até era capaz de fazer as coisas e isso, pronto, foi positivo” (E2).

No que se refere à autonomia no desempenho de funções por parte dos enfermeiros, os sujeitos afirmam que se sentem bem quando podem exercer com autonomia as suas funções, “eu privilegio sempre e sinto-me bem quando eu posso exercer com autonomia as minhas funções, (...) e todas as experiências (...) onde me deram algum reforço positivo e onde eu pude reencontrar-me como pessoa, dentro da profissão, foi precisamente nessas experiências” (E10). Sentem que são autónomos quando o doente e a família reconhecem no enfermeiro um grande suporte de informação e de ajuda, “(...) pedem-nos aquilo que caracteriza a nossa profissão, que é aquelas pequenas coisas, de cuidar, as pequenas dicas que sabemos e vamos construindo e que é no fundo a essência da nossa profissão e que fazem de nós valiosos recursos (...)” (E10) (Anexo 5-d).

Sobre a dimensão **ser-se prestável aos doentes**, verifica-se que foi mencionada por dois dos sujeitos participante no estudo e pertencem ambos ao grupo dos estudantes.

Esta dimensão refere-se à maneira como os sujeitos avaliam a sua relação com os doentes, aos quais dirigem os cuidados.

Sobre esta dimensão, referem os sujeitos que a enfermagem passa pelo enfermeiro, sentir-se útil para as pessoas de quem cuida, “(...) eu acho que a enfermagem... é a gente sentir-se útil e sermos úteis para as pessoas.” (E4). Esta postura preconizada pelos estudantes é ainda ilustrada pela seguinte afirmação: “O conseguir fazer alguma coisa pelas pessoas (...), é o nós sentirmo-nos úteis e o sentirmos que somos capazes de fazer alguma coisa pelos outros, por quem mais precisa, eu acho que isso é das coisas (...) que mais me marca (...)” (E3). Sendo que essas coisas, a que esta narradora se refere só necessitam de ser visíveis para quem está implicado na interação – o enfermeiro e o doente, daí que “(...) pode não ser visível para muitas pessoas mas só que seja visível para mim e para a pessoa a quem eu estou a dirigir os cuidados, para mim basta.” (E3) (Anexo 5-e).

Relativamente à dimensão, **comunicação interpessoal**, a mesma foi referenciada por dois dos sujeitos participantes do estudo, pertencentes ambos ao grupo dos enfermeiros com mais de 5 anos de exercício profissional.

Apresenta esta dimensão duas vertentes distintas, uma refere-se ao facto de um dos sujeito considerar que, a partir do momento em que começou a interagir com as pessoas nos contextos de trabalho, quer estas sejam pessoas saudáveis ou doentes, o seu nível comunicacional se alterou, tendo passado de uma pessoa muito introvertida, que não

conseguia abordar os outros, para uma pessoa sem dificuldades comunicacionais a nível interpessoal. Nesta perspectiva, a interação com as pessoas foi determinante para a alteração de comportamento desta enfermeira, “(...), a minha vida deu uma volta no sentido em que eu era uma pessoa, (...), tímida, mas que na altura ainda era mais tímida, mais introvertida, que não conseguia comunicar com as pessoas que não conhecia, não conseguia ter abertura para me chegar ao pé de alguém e falar sobre qualquer assunto; desde que comecei a lidar com as pessoas, estou diferente nesse aspecto, (...), mas noto isso desde que comecei a lidar mais com as pessoas, doentes, e também com as pessoas saudáveis, (...), no centro de Saúde...” (E11).

A outra, refere-se ao estabelecimento de uma relação empática entre enfermeiro e doente, ou seja, refere-se à capacidade de se ser empático no relacionamento que se estabelece com o doente em contexto de cuidar. A percepção deste narrador, é de que o estabelecimento da relação empática entre enfermeiro e doente passa também por se colocar na relação um pouco de alegria e boa disposição. A relação empática nem sempre é fácil de estabelecer, neste caso concreto, dá-se essencialmente visibilidade à participação do doente nesta empatia, assim o narrador afirma: “(...), eu tenho um semblante (...) nostálgico, mas não deixo de respeitar as pessoas e de criar relações empáticas com elas. Houve um dia que eu entrei na enfermaria a rir à gargalhada, porque alguém tinha dito alguma brejeirice à qual achei graça e não pude conter o riso, (...) e a senhora no fim de eu rir, estava a olhar para mim com um ar muito espantado (...), deu-me a mão e disse: «Não sabe o quanto eu adorei vê-la rir. Fez o meu dia»”. (E15) (Anexo 5-f).

**Relação de amizade professor/estudante**, constata-se que esta dimensão foi referida apenas por um dos sujeitos do estudo, pertencente ao grupo dos enfermeiros com menos de 5 anos de exercício profissional. Refere-se esta dimensão ao facto de a relação professor/estudante poder ter um peso significativo na estabilidade psico-afectiva do aluno e consequentemente permitir-lhe uma maior disponibilidade para a aprendizagem. O sujeito refere-se à importância desta relação de amizade quando afirma que, “(...) foi a disponibilidade dela, a empatia (...) o mostrar-se muito disponível e contribuiu com a sua formação também para o meu enriquecimento, ficou marcado positivamente porque vim para Santarém, não conhecia ninguém (...) e senti nela um apoio que me foi importante para mim como pessoa.” (E9) (Anexo 5-g).

## 1.2 – ACONTECIMENTOS MARCANTES NEGATIVOS

Entre os acontecimentos marcantes negativos constituíram-se também algumas dimensões, sendo que a mais significativa é a **morte**, é transversal aos três grupos em estudo e a totalidade dos sujeitos fez-lhe referência.

Esta dimensão refere-se às situações em que a *fase final de vida* se prolonga sendo a mesma acompanhada de maior ou menor sofrimento, encontrando-se o doente totalmente dependente. A *degradação do estado de saúde* é evidente, existe uma incapacidade de se lutar contra a morte e por fim esta acontece mesmo. É assim, muitas vezes impossível contrariar o rumo dos acontecimentos que conduzem à morte, apesar de se utilizarem todos os meios disponíveis no tratamento da pessoa. De acordo com esta perspectiva, os sujeitos afirmam que uma das coisas que agradecem à profissão, “(...) é o facto de hoje a morte para mim já ser uma realidade que está de tal forma acomodada, (...), é uma realidade (...), encarar a doença e a morte como parte do percurso de vida de forma o mais natural, o menos sofrida, como enfermeira, claro, que não sou alheia a esse processo, é sempre doloroso, (...), mas eu acho que devo à minha profissão algum arcaboço no sentido de lidar com isso no percurso da vida das pessoas, como fazendo parte dela.” (E15).

A percepção dos sujeitos quanto a esta dimensão, é de que é muito marcante constatar-se o antes e o depois da degradação do estado de saúde do doente internado. O antes, corresponde ao momento do internamento do doente em que a condição física e psicológica ainda é aceitável. O depois, é o aproximar do momento da morte em que todas as capacidades e faculdades do doente estão degradadas encontrando-se totalmente dependente e em que muitas vezes está mesmo a agonizar durante várias horas ou dias. A vivência desta realidade, conduz a testemunhos como o seguinte: “De dia para dia ao ver a sua situação, cada vez a piorar, é uma coisa que nos afecta muito... (...)... marcou-me muito ver o antes e o depois.” (E1). É evidente, o quanto estas situações afectam a vida dos sujeitos, referindo os mesmos que, “(...), foi-me muito difícil porque nunca tinha visto uma pessoa a agonizar, a morrer (...)” (E11).

Outra situação é a *doença oncológica em doentes jovens*. O que leva estes sujeitos a questionarem muitas vezes, o “porquê?”. No entanto, a percepção destes sujeitos vai também no sentido de que, as situações de doença “violentas” possuem sempre um lado positivo e um lado negativo. O lado negativo tem a ver com o sofrimento, já que, o ver sofrer nunca é agradável; o lado positivo, tem a ver com a capacidade que se adquire em lidar com o sofrimento.

Sendo em si mesma, a fase final de vida marcante, a percepção destes sujeitos, é de que ainda se torna mais marcante quando o doente é uma criança, “(...) e chorava que queria voltar para os pais (...) agarrava-se muito a nós e queria sempre a nossa presença (...) e isso marcava de dia para dia (...)” (E16). Quando a morte ocorre em crianças, é difícil gerir as emoções e sentimentos, referindo-se os narradores à importância desta situação do seguinte modo: “(...) chegou o dia de desligar o ventilador, (...) e foi chocante (...) a forma como aqueles pais encararam aquela situação, porque a mãe quis dar-lhe banho, a mãe vestiu-a e a mãe embalou-a... ao colo, cantou-lhe, (...) ... foi a situação mais penosa, mais difícil de gerir, em termos de sentimentos (...), até onde que acaba o facto de ser enfermeira e onde começamos nós, pessoas, normalíssimas? (...), foi daquelas situações que nunca mais esqueço, nunca mais esqueço na vida.” (E13).

Também quando o doente é jovem, é bem evidente o que os sujeitos sentem quando se deparam com estas situações, porque “(...) é mais a fase terminal que custa mesmo mais e doentes novos (...)” (E8). A percepção destes sujeitos, é ainda de que, se lida com a morte diferentemente com doentes diferentes, sendo por vezes muito difícil gerir as emoções e os sentimentos que a mesma desencadeia, existindo dificuldade em distinguir onde acaba o ser enfermeira e começa o ser pessoa como qualquer outra. A vivência da fase final de vida e da morte, para estes sujeitos é então diferente, consoante a pessoa que acompanham nesta derradeira fase da vida, já que se lida com a morte “(...) de maneira diferente com a morte de utentes diferentes” (E3).

Também a proximidade da morte e a vivência do acontecimento em si é marcante para os sujeitos deste estudo, porque muitas vezes, “(...) é o primeiro contacto que as pessoas têm com a morte, (...) porque foi tar frente a frente com uma pessoa que de repente... e depois de um momento para o outro vejo que não respira, que tem uma coloração diferente, o próprio ambiente fica diferente, é esquisito... mas o próprio ambiente daquele quarto ou daquele espaço onde está a cama fica diferente...” (E3). Depois outras vezes, é simplesmente aguardar o desfecho final, o que se pode verificar pelas palavras deste narrador: “(...) e foi um olhar para o monitor de aguardar, pronto os sinais...” (E7).

Os estudantes referem também, que a vivência de uma situação real de morte é completamente diferente do que é abordado por exemplo em contexto de ensino teórico, pelo que lhe fazem menção do seguinte modo: “(...) Nós já tínhamos falado sobre a morte, mas eu acho que a vivência real da situação é completamente diferente, não tem nada a ver” (E11).

Insere-se ainda nesta dimensão, a percepção dos sujeitos quanto ao facto de se terem que confrontar algumas vezes com a identificação que o doente faz com o enfermeiro e ainda, com a revolta do mesmo pela sua situação, o que se pode ilustrar pelas palavras desta narradora: “(...) e comigo era mais agressiva porque, a identificação ela fê-la de tal forma que criou um à vontade comigo e uma familiaridade que ultrapassava a empatia profissional (...) já demasiado

envolvente (...) e de me pôr perante aquelas questões: « porque é que vocês me obrigam a estar internada numa altura em que tenho tão pouco tempo de vida e que me estão a roubar o tempo para eu viver com o meu filho, (...), tenho de estar aqui a aturar-vos, e vocês a fazerem-me mal, a fazerem-me doer e eu vou morrer da mesma forma.» (E15).

Outros acontecimentos que se incluíram nesta dimensão, são situações particulares, mas igualmente relacionadas com a morte. Um deles, refere-se aos *cuidados que o enfermeiro tem que prestar ao corpo após a morte* de um doente, tendo sido referenciado este acontecimento por três sujeitos, dois pertencentes ao grupo dos enfermeiros com mais de 5 anos de exercício profissional e um pertencente ao grupo dos estudantes.

A percepção dos sujeitos quanto a este acontecimento é de que ele consegue ser ainda mais marcante do que a própria morte, especialmente quando a mesma já é esperada, porque mexe com sentimentos ligados à forma de se pensar a vida e a morte, “(...), porque mexe um bocadinho com o nosso íntimo, com a nossa forma de pensar a vida e a morte... e chega-se à conclusão que a nossa vida é muito pequena comparada... com aquilo que pode ser.” (E4).

Quanto ao termo “fazer a múmia”, o mesmo foi objecto de reflexão por parte destes sujeitos. Dessa reflexão emergiu que este termo, “fazer a múmia” é de certo modo um refúgio, de dizer as coisas de um modo impessoal. Quando um destes sujeitos teve que prestar cuidados ao corpo do seu próprio pai, após a morte, esta situação fê-lo repensar que o corpo é mais que um corpo morto, pelo que se refere a esta situação do seguinte modo: “... o facto de eu cuidar do corpo do meu pai, após ele ter morrido (...) e quando a gente diz «vai fazer a múmia», se calhar é uma forma que a gente tem de se refugiar, de dizer as coisas de uma forma impessoal, para não falar em morte... mas o cuidar do corpo do meu pai, fez-me eu perceber que o corpo é mais alguma coisa, sem ser só corpo e a gente, às vezes mexe no corpo, não pensa que está ali uma pessoa. Eu quando cuidei do corpo do meu pai, era o meu pai que ali estava (...) aliás o corpo era o que menos interessava. (...) E hoje (...) quando tenho que cuidar de um corpo morto, penso no nome que aquele corpo tinha, (...) é uma pessoa, que existiu, viveu e teve a sua personalidade (...)” (E12).

*Hospitalização e morte de crianças*, foi também um acontecimento referenciado, neste caso por dois dos sujeitos participantes no estudo, inserindo-se ambos no grupo de enfermeiros com mais de 5 anos de exercício profissional. Refere-se este acontecimento, aos casos de doença grave que surgem em crianças e que implicam hospitalização, inclui-se ainda neste acontecimento os casos de doença oncológica da criança, “(...) foi realmente confirmado que aquelas adenopatias era mesmo uma neoplasia e ele começou a fazer ciclos de quimioterapia (...) e depois os efeitos secundários da quimioterapia ele sofreu muito com isso, (...)... até que as coisas começaram a complicar-se a... quimioterapia já não estava a surtir o efeito que deveria ter, e ele cada vez ficava pior a... cada vez mais acamado cada vez mais

dependente (...)”. Sendo que, o desfecho da hospitalização foi a morte dessas mesmas crianças, “(...) entretanto acabou por falecer e foi um choque muito grande (...)” (E16).

A percepção dos enfermeiros relativamente a este acontecimento é de que a hospitalização e a morte se tornam ainda mais marcantes quando se trata de crianças. O discurso dos narradores é demonstrativo da dificuldade que sentem em gerir estas situações, pelo que afirmam: “(...) uma criança que entrou em morte cerebral por hipertremia maligna e foi muito difícil para a equipa toda, gerir aqueles sentimentos, (...) ali estava ventilada, de cirurgia cardíaca e depois desencadeou hipertremia maligna, até que chegou o dia de desligar o ventilador (...) e foi chocante para nós (...) ... foi a situação mais penosa, mais difícil de gerir, em termos de sentimentos (...)” (E13).

A situação torna-se ainda mais marcante quando as crianças não possuem o apoio de familiares directos, sendo então os enfermeiros que tentam fazer este papel de família de substituição. Importa pois, conhecer o testemunho acerca deste facto: “(...) era um serviço de medicina onde tinha muitas doenças oncológicas e uma das situações (...), que me marcou mais foi realmente uma situação de uma criança, um rapaz com cerca de onze anos (...) era um rapaz de raça negra (...) angolano (...) e veio sozinho pronto, veio através da embaixada, (...) não conhecia ninguém e acabamos por estabelecer toda a equipa de enfermagem uma relação muito próxima com ele, (...) ele tinha altos e baixos e tinha muitas saudades da família e pronto nós preenchíamos um pouco essa lacuna (...) acabávamos por preencher um bocadinho aquela falta dos pais e dos amigos (...). (...) e ele cada vez ficava pior a... cada vez mais acamado cada vez mais dependente e cada vez mais pronto, com saudades da família e chorava que queria voltar para os pais (...), e a gente acabava por ficar sentados ao pé dele, quando podíamos, até que ele adormecesse, talvez no papel de mãe (...) entretanto acabou por falecer e foi um choque muito grande (...), aquela situação que os pais nunca o viram, que a criança nunca teve hipótese de tar com a família e sofrer ao lado da família (...)” (E16).

*O doente jovem, em fase final de vida com HIV/SIDA, é outro dos acontecimentos particulares da dimensão morte. Constata-se que este acontecimento foi referido por dois dos sujeitos participantes no estudo, sendo que, um pertence ao grupo dos estudantes e outro ao grupo dos enfermeiros com mais de cinco anos de exercício profissional. Refere-se esta dimensão aos doentes portadores de HIV/SIDA mas com uma particularidade que é o facto de serem jovens e se encontrarem em fase final de vida.*

A percepção destes sujeitos é de que estes casos são marcantes por duas ordens de razões. Primeiro, pela situação que os doentes vivenciam com a degradação que o corpo vai sofrendo, mas com a particularidade de manterem sempre uma enorme esperança de vida e depois; depois pela situação de morte que acaba por ocorrer. Ilustrativo destas situações, é o discurso dos narradores: “(...), e tive um doente, que era toxicod dependente, HIV

positivo, já com uma história de doença terrível, mas com uma força... de vida, (...) que nós sabíamos que ele ia morrer, que não havia hipótese nenhuma, (...) e sempre com uma esperança de vida, (...). eu acho que... essa experiência fez com que eu, penso, é assim, não é esconder as coisas do doente, mas deixar a pessoa viver com a esperança que tem, o que lhe resta... (...), acredita, tudo bem.” (E13);

“(…), uns jovens do sexo masculino, portadores de HIV (...) acabavam por falecer por complicações que teriam à posteriori e aí fazia-me bastante impressão, primeiro pelo caso, a situação em que estavam a viver e poderia ser, provavelmente, ser eu, um colega meu ou amigo e também pelo estado de degradação que o corpo iria sofrendo, (...)” (E5).

*A comunicação de óbitos à família*, refere-se a um caso muito específico de comunicação e é outro dos acontecimentos marcantes que se insere na dimensão morte. Foi referenciada por dois dos enfermeiros participantes no estudo, pertencendo cada um deles, a cada um dos grupos de enfermeiros em estudo. Quanto a este acontecimento, os enfermeiros referem ser esta uma situação ainda mais marcante do que propriamente vivenciar a morte, pelo que referem: “(...) aquela pessoa, doente falecer não havia mais nada a fazer, faleceu tudo bem, até pode ter-me marcado imenso e ter tocado imenso, mas depois é muito mais difícil a mim encarar a família quase como eu também tenho um bocadinho de culpa, (...) de frustração também, não se ter conseguido fazer mais para além daquilo que foi feito, (...)” (E13).

Os enfermeiros que se referiram a este acontecimento consideram, que mais difícil e marcante do que vivenciar a morte de um doente é o facto de se ter que comunicar a sua ocorrência aos seus familiares, aumentando a complexidade da comunicação quando se trata de uma criança, pelo que: “(...) ir dar uma notícia e principalmente, quando são crianças, dar uma notícia a uns pais, que eu acho que por muito mal que tenham visto aquele filho nunca, é a última hipótese que põem, é que venha a acontecer a morte, (...) não faz parte do ciclo da vida, os pais verem os filhos morrerem, (...) só isso acho que é desgastante para nós, (...)”. (E13).

Este tipo de comunicação pode ocorrer quer telefonicamente, quer em presença física dos familiares, sendo que quando ocorre em presença física se torna muito mais desgastante para quem a tem que efectuar, assim os sujeitos referem o seguinte: “(...) nós vivemos muitas situações de óbitos, mas como avisamos pelo telefone é um bocado diferente, mas quando estamos mesmo em contacto com os familiares é muito complicado”. (E8).

*Prestar cuidados no IPO* (Instituto Português de Oncologia), verifica-se que este acontecimento foi referenciado por dois dos sujeitos participantes no estudo, ambos enfermeiros, pertencendo um, aos que têm menos de 5 anos de exercício profissional e outro, ao grupo dos que têm mais de 5 anos de exercício profissional. Refere-se este acontecimento ao facto de que o desempenho de funções em unidades de cuidados específicas de oncologia, representar para os enfermeiros que aí trabalham um desgaste acrescido pelas situações com que diariamente se têm que confrontar.

Quanto a esta dimensão, os enfermeiros consideram que desempenhar funções neste tipo de serviços de saúde é “(...) em termos emocionais algo penoso . (...) trabalhar com doentes oncológicos é complicado (...). Emocionalmente bastante pesado, coisa que não encontrei em mais serviço nenhum por onde passei” (E10).

Apesar de ser gratificante trabalhar no IPO, porque os doentes “(...), eles davam-nos muito, (...) (E14), também era muito desgastante porque, “(...) era extremamente cansativo, cansativo psicologicamente. (...) nós para eles éramos, era tipo um salva vidas (...)” (E14). Por outro lado, os enfermeiros ao trabalharem no IPO têm que saber gerir muito bem os seus próprios medos e receios, porque diariamente se confrontam com situações delicadas e complicadas, pelo que referem o seguinte: “(...) nós gerimos com as nossas próprias, com os nossos receios, com medos e convivermos, ver-mos as situações, as vivências deles, (...)” (E14).

*Morte do pai*, é um dos acontecimentos marcantes da vida pessoal de um dos sujeitos participantes do estudo, pertencendo ao grupo dos enfermeiros com mais de 5 anos de exercício profissional. A percepção deste enfermeiro, quanto a este acontecimento marcante negativo da sua vida pessoal é de que o mesmo o marcou positivamente, pois fê-lo crescer, tendo influenciado a sua vida profissional. Refere ainda, que as situações da sua vida pessoal as transporta sempre para a vida profissional, no sentido de delas retirar contributos positivos. Importa então referir, que o facto de ter cuidado do corpo do pai, foi “(...) outra coisa que me fez... fez-me impressão, mexeu comigo, o facto de eu estar sozinho, isso são coisas pessoais que eu transporto sempre para a minha vida profissional... (...) ... o facto de eu cuidar do corpo do meu pai, após ele ter morrido, que é uma coisa que a gente mete tanta impressão (...). Eu quando cuidei do corpo do meu pai era o meu pai que ali estava (...). E hoje quando faço isso, quando faço esta actividade, quando tenho que cuidar de um corpo morto, penso no nome que aquele corpo tinha, (...) é uma pessoa, que existiu, viveu e teve a sua personalidade...”. (E12) (Anexo 6-a).

Continuando a apresentação dos acontecimentos marcantes negativos, tem-se que, **a doença e a hospitalização de familiares directos**, foi uma dimensão referenciada por três sujeitos participantes no estudo, um pertencente ao grupo dos estudantes e dois pertencentes ao grupo dos enfermeiros com mais de 5 anos de exercício profissional. Refere-se esta dimensão ao modo como os enfermeiros vivenciam a doença de familiares directos.

Relativamente a esta dimensão, a percepção destes sujeitos passa pelo facto de que gostariam que outros cuidassem dos seus familiares, como estes enfermeiros cuidam dos doentes que têm a seu cargo, pelo que referem o seguinte: “(...) pronto era aquela coisa alguém também está a cuidar do meu avô como eu estou a tratar de outras pessoas...” (E3).

Este acontecimento da vida pessoal dos sujeitos do estudo contribuí para que no presente os cuidados que prestam sejam diferentes do que acontecia anteriormente, porque se encontram mais despertos para determinadas situações, “(...), fez-me ver o que é que as pessoas podem sentir ao chegar ao serviço, (...) muitos dos doentes são, é a primeira vez que são internados o que é que as pessoas sentem, (...), o facto de eu já ter vivido situações relativamente semelhantes, fazem-me perceber de que forma é que as pessoas encaram muitas vezes o processo do internamento, processo de ser cuidado.” (E11).

Referem contudo, que antes destas situações de modo algum eram maus enfermeiros ou impessoais, no entanto, estes acontecimentos conduziram à reflexão por parte dos sujeitos e promoveram o seu crescimento pessoal e profissional, conduzindo a atitudes diferentes daquelas que tinham anteriormente, perante o doente e familiares. Esta situação pode-se ilustrar através do seguinte discurso: “(...) eu nunca tinha olhado para uma cama daquelas pensando que podia ser alguém meu, (...). Acho que hoje tenho uma atitude perante os familiares e perante os doentes, antes disso se calhar não tinha, não quer dizer que eu antes fosse ríspido ou antipático ou impessoal, mas havia coisas que eu tava muito pegado às regras, (...). (...) como enfermeiros temos que ser humanos e pensar na pessoa que ali está.” (E12) (Anexo 6-b).

**Dificuldade de comunicação com o doente**, esta dimensão foi referenciada por dois dos sujeitos participantes no estudo, ambos pertencentes ao grupo dos enfermeiros com menos de 5 anos de exercício profissional. Refere-se à dificuldade em comunicar com alguns doentes e em determinadas condições, como seja por exemplo com um doente afásico.

Quanto a esta dimensão, os enfermeiros que lhe fizeram referência consideraram-na marcante porque, num dos casos, se tratava de um doente jovem, tetraplégico e afásico. O sujeito que lhe faz referência, reporta de algum modo também para si ou para alguém das suas relações, este caso, porque estas situações podem acontecer a qualquer um. Refere-se a esta situação do seguinte modo: “(...) ... eu tinha um doente consciente, orientado, totalmente dependente (...), o ser tetraplégico, a imagem que me dava era a forma como ele me olhava e pensar que ele estaria ali num sofrimento e que eu... (...). Primeiro, porque era uma pessoa muito nova (...), isso era um primeiro aspecto, depois porque via-o completamente, totalmente dependente e depois porque associava, pronto, mais ou menos das mesmas idades, ser mais ou menos da idade dele (...)”. (E7).

A outra situação de dificuldade comunicacional, estará provavelmente mais relacionada com uma situação de desequilíbrio psicológico do doente, após a amputação de um membro inferior. Acerca desta situação, assim se refere o narrador: “Foi um caso de uma senhora que foi submetida a uma amputação, (...), mas na altura devido à minha imaturidade e devido ainda ao processo formativo, se calhar ainda não estava com atenção a todas as coisas que hoje eu já estou mais desperto, (...) não conseguia ter um diálogo com a senhora. (...) ... e eu senti-me um bocado mal,

(...), a senhora nunca disse nada, a senhora sempre olhava com aqueles olhos, com o olhar triste, com a situação envolvente (...)" (E9) (Anexo 6-c).

**Desempenho de funções em circunstâncias adversas**, esta dimensão foi mencionada por dois enfermeiros participantes no estudo, ambos pertencentes ao grupo de enfermeiros com mais de 5 anos de exercício profissional. Refere-se esta dimensão, ao facto de os enfermeiros muitas vezes terem que prestar cuidados mesmo em circunstâncias que se desejaria que não acontecessem. A percepção destes enfermeiros é de que ao desempenharem funções em circunstâncias adversas, estas muitas vezes são geradoras de ansiedade e até de uma certa revolta.

Estas circunstâncias adversas podem referir-se a condições físicas dos serviços, neste sentido um dos narradores afirma: "(...), quando eu comecei a trabalhar, acabei o curso (...) fui trabalhar para infecto mulheres no Curry Cabral. Aquilo era pavoroso, aquele serviço era mesmo terrível, não tínhamos, quer dizer nós não tínhamos as doentes ainda tinham menos condições físicas, não, não tínhamos mesmo condições nenhuma". (E14).

Outro tipo de circunstâncias adversas refere-se à realização de turnos sem a presença de outro enfermeiro e sem existir conhecimento efectivo do serviço, porque "(...), quando eu terminei o curso fui trabalhar para o Hospital de Santa Maria, onde eu não conhecia nada nem ninguém e ao fim de duas semanas de lá estar, fiquei a fazer uma noite sozinha, primeira noite da minha vida... (...) sozinha, com uma auxiliar, em que nesse dia a auxiliar foi a enfermeira e eu fui a auxiliar da auxiliar (...) ... doentes que iam ser operados no dia seguinte, e eu sem saber quais eram as rotinas, nada, (...), isso foi uma situação que a mim me marcou, pelo lado negativo, mas que talvez eu tivesse conseguido tirar alguma coisa positiva, (...)". (E13) (Anexo 6-d).

**O enfermeiro no papel de doente**, constata-se que dois sujeitos participantes no estudo se referem a esta dimensão como marcante das suas vidas, pertencendo um ao grupo dos estudantes e outro ao grupo dos enfermeiros com mais de 5 anos de exercício profissional. Trata-se de um acontecimento da vida particular que se repercute na vida profissional destes sujeitos. Para o estudante do curso de enfermagem, a repercussão dá-se durante a realização dos ensinamentos clínicos. Para o enfermeiro a repercussão acontece em contexto de trabalho, quando presta cuidados aos doentes.

A percepção destes sujeitos quanto à importância deste acontecimento das suas vidas pessoais e a repercussão que o mesmo tem na sua vida profissional é de que contribui para que actualmente o seu cuidar seja diferente. Fê-los ver o que é que os outros podem sentir ao chegarem a um serviço, quando vivenciam pela primeira vez a experiência de internamento hospitalar. Referem-se a esta situação do seguinte modo: "(...), fez-me ver o que é que as pessoas podem sentir ao chegar ao serviço, (...) muitos dos doentes são, é a primeira vez que

são internados o que é que as pessoas sentem, (...), o facto de eu já ter vivido situações relativamente semelhantes, fazem-me perceber de que forma é que as pessoas encaram muitas vezes o processo do internamento, processo de ser cuidado.” (E11).

A vivência de situações semelhantes às dos doentes que cuidam, fê-los ainda perceber a forma como os doentes encaram muitas vezes o processo de internamento e de se ser cuidado, porque “(...), eu tive internada e lembro-me que era um pouco assim, eu percebo perfeitamente o que eles estão a sentir, porque eu lembro-me... eu tive um dreno, eu fui operada aqui, no osso do crânio tirar um tumor benigno... (...) então talvez por isso eu percebo...”. (E2) (Anexo 6-e).

**A gravidez na adolescência**, verifica-se que esta dimensão foi referenciada apenas por um dos sujeitos participantes no estudo, pertencendo o mesmo ao grupo dos estudantes. Refere-se esta dimensão ao modo como esta estudante percepcionou a gravidez na adolescência, durante a realização do seu estágio de Saúde Materno-Infantil.

Para esta estudante, o contactar com adolescentes grávidas foi de algum modo marcante, pela “ (...), proximidade de idades (...), acho que isso leva a repor para nós e daí nós começamos a pensar «se fosse eu, o que é que acontecia?»”. (E5) (Anexo 6-f).

Por último, **O idoso rejeitado pela família**, foi também uma dimensão referenciada apenas por um dos sujeitos do estudo, pertencendo ao grupo dos estudantes. Refere-se esta dimensão aos casos de doentes idosos que após a alta clínica são rejeitados pela família que os recusa a receber de novo em casa.

Este acontecimento é referenciado como marcante pois, “(...), no nosso quotidiano de prestação de cuidados nos estágios, interagimos com situações que nos fazem pensar e reflectir sobre a nossa maneira de estar na vida (...), porque há situações que nós vivenciamos, por exemplo aqueles casos especiais, (...) o chamado depósito dos idosos nos hospitais, por vezes quando têm altas e assim, (...), os familiares não colaboram (...) ou não os querem levar para casa, (...), acho que essas situações nos marcam mais, (...)”. (E5) (Anexo 6-g).

## **2 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS – CONTRIBUTO DE UM ESQUEMA INTERPRETATIVO**

Girando a problemática do presente estudo em torno das questões da identidade profissional do enfermeiro como resultante da interação deste com o doente, tendo subjacente os contextos da prática, mais especificamente o contexto hospitalar, sendo ainda, que se assumiu como estruturante e central a esta investigação a existência de acontecimentos referenciados pelos sujeitos como marcantes na relação que estabelecem com o doente, impõe-se a construção de um esquema interpretativo “consonante” com a visão de António Damásio (autor que se elegeu como fundamental para o desenvolvimento deste estudo), no que concerne ao seu pólo organizador que são os marcadores somáticos, como mecanismo de homeostase na regulação das emoções, permitindo uma capacidade de decidir vantajosamente em situações que envolvem risco e conflito emocional.

Ainda, e de acordo com o método (auto) biográfico que se adoptou e mais especificamente a utilização da história de vida, como instrumento de pesquisa, a mesma torna-se “susceptível de nos dar uma interpretação do real social, capaz de preservar a especificidade da pessoa” (Poirier et al., 1999, p.157), sendo que da articulação destas duas perspectivas de análise emerge por certo a compreensão e as respostas à problemática em estudo.

Tendo por base o referencial analítico que se tem exposto, o esquema de análise elaborado surge no sentido de dar resposta às questões colocadas:

- Que significado tem para o enfermeiro a interação com o doente?
- Como é que o enfermeiro constrói esse significado?
- Que influência têm os momentos de interação enfermeiro/doente, para a construção da identidade profissional do enfermeiro?

e que simultaneamente seja facilitador da capacidade de discussão no âmbito da problemática estabelecida:

- No percurso de vida das pessoas (estudantes e enfermeiros) quais são os momentos marcantes que contribuem para a construção da identidade profissional destes sujeitos como enfermeiros?

Pode-se afirmar que a interação entre enfermeiro/doente em contexto hospitalar é um processo interactivo desencadeador de múltiplas emoções e sentimentos. São estas emoções e sentimentos que conduzem a memórias que fazem os sujeitos (enfermeiros e estudantes) identificarem acontecimentos marcantes positivos e negativos. A mobilização destes acontecimentos marcantes é determinante da construção da identidade profissional do enfermeiro. No entanto, são os acontecimentos marcantes negativos e os personagens chave que maior influência detêm na construção da identidade profissional. Por último, é através da hipótese do marcador somático como regulador das emoções que o enfermeiro transforma os acontecimentos marcantes de carga negativa em positivos de modo a que os mesmos lhe permitam o crescimento pessoal e profissional.

A percepção dos narradores quanto às emoções e sentimentos é de que as mesmas podem influenciar a interacção com o doente e que à medida que vão adquirindo mais experiências vão aprendendo também a controlar melhor as suas emoções, não permitindo que as mesmas afectem o seu desempenho profissional. Por outro lado, os sujeitos consideram também ser importante adequar a sua própria postura aos sentimentos que o doente possa estar a sentir em determinado momento. Na opinião dos narradores, os sentimentos provêm da interacção que se estabelece entre eles e os doentes, onde deve imperar o respeito, a dignidade e a valorização de ambas as partes. A confiança é fundamental como também é mostrar disponibilidade e promover a empatia, porque sem empatia não há relação; (pois nós) “(...), tiramos o curso para lidar com doentes, não com papéis, com computador (...)” (E9).

A percepção destes sujeitos é ainda de que a alegria é um dos sentimentos que podem influenciar positivamente a interacção do enfermeiro com o doente, sendo que de uma maneira geral, na interacção que se estabelece é possível vivenciar quer sentimentos “positivos”, quer “negativos”, pelo que um dos narradores afirma: “(...)... de uma maneira geral acho que conseguimos meter tantos sentimentos, vamos lá chamar positivos, como sentimentos negativos, (...) se tivermos envolvidos com aquele doente vamos conseguindo ao longo do internamento sentir mais ou menos aquilo que o doente vai sentindo conforma a fase que ele vai conseguindo ultrapassar.” (E13).

A referência que esta narradora efectua sobre os múltiplos sentimentos que podem ocorrer na interacção com o doente, vai ao encontro do que Damásio (2000) refere

como sendo a constituição das nossas mentes e do nosso comportamento, que são, “ciclos de emoções seguidas de sentimentos que, uma vez conhecidos geram novas emoções, numa polifonia contínua” (Damásio, 2000, p.63).

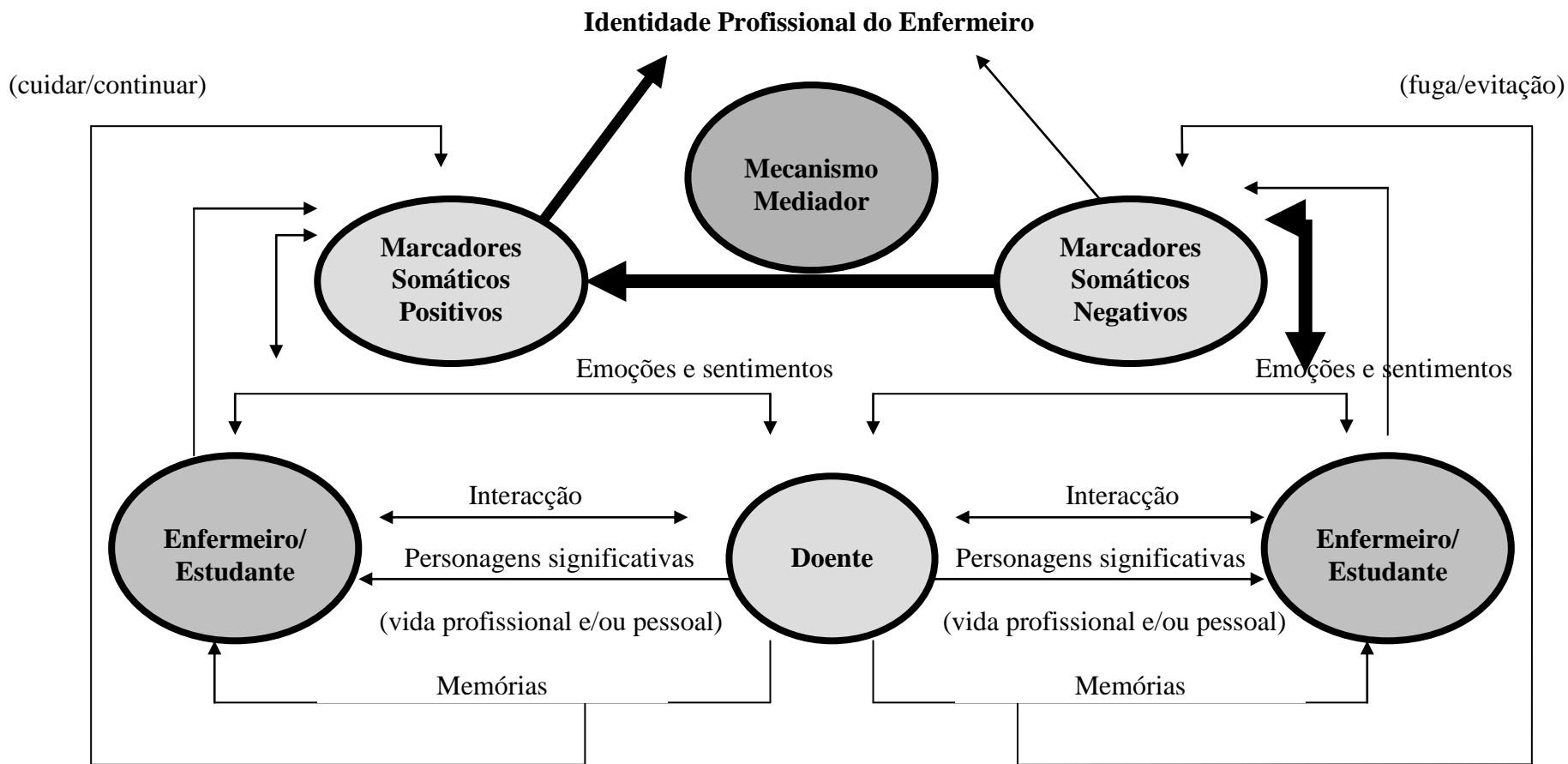
A alegria é fundamental, já que é uma das seis emoções primárias ou universais que o ser humano tem à sua disposição como mecanismo regulador que o ajudará a manter a vida (Damásio, 2000), e “(...), se nós conseguirmos transmitir ao outro a alegria do nosso trabalho, a alegria do nosso viver, vamos puxar essa pessoa para cima, elevar o espírito dessa pessoa (...), penso que a alegria é realmente importante, passar essa mensagem, porque dá confiança.” (E11).

Pode-se afirmar que a interacção entre enfermeiro/doente em contexto hospitalar, é um processo complexo e dinâmico, já que engloba relações, emoções, sentimentos e cognições desenvolvidas por dois actores sociais, que interagem em situações desiguais de saúde e de doença.

Após este preâmbulo, importa então salientar quais os significados atribuídos pelos sujeitos à interacção enfermeiro doente, como estruturante da sua identidade profissional, pelo que se construiu um esquema interpretativo baseado na Hipótese do Marcador Somático de António Damásio. A sua concepção tem origem nos momentos de **interacção** que se estabelecem entre enfermeiros ou estudantes/doente, tendo subjacente os **contextos da prática**, mais concretamente o contexto hospitalar. Esta interacção é mediada por **emoções e sentimentos**, os quais são mobilizados pelos sujeitos do estudo, através das **memórias** passadas. Por outro lado, são estas memórias que conduzem à identificação dos acontecimentos marcantes, mais especificamente tidos como **marcadores somáticos positivos e negativos**. Os marcadores somáticos estão em equilíbrio dinâmico com as emoções e os sentimentos, sendo que neste estudo, os marcadores somáticos negativos têm um maior peso no desencadear de emoções e sentimentos e, conseqüentemente, terão um maior significado nas memórias dos enfermeiros. No entanto, através de uma **mecanismo mediador** dá-se a transformação dos marcadores somáticos negativos em positivos, deste modo contribui-se para que não exista a evitação e a fuga aos acontecimentos negativos, retirando o enfermeiro contributos das situações passadas para as futuras, que mobilizará através das memórias. Assim sendo, provavelmente, serão os **marcadores somáticos positivos** os que mais contribuem para a construção da identidade profissional do enfermeiro, na medida em que, permitem ao mesmo, continuar a cuidar e a comunicar em situações que consideram marcantes negativas.

Na figura n.º 1, apresenta-se o esquema interpretativo construído, após o que se dá sequência à discussão dos resultados obtidos.

Figura 1 – A construção da Identidade Profissional do Enfermeiro em contexto hospitalar – Através dos Marcadores Somáticos – um esquema interpretativo.



Legenda:



Marcadores somáticos Positivos - Maior relevância na construção da Entidade Profissional do Enfermeiro

## 2.1 - ACONTECIMENTOS MARCANTES POSITIVOS: PERCEPÇÃO DOS SUJEITOS

Do que foi expresso pelos narradores deste estudo quanto a acontecimentos marcantes positivos constata-se que foram três as dimensões mais privilegiadas pelos sujeitos e que passam, pela decisão da escolha da profissão, pelo reconhecimento do enfermeiro pelos doentes e família e pelas experiências de doença bem sucedidas.

**Decisão da escolha da profissão** - A percepção destes sujeitos quanto ao facto de optarem pelo curso e pela profissão de enfermagem, vai ao encontro da opinião de Mestrinho (1995) quando esta refere, que a escolha de qualquer actividade profissional, pressupõe que os indivíduos tenham uma certa ideia de si mesmos e do que procuram realizar no futuro, o que significa terem projectos a longo prazo. Mas para se dar cumprimento aos projectos a longo prazo, têm também que se ter projectos a curto prazo, onde se capitaliza o que se aprendeu e se tem uma ideia do que se quer ser desde «agora». “É nestes dois tempos que se idealizam os projectos profissionais, onde se pressupõe que hajam aprendizagens anteriores e prospectivas futuras” (Mestrinho, 1995, p.95).

Já para Damásio (2000) a descoberta da nossa existência é um facto que pode ser atribuído à memória, quer esta diga respeito ao passado ou ao futuro antecipado. Quanto à memória autobiográfica, a mesma é constituída por um agregado de arquivos disposicionais que descrevem quem nós temos sido, quer fisicamente quer em termos comportamentais e quem tencionamos ser no futuro, assim esta memória autobiográfica pode ser responsável por tomadas de decisão como é a escolha da profissão.

Ainda para Mendes (1995, citado por Mestrinho, 1995) os estudantes do curso de enfermagem, frequentam este mesmo curso por duas ordens de razões principais:

- por uma questão de acessibilidade e não por primeira escolha;
- para os que optaram por este curso como primeira escolha, é de realçar a presença dos aspectos relacionais dirigidos aos utentes como componente essencial dos cuidados de enfermagem.

Esta segunda ordem de razões, que se refere a aspectos relacionais, vai também ao encontro do que foi mencionado pelos narradores como motivo de escolha de ingresso no curso de enfermagem, pelo que um dos narradores afirma: “(...) sabia que a área da enfermagem se quiséssemos tinha uma vertente humana, que segundo aquilo que eu imaginava me iria

preencher e me iria realizar profissionalmente e pessoalmente, por isso é que fui para enfermagem, (...) (E3).

Reis (2001) refere ainda, que no percurso de vida das pessoas surgem alguns marcos, uns resultantes de opções pessoais ou familiares, outros induzidos por questões de outra índole, relativas por exemplo a grupos de referência ou pertença conjunturais. Também a formação profissionalizante se inscreve nesta perspectiva de vida, como algo que mercê de uma opção “desejada” ou apenas “possível”, se reveste no entanto de uma importância efectiva, a par de outras parcelas constituintes do respectivo percurso biográfico das pessoas.

Os estudantes do Curso de Enfermagem, tal como os estudantes do Ensino Superior, procuram conhecimentos, atitudes e capacidades que lhes proporcionem uma experiência transformadora pelo desenvolvimento da sua vida pessoal e profissional (Griffin, 1997, citado por Bento, 1997).

Na sequência da escolha da profissão parece ser então pertinente analisar mais especificamente os resultados obtidos no que concerne à **identidade profissional do enfermeiro**. Pode referir-se que no contexto dos diferentes grupos de pessoas estudadas, a identidade é diferente para estudantes e profissionais. Os estudantes, acerca da identidade possuem uma visão pragmática ligada aos contextos académicos, do conhecimento simbólico que explica as coisas, mas não as transforma em “conhecimento prático” (Bento, 1997, p.8), sendo este conhecimento prático adquirido à posteriori durante a realização dos ensinamentos clínicos.

A formação do enfermeiro é assim um percurso de apropriação pessoal e reflexivo dos saberes, de integração da sua experiência, em função das quais uma acção educativa adquire significado, gerindo eles próprios ao longo do percurso os apoios e influências exteriores. É no percurso de formação que o estudante organiza as suas concepções, crenças e valores que organizarão o seu pensamento e a sua acção profissional futura (Bento, 1997). Um dos narradores refere precisamente que: “(...) a identidade profissional, (...), deve começar muito antes das interacções que nós estabelecemos com as pessoas, deve começar essencialmente aqui na escola e quando nascemos. Porque nós quando nascemos temos logo uma data de identidades, aquelas que nos transmitem antes, herdadas, depois aquelas que ganhamos com o quotidiano. Quando chegamos aqui ao momento da formação, que nos leva a uma posterior profissão, acho que a escola tem, é um elo importante, com a formação que estabelece, (...)”. (E5).

Já para os enfermeiros, a identidade passa pelo exercício da profissão e pela capacidade de discernimento, sendo um requisito importante, que o habilita diariamente a responder às questões: o que faço?, para que faço?, como faço? e para quem?, pois a enfermagem

dentro de uma equipa de saúde possui características próprias, sendo a única que permanece ininterruptamente as 24 horas do dia com o doente. A este propósito, um dos narradores refere que: “a profissão tem os seus momentos do saber estar e do saber ser bem definidos (...). Nós estamos 24 horas ao pé do doente e muitas das vezes a gente não somos só o enfermeiro para o doente, temos que resolver muitos problemas que não fazem parte das nossas funções (...)” (E9). Outro enfermeiro, dá também ênfase ao facto de se permanecer 24 horas por dia com o doente, pelo que afirma: “A gente acorda com o doente, (...), às 8 horas da manhã, (...), não há mais ninguém... o doente sente-se mal às 4 horas da manhã, sou eu que ali estou”. (E12).

Ainda para os profissionais, a identidade do enfermeiro faz-se do confronto com o poder médico e da relação existente entre médico e enfermeiro. A este propósito afirmam os narradores: “(...) continuamos a ver o senhor doutor é quase o senhor todo poderoso e a enfermagem que apoia muito mais os doentes (...) é um bocado desvalorizada (...) e as pessoas acham sempre que a gente nunca faz o suficiente (...) porque o senhor doutor acho que continua, lá no topo”. (E8); “(...), é que nós estamos abaixo do médico, (...) acima de tudo ele é que é... tem o saber é o todo poderoso, nós vimos um bocadinho por acréscimo, (...)” (E13).

Este posicionamento por parte dos enfermeiros, vai ao encontro da opinião de Bueno e Queiroz (2004, p.2) quando estas referem que “é historicamente conhecido que o trabalho médico no hospital exerce um certo domínio nas relações de trabalho, principalmente pelo modelo assistencial hegemónico”. Estas autoras salientam ainda, que ao analisar-se o trabalho de enfermagem, sob o aspecto do cuidar, esse trabalho directo requer também acções manuais, as designadas técnicas de enfermagem. Tal prática, separa a enfermagem dos actos médicos, constituindo-se como acção predominantemente de enfermagem. A enfermagem não se pode reduzir aos seus procedimentos técnicos, pois o trabalho intelectual é que deve direccionar a assistência no processo de planear, assistir, prescrever cuidados, supervisionar e orientar (Bueno & Queiroz, 2004). Um dos sujeitos deste estudo, na sua narração, refere-se precisamente ao facto de considerar que os enfermeiros na sua prática também prescrevem: “(...) nós também prescrevemos, não prescrevemos medicamentos mas prescrevemos acções de enfermagem, prescrevemos conselhos (...)” (E10).

O tecnicismo do modelo centrado em procedimentos médicos, pelo qual muitas vezes a enfermagem reproduz a sua prática, torna-a limitada nas suas acções e o ser em cuidado perde muito com isso. É por isso que Bueno e Queirós (2004) referem a necessidade de existirem mudanças na organização dos conhecimentos.

**Reconhecimento do enfermeiro pelo doente e família** - No contexto das relações enfermeiro/doente, a avaliação positiva por parte deste último, das competências

técnicas e relacionais do enfermeiro, é um factor determinante para que o doente considere que os cuidados prestados foram de qualidade e consequentemente fique agradecido e satisfeito. O enfermeiro sente que o seu trabalho é reconhecido quando o doente “(...) nos vê lá fora e nos reconhece, sem sequer estarmos com o nome, mas pela positiva por aquilo que nós fizemos. É o reconhecimento, (...), não é um agradecimento (...)” (E7).

Todas as pessoas no desempenho da sua actividade precisam, para conseguir continuar a investir e manterem o seu equilíbrio saudável, de se sentirem amadas e reconhecidas, como pessoas e como profissionais (Coelho, 1999). O doente, mesmo não estando em condições de avaliar com precisão as competências técnicas, é capaz de avaliar com rigor as competências relacionais, baseado na atenção e no interesse que lhe é dispensado por parte do enfermeiro, faz, assim, uma avaliação subjectiva deste profissional, baseada na relação humana, no afecto, no diálogo e na postura de quem o atende. Os enfermeiros sentem-se gratificados quando obtêm feedback por parte dos doentes e familiares quanto ao relacionamento que com os mesmos estabeleceram. Karp (1993, p.44) refere que “o feedback ajuda o desenvolvimento do indivíduo”. Os narradores referem-se a esta situação do seguinte modo: “(...) vejo que o meu trabalho é valorizado (...), sinto a recompensa por parte da pessoa, a valorização que dão tanto ao meu trabalho como à pessoa que sou (...)” (E9).

A satisfação do doente pode ser entendida como um fenómeno que garante o reconhecimento da pessoa do enfermeiro e simultaneamente um julgamento do doente à qualidade dos cuidados recebidos, sobretudo na área interpessoal, pelo que desta forma, é natural que surja por parte do doente e família o feedback para o enfermeiro. Segundo Karp (1993, p.41) “o feedback de apoio é usado para reforçar o comportamento que é desejável e eficaz. (...) aquilo que recebe reforço tem tendência a tornar-se mais forte. Aquilo que não recebe tem tendência a esmorecer”.

Os doentes e familiares que se centram no que consideram positivo e dão ao enfermeiro um feedback de apoio, estão a ajudá-lo a centrar-se no que é positivo, dando cada vez mais ênfase a esses aspectos e simultaneamente a permitir-lhe objectivamente sentir-se reconhecido como profissional e como pessoa (Coelho, 1999). O facto de se sentirem gratificados surge nas narrativas da seguinte forma: “Sinto-me ainda melhor como pessoa, sinto-me importante (...) vejo que o meu trabalho é valorizado (...)” (E9).

A atitude de reconhecimento e feedback adoptada pelos doentes e família revela que houve “uma troca na interacção, ou seja, o enfermeiro ofereceu cuidados que o doente recebeu como úteis e de acordo com as suas necessidades pelo que, procedeu ao

feedback de apoio” (Coelho, 1999, p.121). Pode assim considerar-se que sempre que existe por parte do doente um feedback de apoio para com o enfermeiro, estamos em presença de uma relação de reciprocidade com carácter biúnívoco, onde é possível que seja o enfermeiro a pessoa, que no seio deste processo receba tanto ou mais que o doente (Carvalho et al., 1994, citado por Coelho, 1999).

Vuori (referido por Monteiro, 1991, citado por Falcão, Trindade, Cruz et al., 2004) considera que os doentes são a última autoridade no que diz respeito à definição de critérios de bons cuidados nas áreas não técnicas da prestação, constituindo os seus valores e expectativas, factores decisivos no julgamento do sucesso das relações interpessoais, no âmbito da prestação de cuidados, pelo que os cuidados prestados devem conduzir á satisfação pessoal, quer de quem recebe, assim como de quem presta.

È importante salientar, que a gratificação sentida pelo enfermeiro não se restringe apenas ao reconhecimento que recebe do doente e família, mas acontece também quando no seu cuidar consegue estar com o doente, aliviar-lhe o sofrimento, quando o doente sente que este o apoia e lhe presta atenção, “(...) o senhor diz que se lembrava muito de mim, porque na altura em que ele mais precisava eu estive presente (...) tava a atravessar uma fase da vida dele muito difícil por uma doença (...), que as minhas palavras, a minha maneira de ser (...) o meu cuidar, ajudou-o a ultrapassar a doença dele, (...)” (E16).

Este testemunho é ilustrativo da relação de ajuda, em que o acto de cuidar se situa num nível de reciprocidade, sentindo-se o enfermeiro gratificado com o bem estar do doente.

**Experiências bem sucedidas no cuidado às pessoas**, refere-se às situações de doença grave experienciadas por algumas pessoas, as quais evoluíram positivamente no decurso do internamento, quando as expectativas apontavam para o contrário. O facto de nenhum dos cinco estudantes se ter posicionado nesta dimensão, parece poder apontar para o seguinte: dado que a duração dos ensinamentos clínicos é em média de 5-6 semanas, os estudantes não terão oportunidade de acompanhar temporalmente o evoluir destas situações de grande complexidade e gravidade, que se sabe serem de evolução bastante lenta, como os exemplos referidos pelos narradores, que respeitam a doentes com AVC hemorrágico: “(...) doentes que entram com AVC, principalmente AVC hemorrágico, e que normalmente nunca têm uma grande esperança de vida e acabam por recuperar (...)” (E8); doentes transplantados cardíacos: “(...) quando trabalhei em Santa Marta, que era um sítio onde os doentes nos chegavam muito mal, (...), um pós-operatório onde eles vêm mal, instáveis, eu acho que a maior alegria que um enfermeiro pode ter é ver um doente que me chegou naquele estado e sair dali pelo seu pé, bem, (...)” (E13); doentes com afecções infecto-contagiosas (meningite) entre outras: “ (...) uma doente que teve uma meningite e foi gravíssimo, (...), ela entrou em coma, esteve lá dois meses

internada (...) foi extremamente difícil, mas conseguiu-se (...). mas conseguiu recuperar... essa foi uma das que nós dizíamos que era o nosso prémio do ano...” (E14); ou ainda, pelos estudantes não realizarem estágios em unidades de cuidados altamente diferenciados, como é o caso de unidades de cirurgia cardiotorácica, ou serviços de infecto-contagiosas.

Normalmente, as situações de doença grave são responsáveis por gerarem um grande impacto emocional sobre o doente, a família e os próprios prestadores de cuidados, encontrando-se directamente relacionado com a possibilidade de ocorrer a morte.

Hoje em dia, a morte representa a imagem do fracasso da ciência e da tecnologia, em que o homem tanto confia. Também para o enfermeiro, a morte, é muitas vezes encarada como sinónimo de fracasso e de impotência, a qual se pretende a todo o custo afastar, apesar de em qualquer fase da vida, se estar sujeito a morrer, tal como os doentes a quem se presta cuidados. Pode-se assim compreender quanto é significativo para os enfermeiros o caso de doentes que, apesar da gravidade da sua situação de saúde, recuperam de forma extraordinária e se reabilitam dentro de padrões que seriam inimagináveis algum tempo atrás, pelo que um dos narradores afirma: “(...) e hoje quando cheguei ao pé do doente, (...), hoje está melhorado e conseguiu falar e isso é uma situação que às vezes me faz chorar, (...), já chorei e chorei à frente de doentes, não tenho problema nenhum com isso, (...)” (E7).

Pode afirmar-se que as experiências bem sucedidas no cuidado às pessoas, acontecem quando se está perante a regressão de:

- uma doença considerada em estado avançado, como incurável e progressiva;
- numerosos problemas ou sintomas intensos, multifactoriais e em permanente mudança (Neto, 1997).

Se se entender ainda as experiências bem sucedidas no cuidado às pessoas como gratificantes, quer para os doentes, quer para os enfermeiros, as mesmas podem-se enquadrar num contexto de relação de ajuda, entendida esta segundo Lazure (1994) como uma relação de duplo sentido: Enfermeiro/Doente e Doente/Enfermeiro; assim, a mesma pressupõe reciprocidade e complementaridade, numa perspectiva de dar e receber, a qual resulta em benefícios mútuos, tais como:

- Para o doente – restabelecimento do bem-estar e harmonia interior perdidos
- Para o enfermeiro – a gratificação e satisfação, porque através desta relação transpessoal, a mesma contribui para a satisfação das necessidades do doente e

simultaneamente para o “crescimento” do enfermeiro, através da vivência destas experiências de doença bem sucedidas.

Analisadas as dimensões que se revelaram mais significativas para os sujeitos, transfere-se a atenção para as que se seguiram e que são: estabelecer relação terapêutica com o doente e família; autonomia no desempenho de funções; ser-se prestável aos doentes; comunicação interpessoal e relação de amizade entre professor/estudante.

**Estabelecer relação terapêutica com o doente terminal e família** - Esta dimensão diz respeito ao facto de se conseguir estabelecer uma relação de proximidade com um doente em fase final de vida e/ou respectiva família, o que nem sempre é fácil. Refere-se também ao importante papel que a família pode representar no apoio terapêutico aos familiares em situação de fase final de vida.

No âmbito deste estudo, a relação terapêutica assenta no desenvolvimento da interacção do enfermeiro com o doente, sendo esta interacção mediada pelas emoções e sentimentos que surgem no decurso da mesma.

O enfermeiro ao cuidar de doentes experimenta uma vasta cadeia de experiências humanas. É assim essencial que aprenda a lidar com as suas emoções e sentimentos, entre estas poderão surgir a ansiedade, a tristeza, o medo, a raiva, mas também a alegria, a satisfação, entre muitas outras. Mas o essencial da relação que estabelece com aqueles que cuida é o prazer que desenvolve em ajudar o outro, sendo esta ajuda extensível à família. Para que isso seja possível, o enfermeiro tem que ser capaz de analisar os seus próprios sentimentos, reacções e comportamentos enquanto pessoa e profissional.

Para Meyer, Waldow e Lopes (1998, citado por Bueno & Queiroz, 2004) o enfermeiro deve definir ou (re)definir enfatizando o seu papel na relação enfermeiro/enfermagem, ser em cuidado, valorizando o aspecto humano, ético, valorizando as suas acções técnicas e relacionais simultaneamente. Concorda-se com as autoras quando estas referem que a questão relacional é o autêntico espaço para criar, libertar, complementar o cuidar na relação com o tratar. Tal espaço diferencia o cuidar de simplesmente realizar uma técnica. “Cuidar é a maneira de demonstrar o saber-fazer, pois requer conhecimento que qualifica o trabalho do enfermeiro. Portanto, o cuidar é a nossa prática e nosso modo de ser na equipa de saúde; é a base de nosso conhecimento, do conhecimento da enfermagem” (Bueno & Queiroz, 2004, p.4).

Pela relação de proximidade com os doentes, o enfermeiro poderá considerar-se uma pessoa privilegiada na assistência que presta. É pois fundamental que o enfermeiro não

viva esta relação de um modo exacerbado ou angustiante, mas viva a experiência da doença do outro e do morrer de forma mediada e simbólica (Saraiva, 2003).

Pelo que foi referenciado, pode-se afirmar que o estabelecimento de uma relação terapêutica passa por estabelecer com o doente um processo comunicacional eficaz.

No contexto das relações enfermeiro/doente e enfermeiro/família as competências e as perícias de comunicação são factores determinantes no processo de comunicação/interacção, por isso, na opinião de Saraiva (2003, p.47) “seria importante que os enfermeiros aprendessem, desenvolvessem e sobretudo implementassem nas suas práticas perícias de comunicação nas interacções comunicativas mais complexas e delicadas”.

Concorda-se com esta opinião de Saraiva e considera-se ainda que, a relação terapêutica pressupõe a humanização dos cuidados e uma valorização da relação, que como intervenção junto do doente e respectiva família implica uma comunicação eficaz e o respeito pela dignidade humana, o que se pode ilustrar pelas palavras de um dos narradores: “O filho estava a acompanhar o pai, (...), os níveis de ansiedade estavam extremamente elevados, o facto de dar a palavra ao doente e de o ouvir e a presença não só do doente, mas a família (...), criou-se uma relação extremamente positiva, gratificante para ambas as partes (...), fez-me estabelecer uma relação de profundidade e de confiança e muito terapêutica para ambas as partes.” (E10).

A outra faceta desta dimensão refere-se ao envolvimento da família nos cuidados hospitalares. Sabe-se, hoje, que este envolvimento é de todo o interesse para as pessoas que se encontram doentes e internadas em serviços hospitalares. Este será um meio de integrar a família nos cuidados mas, também, um meio de apoio aos doentes, essencialmente o apoio psicológico, que como se sabe é tão importante quando as pessoas se encontram fragilizadas. Ora crê-se não existir ninguém melhor que a família para poder prestar todo o apoio que o doente necessita enquanto se encontra afastado do seu ambiente familiar. Neste contexto e sendo a mãe um elemento cuidador por natureza, percebe-se como a mesma deverá ter tido um papel extraordinariamente importante no apoio ao filho que se encontrava em fase final de vida, “(...), era uma mãe que (...) já tinha assim uma situação estável, nomeadamente de poder estar a acompanhar o filho no hospital, (...), nós contávamos muito com ela e nível psicológico e na ajuda do próprio filho, (...) acho que era ali um elemento, um elo de ligação, entre nós, (...) os profissionais de enfermagem (...)” (E6).

A Direcção Geral da Saúde reconhece, também, a importância do acompanhamento dos doentes pelos seus familiares directos, pelo que, através da Circular Normativa n.º 4 de 28 de Janeiro de 2000, preconiza que a nível dos serviços de saúde sejam criadas as

condições que possibilitem a permanência dos familiares, estimulando os acompanhantes a colaborarem nos cuidados ao doente, justificando que este pode ser um valioso contributo no apoio psicológico e afectivo do mesmo.

**Autonomia no desempenho de funções** - os estudantes atribuem importância ao facto de começarem a desempenhar sozinhos a sua actividade, durante a realização dos ensinamentos clínicos, sem a presença do professor. Os profissionais atribuem importância significativa ao desempenho de funções sem coacção de outros.

No caso dos estudantes, os ensinamentos clínicos têm como função a preparação destes para a vida profissional, quer em termos técnico-científicos quer em termos relacionais, é assim importante que, durante a realização dos mesmos, os estudantes vão gradualmente adquirindo maior autonomia no desempenho das suas actividades, de modo a preparar estes jovens adultos “não só com um conjunto de conhecimentos científicos e tecnológicos actuais, mas também com competências intelectuais, profissionais e sociais que lhe permitam a integração na vida social (...)” (Queirós, 2001). Sobre este tipo de autonomia, um dos narradores refere que: “(...) deram-nos muita autonomia, (...), ‘tava’ assim às vezes sozinha e isso foi muito bom, (...) temos que pensar por nós, (...), é muito positivo (...), comecei a perceber que até era capaz de fazer as coisas (...)”. (E2).

No caso dos profissionais, a autonomia pode ser considerada num enquadramento de privilégio das funções autónomas sobre as interdependentes. Hesbeen (2000) refere que o valor de uma profissão deve basear-se exclusivamente na valorização do seu conteúdo profissional e ainda do seu contributo específico e insubstituível para a saúde da população. “É a valorização do conteúdo profissional que há-de dar, forma duradoura, mais valor e mais reconhecimento aqueles que são seus actores” (Hesbeen, 2000, p.75). Este tipo de autonomia pode-se ilustrar com a seguinte afirmação de um dos narradores: “Eu privilegio sempre e sinto-me bem quando eu posso exercer com autonomia as minhas funções, (...) e todas as experiências (...) onde me deram algum reforço positivo e onde eu pude reencontrar-me como pessoa, dentro da profissão, foi precisamente nessas experiências”. (E10).

Desde Nightingale que se procura a especificidade do conteúdo da enfermagem. Se, por um lado, temos a necessidade de um conhecimento e saber técnico próprios, por outro temos a exigência de competências relacionais. Assim os cuidados de enfermagem, segundo Magalhães, Fernandes, Barreira e Ferreira (2001) têm oscilado entre duas perspectivas:

- a tradicional, com uma orientação predominantemente prática, decorrente das prescrições médicas, na qual o enfermeiro se situa como executante de actos

prescritos pelo médico (papel prescritivo, predomínio das funções interdependentes);

- outra mais globalizante, com uma orientação essencialmente para o cuidar, na qual o enfermeiro possui uma real autonomia e aplica o seu saber específico (papel próprio, predomínio das funções autónomas)

Considera-se que é no desempenho das funções autónomas que o enfermeiro encontra a essência do cuidar em enfermagem. Tendo por base esta perspectiva nela se consegue enquadrar a opinião de Hesbeen (2000), quando afirma que se a enfermagem se

conseguir manter fiel às «pequenas coisas» que a caracteriza, tem diante de si um futuro promissor. (...) porque, sejam quais forem a evolução e o desempenho da tecnologia, a população terá sempre, e cada vez mais, necessidade de todos esses elementos, de conteúdo tão pouco sofisticado e tão pouco espectacular, que constituem a natureza profunda dos cuidados de enfermagem (Hesbeen, 2000, p.169).

Esta perspectiva de avaliação dos cuidados de enfermagem e da própria profissão é comungada por um dos narradores, quando refere que: “aquilo que caracteriza a nossa profissão, que é aquelas pequenas coisas, de cuidar, as pequenas dicas que sabemos e vamos construindo e que é no fundo a essência da nossa profissão e que fazem de nós valiosos recursos (...) (E10)”.

Não se pode concluir esta abordagem sobre a autonomia no desempenho de funções sem referir que hoje a enfermagem, é uma profissão com um estatuto jurídico e científico próprio, que lhe advém do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e da Ordem dos enfermeiros, além de que tem a capacidade de prestar cuidados relevantes e imprescindíveis à pessoa como um ser bio-psico-espirito-social.

Caracterizando-se a profissão de enfermagem por os seus profissionais trabalharem inseridos em equipas multidisciplinares, têm estes, no entanto, conhecimentos e competências que lhes permitem estabelecer os seus próprios diagnósticos e, conseqüentemente, planear e prestar cuidados autónomos, tendo como principal objectivo promover o auto-cuidado do doente.

É evidente que, num contexto de prestação de cuidados, o diagnóstico, a terapêutica e a tecnologia são importantes, porém o processo de cuidar e de cuidado deve ser para o enfermeiro o seu enfoque principal, que corresponde ao espaço da sua autonomia. Tendo o enfermeiro o seu saber fundamentado cientificamente numa perspectiva interdisciplinar que inclui tanto as ciências biológicas como as humanas, poderá proporcionar uma assistência muito mais efectiva. Através do seu saber, o enfermeiro estabelece o seu modelo de actuação, para que o seu fazer lhe dê visibilidade, ou seja,

mostre o seu ser e proporcione mudanças importantes no modo de produzir enfermagem, exercendo efectivamente a sua autonomia (Bueno & Queiroz, 2004).

**Ser-se prestável aos doentes** - Esta dimensão refere-se à maneira como os sujeitos avaliam a sua relação com os doentes, aos quais dirigem os cuidados. O facto de esta dimensão apenas ter sido mencionada pelos estudantes, pode-se provavelmente atribuir à pouca cientificidade do ser prestável, porque estando os estudantes em formação é natural que sintam prestáveis. Também por se encontrarem ainda em processo formativo possuem maior disponibilidade em termos temporais para dedicarem aos doentes que lhes estão atribuídos, deste modo, conseguem mais facilmente estabelecer uma relação de proximidade com os doentes e como tal consideram-se prestáveis a quem estão a dirigir os cuidados.

Provavelmente, os enfermeiros não se enquadraram nesta dimensão porque possuem outro tipo de competências.

Neste contexto, é importante lembrar que os enfermeiros são pessoas que trabalham com pessoas e para pessoas, e que além do mais, são aquilo que fazem, como fazem, como o exteriorizam e como o sentem. Apesar de os aspectos técnicos poderem ter um peso preponderante no desempenho do enfermeiro, os aspectos relacionais e o reflectir sobre situações particulares da vida de determinado doente, apesar de menos visíveis, podem revelar-se de grande utilidade para a pessoa que se encontra doente, fragilizada e a necessitar dos mais variados apoios. De facto, os aspectos relacionais podem ser menos visíveis, menos prestigiantes, mais anónimos, na medida em que ficam resumidos ao enfermeiro e ao outro, sem projecção ou reconhecimento público, sendo o único reconhecimento o do doente e a própria satisfação de quem se sente prestável, por poder ser útil a quem precisa. A este propósito afirmam os narradores: “(...) eu acho que a enfermagem... é a gente sentir-se útil e sermos úteis para as pessoas.” (E4); “ (...) , é o nós sentirmo-nos úteis e o sentirmos que somos capazes de fazer alguma coisa pelos outros, por quem mais precisa, (...) é conseguir fazer alguma coisa de visível, pode não ser visível para muitas pessoas mas só que seja visível para mim e para a pessoa a quem eu estou a dirigir os cuidados, para mim basta.” (E3).

“São esses nossos actos aparentemente anónimos que nos tornam generosos, enfim virtuosos, como diria Aristóteles, aos olhos daqueles a quem prestamos cuidados” (Santos & Rosário, 2002, p.19).

Partilha-se da opinião de Santos & Rosário (2002) quando estes consideram que, para que os enfermeiros se relacionem com a intenção de ajudar, têm que reconhecer primeiro a importância da relação de ajuda.

A relação de ajuda aplicada ao cuidado de enfermagem, traduz-se pelo respeito e confiança na pessoa, assentando numa perspectiva holística, que integra o doente na centralidade do processo de cuidados.

Pode - se considerar que estes aspectos são tão ou mais importantes que uma tecnologia de ponta e que exigem acima de tudo habilidades comunicacionais, pressupondo mais do que uma capacidade para se perceber o que o doente espera de nós para ser ajudado.

**Comunicação interpessoal** - Esta dimensão apresenta duas facetas distintas, uma refere-se ao facto de um dos sujeitos do estudo considerar que, a partir do momento em que começou a interagir com as pessoas nos contextos de trabalho, quer estas fossem pessoas saudáveis ou doentes, o seu nível comunicacional se alterou, tendo passado de uma pessoa muito introvertida, que não conseguia abordar os outros, para uma pessoa sem dificuldades comunicacionais a nível interpessoal. A este propósito, assim se refere o narrador: “Eu acho que (...), tanto no curso de enfermagem como já a exercer a profissão, a minha vida deu uma volta no sentido em que eu era uma pessoa, (...), tímida, mas que na altura ainda era mais tímida, mais introvertida, que não conseguia comunicar com as pessoas que não conhecia, não conseguia ter abertura para me chegar ao pé de alguém e falar sobre qualquer assunto; desde que comecei a lidar com as pessoas, estou diferente nesse aspecto, (...)” (E11).

A outra faceta desta dimensão refere-se à capacidade de se ser empático no relacionamento que se estabelece com o doente em contexto de cuidar.

Como se sabe, a comunicação desempenha um papel privilegiado na interacção, constituindo-se como uma habilidade que pode melhorar progressivamente desde que exista disponibilidade e vontade dos interlocutores envolvidos na comunicação. No entanto, no caso do primeiro narrador e segundo afirma, foi o interagir com as pessoas que lhe permitiu o crescimento pessoal a nível da comunicação interpessoal, ou seja, foi através das várias interacções que teve oportunidade de estabelecer durante o percurso académico e profissional que aperfeiçoou a sua capacidade de comunicação interpessoal.

Esta situação vai seguramente ao encontro da opinião de Fachada (2001) quando esta afirma, que é através dos outros que o homem se realiza e satisfaz as suas necessidades de afecto, de estima e de auto-realização. Segundo a mesma autora, é ainda através dos outros que avaliamos o nosso desempenho e desejamos atingir metas cada vez mais elevadas, assim como medimos o risco da nossa existência e aprendemos a admitir e a aceitar diferentes pontos de vista e diferentes modos de ser.

Pode-se então afirmar, que a comunicação é um processo interactivo e pluridireccional. Comunicar é essencial para o ser humano porque se trata de um processo que faz do homem aquilo que ele é, permitindo que estabeleça relações interpessoais (Fachada, 2001).

De modo a facilitar e tornar positivas as relações interpessoais, as pessoas têm a capacidade de perceber a realidade e ajustar-se a ela em termos comportamentais. Nenhuma pessoa é indiferente a outra, quando estão em relação (Fachada, 2001).

Para Bitti e Zani (1997) a comunicação envolve uma complexa série de operações de nível cognitivo, emotivo-afectivo e interpessoal, que se apresentam estreitamente relacionados entre si e são interdependentes. Estes aspectos ao interferirem na comunicação resulta daí, um processo dinâmico e evolutivo, onde os comportamentos do emissor não ocorrem independentemente dos comportamentos do receptor e vice-versa.

Constata-se que muitas vezes para o doente que se encontra internado, a relação empática pode passar também por se colocar na relação enfermeiro/doente um pouco de alegria e boa disposição. Já que estando o doente afastado do seu ambiente socio-familiar e com o peso de se encontrar doente, estas situações decerto, contribuem para que se possa sentir triste, pelo que um pouco de boa disposição na relação enfermeiro/doente só poderá vir a beneficiar ambas as partes envolvidas na interacção e contribuirá para que se estabeleça uma eficaz relação de ajuda. Esta situação pode-se ilustrar pelo discurso de um dos narradores: “(...), eu tenho um semblante (...) nostálgico, mas não deixo de respeitar as pessoas e de criar relações empáticas com elas. Houve um dia que eu entrei na enfermaria a rir à gargalhada, porque alguém tinha dito alguma brejeirice à qual achei graça e não pude conter o riso, (...) e a senhora no fim de eu rir, estava a olhar para mim com um ar muito espantado (...), deu-me a mão e disse: «Não sabe o quanto eu adorei vê-la rir. Fez o meu dia»”. (E15).

Todos gostamos de rir. O riso é uma emoção. “É preciso ser-se consciente de que para provocar o riso é necessário que estejamos num estado de espírito especial que se situa no jogo do humor. Este tem como consequência o facto de, quando se está com esse estado de espírito, mesmo as coisas desagradáveis poderem provocar o nosso riso” (Couvreur, 1999, p.74).

O riso é uma forma de conservar prazer. Rimo-nos para termos prazer em situações agradáveis e para conservarmos esse prazer, rimo-nos em situações desagradáveis (Couvreur, 1999).

Couvreur (1999) refere que para se adquirir ou (re) adquirir o hábito de rir, é antes do mais necessário restaurar o humor, adquirir a aptidão para ver as coisas pelo lado bom, ter uma visão optimista do mundo. Só desta forma se é capaz de se tirar partido de uma brincadeira.

O humor pode ser utilizado para derreter “gelo”, reduzir o medo do desconhecido, dissipar a hostilidade e encorajar sentimentos de confiança, promovendo deste modo uma boa comunicação. É como dizer ao doente: Vá podes confiar, relaxa! Isto não é assim tão mau! (Madureira, 2001).

Em enfermagem e para se estabelecer uma relação de ajuda, um dos requisitos mais importantes é a empatia por parte da enfermeira. “A empatia é de algum modo, a pedra angular de toda a relação de ajuda. Segundo Forsyth, as enfermeiras que têm um alto grau de empatia provocam nos clientes resultados positivos, enquanto que aquelas que apresentam graus baixos contribuem para atrasar a sua evolução” (Lazure, 1994, p.77).

Ainda segundo esta autora, a empatia exige que a enfermeira se centre totalmente no doente com o objectivo de identificar e compreender bem o conteúdo das mensagens. “Este conteúdo pode ser composto por experiências de sentimentos ou de comportamentos, quer explícitas naquilo que o cliente exprime, quer implícitas. No entanto, a enfermeira reconhece profundamente que esta vivência pertence, na totalidade, ao cliente” (Lazure, 1994, p.77).

**Relação de amizade professor/estudante** - Refere-se esta dimensão ao facto de a relação professor/estudante poder ter um peso significativo na estabilidade psico-afectiva do aluno e conseqüentemente permitir-lhe uma maior disponibilidade para a aprendizagem.

Segundo Dewey (citado por, Queirós, Silva & Santos, 2000) a atitude de responsabilidade do professor no processo de favorecer a aprendizagem do aluno,

implica a ponderação cuidadosa das conseqüências de uma determinada acção. Os professores questionam-se porque estão a fazer o que fazem, de um modo que ultrapassa as questões de utilidade imediata e os leva a pensarem de que maneira está a dar resultado e para quem. Segundo o mesmo autor a atitude de responsabilidade implica que cada um reflecta sobre, pelo menos, três tipos de conseqüências do seu ensino:

*Conseqüências pessoais – os efeitos do seu ensino nos auto-conceitos dos alunos*

*Conseqüências académicas – os efeitos do seu ensino no desenvolvimento intelectual dos alunos*

*Conseqüências sociais – os efeitos do seu ensino na vida dos alunos* (Queirós, Silva & Santos, 2000, p.45).

É nesta perspectiva de responsabilidade que conduz ao crescimento pessoal do estudante, que se entende o estabelecimento desta relação de amizade professor/estudante, “(...) foi a disponibilidade dela, a empatia (...) o mostrar-se muito disponível e contribuiu com a sua formação também para o meu enriquecimento, (...) e senti nela um apoio que me foi importante para mim como pessoa.” (E9).

Ainda para Bordenave (1986, citado por Queirós, Silva & Santos, 2000, p.44),

o segredo do bom ensino é o entusiasmo pessoal do professor, que vem do seu amor à ciência e aos alunos. Este entusiasmo pode e deve ser canalizado mediante o planeamento e metodologia adequados, visando sobretudo incentivar o entusiasmo dos alunos para realizarem, por iniciativa própria, os esforços intelectuais e morais que a aprendizagem exige.

## 2.2 – ACONTECIMENTOS MARCANTES NEGATIVOS – PERCEPÇÃO DOS SUJEITOS

Quanto aos acontecimentos marcantes negativos, a dimensão mais assinalada foi a morte. Foi referida sem excepção por todos os sujeitos participantes no estudo, sendo esta a dimensão mais importante que surge na interacção dos sujeitos com o doente em contexto hospitalar.

Gravitam os acontecimentos essencialmente em torno da problemática da fase final de vida, em que existe degradação do estado de saúde, incapacidade de se lutar contra a morte e por fim, este acontecimento propriamente dito. Na sequência da morte surgem os cuidados ao corpo pós- morte e a comunicação/informação do acontecimento aos familiares directos. Existem contudo, também, acontecimentos do foro pessoal dos sujeitos, como é o caso da morte do pai de um dos narradores. Outros acontecimentos específicos neste âmbito, passam pela hospitalização e morte de crianças e pelos casos de doentes jovens com HIV/SIDA.

**A Morte** é uma realidade, da qual ninguém consegue “fugir”, sendo o processo em si o que normalmente preocupa a maioria das pessoas. A morte biológica é universal e implacável. Também a fase final de vida, é motivo de preocupação, especialmente quando esta se prolonga e é motivo de sofrimento, quer para a pessoa em si, quer para os familiares, e até para os profissionais que convivem com o doente nesta fase

específica da vida. Acerca do sofrimento que a fase final de vida provoca nos enfermeiros, um dos sujeitos refere o seguinte: “(...) como enfermeira, claro, que não sou alheia a esse processo, é sempre doloroso, (...) (E15).

Tal como a vida, também a morte é um processo que se constrói social e culturalmente. Até meados do século XX, a morte era um acontecimento partilhado por toda a comunidade, a pessoa normalmente morria em casa, no seu próprio ambiente, junto dos familiares e amigos. Vizinhos e conhecidos vinham para se despedir e prestar uma última homenagem ao moribundo, simultaneamente partilhavam o sofrimento com os familiares. O moribundo além de morrer acompanhado, era geralmente alguém com muito poder, nos seus últimos momentos. As suas opiniões, os seus desejos e as suas vontades eram ouvidas e valorizadas (Henriques; Monteiro; Lúcia, 1995; Maia & Lopes, 2000).

Hoje, é mais frequente a morte ocorrer numa enfermaria de um hospital. Para esta situação muito terá contribuído a gradual transformação e desagregação familiar, em que a família alargada deu lugar à família nuclear, a alteração das condições socio-económicas que obrigam os membros da família a trabalhar fora do lar, provocando assim o esvaziamento deste (Maia & Lopes, 2000). Também no hospital, há a possibilidade de se proporcionarem cuidados que não são viáveis de proporcionar em casa. Deste modo, existe um prolongar cada vez maior da vida, o que leva a encarar a morte como um inimigo, que é preciso evitar por todos os meios, pelo que na sociedade moderna, a morte deixa de ser aceite como natural e necessária ao equilíbrio da humanidade.

Os familiares dos doentes em fase final de vida consideram, por norma, que o elevado grau de dependência do doente e a proporcional necessidade de cuidados, é mais que motivo suficiente para a permanência do doente em internamento, sendo a única maneira de garantir a qualidade assistencial e diminuir o sofrimento na morte.

As contingências da sociedade moderna, industrial, encurralaram a morte nos hospitais e outras instituições (lares), onde a maior parte das vezes se morre sozinho atrás de uma cortina, sem ninguém que compartilhe o medo, ou a dúvida ou a angústia, ou a paz, ou quem sabe a alegria, ou o que quer que se sinta. A maioria das vezes sem poder fazer um último pedido, expressar um último desejo, deixar uma mensagem (Henrique; Monteiro; Lúcia, 1995). Sobre o morrer sozinho, um dos narradores refere-se a esse aspecto do seguinte modo: “(...) fiquei depois comigo mesmo revoltada, (...), foi ela estar, estava a

falecer (...) e ela, pronto a agarrar-me a apertar-me a mão, (...) eu não ter ficado e saber que ela morreu sozinha...” (E14).

A morte faz parte integrante da vida, por isso desde muito cedo a ideia da morte está presente nas pessoas, mas normalmente não se fala dela. A morte é considerada um acontecimento terrível e negativo que vem perturbar o curso normal do bem estar na vida, é encarada como um fracasso perante os meios técnicos e o saber científico existente e torna-se um acontecimento medonho (Henrique, Monteiro & Lúcia, 1995).

Embora a morte seja um fenómeno natural, não é aceite como tal, porque traz sofrimento, angústia e desespero.

Um dos maiores desafios que se coloca aos enfermeiros, quer a nível pessoal, quer a nível profissional é o cuidar de doentes em fase final de vida.

Mas como definir a fase final de vida?

O Concelho Pontifício para a Pastoral da Saúde (1995), afirma que o doente se encontra em fase final de vida quando o seu estado de saúde se deteriora de modo irreversível e mortal. A sua vida torna-se progressivamente mais precária e mais penosa. À doença e ao sofrimento físico acrescenta-se o drama psicológico e espiritual da separação a que a morte conduz e implica. Segundo um dos narradores, afirma: “De dia para dia ao ver a sua situação, cada vez a piorar, é uma coisa que nos afecta muito...” (E1).

Neto (1997) refere existirem alguns elementos fundamentais que definem a fase final de vida, como a presença de uma doença em estado avançado, incurável e progressiva; impossibilidade de resposta ao tratamento específico; presença de numerosos problemas ou sintomas intensos, múltiplos, multifactoriais e em permanente mudança; grande impacto sobre o doente, família e equipa de saúde, em grande parte relacionado com a presença explícita ou não da morte; prognóstico de vida inferior a seis meses (+/- 3 meses).

Será então, que os enfermeiros se encontram preparados para cuidar dos doentes em fase final de vida?

Partilha o investigador da opinião de Maia & Lopes (2000) quando estes afirmam que a morte é sem dúvida o acontecimento mais desgastante que ocorre no dia a dia do hospital e é geralmente visto pelos enfermeiros como frustrante, uma vez que os resultados obtidos não vão, muitas vezes, ao encontro dos esforços dos cuidados prestados na luta contra a morte: “(...), de facto, não poderia fazer nada para contrariar essa situação, o que podia fazer era prestar-lhe os cuidados que ela precisava na altura, (...)” (E11). A morte

é um acontecimento desgastante a evitar: “(...), o meu subconsciente pedia sempre, bem, espero bem que quando ela tiver que morrer, (...)quando for altura eu não esteja cá, (...) (E14).

Também como pessoas, os enfermeiros, ao vivenciarem a aproximação da morte de um doente, vêem aumentar os seus próprios medos e receios, as suas incertezas, crenças e valores, muitas vezes inconscientes e que nem sempre são fáceis de gerir e enfrentar.

O sofrimento do doente termina com a sua morte, mas o do enfermeiro continua ainda por mais algum tempo.

Após a morte, é ainda da responsabilidade do enfermeiro tratar do corpo do doente falecido. Há assim, que cuidar do corpo do moribundo, pelo que um dos narradores refere: “(...) é sempre um momento complicado, porque nunca se pode perder o respeito(...), por aquele corpo que foi pessoa, (...) para mim é sempre um momento difícil, (...) não a morte em si quando se está à espera (...) os últimos cuidados de enfermagem a um corpo, para mim é uma situação que marca (...), porque mexe um bocadinho com o nosso íntimo, com a nossa forma de pensar a vida e a morte (...)” (E4).

Não se deve considerar, que prestados os cuidados ao corpo, acaba a tarefa do enfermeiro. Há que dar importância à família, que sofre com a morte do seu ente-querido.

Torna-se então essencial que, após a morte, o enfermeiro entre em contacto com a família do falecido para lhe comunicar o sucedido. Este contacto pode ser feito em presença física ou telefonicamente. Referem os sujeitos que a informação dada em presença física se torna muito mais difícil, assim afirmam: “(...) nós vivemos muitas situações de óbitos, mas como avisamos pelo telefone é um bocado diferente, mas quando estamos mesmo em contacto com os familiares é muito complicado”. (E8). Outro dos narradores refere ainda que: “(...), depois é muito mais difícil a mim encarar a família... quase como eu também tenho um bocadinho de culpa, (...) de frustração também, não se ter conseguido fazer mais para além daquilo que foi feito, (...)” (E13).

Quando o enfermeiro contacta telefonicamente os familiares convém, no entanto, que este saiba primeiro quem se encontra do outro lado da linha, principalmente qual o grau de parentesco com o doente, quais são os seus conhecimentos sobre o estado do doente, antes de comunicar a sua morte. Sabe-se que uma notícia desta natureza poderá apanhar de surpresa a família ou provocar pânico e choque, daí a necessidade desta ser dada com subtilidade e delicadeza. (Maia & Lopes, 2000).

Por norma, as perdas que são previsíveis são mais fáceis de resolver, porque o processo de luto já se terá iniciado, do que aquelas perdas, que resultam de acontecimentos inesperados. No entanto, o luto é sempre um conjunto de reacções de ajustamento a uma

perda. Os enfermeiros sentem também a dor da perda de uma pessoa a quem se dedicaram.

Quanto ao falecimento de um familiar directo, esta é uma situação que de algum modo é sempre marcante, apesar dos conhecimentos teóricos que o enfermeiro possa ter, nunca está verdadeiramente preparado para a perda do ente querido, especialmente se esta acontecer de modo inesperado. Acerca da morte do seu pai, um dos narradores afirma o seguinte: “... o meu pai. (...) ... fez-me impressão, mexeu comigo, (...) ... o facto de eu cuidar do corpo do meu pai após ele ter morrido, (...)” (E12).

Hennezel (2002, p.17) refere, que

cada vez que um familiar ou amigo nos morre, somos tocados, afectados no mais íntimo do nosso ser, remetidos para as questões essenciais que todo o ser humano se coloca (...). sabemos que somos mortais. Sabemos que iremos viver esta experiência um dia, que ela nos surpreenderá de uma forma brutal e súbita, ou que nos dará tempo de a ver aproximar-se.

Ainda segundo Hennezel (2002) de acordo com as estatísticas, a maioria das pessoas hoje em dia preferia morrer subitamente, porque o que atemoriza é a morte “anunciada”. “Esta morte, com o seu cortejo de angústias, medos, degradação física, perda de autonomia, dores difíceis de aliviar, confronta-nos com a nossa própria angústia e a nossa impotência” (p.17).

Verifica-se que quanto ao morrer, como e quando, existem duas posições antagónicas, por um lado e um modo geral, a pessoa quando pensa na sua própria morte preferia que esta acontecesse subitamente. Já no que se refere aos familiares e aos próprios profissionais, a morte do doente é melhor aceite se já for esperada.

Quando a morte ocorre em crianças, “põe em evidência o absurdo da nossa existência” (Marques et al., 1991, p.62).

Se, por si só, a morte já é um acontecimento gerador de ansiedade, com o qual os enfermeiros têm algumas vezes dificuldade em gerir as suas próprias emoções e sentimentos, a morte da criança representa então, um duro desafio para quem, com ela tem que lidar.

A morte da criança não pode ser encarada como algo natural, já que a mesma contraria o ciclo vital da vida, não sendo esperável que o filho faleça antes do pai. Um dos narradores refere-se a este assunto do seguinte modo: “(...) eu acho que por muito mal que tenham visto aquele filho nunca, é a última hipótese que põem, é que venha a acontecer a morte, (...) não

faz parte do ciclo da vida, os pais verem os filhos morrerem, (...) só isso acho que é desgastante para nós, (...)” (E13).

A morte da criança afecta sobretudo os pais, submergindo-os numa profunda angústia e tristeza, experimentando os mesmos, com frequência, um forte sentimento de culpabilidade.

No que concerne ao enfermeiro, este pode identificar-se com a criança de tal forma, que comece a cuidar dela como se fosse o seu próprio filho. Esta situação pode torná-lo particularmente sensível e atencioso, mas conduz ao risco de um superenvolvimento que se torna prejudicial (Stedeford, 1986). Um dos narradores refere-se, deste modo, a essa situação: “(...), até onde que acaba o facto de ser enfermeira e onde começamos nós, pessoas normalíssimas?” (E13).

No caso da morte de crianças, as reacções de luto dos enfermeiros quase não se distinguem das da família (Marques et al., 1991). Pelo que “(...) a gente acabava por ficar sentados ao pé dele, quando podíamos, até que ele adormecesse, talvez no papel de mãe (...) entretanto acabou por falecer e foi um choque muito grande (...)” (E16).

Ainda referente à dimensão morte, outro acontecimento referido pelos sujeitos como marcante é o dos jovens em fase final de vida com HIV/SIDA.

A SIDA é uma doença primordialmente disseminada através de comportamentos individuais e/ou colectivos inadequados, expressos em práticas sexuais diversas e no uso compartilhado de seringas e agulhas contaminadas.

Da reacção ao medo da morte, deriva a reacção ao medo de contágio e o exagerado medo do contágio tem desencadeado reacções de pânico desproporcionais à possibilidade concreta de transmissão (Paulilo, 1999). São inúmeros os relatos de recusa de atendimento em sectores da saúde, nomeadamente o cirúrgico e o dentário; de discriminação nos ambientes de trabalho e escolares; de rejeição e abandono de doentes por amigos e familiares.

Os problemas com que se confrontam as pessoas infectadas com o HIV são inúmeros e complexos, porque é uma doença incurável, contagiosa, que ocorre frequentemente em grupos sociais já previamente estigmatizados.

A população afectada é geralmente jovem, atingindo maioritariamente as pessoas na 2.<sup>a</sup> e 3.<sup>a</sup> décadas de vida. A maioria dos doentes atingidos é “responsável” pelos seus comportamentos de risco, pelo que se consideram “vítimas culpadas” (Marques et al., 1991). Acerca desta situação, assim se refere um dos narradores: “(...) ela sentia-se culpada

entre aspas, sentia-se um bocado culpada da doença dela, porque ela tinha-se prostituído, (...), primeiro começou com drogas mas depois começou a prostituir-se, (...) morreu um bocado culpada, culpada com a situação com a doença dela”. (E14).

Prestar cuidados no IPO é um tipo particular e específico de desempenho profissional, já que o mesmo ocorre em unidades de oncologia diferenciadas. Deste modo, os cuidados de enfermagem aí desenvolvidos são também específicos e particulares, como o são, os doentes aos quais se têm que prestar cuidados, “(...) trabalhar com doentes oncológicos é complicado (...). Emocionalmente muito pesado, (...). (E10). Outro dos narradores refere ainda: “(...) era extremamente cansativo, cansativo psicologicamente.” (E14).

A particularidade e especificidade do doente oncológico estará por certo relacionada com o facto, de que o diagnóstico de cancro era até algum tempo atrás equivalente a uma sentença de morte (McIntosh, 1974, citado por Marques, et al., 1991). Hoje, dependendo do tipo e estadio do cancro, já existem curas, ou pelo menos sobrevidas mais longas, no entanto “continua a ser possível falar-se de morte sentenciada embora sucessivamente adiada” (Marques, et al., 1991, p.34).

Com o desenvolvimento de novas tecnologias, novas hipóteses terapêuticas surgiram, os doentes têm agora maiores sobrevidas, mas também novas dificuldades e incertezas, e por vezes uma muito má qualidade de vida, vindo com frequência a falecer, longe da família, entre equipamento sofisticado, mas na solidão de um hospital.

Trata-se assim, de uma doença muito traumatizante, que altera consideravelmente a qualidade de vida e que destabiliza o doente (Couvreu, 1999).

O cancro é ainda uma verdade difícil, na medida em que, quer o doente quer a equipa de saúde são confrontados com a ideia de morte, que espontaneamente ninguém gosta de ponderar (Marques et al., 1991).

Doentes diferentes, encaram de modos diferentes a situação de terem cancro. Alguns encaram esta doença como um desafio ou um inimigo que no campo de batalha da vida se propõem defrontar usando todas as armas, no caso os tratamentos disponíveis. Outros, aceitam o diagnóstico como um alívio e entregam-se ao papel de doente numa atitude passiva. Há ainda, os que procuram uma causa, um traumatismo, uma infecção ou até algum médico, que do seu ponto de vista, não teria na altura certa actuado com eficácia, sendo então o responsável (Marques et al., 1991).

É então, com estas atitudes e maneiras diferentes de encarar o cancro, por parte de cada doente, que o enfermeiro se tem que debater quando presta cuidados, nestas unidades diferenciadas.

**A doença e a hospitalização de familiares directos**, refere-se a situações de doença de familiares dos sujeitos participantes neste estudo. Considera-se assim, não ser significativo o grupo a que os mesmos pertencem, já que este, é um acontecimento que se enquadra no âmbito da vida pessoal dos sujeitos.

Quando o enfermeiro é confrontado com uma situação de doença grave, de um dos membros da sua família, que exija internamento, fica preocupado com a gravidade da doença, o sofrimento e a possível morte (Liberado, 2004).

Neste contexto, referem os sujeitos que gostariam que cuidassem do seu familiar, como eles cuidam, dos doentes que têm a seu cargo: “(...) pronto era aquela coisa, alguém também está a cuidar do meu avô como eu estou a tratar de outras pessoas” (E2). Por outro lado, manifestam também, que pelo facto de terem acompanhado o processo de doença e internamento do seu familiar, o mesmo contribuiu para que possam avaliar: “ o que é que as pessoas podem sentir ao chegar ao serviço, (...) muitos dos doentes, é a primeira vez que são internados (...)” (E11). Esta situação de doença e internamento dos seus familiares, contribuiu ainda para que passassem a ver as coisas comuns do dia a dia, com um olhar mais crítico e reflexivo. Um dos narradores afirma o seguinte: “(...) e foi aquela sensação de entrar dentro de um quarto, de uma enfermaria, uma unidade de SO, que eu vejo ventilador, tubos endotraqueais, eu vejo... e que eu nunca tinha olhado para uma cama daquelas pensando que poderia ser alguém meu, mas sempre com uma pessoa que não conheço, vou tentar dar o máximo mas não me diz nada, quer dizer diz-me como pessoa, mas não tem aquele sentimento ”. (E12).

**Dificuldade de comunicação com o doente**, refere-se esta dimensão à dificuldade do enfermeiro em encetar com o doente uma relação comunicacional do tipo verbal. A este propósito, um dos narradores afirma: “(...) não conseguia ter um diálogo com a senhora. (...) e eu senti-me um bocado mal, (...), a senhora nunca disse nada, (...) sempre olhava com aqueles olhos, com o olhar triste, com a situação envolvente (...)” (E9).

Comunicar é essencial ao ser humano, porque se trata de um processo que faz do homem aquilo que ele é e permite que estabeleça a relação interpessoal (Fachada, 2001).

Será então, pelo facto de a comunicação ser essencial ao ser humano, e por não a ter conseguido estabelecer em toas as suas vertentes, o que tornou, esta situação marcante para este narrador. Ainda segundo Fachada (2001) é essencial para o sucesso da

comunicação e para o contacto com os outros, o fenómeno da retroacção ou confirmação da mensagem. A continuidade ou não da comunicação, depende da maneira como ela influenciou e foi recebida pelos outros.

Uma outra situação de dificuldade comunicacional mencionada pelos sujeitos, refere-se ao caso de um doente tetraplégico e afásico, com o qual o narrador teve dificuldade em se relacionar e comunicar eficazmente, por se identificar com este doente, por ele ser sensivelmente da sua idade. Assim, salienta o seguinte: “(...) era ele ver-nos tão activos no campo profissional e... (...) não conseguia perceber como é que ele reagia, porque ele comunicava mais através do olhar e nunca consegui perceber muito bem, ele não falava, também estava afásico e aquilo incomodava... (...) depois porque via-o completamente, totalmente dependente e depois porque associava, (...), ser mais ou menos da idade dele (...)”. (E7).

Segundo Stedeford (1986) a identificação que o enfermeiro faz com o doente é um mecanismo mental de defesa, que quando incorrectamente usado pode funcionar em prejuízo quer do doente quer do profissional, assim quando o enfermeiro começa a pensar e a sentir como a pessoa com quem está preocupado, tem tendência a ficar sobrecarregado “pela emoção que, por direito, não lhe pertence e torna-se menos eficiente para cooperar” (p.158).

**Desempenho de funções em circunstâncias adversas**, refere-se esta dimensão ao facto de se terem que prestar cuidados de enfermagem em circunstâncias não aconselháveis, quer as mesmas sejam do foro da estrutura física dos serviços de internamento, quer sejam do foro da gestão de recursos humanos.

Relativamente à primeira situação, um dos narradores refere o seguinte: “(...) aquele serviço era mesmo terrível, (...), não tínhamos mesmo condições nenhuma” (E14).

Da segunda situação, um dos narradores faz-lhe referência do seguinte modo: “(...) fiquei a fazer uma noite sozinha, primeira noite da minha vida... (...) e eu sem saber quais eram as rotinas, nada, (...)” (E13).

Na perspectiva de Jean Watson (citada por Hesbeen, 2000) os cuidados de enfermagem, são constituídos pelo essencial e pelo acessório destes mesmos cuidados. Entende esta autora que:

- a essência dos cuidados de enfermagem é a acção interpessoal do enfermeiro e do doente com vista a produzir um resultado terapêutico;
- o acessório dos cuidados de enfermagem é o conjunto das técnicas, dos protocolos, das terminologias, das formas de organização, dos contextos dos cuidados

Depreende-se desta perspectiva que quer o essencial, quer o acessório, são importantes para o sucesso dos cuidados que se prestam ao doente. Assim, nesta linha de pensamento, não estando esta narradora na posse do acessório dos cuidados, que neste caso passava pelo desconhecimento, das normas e procedimentos do serviço, dos protocolos utilizados e outras formas de organização específicas do serviço e do contexto dos cuidados, pelo que, dificilmente esta narradora conseguiria a qualidade desejável e necessária dos cuidados a prestar aos doentes. A narradora ilustra este acontecimento com o seguinte discurso: “(...), primeira noite da minha vida... (...) sozinha com uma auxiliar, em que nesse dia a auxiliar foi a enfermeira e eu fui a auxiliar da auxiliar (...) doentes que iam ser operados no dia seguinte, e eu sem saber quais eram as rotinas, nada, (...)” (E13).

**O enfermeiro no papel de doente**, refere-se a um acontecimento particular da vida pessoal dos sujeitos, o seu próprio processo de doença. Este é um acontecimento, que os sujeitos transferem para a sua vida profissional, contribuindo deste modo, e segundo referem, para que seja diferente o seu cuidar, comparado com o que era anteriormente, pois esta situação, “(...) fez-me ver o que é que as pessoas podem estar a sentir, (...) o facto de eu já ter vivido situações relativamente semelhantes, fazem-me perceber de que forma é que as pessoas encaram muitas vezes o processo do internamento, processo de ser cuidado”. (E11).

Este acontecimento, traz de algum modo mudanças de estatuto e de papéis, assim o enfermeiro abandona o papel que anteriormente ocupava e readquire um outro, que é o papel de doente, no qual, ocorre um conjunto de procedimentos e operações que reduzem a pessoa a doente. Todo e qualquer indivíduo que ocorre ao hospital para dele se servir, passa a ser considerado um doente, tendo este que se submeter às regras institucionalizadas (Carapinheiro, 1993).

**A gravidez na adolescência**, foi referenciada como marcante pela proximidade de idades que existe, entre as adolescentes que engravidam e o sujeito que a referiu. No seu discurso é patente a identificação que de alguma forma faz com estas adolescentes: “(...) acho que isso leva a repor para nós e daí nós começamos a pensar se «se fosse eu, o que é que acontecia?»” (E5).

O nascimento de uma criança, sobretudo se é o primeiro filho, poderá ter repercussões na relação da mulher com a família de origem e com os amigos. Estas repercussões são ainda maiores quando se trata de uma adolescente, já que por norma a gravidez não foi desejada, a maturidade física e psicológica é ainda deficiente, o processo de escolarização ainda não se encontra concluído e não possui meios de subsistência autónomos.

Existem também alterações a nível da disponibilidade física e psicológica da puérpera, mas principalmente alterações de papéis dos vários elementos da família. Assim a puérpera além de filha passa também a se mãe: a sua mãe para além de mãe passa a ser avó; uma eventual irmã da puérpera passa a ser tia. Estes novos papéis exigem reajustamentos pessoais e inter-pessoais que poderão fortalecer ou, pelo contrário, debilitar os laços familiares existentes (Afonso, 2000).

**O idoso rejeitado pela família**, foi um acontecimento referenciado como marcante, pela indignação que causa a este sujeito o facto dos familiares dos idosos os recusarem de volta a casa após a alta do internamento hospitalar, “(...) porque há situações que nós vivenciamos, por exemplo aqueles casos especiais, (...) o chamado depósito dos idosos nos hospitais, por vezes quando têm alta (...), os familiares não colaboram (...) ou não os querem levar para casa” (E5).

Esta situação de despojo do idoso do lar, estará provavelmente muito relacionada com as alterações socio-económicas da sociedade pós-industrial, em que a família nuclear é predominante e todos os elementos do agregado familiar trabalham fora do mesmo, provocando o esvaziamento deste (Maia & Lopes, 2000) e conseqüentemente a dificuldade de acolhimento do idoso dependente e com necessidade de cuidados frequentes ou permanentes.

A pessoa doente, ao perder a capacidade de ser auto-suficiente, poderá revoltar-se e sofrer com a situação de “inutilidade” e dependência forçada e pelo secreto receio de ser eliminada do ambiente familiar (Domingues, 1997).

## CONCLUSÕES

Do percurso que se efectuou até ao momento final deste estudo, é então possível, salientar os aspectos mais significativos do processo de interacção enfermeiro/doente, ocorrido em contexto hospitalar e que contribuem para a construção da identidade profissional do enfermeiro, assim:

- Verifica-se existir um acontecimento principal que se pode considerar determinante da construção da identidade profissional do enfermeiro. É um acontecimento referenciado como negativo e foi mencionado por todos os sujeitos sem excepção. Este acontecimento é a morte. Provavelmente, porque estamos em contexto hospitalar, as vivências são particulares, convivendo estes enfermeiros com frequência com situações de morte, portanto, as emoções e os sentimentos que decerto mais marcam, terão como pano de fundo este acontecimento. A morte, tão frequentemente vivenciada pelos enfermeiros, vai moldando o modo como estes com a mesma se relacionam.
- Face aos resultados encontrados, os mesmos sugerem que é, através de reinstalações e readaptações que são feitas em termos de experiências anteriores e que são mediadas simbolicamente que os sujeitos conseguem que acontecimentos negativos se transformem em positivos, neste sentido pode-se então afirmar que provavelmente são os marcadores somáticos positivos os que apresentam maior significado na construção da identidade profissional do enfermeiro, sendo que é, no processo de transformação, da somatização negativa em positiva que o enfermeiro vai construindo a sua identidade profissional.
- A hipótese do Marcador Somático como regulador das emoções sugere que, face a determinadas circunstâncias os enfermeiros conseguem transformar os acontecimentos de carga negativa em positivos. Deste modo, os mesmos serão determinantes do crescimento pessoal e profissional e permitem-lhes continuar a retirar dos acontecimentos que vão experienciando contributos para futuras interacções.

Após a apresentação dos principais aspectos que se salientaram desta investigação, pode-se ainda referir, que os sujeitos do estudo, num primeiro momento, apresentam alguma dificuldade em lidar com o doente em fase final de vida, principalmente quando existe degradação do estado de saúde, parecendo num segundo momento, que estas situações são rapidamente reinstaladas positivamente, retirando das mesmas contributos e aprendizagens para situações futuras. Só deste modo se compreende que os enfermeiros, tão frequentemente expostos a estes acontecimentos em ambiente hospitalar, não procurem contextos alternativos de trabalho, em que não sejam confrontados com estas situações de carga negativa.

Como principais *implicações do estudo*, a nível da Licenciatura em Enfermagem e para que os enfermeiros ultrapassem as dificuldades na vivência das situações de morte, sugere-se a valorização dos conteúdos teóricos sobre a matéria, assim como, formação específica mais alargada sobre as vivências da morte, de modo a que consigam no futuro, já como profissionais, lidar mais eficazmente com a morte e os acontecimentos nucleares que a envolvem. Deste modo podem-se evitar determinados estados somáticos (de ansiedade, desespero...) que causam nos enfermeiros um grande impacto na sua saúde.

Ainda ao nível da Licenciatura, poder-se-ia dar continuidade a este estudo, com a recolha de dados a ser feita junto dos estudantes finalistas, provavelmente com uma metodologia mais extensível. Os resultados que se obtivessem poderiam ser interessantes e serem considerados válidos no sentido, de se criar um gabinete de aconselhamento ao estudante, como orientador da área de desempenho, para a qual se encontram mais vocacionados, ou seja, se é, a área hospitalar ou a área, de Cuidados de Saúde Primários.

Também a nível da formação complementar dos enfermeiros, nomeadamente o recurso a cursos de pós graduação, a serem ministrados nas escolas de enfermagem, na área do doente em fase final de vida, parece ser evidente que contribuiria para que se ultrapassassem algumas dificuldades neste âmbito.

Quanto às *limitações do estudo*, deve-se salientar que elaborar este trabalho se revelou uma tarefa complexa e exaustiva, a qual decorreu em simultâneo com as actividades profissionais, pelo que o processo de reflexão e a continuidade na elaboração do mesmo, tiveram que ser interrompidas, o que dificultou reencontrar o fio condutor da investigação.

Terminam-se as conclusões com a alusão a *futuras investigações*. Assim, ao nível da continuidade da investigação, num sentido igualmente etnobiográfico, mas procurando que a recolha de dados ocorra junto dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários, de forma, a verificar se existem diferenças significativas entre uma e outra realidade, que possa inclusivamente ser motivo da opção dos enfermeiros por uma ou outra vertente da prestação de cuidados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ABREU, W. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: FORMASAU, Formação e Saúde Lda. e EDUCA
- ADAM, E. (1994). *Ser Enfermeira*. (3º ed.). Lisboa: Instituto Piaget
- AFONSO, E. (2000). Relações familiares no pós-parto. *Enfermagem em Foco*, n.º38, Fevereiro/Abril, 35-38
- AMADO, R. (2002). Identidade dos Enfermeiros Especialistas. Representações e relações intergrupais. Dissertação de Mestrado em Toxicod dependências e Patologias psicossociais. Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos
- AMENDOEIRA, J. (1999). Do meu doente aos doentes do serviço. Dissertação apresentada a Concurso para Professor Coordenador. Escola Superior de Enfermagem de Santarém
- BARDIN, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.
- BASTO, M. L. (1993). Valores profissionais: opções a fazer. *Enfermagem em Foco*, n.º10, Fevereiro/Abril, 42-47
- BENNER, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto
- BENTO, M. C. (1997). *Cuidados e formação em Enfermagem, que Identidade?* Lisboa: Fim de século edições Lda.
- BENTO, M. C. (2001). Aprender a ser enfermeiro: Que modelo de formação? *Sinais Vitais*, n.º34, Janeiro, 25-29
- BERGER, P. L. & Luckmann, T. (1973). *A construção social da realidade*. (8ª ed.). Petrópolis: Editora Vozes Lda.
- BERLO, D. K. (1999). *O processo de comunicação: Introdução à teoria e à prática*. (9ª ed.). São Paulo: Martins Fontes

- BITTI, P. R. & Zani, B. (1997). *A comunicação como processo social*. (2.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Editorial Estampa
- BLANCHET, A. & Gotman, A. (1992). *L' Enquête et ses Méthodes: L' Entretien*. Paris: Editions Nathan
- BOGDAN, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora
- BOTELHO, M. A. (1995). Perspectivar o cuidar no futuro. *Informar*, n.º 1, Abril/Junho, 37-38
- BUENO, F. & Queiroz, M. (2004). [http://www.espacorealmedico.com.br//informacoes.../tpl\\_artigo\\_unicamp\\_0008\\_log.sht](http://www.espacorealmedico.com.br//informacoes.../tpl_artigo_unicamp_0008_log.sht), retirado em 21/05/04
- CARAPINHEIRO, G. (1993). *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*. (2.<sup>a</sup> ed.). Porto: Edições Afrontamento
- CARVALHO, A; Martins, M. & Jesus, M. (1994). Cuidar – Uma reflexão. *Servir*, n.º 42 (5), 238-242
- COELHO, M. T. (1999). Aspectos Relacionais do Cuidar: A pessoa doente em fase terminal. Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Teologia e Ética da Saúde. Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Teologia, Faculdade de Ciências Humanas
- COLLIÈRE, M. F. (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: SEP
- CONSELHO PONTIFÍCIO PARA A PASTORAL DA SAÚDE (1995). *Carta dos profissionais de saúde*. Lisboa: Instituição Missionária Filhas de São Paulo
- COUVREUR, C. (2001). *A Qualidade de Vida. Arte para viver no século XXI*. Loures: Lusociência
- DAMÁSIO, A. (1996). *O Erro de Descartes. Emoção, Razão e Cérebro Humano*. (16.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Publicações Europa-América
- DAMÁSIO, A. (2000). *O Sentimento de Si. O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência*. (6.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Publicações Europa-América
- DOMINGUES, B. (1997). Aspectos de apoio ao doente moribundo. *Informar*, n.º9, Abril/Junho, 14-16

- DUBAR, C. (1997). *A socialização – construção das identidades sociais e profissionais*. (2ª ed.). Porto: Porto Editora
- ESPADINHA, A. & Reis, M. (1997). A Colaboração escola/serviços. *Nursing*, n.º 114 (10), 31-34
- FALCÃO, F; Trindade, A; Cruz, A; Laranjeira, A; Nogueira, A; Simões, G; Freitas, I; Santos, I; Lopes, J; Antunes, L; Baia, L; Martins, M; Sequeira, M; Meira, R; Soares, R. & Corado, S. (2004). Satisfação na relação enfermeiro-utente. *Investigação em Enfermagem*, n.º 9, Fevereiro, Edições Sinais Vitais, 45-50
- FERNANDES, M. T. (1996). Dimensões e contextos da identidade profissional das enfermeiras. Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Organizacional - ISCTE
- SOAR, F. E. J. (1998). A interação médico-cliente. *Revista da Associação Médica Brasileira*. Retirado em 27 de Novembro de 2003 da Worl Wide Web
- FACHADA, M. O. (2001). *Psicologia das relações interpessoais*. (4.ª ed.). Lisboa: Edições Rumo
- FORTIN, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência
- GHIGLIONE, R. & Matalon, B. (1993). *O Inquérito, Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora
- HELMAN, C. G. (1994). *Cultura, Saúde e Doença*. (2ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas
- HENNEZEL, M. (2002). Acompanhar os últimos instantes da vida. *Sinais Vitais*, n.º 41, Março, 17-21
- HENRIQUES, M; Monteiro, Z. & Lúcia, A. (1995). O enfermeiro e a morte. *Servir*, n.º 43 (1), Janeiro/Fevereiro, 9-17
- HESBEEN, W. (2000). *Cuidar no Hospital. Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- KARP, H. (1993). A arte esquecida do feedback. *Divulgação*, n.º 28, Outubro, 41-47
- KEROUAC, S.; Pepin, J.; Ducharme, F.; Duquette, A. & Major, F. (1994). *La pensée infirmière, conceptions et stratégies*. Laval- Québec: Maloine

- KUBLER-ROSS, E. (1991). *Sobre a morte e o morrer*. (4.<sup>a</sup> ed.). São Paulo: Martins Fontes
- LAZURE, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta
- LIBERADO, J. (2004). A informação aos familiares e acompanhantes. Avaliação do grau de satisfação. *Sinais Vitais*, n.º 45, Janeiro, 19-24
- MADUREIRA, M. M. (2001). O poder terapêutico do humor – rir talvez seja o melhor remédio. *Acontece Enfermagem*, 1 (1), 26-29
- MAGALHÃES, P; Fernandes, A; Barreira, M. & Ferreira, A. (2001). Representação social dos enfermeiros em crianças dos 8 aos 10 anos. *Sinais Vitais*, n.º 39, Novembro, 59-63
- MAIA, O. & Lopes, W. (2000). O enfermeiro e a morte. *Informar*, n.º 21 (6), Abril/Junho, 31-33
- MAISONNEUVE, J. (1967). *A Dinâmica dos Grupos*. Lisboa: Edição “Livros do Brasil”
- MARQUES, A; Santos G; Firmino, H; Santos, Z; Vale, L; Abrantes, P; Barata, P; Moniz, M; Amaral, A; Galvão, M; Clemente, V; Pissarra, A; Albuquerque, E; Gomes, A. & Morais, I. (1991). *Reacções emocionais à doença grave: Como lidar*. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica
- MARTINS, C; Coelho, E; Mira, M. & Gomes, S. (2004). Cuidar o doente oncológico. Uma reflexão. *Sinais Vitais*, n.º 53, Março, 57-60
- MESTRINHO, M. G. (1997). O choque da realidade dos enfermeiros no início de carreira. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação. Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação
- NETO, I. (1993). Cuidados Paliativos ao doente terminal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. Vol. 10, n.º 6 e 7, 154-159
- NETO, I. (1997). *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa: Asta Médica
- NÓVOA, A. (1995). *Vidas de Professores*. Porto: Porto Editora
- OTTO, S. E. (1997). *Enfermagem em oncologia*. (3.<sup>a</sup> ed.). loures: Lusociência
- PAULILO, M. (1999). *AIDS – os sentidos do risco*. São Paulo: Veras Editora
- POIRIER, J; Clapier-Valladon, S. & Raybaut, P. (1999). *Histórias de vida, teoria e prática*. (2.<sup>a</sup> ed.). Oeiras: Celta.

- POLIT, D. F. & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas
- PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 480/88. Integração do ensino da enfermagem no sistema educativo nacional a nível do ensino superior politécnico. Diário da República, I Série (259), 23 de Dezembro, p.5070
- PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 161/96. Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. Diário da República, I Série (205), 4 de Setembro, p.2959
- PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 104/98. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, Lisboa, Série A (93), 21 Abril, p.1739
- PORTUGAL, Ministério da Educação. Decreto-Lei n.º 353/99. Regras gerais do ensino de enfermagem no âmbito do ensino superior politécnico. Diário da República, I Série A (206), 3 de Setembro, p.6198
- PORTUGAL, Ministério da Saúde. (2000). Circular Normativa n.º 4. Visitas e acompanhamento familiar a doentes internados. Direcção Geral da Saúde, 28 de Janeiro
- QUEIRÓS, A. (2002). <http://www.anqueiros.com/article.php3?id-article=8>, retirado em 01-06-03
- QUEIRÓS, A. (2002). <http://www.anqueiros.com/article.php3?id-article=9>, retirado em 01-06-03
- QUEIRÓS, A. (2003). <http://www.anqueiros.com/MG/doc/doc-24.doc>, retirado em 02-06-03
- QUEIRÓS, A; Silva, L. & Santos, E. (2000). *Educação em enfermagem*. Coimbra: Quarteto
- QUIVY, R. & Campenhout, L. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva Publicações, Lda.
- REIS, A. (2001). Cuidar idosos: uma construção cultural para o estudante de enfermagem. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
- REIS, J. (1998). *O sorriso de Hipócrates*. Lisboa: Veja
- RIBEIRO, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA

- RIBEIRO, M. (1995). Histórias de vida e pesquisa sociológica. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 44, Dezembro, 125-141
- ROPER, N; Logan, W. & Tierney, A. (1990). *Modelo de Enfermagem*. (3ª ed.). Alfragide: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.
- SANTOS, M. C. P. & Rosário, J. M. A. (2002). A propósito de enfermeiros... *Enfermagem em Foco*, n.º 47, Abril/Junho, 18-19
- SARAIVA, M. C. (2002). O processo de comunicação em ambiente oncológico. Vivência dos enfermeiros e seus significados. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Sociopsicologia da Saúde. Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos
- SARAIVA, M. C. (2003). O processo de comunicação em ambiente oncológico. Vivências dos enfermeiros e seus significados. *Investigação em Enfermagem*, n.º 8, Agosto, 37-48
- SPEAR, H. J. (2003). Uma reflexão sobre a prática profissional: porquê escolher a enfermagem? *Servir*, n.º 51-3, Maio/Junho, 139-141
- STACCIARINI, J. M. R.; Andraus, L. M. S.; Espiridião, E. & Nakatani, A. K. (1999). Quem é o enfermeiro? *Revista electrónica de enfermagem (online)*, Goiânia, V.1, n.º 1, Outubro-Dezembro. Disponível: <http://www.fen.ufh.br/revista>, retirado em 30/10/02
- STEDEFORD, A. (1986). *Encarando a morte: uma abordagem ao relacionamento com o doente terminal*. Porto Alegre: Artes Médicas

## **ANEXOS**

**ANEXO 1**  
**GUIÕES DE ENTREVISTA**

**ANEXO 1-a**

**GUIÃO DE ENTREVISTA PARA ESTUDANTES**

## GUIÃO DE ENTREVISTA – ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

**OBJECTIVO** – Recolher dados para a compreensão do problema em estudo

<b>Blocos Temáticos</b>	<b>Objectivos Específicos</b>	<b>Aspectos/ Questões a abordar</b>
<b>A</b> Legitimação da entrevista	Legitimar a entrevista Motivar o entrevistado	Apresentação da entrevistadora Informação sobre os objectivos gerais do trabalho Solicitação da colaboração do estudante, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho Confirmação do carácter confidencial das informações fornecidas
<b>B</b> Significação das experiências de vida que o marcaram como estudante	Perceber o significado atribuído aos momentos marcantes da sua existência como estudante	Recorrendo às suas memórias, fale-me sobre situações da sua vida que o marcaram como estudante de enfermagem e porquê? Nessas memórias há algum momento de interacção com algum doente que possa ter sido especialmente marcante? Porquê? Os momentos de interacção com esses doentes contribuíram de algum modo para a construção de uma identidade profissional, identidade como enfermeiro, ou não? É possível identificar concretamente qual é a identidade do enfermeiro e da enfermagem, ou esta identidade encontra-se diluída por outras profissões da área da saúde? Existirá um espaço próprio para a enfermagem? Ser enfermeiro confunde-se ou não, com outras profissões na área da saúde? Se não, que contributos considera serem de mais valia relativamente a outros? Nessas memórias que o marcaram, consegue incluir outras pessoas significativas, como familiares de doentes, colegas ou professores?
<b>C</b> Identificação de estratégias utilizadas para o desenvolvimento de competência	Identificar as estratégias utilizadas pelos estudantes para o desenvolvimento de competências	As situações marcantes que vivenciou até ao momento, considera que vão influenciar o seu modo de cuidar no futuro? Porquê? Neste processo de aprendizagem, que está agora a terminar, quais foram as pessoas mais significativas na transmissão de saberes (competências) que teve oportunidade de adquirir e porquê? Relate situações em que ocorreram e dê exemplos.
<b>D</b> Identificação de sentimentos e emoções no processo de interacção com o doente	Identificar sentimentos e emoções vivenciadas pelos estudantes na interacção com os doentes	Refira sentimentos e emoções que podem influenciar a interacção com o doente Em termos de experiências positivas consegue identificar quais as mais marcantes e porquê?
<b>E</b> Agradecimento da entrevista	Agradecer a atenção e disponibilidade dispensadas	Agradecimento pelas informações, tempo e atenção dispensadas

**ANEXO 1-b**  
**GUIÃO DE ENTREVISTA PARA ENFERMEIROS**

## GUIÃO DE ENTREVISTA – PARA OS ENFERMEIROS

**OBJECTIVO** – Recolher dados para a compreensão do problema em estudo

<b>Blocos Temáticos</b>	<b>Objectivos Específicos</b>	<b>Aspectos/ Questões a abordar</b>
<b>A</b> Legitimação da entrevista	Legitimar a entrevista Motivar o entrevistado	Apresentação da entrevistadora Informação sobre os objectivos gerais do trabalho Solicitação da colaboração do enfermeiro, referindo a importância do seu contributo para a realização do trabalho Confirmação do carácter confidencial das informações fornecidas
<b>B</b> Significação das experiências de vida que o marcaram como enfermeiro/a	Perceber o significado atribuído aos momentos marcantes da sua existência como enfermeiros	Recorrendo às suas memórias, fale-me sobre situações da sua vida que o marcaram como enfermeiro/a e porquê? Há nessas memórias algum momento de interacção com algum doente que possa ter sido especialmente marcante na maneira como passou a olhar ou a cuidar os outros doentes. Há alguma memória específica que o/a possa ter marcado? Nessas memórias que o/a marcaram consegue incluir outras pessoas significativas, como familiares dos doentes, colegas ou superiores hierárquicos? É possível identificar concretamente qual é a identidade do enfermeiro e da enfermagem, ou esta identidade encontra-se diluída por outras profissões da área da saúde? Existirá um espaço próprio para a enfermagem? Ser enfermeiro confunde-se ou não, com outras profissões na área da saúde? Se não, que contributos considera serem de mais valia relativamente a outros?
<b>C</b> Identificação de estratégias utilizadas para o desenvolvimento de competência	Identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para o desenvolvimento de competências	A experiência profissional é importante para a transmissão de saberes (competências) aos recém-formados? Relate situações em que ocorreram e dê exemplos. Numa perspectiva evolutiva do cuidar, pode encontrar algum momento que fosse determinante desta evolução ou a mesma é o resultado de uma construção ao longo do tempo?
<b>D</b> Identificação de sentimentos e emoções no processo de interacção com o doente	Identificar emoções e sentimentos vivenciadas pelos enfermeiros na interacção com os doentes	Refira sentimentos e emoções que podem influenciar a interacção com o doente Em termos de experiências positivas consegue identificar quais as mais marcantes e porquê?
<b>E</b> Agradecimento da entrevista	Agradecer a atenção e disponibilidade dispensadas	Agradecimento pelas informações, tempo e atenção dispensadas

**ANEXO 2**  
**ANÁLISE SUMÁRIA DAS ENTREVISTAS**

## ANÁLISE SUMÁRIA DAS ENTREVISTAS

### ESTUDANTES:

#### E 1

**Sexo** – Masculino

**Idade** – 22 Anos

**Duração da entrevista** – 50 minutos

Acontecimentos Marcantes	Personagens Significativas	Observações
<p>Contacto com um doente em fase terminal com o qual estabeleceu uma relação próxima. O facto de esse doente em fase terminal ter consciência da sua situação e a degradação do seu estado de saúde.</p> <p><i>“De dia para dia ao ver a sua situação, cada vez a piorar, é uma coisa que nos afecta muito... (...) ... marcou-me muito ver o antes e o depois.”</i></p> <p>Contacto próximo com situações de morte.</p> <p>Quanto às emoções e sentimentos que podem influenciar a interacção com o doente, considera que à medida que vai ganhando mais experiência vai aprendendo a controlar melhor as suas emoções e a não deixar que as mesmas afectem o seu desempenho profissional. Por outro lado considera também, que adequa a sua postura, a sua maneira de ser consoante os sentimentos que o utente esteja a sentir naquele momento e os sentimentos do utente também o afectam a ele.</p> <p>Mas apesar de tudo, o que é importante é <i>“... temos que saber ter a capacidade de dar um feed-back ao utente, mas um feed-back positivo de</i></p>	<p>Primeiro doente em fase terminal, a quem teve que prestar cuidados.</p> <p>Primeiros os utentes e em segundo os familiares destes, por último os colegas, com quem desabafa e partilha as situações, já que eles passam pelas mesmas dificuldades.</p> <p>Se existir espírito de grupo entre os colegas as partilhas tornam-se mais fáceis, é mais gratificante e adquirem-se mais ganhos.</p> <p>Relativamente às personagens significativas, no seu processo de aprendizagem, numa fase inicial e até ao final do segundo ano, considera que os professores são as figuras principais. Depois nos dois últimos anos, os professores vão cedendo o seu lugar aos enfermeiros da prática, os enfermeiros cooperantes.</p> <p><i>“... o professor tem aqueles saberes teóricos e o profissional é aquele que está mais adaptado a um serviço para onde vamos estagiar. (...) Penso que, agora que estou a acabar é importante nós irmos para o serviço e estarmos mais com o profissional e menos com o professor, porque lá no fundo prepara-nos mais”.</i> Por vezes chegados à prática (...) <i>“não encontramos assim uma</i></p>	<p>Os acontecimentos marcantes ocorreram durante o primeiro estágio hospitalar de prestação de cuidados.</p> <p>A pessoa que mais o marcou já era uma pessoa idosa, mas considera que se fosse jovem, cuja idade se aproximasse da sua ainda o teria marcado mais, porque existiria uma maior identificação.</p> <p>Considera que essa situação marcante lhe trouxe ganhos para utilizar em situações futuras. Os grandes ganhos são em termos de relação que se estabelecem com as pessoas. O que mais o fortaleceu nestes quatro anos de formação, foi o aspecto relacional. O relacionar-se melhor com as pessoas, permitiu-lhe conseguir estar melhor consigo próprio e por conseguinte ajudar melhor os outros e prestar cuidados de maior qualidade.</p> <p>As situações de morte, marcaram-no muito, mas considera que o fizeram crescer e fortalecer.</p> <p>A primeira situação marcante considera que o influencia na prestação de cuidados, nomeadamente na forma de relacionamento com os outros utentes, passando a dar mais atenção a aspectos que anteriormente passavam</p>

<p><i>força...</i>”</p> <p>As emoções de satisfação transmitidas pelos doentes, são reconfortantes para os profissionais e dá-lhes motivação e força para que tentem fazer cada vez mais e melhor e prestar cada vez melhores cuidados aos utentes.</p> <p>Como acontecimento marcante positivo, considera o facto daquele doente em estado terminal ter conseguido apreender de forma positiva as mensagens que lhe transmitiu nomeadamente de ânimo e força perante a situação que estava a vivenciar e da qual se encontrava consciente.</p> <p><i>(...) “que eu era uma pessoa que lhe estava sempre a dizer para não desanimar, que eu era uma pessoa, que mesmo nessa altura com pouca experiência conseguia transmitir qualquer coisa, que era uma pessoa que estava sempre a transmitir força, a encorajar a pessoa, (...), vá lá, a fazer com que ele também tentasse tirar alguma coisa positiva, é claro que é difícil numa situação destas, mas tentar lembrar a família que tinha, os filhos, os netos, tentar recordações boas e lembro-me de ele ter dito isso, até nem estava à espera, (...) e essas palavras aí, foram mesmo marcantes e pronto... ficaram até hoje gravadas”</i>.</p>	<p><i>realidade igual à teoria...</i>”</p>	<p>despercebidos, como por exemplo, que as pessoas necessitam de alguém que as ouça, de alguém que as compreenda, de alguém que esteja ali realmente com elas.</p>
--	--	--

## E 2

Sexo – Feminino

Idade – 23 Anos

Duração da entrevista – 45 minutos

Acontecimentos Marcantes	Personagens Significativas	Observações
<p>Estágio no serviço de urgência e a autonomia que sentiu ter.</p> <p><i>“(...) deram-nos muita autonomia, (...), tava assim às vezes sozinha e isso foi muito bom, (...) temos que pensar por nós (...), é muito positivo (...), comecei a perceber que até era capaz de fazer as coisas e isso, pronto, foi positivo”.</i></p> <p>Contactar com uma idosa que se encontrava internada no serviço de cirurgia e que no dia em que comemorava 90 anos a sua situação clínica piorou bastante, tendo existido a necessidade de ser ventilada. O facto da filha lhe dar os parabéns sem se aperceber da sua situação de morte eminente.</p> <p>Interacção com uma criança, com queimaduras no tronco e braço que ao ser feito o penso nunca chorou nem se queixou, apesar de ser uma situação dolorosa, esteve sempre a conversar e alegre, pelo que foi uma situação positiva.</p> <p>O seu próprio internamento, embora não o considere muito significativo, fá-la perceber o que os outros podem estar a sentir.</p> <p><i>“(…), eu tive internada e lembro-me que era um pouco assim, eu percebo perfeitamente o que eles estão a sentir, porque eu lembro-me... eu tive um dreno, eu fui</i></p>	<p>Colegas do curso de enfermagem de um modo geral. Em situações em que se encontrava mais atrapalhada sempre colaboraram e a ajudaram.</p> <p>Familiares de um doente, internado em cirurgia por pé diabético, com os quais estabeleceu uma relação próxima; assim como com a esposa de um outro doente tetraplégico a qual gostava de desabafar com ela.</p> <p>Relativamente às personagens mais significativas neste seu processo de aprendizagem, atribui grande importância ao enfermeiro cooperante que a acompanhou no estágio no serviço de urgência, pelo facto da autonomia que lhe concedeu na realização dos cuidados de enfermagem.</p> <p>Também porque ficou impressionada por ele ser uma pessoa com imensos conhecimentos.</p> <p><i>«”(…) ele percebia imenso daquilo e cada situação ele já sabia o que é que havia de fazer... às vezes ele mais é que dizia “não era melhor fazer assim?” e depois o médico dizia: “sim, se calhar é melhor”».</i></p> <p>Os professores que considera terem sido mais significativos nas aulas teóricas, são aqueles que conseguem aliar a teoria à prática, dando exemplos o que facilita a compreensão.</p>	<p>Sentiu a autonomia como um acontecimento muito positivo.</p> <p>Directamente nunca teve nenhuma situação de morte, ou seja nunca acompanhou nenhum doente que posteriormente viesse a falecer consigo, no entanto considera marcante a situação que acompanhou da doente com 90 anos em que se aproximava o momento da morte.</p> <p>Considera o relacionamento que consegue estabelecer com os familiares dos doentes de grande importância.</p> <p><i>«“(…) mas eu achei importante porque a senhora tava ali a desabafar até chorava e tudo porque tava numa situação difícil e eu não ia dizer: “olhe, desculpe lá mas agora tenho de me ir embora...”».</i></p> <p>Considera que apesar de ter sido penalizada na avaliação porque com frequência não conseguia dar resposta a todas as solicitações dentro do tempo pretendido por passar muito tempo com os familiares, refere que:</p> <p><i>... “eu preferi sentir-me bem”.</i></p> <p>Considera que o seu processo de aprendizagem não está encerrado no final dos quatro anos do curso, mas que tem que prosseguir.</p> <p>Relativamente à profissão de enfermagem e ao ser</p>

<p><i>operada aqui, no osso do crânio tirar um tumor benigno... (...) então talvez por isso eu percebo...”.</i></p> <p>O internamento do seu avô, em simultâneo à realização de um dos seus estágios, atribuiu-lhe um peso ainda mais significativo do que ao seu próprio internamento, porque pensa que gostaria que alguém estivesse a cuidar do seu avô como ela está a cuidar dos doentes que tem atribuídos.</p> <p><i>“(...) pronto era aquela coisa alguém também está a cuidar do meu avô como eu estou a tratar de outras pessoas...”</i></p> <p>Escolheu o curso de enfermagem por opção própria, embora o seu pai a tivesse tentado influenciar para que optasse por outro curso. No entanto o primeiro ano não correspondeu às suas expectativas por ser extremamente teórico, tendo pensado mesmo em desistir. Gradualmente as coisas foram melhorando e hoje está feliz por não ter desistido.</p> <p>Quanto a emoções e sentimentos que podem influenciar a interação com o doente, considera que até ao momento não teve nenhuma situação digna de registo.</p>	<p><i>“(...) é fácil para nós aprendermos as coisas se tivermos o exemplo como é que é na prática...”</i></p>	<p>enfermeiro no que concerne à visibilidade que conseguimos dar do que é o nosso desempenho, considera que muitos enfermeiros principalmente os de cuidados de saúde primários, ficam um pouco aquém daquilo que poderiam fazer.</p> <p><i>“(...) acomodaram-se muito e a imagem social também nessa parte fica muito degradada...”</i> Por outro lado, o enfermeiro tem uma imagem social, mas esta imagem <i>“(...) só muda se formos nós a quereremos que mude...”</i></p> <p>Pensa que o relacionamento com a equipa multidisciplinar nomeadamente com a classe médica é importante, porque se não existir interação essa situação pode ser prejudicial para a nossa imagem. Por exemplo, um médico dá alta a um doente e não nos diz nada, <i>“nós não sabemos e ele sabe, acho que fica mal, acho que ficamos mal vistos”</i>.</p> <p>Considera que para que a enfermagem e os enfermeiros consigam dar maior visibilidade à profissão há ainda muito a fazer, nomeadamente a nível dos cuidados de saúde primários, aí os enfermeiros têm que ser um pouco mais dinâmicos. Deve existir um maior investimento a nível da promoção da saúde, quer para diminuir os gastos com posteriores internamentos, quer para que a população altere a ideia de que o enfermeiro apenas faz pensos e dá injeções. A nível hospitalar considera que a mudança mais significativa seria ao nível do</p>
---	---	---

		estabelecimento de uma boa relação entre equipa médica e de enfermagem.
--	--	---

### E 3

Sexo – Feminino

Idade – 21 Anos

Duração da entrevista – 40 minutos

Acontecimentos Marcantes	Personagens Significativas	Observações
<p>O primeiro contacto com uma situação de morte. Esta situação ocorreu no primeiro estágio de prestação de cuidados. Apesar de ter sentido uma sensação estranha considera que lhe deu uma enorme força.</p> <p><i>“(...) foi tar frente a frente com uma pessoa que de repente... e depois de um momento para o outro vejo que não respira, que tem uma coloração diferente, o próprio ambiente fica diferente, é esquisito... mas o próprio ambiente daquele quarto ou daquele espaço onde está a cama fica diferente...”</i></p> <p>Considera que todas as situações de morte são diferentes, e são diferentes porque é diferente a própria morte da pessoa, a forma como a pessoa reage, assim como a família e a forma como nós lidamos também com a morte.</p> <p><i>“(...) porque também lidamos com a morte de maneira diferente com a morte de utentes diferentes.”</i></p> <p>O aprender a respeitar as pessoas, considera que é uma aprendizagem que retira para toda a vida. Para esta futura enfermeira a noção de respeito é diferente quando se está a cuidar de pessoas.</p> <p><i>“(...) enquanto invadimos de certa forma a vida das pessoas é um bocadinho diferente daquela noção de</i></p>	<p>Senhora com sessenta e alguns anos internada no serviço de medicina na sequência de um AVC, do qual resultou hemiparésia à esquerda. Estabeleceu com esta senhora uma relação próxima e conseguiu ver resultados do seu trabalho. Esta foi uma situação em que existiu uma evolução favorável da doença considerando ter contribuído para essa situação e como tal foi muito gratificante.</p> <p><i>“(...) no final quando ela depois teve alta... sei que se notavam melhoras, e ela mudou de um total desinteresse para uma motivação, uma alegria, uma coisa, uma coisa contagiante”.</i></p> <p>Também como pessoas significativas considera os pais e o irmão, porque contribuíram em muito para a sua educação e para a pessoa que é hoje, e que mesmo não sendo enfermeiros considera que lhe transmitiram os valores da enfermagem, pelo menos que ela considera serem os valores da enfermagem.</p> <p>No que concerne à sua formação profissional, destaca uma professora da escola de enfermagem, que a levou a pensar na qualidade dos cuidados tendo assim influenciado a sua identidade profissional.</p>	<p>Considera que os momentos de interação que estabelece com os doentes contribuem para desenvolver a sua identidade profissional. Os momentos de interação são responsáveis pelo seu crescimento profissional e pela construção da sua identidade profissional.</p> <p><i>“(...) são esses momentos que fazem a nossa identidade profissional, através deles vamos aprendendo, vamos crescendo e é através deles que vamos vendo o que é que realmente queremos da nossa profissão...”.</i></p> <p>Não sabe segundo ela, especificar muito bem o que a levou a ir para o curso de enfermagem, no entanto sempre quis ir para este curso.</p> <p><i>“Eu não sei porquê. (...), eu sempre quis enfermagem, (...), não sei porquê, nunca me atraiu medicina, (...), gostava da área da saúde mas não gostava daquelas áreas que eram muito técnico, muitos órgãos muitas coisas assim, sem muito interesse para mim, e como conhecia algumas pessoas que tinham tirado o curso sabia que a área da enfermagem se quiséssemos tinha uma vertente humana, que... segundo aquilo que eu imaginava me iria preencher e me iria realizar profissionalmente e pessoalmente, por isso é que</i></p>

<p><i>respeito que nós temos lá fora.”</i></p> <p>Quanto às emoções e sentimentos que podem influenciar a interação com o doente, considera, ser de primordial importância o facto de se sentir bem consigo própria e o de estar com todos os seus sentidos na relação com o doente.</p> <p><i>“(…) porque se nós estamos cá fisicamente mas a nossa cabeça está a pensar noutras coisas nós nunca vamos estar a interagir no verdadeiro sentido da palavra…”</i></p> <p>As experiências positivas que mais a têm influenciado, é o sentir-se útil e o sentir que é capaz de fazer alguma coisa pelos outros, que pode não ser visível para as outras pessoas, mas o que importa é que seja visível para ela e para a pessoa a quem está a dirigir os cuidados.</p> <p><i>“O conseguir fazer alguma coisa pelas pessoas (...), é o nós sentirmo-nos úteis e o sentirmos que somos capazes de fazer alguma coisa pelos outros, por quem mais precisa, eu acho que isso é das coisas (...) que mais me marca (...) é conseguir fazer alguma coisa de visível, pode não ser visível para muitas pessoas mas só que seja visível para mim e para a pessoa a quem eu estou a dirigir os cuidados, para mim basta.”</i></p>	<p><i>“... influenciou muito a minha identidade profissional e aquilo que eu realmente quero ser...”</i></p> <p>Relativamente aos estágios, de uma forma em geral, considera que todos os professores tiveram um papel importante, e que contribuíram com a sua postura e com o seu saber para a sua identidade profissional. Embora muitos não lhe atribuam qualquer importância, pensa ser primordial e fazer parte da identidade profissional do enfermeiro o facto de se apresentarem bem arranjados com o cabelo apanhado e apresentáveis, facto que também agradece aos professores terem alertado para tais situações, pois influenciaram a sua identidade profissional.</p> <p>A nível dos saberes e das competências que ao longo do curso tem tido oportunidade de adquirir, no campo técnico a pessoa mais significativa foi o enfermeiro cooperante que esteve com ela no estágio final; a nível dos saberes teóricos destaca um professor que considera extremamente inteligente e que sabe transmitir e ensinar; no aspecto relacional quem mais a influenciou foram os utentes, já que considera serem eles de certa forma que contribuem para a identidade profissional do enfermeiro e para o seu crescimento.</p>	<p><i>fui para enfermagem, e não me enganei, felizmente.”</i></p> <p>O início do curso não correspondeu às suas expectativas, só lhe dando resposta a partir do momento em que passaram a interagir com as pessoas.</p> <p>Na sua opinião é difícil especificar o que é ser enfermeiro, e para se ser enfermeiro primeiro que tudo a pessoa tem que se sentir enfermeiro, tem que sentir uma atracção especial pela relação com as pessoas, pelo querer fazer alguma coisa por elas.</p> <p>Ser enfermeiro <i>“... é abstracto, é muito difícil falar da identidade da profissão e do enfermeiro ... só quem sente a enfermagem na sua plenitude... é capaz de, não é capaz de descrever, mas é capaz de sentir.”</i></p> <p>Relativamente à visibilidade que a enfermagem consegue hoje em dia dar considera que as mentalidades da população começam a mudar, porque a atitude dos enfermeiros também está a mudar. A mudança deve incidir essencialmente na maneira como os enfermeiros valorizam e ouvem as pessoas. Se estas perceberem que realmente há alguém que está atento aos seus problemas e necessidades, que há alguém que cuide delas, acredita que as coisas começam a mudar.</p>
---	---	--

**E 4****Sexo** – Masculino**Idade** – 22 Anos**Duração da entrevista** – 1 hora e 35 minutos

Acontecimentos Marcantes	Personagens Significativas	Observações
<p>O entrar para a Escola de Enfermagem. Este facto marcou-o de forma positiva até pelo facto de a escola ser pequena, o número de alunos ser reduzido, leva-o a considerar a escola como se fosse uma família.</p> <p><i>“(...) havia uma, uma magia especial na escola antiga...”</i></p> <p><i>Também marcante foi a passagem para a nova escola, aí as coisas tornaram-se um bocadinho diferentes. Há mais gente, as pessoas já não se conhecem tanto como antigamente, perdeu-se a relação que tinham com os colegas de outros cursos (outros anos).</i></p> <p><i>A escola nova é “virgem de emoções, das nossas vivências...”</i></p> <p>A preparação do primeiro estágio de prestação de cuidados, pelo receio e temor de não conseguir dar resposta às solicitações de forma positiva.</p> <p><i>“(...), o primeiro estágio de prestação de cuidados, é sempre, (...), algo que nos assusta um pouco, (...) e há sempre um certo receio: «Será que vou conseguir? Será que vou ser capaz? Será que é isto que eu quero?» O primeiro estágio de prestação de cuidados, foi estágio de medicina, (...), e acho que foi um dos momentos mais marcantes, enquanto aluno. (...) e senti é isto que eu quero</i></p>	<p>Parturiente que acompanhou no Bloco de Partos, a qual não tinha com ela nenhum familiar directo, por esse motivo pensa ter sido para esta senhora um acompanhante substituto, também por esse motivo esta parturiente foi u uma personagem significativa, com a qual estabeleceu uma relação de proximidade.</p> <p>Pela negativa, fala da filha de uma doente internada no serviço de Medicina, com a qual existiu um certo grau de conflitualidade, quer com a equipa de enfermagem quer com a equipa médica a propósito da alta clínica da mãe, já que esta considerava que a mãe não estava em condições físicas de ter alta.</p> <p>Outra pessoa significativa foi uma senhora com uma úlcera varicosa, que acompanhou no Centro de Saúde de Ourém. Esta senhora segundo afirma era pobre, no entanto gostava de recompensar os enfermeiros pelo seu trabalho. Reconhecia o trabalho que faziam, daí ter sido uma personagem significativa para este futuro enfermeiro.</p> <p>Menina internada no serviço de Pediatria, com queimaduras provocadas por incêndio na sua própria roupa quando brincava com fósforos.</p> <p><i>Marcou-o porque a criança tinha muito medo, ficava</i></p>	<p>Ao longo do seu percurso de formação nunca se deparou directamente com nenhuma situação de morte, no entanto acompanhou de perto no estágio de medicina, uma situação de doença terminal que culminou em morte.</p> <p>Uma das coisas que considera que o curso de enfermagem tem de bom é o facto de permitir o contacto com as mais diversas situações, o permitir o contacto com o doente e respectivas famílias. Assim, progressivamente vão ficando mais à vontade à medida que os estágios decorrem.</p> <p><i>“O estágio de ontem faz-me ser melhor no estágio de hoje.”</i></p> <p>Considera que os vários momentos de interacção que tem tido oportunidade de vivenciar ao longo do seu processo de formação contribuíram para a construção da sua identidade profissional. As suas vivências fizeram-no o que hoje é.</p> <p><i>“(...) num contexto de prestação de cuidados, no contexto da prática, o contacto com as pessoas, com os familiares, vai influenciar de uma forma determinante... o nosso comportamento hoje, ... aquilo que viu dos colegas, aquilo que viu dos doentes, as reacções, as reacções dos familiares, tudo isso vai fazer</i></p>

<p><i>fazer para o resto da vida, porque ali eu senti uma grande, uma grande satisfação pessoal porque tinha ajudado alguém.”</i></p> <p>O primeiro estágio de prestação de cuidados decorreu num serviço de medicina do Hospital de Santarém e considera ter sido um dos momentos mais marcantes que viveu enquanto aluno do curso de enfermagem. Este primeiro estágio fê-lo perceber que a enfermagem é muito o ajudar, o ser útil, fazer ou ajudar os outros numa situação em que eles necessitam.</p> <p><i>“(…) eu acho que a enfermagem... é a gente sentir-se útil e sermos úteis para as pessoas”.</i></p> <p>O estágio de saúde Mental e Psiquiátrica foi também significativo, fê-lo reflectir e pôr muitas coisas em causa.</p> <p><i>“(…), na nossa situação de saúde, é-nos difícil admitir que possamos ser doentes mentais e isso também foi um dos momentos em que me marcou mais.”</i></p> <p>Estágio de Saúde Materna e Obstétrica, mais concretamente os dias que passou no bloco de partos, considera terem sido muito especiais e marcantes.</p> <p><i>(...) “não é todos os dias que se vê alguém nascer, ali ao pé de nós...” Esta experiência fê-lo pensar que no futuro gostaria de realizar um desejo que era especializar-se precisamente nesta área.</i></p> <p><i>“(…) assistir a partos e estar ali o auxílio e o apoio que pudesse dar a uma parturiente, que foram</i></p>	<p><i>muito ansiosa com a presença dos enfermeiros. Não conseguiu estabelecer com esta criança uma relação de empatia.</i></p> <p>Senhora internada no serviço de Cirurgia I (homens), que escolheram para elaborar o estudo de caso e com a qual estabeleceu uma relação de proximidade assim como com o esposo. Posteriormente já depois da alta clínica o marido desta senhora procurou este aluno de enfermagem para lhe levar um presente (prato com uvas e uma garrafa de azeite) como reconhecimento pelo seu trabalho.</p> <p><i>“(…) é isso é o reconhecimento do nosso trabalho e faz-nos pensar que somos um bocadinho especiais, pelo menos somos especiais para aquela pessoa naquele momento...”</i></p> <p>De um modo geral e sem particularizar nenhum colega, professor ou situação considera que todos tiveram um papel importante na sua formação e no seu desenvolvimento como pessoa e como futuro enfermeiro. Atribui grande importância ao trabalho de equipa.</p> <p><i>“O facto de estarmos com os outros ajuda-nos a conhecer-nos a nós próprios...”. (..) todas as críticas tanto positivas como negativas, nós devemos dar atenção.”</i></p> <p>A nível da transmissão de saberes as pessoas que considera terem sido mais significativas ao longo do seu processo formativo, para além dos professores que o acompanharam ao longo de</p>	<p><i>de nós o enfermeiro que somos hoje.”</i></p> <p>Ao longo do seu processo formativo considera não ter tido situações que considerasse que tenham sido más ou muito negativas.</p> <p>Considera que o enfermeiro é uma pessoa que tem uma formação abrangente que lhe permite ter uma perspectiva holística da pessoa, vê-la como um todo. O enfermeiro tem uma visão globalizada da situação da pessoa, tente vê-la dentro do seu contexto socio-familiar. O facto de o enfermeiro em situação de internamento permanecer 24 horas por dia com o doente facilita contribui para que tenha esta visão globalizante do doente. O enfermeiro tem um importante papel que é fazer a ponte entre a pessoa ou o doente e os outros técnicos. A enfermagem tem de positivo o facto de estar perto dos doentes, de saber compreendê-los de saber ouvi-los e depois tentar resolver e melhorar a sua situação de saúde, alertando-os para determinadas situações ou encaminhando para outros técnicos.</p> <p>Considera que o que o faz evoluir é o querer ser mais, é muito importante sentir-se realizado e estar contente com aquilo que faz.</p> <p>As experiências passadas pensa que lhe irão ser úteis para melhorar ou continuar a fazer as coisas.</p> <p><i>“(…), se calhar vai ser sempre o nosso passado que irá ditar o nosso futuro, (...), o nosso percurso enquanto enfermeiros vai ditar o enfermeiro que vamos ser</i></p>
---	--	--

<p><i>momentos muito especiais.”</i></p> <p>Durante a componente teórica do curso também lembrou situações que foram marcantes, tais como o ter aprendido “também a ser gente e ser pessoa e contactar com os outros...” Outra coisa que refere ter aprendido naquela escola é o valor da importância de trabalhar em equipa.</p> <p>Pela negativa, dá-nos o exemplo do estágio de Pediatria que não gostou de efectuar, pois considera não ter conseguido estabelecer uma relação empática com as crianças. Salienta que gosta de crianças e assim sendo o Hospital “não é o melhor sítio de os ver...”</p> <p>Doente em estado terminal com situação neoplásica metastisada, em que teve oportunidade de acompanhar a situação de degradação da pessoa, embora a mesma não estivesse directamente aos seus cuidados, e que culminou em morte. No momento da morte este doente já não estava à responsabilidade dos alunos de enfermagem, no entanto como foi a primeira pessoa a falecer que tinha estado ao cuidado dos alunos não se conseguiu distanciar o suficiente pelo que considera ter sido uma experiência marcante.</p> <p>Outra situação que considera ser ainda mais marcante que a própria morte, principalmente quando esta já é esperada é prestar os últimos cuidados ao corpo (fazer a múmia) e conseguir respeitar aquele corpo que foi uma pessoa. Além do mais mexe com os</p>	<p>todos os estágios, dá um destaque especial aos enfermeiros cooperantes que o acompanharam no 4º ano do curso. Considera muito positivo o facto de ser um enfermeiro cooperante para cada formando, contrastando com os estágios anteriores em que em média estão dois professores para 15 alunos.</p> <p><i>No entanto “ são eles que nos ensinam, são eles que nos ensinam a dar os primeiros passos na enfermagem.”</i></p> <p>O estar com o enfermeiro cooperante deu-lhe mais confiança e autonomia, que é precisamente o que se procura no 4º ano.</p>	<p><i>amanhã.”</i></p>
---	--	------------------------

sentimentos.

*“(...) é sempre um momento complicado, porque nunca se pode perder o respeito(...), por aquele corpo que foi pessoa, (...) para mim é sempre um momento difícil, (...) não a morte em si quando se está à espera (...) os últimos cuidados de enfermagem a um corpo, para mim é uma situação que marca (...), porque mexe um bocadinho com o nosso íntimo, com a nossa forma de pensar a vida e a morte... e chega à conclusão que a nossa vida é muito pequena comparada... com aquilo que pode ser.”*

Quanto às emoções e sentimentos que podem estar presentes na sua relação com o doente considera que há sempre alguma ansiedade, algum receio perante o que vai encontrar na relação com este ou com a família. Estes sentimentos pouco a pouco vão-se transformando em confiança em si próprio. A ansiedade e receio são sentimentos muito frequentes. Outro sentimento que frequentemente experienciou, principalmente no estágio de cirurgia foi a revolta, por falta de informação aos doentes com situações neoplásicas, situação que ultrapassa a competência dos enfermeiros. Impotência é o sentimento que sente perante as situações em que não se espera qualquer evolução “e não se pode fazer nada”, para o retrocesso da situação, porque se pode fazer sempre algo mais pelo doente e pela família.

Como acontecimento

<p>marcante positivo identifica o primeiro dia de estágio. Considera que até agora foi o momento mais marcante de todo o curso. Nesse dia teve a certeza que era aquilo que queria para o resto da vida.</p> <p><i>“(...) é isto mesmo que eu quero fazer para o resto da minha vida e é isto que me faz feliz e me faz sentir realizado e útil”.</i></p> <p>De salientar que antes de ter entrado em enfermagem teve um ano em Química, curso que abandonou porque não correspondeu minimamente às suas expectativas.</p> <p>O sentimento de utilidade e de reconhecimento por parte do doente e família é para ele extremamente compensador. O ordenado é importante até que sem ele não se consegue viver, mas mais importante que o salário</p> <p><i>“(...) é nós sentirmos que estamos a produzir algo, estamos a fazer algo por alguém... porque eu acho que é mais importante na nossa vida enquanto profissionais, é a gente sentir-se realizados e estarmos contentes e satisfeitos com aquilo que fazemos... nós na enfermagem temos a oportunidade de ter o reconhecimento das pessoas e esse reconhecimento conta muito...” (...), o que eu gosto de ver é que a pessoa reconheceu o nosso trabalho e a partir daí quer dar-nos mais alguma coisa, esse mais alguma coisa não interessa.”</i></p>		
--	--	--

**Nota:** Como consequência de ter terminado o mini Cd, tomaram-se também algumas notas manuscritas das quais se salienta:

- No 4º Ano há uma ideia que não nos sai da cabeça: “Será que vamos conseguir fazer sozinhos?”
- É muito importante o romper com a Escola. É muito positivo o estágio de integração o fazer turnos. Já que o que se pretende é conseguirmos ficar sozinhos.
- Considerei os enfermeiros cooperantes com um papel muito importante e fulcral. Se os professores nos ensinam a andar os cooperantes marcam-nos o passo. Por vezes também é preciso ter sorte com o enfermeiro cooperante, de modo a darem-nos boas experiências. A nível dos professores há dois ou três que me marcaram, mas se a enfermagem é feita da prática, então os enfermeiros cooperantes representaram um papel muito importante.

**E 5****Sexo** – Feminino**Idade** – 21 Anos**Duração da entrevista** – 2 horas e 5 minutos

Acontecimentos Marcantes	Personagens Significativas	Observações
<p>Como acontecimentos marcantes elege o caso dos idosos que têm alta e cuja família não colabora e não os quer mesmo levar para casa.</p> <p><i>“(…), no nosso quotidiano de prestação de cuidados nos estágios, interagimos com situações que nos fazem pensar e reflectir sobre a nossa maneira de estar na vida (...), porque há situações que nós vivenciamos, por exemplo aqueles casos especiais, (...) o chamado depósito dos idosos nos hospitais, por vezes quando têm altas e assim, (...), os familiares não colaboram (...) ou não os querem levar para casa, (...), acho que essas situações nos marcam mais, (...)”.</i></p> <p>Também o caso das adolescentes grávidas, provavelmente segundo refere pela proximidade de idades.</p> <p><i>«(…), acho que isso leva a repor para nós e daí nós começarmos a pensar “se fosse eu, o que é que acontecia?”»</i></p> <p>Questionada sobre o facto de já ter passado por situações de morte de doentes e como as teria vivenciado, refere que sim e que as mesmas são vivenciadas de forma diferente consoante as situações.</p> <p>Quando são pessoas idosas encara a situação como algo mais comum, nos jovens é mais difícil, porque não se espera que uma pessoa jovem</p>	<p>O primeiro doente que teve atribuído no primeiro estágio de prestação de cuidados. Doente com AVC internado no serviço de medicina.</p> <p>Enfermeira cooperante do estágio de urgência.</p> <p><i>“Eu acho que foi ela que me ensinou a gostar da urgência (...). (...) via na maneira dela, de relacionar com as pessoas (...) e via em cada momento de interacção com a pessoa, via qualquer coisa mais do que o fazer-se só, via a preocupação (...). E deu-me bastantes contributos, porque obrigava-me a reflectir por mim própria, (...)”.</i></p> <p>O professor que orientou o seu trabalho de investigação, porque lhe dava a visão que a escola tinha dos contextos de trabalho.</p> <p>Os pais e os irmãos que sempre lhe deram um reforço positivo.</p>	<p>Considera que frequentar o curso de enfermagem traz muitas coisas e contribuí para o amadurecimento daqueles que o frequentam, porque durante os estágios interagem com pessoas e surgem situações que fazem reflectir sobre a maneira de estar na vida e junto das próprias pessoas.</p> <p>Considera que o número de estágios deveria aumentar para possibilitar o máximo de experiências com que se poderão confrontar no futuro e assim conseguiriam lidar melhor com as situações.</p> <p>A candidatura ao curso de enfermagem foi a sua primeira opção, por considerar que tinha uma melhor perspectiva de carreira.</p> <p>Refere que o curso correspondeu às suas expectativas, embora pensasse que era mais tecnicista, no entanto a parte relacional é muito importante. Esta parte relacional alguns profissionais ainda não lhe conseguem dar visibilidade, «ainda não conseguem transmitir isso, é mais “eu fazer e no fim de fazer, pronto”». Pensa que alguns profissionais valorizam mais e deixam melhor transparecer o que lhes dá maior prestígio, que é precisamente a execução das técnicas.</p> <p><i>“(…) e depois há aquelas, as outras actividades, que são</i></p>

<p>faleça tão cedo, e então questiona-se sobre o que se poderia fazer mais para salvar aquela vida. De qualquer modo considera que são sempre situações que marcam um pouco.</p> <p>Refere ainda que quando fez o estágio de integração à vida profissional num serviço de medicina se deparou com alguns casos de morte em jovens do sexo masculino infectados por HIV. Estes jovens impressionaram-na primeiro pela situação que estavam a vivenciar, pelo estado de degradação que o corpo estava a sofrer e depois pela situação de morte que veio a ocorrer. Estes jovens fizeram-na pensar que poderia ser ela própria a estar naquela situação, um colega seu ou um amigo.</p> <p><i>“(…), eu estive na Medicina 1, há uns jovens do sexo masculino, portadores de HIV (…), acabavam por falecer por complicações que teriam à posteriori e aí fazia-me bastante impressão, primeiro pelo caso, a situação em que estavam a viver e poderia ser, provavelmente, ser eu, um colega meu ou amigo e também pelo estado de degradação que o corpo iria sofrendo, (…)”</i></p> <p>Quanto a algum momento de interacção com algum doente que possa ter sido especialmente marcante, vem-lhe à memória o primeiro ou segundo doente que lhe foi distribuído durante o seu primeiro estágio. Era um doente idoso com um AVC com sequelas motoras e que por esse motivo também apresentava déficit no controle</p>		<p><i>importantes, mas que não têm aquele prestígio, (...), vêm que não atribuem um grande valor, principalmente social, eu acho que essa parte fica um pouco, um pouco aquém, daí eu dizer que pensava que era mais prático.”</i></p> <p>Considera que ainda há muito a fazer a nível relacional, não em termos teóricos porque isso todos os enfermeiros sabem, mas o que se vê em termos práticos nos diversos contextos da prática é que a parte relacional não é muito visível.</p> <p><i>“(…) há enfermeiros que fazem aquelas tarefas, (...) e parece que estão a fazer automaticamente e esquecem, (...), não se lembram que está lá a pessoa e enquanto estavam a fazer podiam falar (...) acho, que é importante haver aquela, aquela interacção entre o utente e o enfermeiro, (...)”.</i></p> <p>Pensa que se o enfermeiro não cuidar desta parte relacional com o doente, que é muito própria da enfermagem facilmente os enfermeiros podem ser substituídos.</p> <p><i>“(…) não carecem então de existir enfermeiros se nós não tivermos uma coisa específica, só nossa, acho que daqui a um tempo somos facilmente substituíveis, porque cada vez mais (...) está-se a ligar ao custo e eles conseguirem um empregado que faça aquela tarefa, se calhar da mesma maneira que o enfermeiro está a fazer e por menos dinheiro, é rentável. E agora com estas Sociedades Anónimas, (...). Acho que é preciso que os enfermeiros dêem uma maior visibilidade aquilo que é nosso, mas também há outra</i></p>
--	--	---

<p>do esfíncter urinário.</p> <p><i>“Como aquele era o meu primeiro doente, marcou-me bem e depois também porque, nesse caso houve uma situação complicada entre mim e uma enfermeira, (...), e o senhor (...), não tinha um bom controle do esfíncter urinário, como tinha déficit motor para usar o urinol, (...) ele tinha bastante receio de entornar e até que isso aconteceu, e como (...) os enfermeiros e as auxiliares não podem estar a perder tempo em mudar lençóis urinados porque têm de... mais coisas para fazer”, então a enfermeira decidiu algaliar o doente, apesar de a aluna a alertar que o senhor conseguia pedir o urinol e aquela situação só lhe teria acontecido aquela vez. «É claro que esta situação mexeu comigo, porque eu via que aquilo não estava correcto (...). E então isso aí marcou-me um pouco (...).».</i></p> <p>Outro acontecimento marcante foi que a enfermeira com quem havia discordado relativamente à algaliação do doente, foi a sua enfermeira cooperante durante o estágio de integração à vida profissional. Pensa que em resultado dessa discordância ficou uma certa mágoa e alguma dificuldade no relacionamento principalmente nas primeiras semanas de estágio, posteriormente reflectiu-se na avaliação feita por esta enfermeira que a terá penalizado num dos pontos referindo que nas primeiras semanas esta aluna não reagiria bem às críticas que lhe fazia.</p> <p>Quanto às emoções e sentimentos que experimenta na interacção com os doentes,</p>	<p><i>(...) questão que é será que eles sabem bem o que é nosso realmente, o que é as nossas funções autónomas, (...), só sei que há qualquer coisa que ainda não é bem visível (...).”.</i></p> <p>Relativamente à visibilidade que o enfermeiro consegue dar do que é a enfermagem, pensa que isso depende muito dos contextos de trabalho e das expectativas que a própria população coloca sobre os cuidados que irá receber.</p> <p><i>“(…), cada contexto de trabalho é específico, (...) tem a sua vertente, (...), e as pessoas que vão a um determinado contexto, (...) já esperam algo daquele enfermeiro, ou já ouviram dizer que, por exemplo, que no Centro de Saúde é assim, ou na urgência, (...), há aquela confusão toda, (...), acho que passa por aí, pelo contexto de trabalho e pela imagem que cada um tem, (...) ou então já vivenciaram experiências nesses contextos, ou têm familiares ou amigos que estiveram lá, (...) ... que lhes vão transmitindo algumas informações...”.</i></p> <p>Considera que a nível dos cuidados de saúde primários existe um maior desenvolvimento das actividades de enfermagem e aí já existe “maior transparência”, se calhar a “verdadeira enfermagem”.</p> <p>Confrontada com o facto de determinadas situações que está a vivenciar com o doente as reportar para si própria ou para alguém próximo, considera que é importante que assim seja, porque para se prestar cuidados aquela pessoa, para se planear cuidados não</p>
---	---

<p>refere que não devemos chorar quando o doente chora, porque aí considera que já se está a vivenciar demasiado o problema do outro. No entanto refere existirem momentos de tristeza e também há momentos em que devemos rir, porque um sorriso faz maravilhas.</p> <p><i>“Acho que cada momento depois o dirá, qual é o sentimento que nós vamos tendo”.</i></p> <p>Como acontecimento marcante positivo, refere a interacção que estabeleceu com uma parturiente a qual reconheceu o trabalho e a dedicação que esta estudante lhe tinha dedicado num momento tão particular e tão importante da sua vida.</p> <p><i>“(…), é que ela no fim, foi embora (...), mas tinha lá duas rosas guardadas para mim e eu claro que me emocionei, como estou agora a ficar emocionada e ainda tenho lá as rosas, gravei a data do nascimento do miúdo e o nome do miúdo nas rosas e estão lá e guardo-as e vou guardar”.</i></p>		<p>pode existir um grande distanciamento porque se não faz-se o que se tem para fazer e mais nada.</p> <p><i>“(…), temos de partilhar as coisas com os outros, não vivenciá-las a sério, porque realmente os problemas são deles, mas podemos interagir (...), tem de ser nessa vertente que continuamos a fazer alguma coisa e a enfermagem aí começa a ter outros espaços e não aquele que tem tido até agora, (...). eu acho que se nós vivenciarmos um pouco as situações, acabamos por ter sempre algum proveito, tanto para nós, para a nossa identidade pessoal, como para a profissão, principalmente os ganhos têm que ser virados para a profissão, começa por passar por nós, mas nós também somos a profissão.”</i></p> <p>Refere conseguir retirar sempre ganhos das situações que vivência, porque cada situação é única e há sempre qualquer coisa para aprender com as pessoas.</p> <p><i>“(…), se nós passarmos por não viver cada situação, assim um pouquinho, acho que daqui a um tempo somos aquelas máquinas do fazer, (...), temos de nos dedicar um pouco aquilo que realmente estamos a fazer. E depois passa por aí a evolução que nós pretendemos, (...)”.</i></p> <p>Quanto a estratégias que os enfermeiros podem adoptar para evitar caírem na rotinização da execução das técnicas e nada mais, considera ainda existirem muitos enfermeiros que se acomodam, não sabe se por já terem tentado demonstrar alguma autonomia da Enfermagem e</p>
---	--	---

		<p>que a classe médica tenha reagido de forma negativa.</p> <p><i>“(…), porque eles também têm um pouco de receio da nossa evolução e nota-se perfeitamente quando nós começamos a discutir casos com eles e em certos contextos de trabalho não se vê essa discussão e essa reflexão de cada situação em conjunto, porque a classe, a classe companheira não deixa, e nota-se um acomodar, mas há outros que são persistentes e continuam e nota-se que tentam fazer mais alguma coisa e não ficam só por aquilo, que é fazer e pronto.”</i></p> <p>Pensa que as estratégias passam também por se demonstrar aos familiares dos doentes que se existe. Estas dependem também de cada um, porque não há duas pessoas iguais, e da interacção que se estabelece no momento, quer seja com o doente, com os familiares, com a comunidade, com a sociedade, independentemente do contexto em que se está a trabalhar. Cada um vai encontrando uma estratégia para cada momento.</p> <p><i>“é importante, nós mostrarmos que existimos e não que está ali um monte de pessoas vestidas de branco, a verem umas folhas (...) se calhar não interessam, mas é importante é nós vermos que estamos (...), dentro da situação que estamos a acompanhar aquela pessoa, que sabemos e nos preocupamos com aquilo que estão a vivenciar e que podemos fazer alguma coisa para melhorar a situação (...).”</i></p> <p>O que lhe parece ser</p>
--	--	--

		<p>importante e pertinente é que os enfermeiros não deixem que o seu lugar seja ocupado por outros. Por vezes questiona-se se o papel das auxiliares não se está a inverter com o dos enfermeiros, ou seja por vezes observa que as auxiliares desempenham com maior eficácia o acompanhamento emocional aos doentes do que os próprios enfermeiros o fazem.</p> <p><i>“A enfermeira não andou 3 ou 4 anos a estudar só para chegar aqui e pôr o soro, porque isso até a auxiliar sabe fazer se eu lhe ensinar, mas essa parte da relação, do estar com , acho que é importante, e por vezes não se vê isso (...)”</i></p> <p>Questionada sobre se os vários momentos de interacção que tem vivido com os doentes se os mesmos têm contribuído para a construção da sua identidade profissional como enfermeira, refere que a interacção é um ponto essencial para a construção da identidade profissional, mas que a mesma deve começar ainda antes das interacções que se estabelecem com as pessoas, devem começar na escola de enfermagem e também quando se nasce.</p> <p><i>“(...) nós quando nascemos temos logo uma data de identidades, aquelas que nos transmitem antes, herdadas, depois aquelas que nós ganhamos com o quotidiano”.</i></p> <p>Os momentos de formação que levam a uma posterior profissão são também um elo importante para a identidade profissional, assim como o são também os contextos da prática que por vezes são diferentes do que é preconizado nos</p>
--	--	---

		<p>contextos de formação.</p> <p><i>“Quando chegamos aqui ao momento da formação, que nos leva a uma posterior profissão, acho que a escola tem, é um elo importante, com a formação que estabelece, com o tipo de formação que dá (...). (...) tudo passa, depois pelo conjugar destas duas identidades profissionais que nós adquirimos, uma na escola e outra nos contextos de trabalho e nós próprios é que temos que optar por aquilo que queremos, (...)”.</i></p> <p>Considera que a enfermagem é a identificação que cada enfermeiro faz com todas as identidades que lhe estão subjacentes.</p> <p><i>A identidade do enfermeiro, “não é uma coisa taxativa, um mais um são dois, identidade não é nada disso, é muito diferente, depende, depende de cada um, da maneira de pensar a enfermagem, ou do modo de ser de cada enfermeiro, de cada um”.</i></p> <p>Esta futura enfermeira refere ainda, que actualmente vê a enfermagem num plano um pouco confuso, já que alguns enfermeiros numa tentativa de auto-valorização privilegiam as actividades que lhes conferem maior prestígio, independentemente de serem ou não actividades da sua responsabilidade, de serem ou não autónomas e desvalorizam outras actividades da sua responsabilidade, tentando que passem a ser as auxiliares de acção médica a realizá-las, como é por exemplo o caso dos cuidados de higiene.</p> <p>Considera que a enfermagem é constituída pelas pequenas coisas que os enfermeiros</p>
--	--	---

		<p>fazem.</p> <p><i>(...), porque o fazer por fazer, (...), as rotinas e assim. Isso qualquer outra pessoa o faz e é substituível, mas essas pequenas coisas que é a organização, o falar com, o ver o que acontece com aquela pessoa, o estar atento a cada pormenor que vai havendo ali aquele dia ou naquele momento, naquele turno, ou em cada momento de interacção, eu acho que isso é o primordial. Se nós conseguirmos dar visibilidade a essas pequenas coisas, essas coisas que por vezes parecem mínimas para nós e que muitos não dão valor, para outras pessoas pode ser um ponto fulcral, importante, um ponto de valorização”.</i></p>
--	--	---

## ENFERMEIROS COM MENOS DE 5 ANOS DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL:

E 6

Sexo – Feminino

Idade – 23 Anos

Habilitações profissionais – Licenciatura em Enfermagem

Tempo de exercício profissional – 3 Meses

Duração da entrevista – 1 hora e 10 minutos

Acontecimentos Marcantes	Personagens Significativas	Observações
<p>O primeiro contacto com os utentes, a primeira ligação, o relacionamento com os doentes, porque nunca tinha estado num hospital e nem sequer fazia ideia do que era ser enfermeiro. Foi para enfermagem “... um bocadinho ao acaso...”</p> <p>Situação de morte de uma doente de cardiologia, em que não se “investiu”.</p> <p>Impacto do sofrimento do doente e o impacto da morte.</p> <p><i>“(...) e foi um olhar para o monitor de aguardar, pronto os sinais... e fez parte da minha reflexão no final...”</i></p> <p>A reflexão passou essencialmente pelo facto de que apesar de a ciência estar a evoluir contra a morte muitas vezes nada há a fazer. O investimento em manobras de reanimação nesta situação não iriam melhorar a qualidade de vida da pessoa. Considera que nesta situação actuou menos como enfermeira e mais como familiar da doente, que efectivamente o não era, por estar emocionalmente muito ligada à própria doente e à família.</p> <p>Na escola fala-se de morte, etapas do luto, muita teoria, mas falta a chamada de atenção a reflexão. “Uma coisa é a</p>	<p>Doente internada no serviço de cardiologia, que veio a falecer, com a qual tinha estabelecido uma relação próxima.</p> <p>Familiar de um doente, mãe de um jovem internado em cirurgia, que se encontrava em fase terminal.</p>	<p>Considera que para formar um enfermeiro é necessário relacionar a parte comunicacional e a parte tecnicista. A relação, a empatia e a comunicação não se podem descurar.</p> <p><i>“... porque afinal se não fosse isso tínhamos técnicos e não enfermeiros. (...), um bom profissional tem de ter ambas as coisas...”</i></p> <p>No que concerne à identidade profissional do enfermeiro e da enfermagem considera que a enfermagem ainda tem muito que caminhar e que lutar até que se possa ter um espaço próprio em termos de profissão.</p> <p>A sua percepção é de que o enfermeiro ainda tem muito o papel de ajudante do médico.</p> <p><i>“... o médico manda a enfermeira faz...”</i></p> <p>Afirma que os enfermeiros querem trabalhar em multidisciplinarietà de mas que para isso aconteça há que delinear melhor as coisas. Há que delimitar melhor o que é ser enfermeiro e o é a enfermagem.</p> <p><i>“(…), o que é a enfermagem, o que é ser enfermeiro, é uma ciência, é a arte? Mito,</i></p>

<p>teoria a outra é a prática.”</p> <p>Este acontecimento marcante (morte) ocorreu ainda enquanto estudante do curso de enfermagem – 4º Ano - e é conotado como situação negativa.</p> <p>Enquanto estudante a desilusão no 1º estágio realizado num serviço de medicina. Estágio de duas semanas de observação sem a presença física de professor, em que se depararam pela primeira vez com doentes dependentes e em que não deu para perceber qual o papel do enfermeiro. A desilusão neste estágio de observação aconteceu porque havia criado expectativas que não conseguiu concretizar, nomeadamente não conseguiu perceber qual o papel do enfermeiro, tendo inclusivamente pensado abandonar o curso.</p> <p><i>“(...) eu não sabia o que era uma úlcera de pressão... não sabíamos o que era um ser humano dependente...”</i></p> <p>Este estágio que se pretendia que fosse de observação mas que acabou por ser mais do que isso fê-la sentir que não estavam preparados para colaborar nos cuidados, o que veio a acontecer.</p> <p><i>“(...) um colega que desmaiou por ver uma escara, foi o desânimo total. Ninguém estava preparado para isso.”</i></p> <p>Jovem internado em cirurgia com doença neoplásica e em fase terminal.</p> <p>Este acontecimento marcante é conotado simultaneamente pela negativa e pela positiva. Negativo por ser um jovem em fase terminal. Positivo pela determinação daquela mãe, que face aos acontecimentos</p>		<p><i>não é mito, é aquela subjectividade que ninguém consegue definir.”</i></p> <p>Enfermagem é uma profissão que tem como finalidade prestar cuidados, com vista a promover a saúde.</p> <p>Ser enfermeira é cuidar dos doentes. Cuidar com empatia, ser altruísta, dar e receber.</p> <p><i>“... é o poder dar ao outro e sentir-se bem com isso.”</i></p> <p>O conceito de enfermagem é feito de pequenas coisas, que são muito mais a nível de sentimentos do que conceitos teóricos.</p> <p>Considera que quando se fala de aprendizagens com o doente se fala de emoções.</p> <p>Considera que o papel do enfermeiro de cuidados de saúde primários e do enfermeiro de cuidados hospitalares é substancialmente diferente. Enquanto o primeiro trabalha no âmbito da promoção da saúde e com toda uma população, o segundo trabalha e presta cuidados na agudização de uma determinada doença.</p> <p>Para esta jovem enfermeira o cuidar é o resultado de uma evolução ao longo do tempo.</p> <p>Refere que a profissão de enfermagem está a superar as suas expectativas em larga medida.</p>
--	--	--

<p>vivenciados teve sempre uma atitude positiva e de ânimo perante o filho e os outros.</p> <p><i>“(…), era uma mãe que (…) já tinha assim uma situação estável, nomeadamente de poder estar a acompanhar o filho no hospital, (…) a mãe era de um optimismo de uma força, que não era falsa. (…) «eu sei o que vai acontecer, mas eu também não quero falar disso agora, estamos é a viver esse momento» (…) , nós contávamos muito com ela e nível psicológico e na ajuda do próprio filho, (…) acho que era ali um elemento, um elo de ligação, entre nós, (…) os profissionais de enfermagem (…)” .</i></p> <p>Considera que esta mãe foi muito importante no seu processo de aprendizagem e transmissão de valores, nomeadamente o valor da família e a coragem que sempre demonstrou ter. Outros valores que considera serem importantes são o altruísmo e o dar e o receber .</p> <p>Acontecimentos marcantes positivos, considera que os há todos os dias e todas as horas, mas na verdade são os negativos que marcam muito mais, quer psicologicamente quer reflexivamente, pelo que não lhe veio à memória nenhuma situação positiva.</p> <p><i>“(…) não ficam guardadas para depois documentarmos.”</i>  <i>Para ela as situações negativas contribuem muito mais para a aprendizagem do que as positivas.</i></p>		
--	--	--

E 7

Sexo – Feminino

Idade– 26 Anos

Habilitações profissionais – Licenciatura em Enfermagem

Tempo de exercício profissional – 3 Anos

Duração da entrevista – 40 minutos

Acontecimentos Marcantes	Personagens Significativas	Observações
<p>Doente tetraplégico e afásico, consequência de um acidente de viação sofrido há sensivelmente nove anos e a dificuldade de se relacionar com o mesmo.</p> <p><i>“Primeiro, porque era uma pessoa muito nova (...), isso era um primeiro aspecto, depois porque via-o completamente, totalmente dependente e depois porque associava, (...) ser mais ou menos da idade dele (...). E associava também (...) não era só a mim, era... amigos, namorado, pronto as idades serem muito próximas, (...). (...) era ele ver-nos tão activos no campo profissional e... (...) não conseguia perceber como é que ele reagia, porque ele comunicava mais através do olhar e nunca consegui perceber muito bem, ele não falava, também estava tetraplégico e aquilo incomodava...”</i></p> <p>Ter sido seleccionada para apresentar em sala de aula, aos alunos que frequentavam o 1º ano, um estudo de caso por ela elaborado. Este facto fê-la ganhar mais confiança em si própria.</p> <p><i>“(...) senti que podia vir para o campo profissional não orgulhosa, mas a pensar que tinha muitos contributos para</i></p>	<p>Doente de 29 anos, tetraplégico, afásico, internado no serviço de medicina.</p> <p>Um dos seus professores do curso de enfermagem.</p> <p>Uma doente muito nova com o diagnóstico de AVC e com afasia, que teve oportunidade de acompanhar o evoluir favorável da situação.</p>	<p>Esta entrevista apresenta três momentos marcantes, dois ocorridos enquanto enfermeira e outro enquanto estudante do curso de enfermagem. Os ocorridos em contexto da prática, um é conotado como negativo, pela dificuldade que teve em se relacionar com um doente tetraplégico de 29 anos de idade; o outro é conotado como positivo, e surge pela possibilidade que teve de acompanhar uma senhora “nova” com AVC e cuja situação evoluiu muito favoravelmente.</p> <p>O acontecimento ocorrido em contexto de formação, enquanto aluna do curso de enfermagem é identificado como positivo, e diz respeito ao facto de ter sido escolhida para apresentar em sala de aula um estudo de caso por ela elaborado.</p> <p>Os acontecimentos marcantes ocorreram assim quer nos contextos da prática enquanto enfermeira, quer nos contextos de formação, ainda como estudante do curso de enfermagem.</p> <p>Considera que neste momento está mais evidente a identidade profissional do enfermeiro, embora de uma maneira geral as pessoas continuem muito sem</p>

<p><i>poder ser uma boa enfermeira.”</i></p> <p>Outros momentos que têm sido marcantes ao longo da sua carreira profissional, são as situações de doentes em fase terminal, e que muitas vezes acabam por falecer conscientes ou seja na posse de todas as suas capacidades mentais.</p> <p><i>“Isso é muito complicado. (...) temos também muitos tumores em mulheres, da mama, mulheres relativamente novas (...), também nos marca muito, marca muito”.</i></p> <p>Quanto às emoções e sentimentos presentes no seu relacionamento com os doentes, embora não os expresse de uma forma directa, implicitamente pode-se identificar a alegria, alegria que sente quando por exemplo são notórias as melhoras de algum doente que está a cuidar. Essa alegria expressa-a muitas vezes através do choro.</p> <p><i>“(...) ... e hoje quando cheguei ao pé do doente, (...), hoje está melhorado e consegui falar e isso é uma situação, (...), que às vezes me faz chorar, (...), já chorei e chorei à frente de doentes, não tenho problema nenhum com isso, (...)”</i></p> <p>Outra recordação que lhe vem à memória é a de uma senhora também muito nova com o diagnóstico de AVC, afásica, e que quando expressou as primeiras palavras foi junto desta enfermeira. Essa senhora, hoje em dia sempre que vai ao serviço lembra-se sempre desta enfermeira. Pelo que considera que são as</p>		<p>motivação para investir na profissão. No serviço onde desempenha funções considera que conseguem evidenciar as funções autónomas perante os outros profissionais. Pensa que se pode investir muito mais em sessões de educação para a saúde, até porque nesta área algumas vezes os enfermeiros são substituídos pelos médicos, que considera terem muito menos sensibilidade para o fazer do que os enfermeiros.</p> <p><i>“(…), porque se calhar vão ali e dão meia dúzia de palavras e uma pessoa acaba por ficar a perceber o mesmo.”</i></p> <p>Refere que apesar de cada doente ser diferente de qualquer outro, acaba sempre por existirem contributos de uns para os outros. Por exemplo já se deparou com outra situação de outro doente tetraplégico, com a qual conseguiu lidar de modo mais positivo.</p> <p>Apesar de considerar que os alunos quando saem da escola estarem bem preparados, é muito importante as vivências que os colegas que já trabalham há mais tempo lhes transmitem, nomeadamente em termos quer de relação com os doentes quer com as famílias.</p>
--	--	---

<p>pequenas coisas que se podem transformar em grandes coisas.</p> <p><i>“(…), e são essas pequenas coisas que eu acho que são muito, muito, muito grandes. (...) ... muito marcantes muito motivadoras, também, porque vemos uma evolução, (...). E eu hoje vejo a doente e lembro-me sempre daquele dia, daquele momento”.</i></p> <p>Este acontecimento identifica-o como um acontecimento positivo, porque considera que é sempre bom poder acompanhar uma situação que evolui positivamente.</p> <p>Outros acontecimentos marcantes positivos, refere, o facto de determinados doentes a identificarem mesmo fora do contexto hospitalar.</p> <p><i>“(…) é muito bom quando um doente (...) nos vê lá fora e nos reconhece, sem sequer estarmos com o nome, mas pela positiva por aquilo que nós fizemos. É o reconhecimento, (...), não é um agradecimento assim, é na altura, o doente ver-nos, é passar por nós e reconhecer-nos.”</i></p>		
--	--	--

**E 8****Sexo** – Feminino**Idade** – 26 Anos**Habilitações profissionais** – Licenciatura em Enfermagem**Tempo de exercício profissional** – 3 Meses**Duração da entrevista** – 30 minutos

Acontecimentos Marcantes	Personagens Significativas	Observações
<p>Vivências com doentes em fase terminal. Como trabalha num serviço de medicina em que a convivência com situações de morte é frequente, considera ser a fase terminal da doença a que mais a <i>marca</i>.</p> <p><i>“(…), como trabalho num serviço de medicina e morre muita gente é mais a fase terminal que custa mesmo mais e doentes novos (…)”</i></p> <p>Doentes cuja situação de saúde se degrada muito rapidamente.</p> <p>Comunicação de óbitos à família, em presença física ou contacto directo com a mesma.</p> <p><i>“(…) porque nós vivemos muitas situações de óbitos, mas como avisamos pelo telefone é um bocado diferente, mas quando estamos mesmo em contacto com os familiares é muito complicado.”</i></p> <p>Quanto a emoções e sentimentos que podem estar presentes na interacção com o doente, identifica a alegria, também a tristeza e por último o contentamento.</p> <p><i>“(…) há doentes, que apesar de estarem doentes até estão bem dispostos, nós acabamos por sentir alegria (...). (...) às vezes também há assim uns</i></p>	<p>Doente que faleceu no serviço, pai de um estudante do curso de enfermagem. Este estudante, passada uma semana sobre este acontecimento esteve nesse mesmo serviço a efectuar um ensino clínico.</p> <p>Não atribui significado de maior a familiares de doentes, colegas ou até superiores hierárquicos, como personagens significativos neste seu percurso como enfermeira.</p>	<p>A situação deste doente pai de um estudante do curso de enfermagem, considera que mexeu um pouco com a equipa do serviço, por um lado devido à evolução muito rápida da situação a qual veio a culminar numa situação de morte, e por outro lado considera que o filho deste doente não deveria ter realizado o estágio neste serviço.</p> <p>Considera que a sua maneira de ser como enfermeira tem muito a ver com o facto de ter familiares enfermeiros, pelo que sempre teve uma noção do que era a enfermagem.</p> <p><i>“(…) nunca tive grandes ilusões se calhar como certos enfermeiros saem da escola, sempre tive uma noção da realidade do que era mesmo a enfermagem (…)”</i></p> <p>Refere que foi trabalhar para um serviço de medicina por opção própria.</p> <p>Relativamente ao contributo dos doentes na construção da sua identidade profissional, considera que estes contribuem para que visualize a vida de outra maneira e valorize aspectos que não valorizaria se não estivesse em contacto com os doentes e não fosse profissional de saúde.</p> <p>Refere que tenta sempre tratar</p>

<p><i>sentimentos menos agradáveis (...), ficam um bocadinho mais agressivos e aí fico um bocado triste também no fim, aí no fim porque sem querer acabo por gritar um bocadinho ou falar um bocadinho mais alto, mas de uma maneira geral acho que me sinto contente quando estou com os doentes.”</i></p> <p>Em termos de situação marcante pela positiva não identifica nenhuma em concreto, no entanto refere que lhe dá imensa satisfação poder acompanhar o evoluir favorável dos doentes com AVC hemorrágico, que normalmente não têm grande esperança de vida, e que acabam por recuperar.</p> <p><i>“Há sempre satisfação quando nós vemos que os doentes recuperam, (...) doentes que entram com AVC, principalmente AVC hemorrágico, e que normalmente nunca têm uma grande esperança de vida e acabam por recuperar (...).”</i></p>		<p>as pessoas como gostava que cuidassem dela.</p> <p>No que concerne à identidade do enfermeiro e da enfermagem julga que a mesma ainda se encontra um pouco diluída pelas outras profissões nomeadamente pelos médicos.</p> <p><i>“(...) continuamos a ver o senhor doutor é quase o senhor todo poderoso e a enfermagem que apoia muito mais os doentes (...) é um bocado desvalorizada (...) e as pessoas acham sempre que a gente nunca faz o suficiente e ficamos ali perdidinhos porque o senhor doutor acho que continua, lá no topo.”</i></p> <p>Em parte considera que a população ainda vê o enfermeiro como ajudante do médico, mas que essa noção está a mudar um pouco.</p> <p><i>“Acho que as pessoas começam a valorizar mais, mas ainda há uma certa desvalorização.”</i></p> <p>Relativamente às estratégias para que se pudesse inverter esta situação pensa que passaria por se dar um acompanhamento mais efectivo a nível familiar, pela aposta na prevenção da saúde em vez da aposta no lado curativo e ainda pela existência de maior número de enfermeiros.</p> <p><i>“(...) porque nós às vezes como temos muitos doentes distribuídos acabamos por não apoiar da parte psicológica e se calhar baseamo-nos mesmo à injeção e ao penso ou aos cuidados de higiene e acabamos por não dar a outra parte que se calhar ia</i></p>
---	--	--

		<p><i>valorizar.”</i></p> <p><i>Não atribui esta situação exclusivamente à falta de tempo, mas também as reacções inerentes à própria mudança. “(...) quando há determinada pessoa que faz, que tenta fazer as coisas de outra forma é um bocado mal visto pelos colegas (...). A mudança é sempre uma coisa complicada, (...) e exige que as pessoas disponham de mais tempo de mais atenção (...)”</i></p> <p>Ao longo destes três anos de exercício profissional tem constatado que os colegas recém-formados vêm com uma ideia diferente da enfermagem, considera que eles estão muito distantes da realidade e vêm as coisas muito cor de rosa. Assim quando contactam com a realidade mais facilmente se desmotivam e menos força têm para iniciar mudanças. Atribui esta situação às escolas de enfermagem principalmente desde que se passou à licenciatura, por um lado porque os estágios começam mais tarde e por outro lado porque durante os mesmos ficam sempre com as situações mais fáceis.</p> <p><i>“(...) com os doentes dependentes e mais difíceis é que se apercebe da realidade e das dificuldades que existem.”</i></p> <p>À pergunta, o que é a enfermagem? Afirma não ser fácil explicar.</p> <p><i>“(...), porque apesar de tudo, tudo é enfermagem, (...) é a enfermagem com as coisinhas que há à volta.”</i></p> <p>Considera que a formação é</p>
--	--	--

		<p>uma coisa que une a equipa e ajuda a desenvolver um trabalho diferente.</p> <p><i>“(...) se deixa de haver formação as coisas ficam soltas (...), e aquele interesse em desenvolver a enfermagem, perde-se um bocado, resume-se ali aos cuidados.”</i></p> <p>Considera que são as vivências do dia a dia que vão criando a evolução e as condições para desenvolver o trabalho de maneira diferente.</p>
--	--	--

**E 9****Sexo** – Masculino**Idade** – 25 Anos**Habilitações profissionais** – Licenciatura em Enfermagem**Tempo de exercício profissional** – 3 Anos**Duração da entrevista** – 1 hora e 10 minutos

Acontecimentos Marcantes	Personagens Significativas	Observações
<p>O único acontecimento que identifica como marcante foi a decisão da escolha da profissão.</p> <p>Ao ser questionado sobre interações com doentes que pudessem ter sido especiais para a sua maneira de ser peculiar como enfermeiro, refere ter tido duas situações marcantes ainda como aluno de enfermagem e que ocorreram no recobro. A primeira com uma senhora que tinha sido amputada. Como gosta muito de comunicar com os doentes, então esta senhora foi marcante precisamente porque nunca conseguiu comunicar com ela enquanto esta esteve no recobro. Esta situação segundo refere alertou-o para os problemas psicológicos do doente que neste caso envolveriam a situação da amputação. Fê-lo também perceber que muitas vezes é importante compreender e respeitar o silêncio dos doentes.</p> <p><i>“(...) tenho algumas qualidades comunicacionais (...) que facilitam a relação enfermeiro/doente, como a relação com outras pessoas, pronto. E então eu nunca tive problemas em iniciar um diálogo com qualquer pessoa (...). (...) tenho uma situação</i></p>	<p>Senhora em pós-operatório imediato que tinha sido submetida a uma amputação e com a qual não conseguiu comunicar, assim esta senhora fê-lo compreender que muitas vezes se tem que respeitar o silêncio dos doentes.</p> <p>Outras personagens significativas que considera terem contribuído para aquilo que é hoje, identifica em primeiro lugar o seu pai e depois a sua mãe. O pai porque nunca colocou em questão o curso que queria tirar e o lugar para onde fosse trabalhar. A mãe por considerar que ele não seria capaz de ser enfermeiro. Hoje refere que a mãe se sente muito valorizada e recompensada, “porque também ela gostava de ser enfermeira e (...) diz muitas vezes que o sonho dela está realizado no filho.”</p> <p>Refere ainda alguns professores da Escola de Enfermagem, onde tirou o curso, porque contribuíram para a sua formação, existindo uma que é especial e que considera como amiga e como braço direito.</p> <p><i>“que já me foi útil não só em momentos profissionais mas também em momentos pessoais, (...)”</i></p>	<p>Considera que cada experiência é única de doente para doente.</p> <p>Diz gostar de representar o papel de ouvinte junto do doente, muitas vezes estes solicitam os enfermeiros apenas para que os escutem, para que lhes dêem atenção porque lhes falta o apoio familiar. Sente que tem facilidade em comunicar, e que a comunicação quer verbal ou não é essencial para que se estabeleça uma relação de ajuda.</p> <p>Ao longo destes três anos de exercício profissional, a maior parte do tempo desempenhou funções em ortopedia, mas também em cirurgia e no bloco operatório aquando cumpriu o serviço militar. Neste momento acumula funções no Centro de Saúde de Santarém.</p> <p>Das situações de interação que referiu, diz retirar de positivo das mesmas, o respeito e a dignidade pela pessoa, assim como a individualidade, porque cada pessoa é diferente e reage de maneira diferente perante situações iguais ou semelhantes.</p> <p><i>“(…), a pertinência do facto que prepara-me para outras situações mesmo que</i></p>

<p><i>que ainda era aluno de enfermagem. (...). Foi um caso de uma senhora que foi submetida a uma amputação, (...), mas na altura devido à minha imaturidade e devido ainda ao processo formativo, se calhar ainda não estava com atenção a todas as coisas que hoje eu já estou mais desperto, (...) não conseguia ter um diálogo com a senhora. (...) ... e eu senti-me um bocado mal, (...), a senhora nunca disse nada, a senhora sempre olhava com aqueles olhos, com o olhar triste, com a situação envolvente (...)</i>”.</p> <p>A outra situação tem também a ver com um problema de comunicação, tratava-se de uma doente com disartria, mas que apesar deste problema conseguiu estabelecer com a mesma uma comunicação não verbal.</p> <p>Quanto a sentimentos e emoções que considera estarem presentes na sua interacção com o doente, afirma dar muito valor à relação enfermeiro/doente.</p> <p><i>“ (...), porque a gente tiramos o curso para lidar com doentes, não com papéis, com computador (...)</i>”.</p> <p>Considera que nesta relação enfermeiro/doente tem que existir respeito, dignidade e valorização de ambas as partes, confiança é fundamental, mostrar disponibilidade, promover a empatia, porque sem empatia não há relação.</p> <p>Em termos de um momento positivo que tivesse guardado na memória, refere-se à relação professor/aluno que estabeleceu enquanto aluno</p>	<p>Por último faz referência à sua namorada, que diz contribuir para a pessoa que é.</p>	<p><i>semelhantes e que a gente não pode forçar as pessoas quando não querem uma determinada coisa, (...), amadureceu-me mais no sentido de responsabilidade profissional, (...), também o silêncio é uma forma de comunicação (...)</i>”.</p> <p>Quando refere que a mãe considerava que não conseguia ser enfermeiro, não era a nível das suas capacidades intelectuais mas sim devido ao facto de ele ser na altura muito infantil, muito criança, ver o mundo sem qualquer maldade, muito cor de rosa, por isso tinha receio que ele não conseguisse trabalhar num hospital e encarar determinadas situações.</p> <p>Acerca dos vários momentos de interacção que teve oportunidade de estabelecer com os doentes se os mesmos terão contribuído para a construção da sua identidade profissional, refere que o que mais sente é a valorização quer social, quer profissional, quer também a satisfação pessoal. Quanto à satisfação pessoal diz bastar-lhe um reconhecimento por parte do doente, porque sente que é útil para a pessoa e que a mesma gosta dele.</p> <p><i>«Sinto-me ainda melhor como pessoa, sinto-me importante (...) vejo que o meu trabalho é valorizado (...), sinto a recompensa por parte da pessoa, a valorização que dão, tanto ao meu trabalho como à pessoa que sou (...), então muitas vezes ao passarem por mim na rua “Oh Sr. Enfermeiro como é que está? Boa tarde Sr.</i></p>
---	--	--

<p>do curso de enfermagem com uma das suas professoras. Desta relação resultou uma forte amizade.</p> <p><i>“(…), mas foi a disponibilidade dela, a empatia dela, foi o mostrar-se muito disponível e contribuído com a sua formação também para o meu enriquecimento, ficou marcado positivamente porque vim para Santarém, não conhecia ninguém (…) e senti nela um apoio que me foi importante para mim como pessoa.”</i></p>		<p><i>Enfermeiro.”, para mim é muito importante e isso cada vez me ajuda a crescer mais como enfermeiro e sinto-me importante.»</i></p> <p>Ao ser solicitado para que identificasse concretamente a identidade da enfermagem, referiu ser uma pergunta complicada. Então questionado se considerava que esta identidade se encontrava diluída no meio das outras profissões da área da saúde, refere que se tem que procurar que a enfermagem seja uma profissão autónoma. Com a evolução da ciência e da tecnologia assim como da formação cada vez é exigido mais aos enfermeiros e são confrontados com situações em que têm que marcar a profissão. Considera também que da parte de cada um deve existir uma procura relativamente aquilo que se quer e à forma de ser e de estar.</p> <p><i>“A profissão tem os seus momentos do saber estar e do saber ser bem definidos que muitas das vezes é ainda um pouco confundido (...), com outras profissões (...). Nós estamos 24 horas ao pé do doente e muitas das vezes a gente não somos só o enfermeiro para o doente, temos que resolver muitos problemas que não fazem parte das nossas funções porque os outros técnicos não estão cá (...), o doente vê a gente, sente o apoio, precisa da nossa ajuda e eu compreendo essa parte, mas eu acho que está um pouco difícil (...), dar o salto final para se marcar bem a, essa</i></p>
--	--	---

		<p><i>identidade.”</i></p> <p>O facto de os enfermeiros substituírem com frequência outros técnicos, segundo este enfermeiro, apresenta aspectos positivos e negativos. Como aspectos positivos salienta o facto que se estivesse no lugar do doente e família também gostaria que outros lhe fossem úteis e que o ajudassem nos momentos difíceis da sua vida a superar os problemas que por vezes até poderão ser simples mas que naquele momento parecem muito complicados, como por exemplo o facto de se ter alta e não se ter transporte para casa, o facto de se precisar de uma cadeira de rodas e não se saber como a conseguir.</p> <p>Como aspectos negativos, refere que estando muitas vezes o enfermeiro ocupado a resolver estas pequenas situações não lhe sobra tempo para exercer as suas funções autónomas que considera tão importantes, como por exemplo a educação para a saúde.</p> <p><i>“(…), porque muitas das vezes o que a gente repara quando a pessoa tem alta é que a pessoa tem dúvidas em relação a alguns cuidados a ter, num pós-operatório agora no domicílio, mas a preocupação da pessoa é a cadeira de rodas, ou até a ambulância para ir para casa (…)”</i></p> <p>Considera que é importante colocar-se no lugar do outro, porque sempre deu muito valor ao doente e família.</p> <p><i>“(…), porque a gente ao colocar-se no lugar do outro acabamos por compreender</i></p>
--	--	--

		<p><i>que é revoltante ter-se uma doença, é revoltante estar-se numa cama de hospital, é revoltante ter que fazer a nossa vida e não conseguirmos, é revoltante estar dependente dos outros para lavar pelo menos a cara, pronto.”</i></p> <p>Considera que para se ser um bom enfermeiro, a pessoa tem que ter sempre bem presente as três dimensões da sua prática profissional, que são a dimensão humana, técnica e do conhecimento.</p> <p>Pensa que hoje em dia o enfermeiro já consegue dar visibilidade do que é a enfermagem e que cada vez mais as pessoas valorizam o trabalho do enfermeiro. No entanto considera diferente a visibilidade a nível dos cuidados de saúde primários e a nível hospitalar. Os cuidados de saúde primários estão mais próximos dos utentes e da família do que o hospital. Enquanto os primeiros fazem vigilância de saúde , a nível hospitalar as pessoas só recorrem quando já estão doentes.</p> <p><i>“Já lá vai a história em que o enfermeiro ajudava o médico, em que tem que fazer aquilo que o médico mandava, mas cada vez mais se começa a sentir, não só da parte dos enfermeiros, mas da parte das pessoas a autonomia da enfermagem. (...), portanto já dão mais valor ao trabalho do enfermeiro (...). Cada vez se sente mais a valorização da parte de outros profissionais no trabalho de enfermagem.”</i></p> <p><i>Para ilustrar este seu ponto de vista reporta-se a uma experiência que teve no seu</i></p>
--	--	---

		<p><i>estágio de integração à vida profissional que decorreu a nível dos cuidados de saúde primários no Centro de Saúde do Entroncamento.</i></p> <p><i>“(…), eu lembro uma consulta de saúde infantil em que uma mãe recorre com uma criança à consulta de saúde infantil, foi primeiro à consulta de enfermagem (…) sei que falei a nível da alimentação do bebé, falei da prevenção de acidentes e fiz o meu registo na folha de enfermagem (…) e em que o médico antes de fazer a consulta pegou nos meus registos e que depois me chamou a atenção a valorizar o meu trabalho na frente da doente (…) valorizou o meu trabalho, valorizou à frente da pessoa, a pessoa reconheceu o trabalho do enfermeiro (…)”.</i></p> <p><i>“(…) aquela noção de que um enfermeiro no centro de saúde só dá injeções e faz pensos, (...), assim como também a noção que no hospital o enfermeiro só faz higiene, só faz pensos e só dá medicação, também é uma noção que está sendo ultrapassada, penso que está havendo mais visibilidade (...) ao nível do centro de saúde, quando o enfermeiro vai a casa das pessoas, faz a visita domiciliária, quando o enfermeiro vai às escolas, (...) faz a consulta, (...). Em relação ao hospital, (...) quando o enfermeiro faz a educação para a saúde, quando o enfermeiro está a colher dados (...), com o intuito de melhorar a responsabilidade pela saúde do doente e do contacto com a família e do ensino (...)”.</i></p>
--	--	---

		<p>Considera ser importante a transmissão de saberes e competências aos enfermeiros recém cursados por parte dos profissionais já mais experientes. Por outro lado quem acaba o curso não pode considerar-se como detentor de toda a sabedoria, tem que ir sempre enriquecendo os seus conhecimentos. Pensa ser de todo o interesse a integração feita nos serviços por elementos com experiência .</p> <p>Tendo por base o cuidar numa perspectiva evolutiva, considera não ter existido nenhum momento marcante positivo ou negativo que fosse determinante dessa evolução , mas que a mesma é “o resultado da evolução, que portanto o cuidar tem tido uma evolução positiva, pela prática e pelo desempenho cada vez melhor das várias actividades.”</p>
--	--	--

**Nota:** Houve uma primeira parte da entrevista que não ficou gravada, na qual explicitava os motivos que o levaram a escolher o curso de enfermagem, por se considerar não ser informação de grande pertinência para o estudo optou-se por não se solicitar a repetição desta parte da entrevista.

**E 10****Sexo** - Masculino**Idade** –27 anos**Habilitações profissionais** – Licenciatura em Enfermagem e Pós-graduação em Segurança e Higiene no Trabalho**Tempo de exercício profissional**- 5 anos**Duração da entrevista** – 1 hora e 10 minutos

Acontecimentos Marcantes	Personagens Significativas	Observações
<p>Elege como primeiro acontecimento marcante a autonomia que refere ter tido quando trabalhou no Centro de Saúde de Coruche, e as pessoas acreditarem no trabalho que os enfermeiros desenvolvem.</p> <p>Relação muito próxima com a esposa de um senhor que já faleceu, em que ela continua a ver neste enfermeiro “uma figura de referência” e a solicitar-lhe ajuda nalguns momentos em que precisa para outras situações.</p> <p>“(…) e por isso é que eu tenho a certeza que quero ser enfermeiro, (...)”.</p> <p>Outra perspectiva que diz que o gratifica como enfermeiro é poder ser “a ponte de ligação entre o doente e a família e o próprio médico”.</p> <p>Do tempo em que trabalhou no IPO, recorda uma situação que o marcou. Um senhor que iniciou quimioterapia e em que a família estava completamente bloqueada, porque a situação tinha tido um desenrolar galopante. O filho estava a acompanhar o pai e os níveis de ansiedade estavam extremamente elevados, mas com a conversa criou-se uma relação muito positiva.</p> <p>“<i>gratificante para ambas as</i></p>	<p><i>A enfermeira chefe do serviço onde actualmente desempenha funções, pela disponibilidade para a equipa, a valorização e o constante desafio que faz a todos os níveis para demonstrar a visibilidade dos cuidados que se prestam no serviço.</i></p> <p><i>“(…), é um modelo de referência como pessoa e é um modelo de referência como gestora, como enfermeira chefe, portanto... e isso influencia em muito em muitíssimo a minha maneira de estar aqui, porque compensa também em alguns momentos a minha insatisfação porque me deixa verbalizar estes sentimentos (...)”.</i></p>	<p>Refere que têm existido momentos e serviços que o têm desiludido precisamente pela falta de autonomia.</p> <p><i>“Eu privilegio sempre e sinto-me bem quando eu posso exercer com autonomia as minhas funções, (...) e todas as experiências (...), onde me deram algum reforço positivo e onde eu pude reencontrar-me como pessoa, dentro da profissão, foi precisamente nessas experiências.”</i></p> <p>Refere que sente ter autonomia quando por exemplo nas visitas domiciliárias faz o acompanhamento de doentes idosos dependentes, em que a família concebe o enfermeiro como um grande suporte de informação e de ajuda.</p> <p><i>“(…) pedem-nos aquilo que caracteriza a nossa profissão, que é aquelas pequenas ajudas, de cuidar, as pequenas dicas que sabemos e vamos construindo e que é no fundo a essência da nossa profissão e que fazem de nós valiosos recursos (...)”</i></p> <p>Após ter trabalhado cerca de dois anos em cuidados de saúde primários, decide mudar para os cuidados diferenciados precisamente por problemas de autonomia, a partir do</p>

<p><i>partes” e depois marcou-o no sentido que no desenrolar da conversa terá referido que gostava muito de música que o relaxava e em particular de um Cd, então no final do turno o filho ofereceu-lhe o referido Cd, que guarda religiosamente.</i></p> <p>Quanto aos sentimentos e emoções que podem influenciar a sua interação com o doente considera que ele “ressoa em nós determinadas emoções, sentimentos e nós temos que ter capacidade de discernimento de, até que ponto isso é proveitoso ou não para a nossa relação terapêutica e, isso é muito complicado”.</p> <p><i>“(…) é algo complicado, é algo de penoso, muitas vezes sentir que há determinados sentimentos que podem afectar e que estão a afectar o nosso sentimento e a nossa forma de estar como profissionais, que se prendem com o facto de nós sermos pessoas e temos de ter muita consciência deles”.</i></p>		<p>momento em que começaram a interferir com a sua forma de gerir os cuidados de enfermagem, interferiram com a sua satisfação profissional. Refere que o nosso sistema de saúde é médico-centrado em vez de se centrar no doente, o que lhe desagrada.</p> <p>A nível dos cuidados diferenciados começa por trabalhar no IPO em Lisboa, onde ficou cerca de 4 meses, porque em termos emocionais estava a ser penoso e não lhe estava a agradar do ponto de vista profissional embora em termos de aprendizagem tenha sido gratificante. De seguida mudou para o Hospital de Santarém para o serviço de urgência.</p> <p>Questionado se considera que a nível hospitalar se consegue mais autonomia do que a nível dos cuidados de saúde primários, refere que não e onde considera que há realmente mais autonomia é a nível da psiquiatria, serviço onde actualmente desempenha funções, porque “nos deixa uma margem de manobra em intervenções a nível psicoterapêutico que nos dá uma certa realização”.</p> <p>Refere sentir-se uma pessoa realizada profissionalmente porque além da enfermagem hospitalar é formador, e na formação “nós somos completamente autónomos, onde nós seleccionamos e programamos os conteúdos e estratégias de ensino e aprendizagem que queremos implementar”. Refere estar também a trabalhar numa empresa ligada à Higiene e Segurança no Trabalho, onde presta funções como</p>
---	--	--

		<p>enfermeiro e onde os exames de saúde são realizados por ele, deixando-lhe uma grande margem de autonomia.</p> <p>Refere ter um gosto especial por técnicas de relaxamento, por terapias naturais e pelo raiqui, pelo que trabalhou até há pouco tempo numa clínica onde tinha uma consulta a que chamou “Consulta de Ajuda”, e as pessoas iam a esse espaço reencontrar-se um bocadinho consigo através da aromaterapia, da cromoterapia e do raiqui.</p> <p>Para este entrevistado ser profissional de saúde é diferente de ser enfermeiro e é mais gratificante ser considerado como profissional de saúde. Refere que a imagem social do enfermeiro junto da população ainda continua a ser o do auxiliar do médico, embora tente desmistificar essa ideia demonstrando e esclarecendo, que o papel do médico é o campo exclusivo da doença, enquanto que o do enfermeiro “é trabalhar ainda o que está bom, o potencial que aquele indivíduo tem para poder desempenhar os seus papéis e funções, como cidadão e como pessoa”.</p> <p><i>“Ser profissional de saúde é diferente de ser enfermeiro de facto, eu sou um profissional, o médico é um profissional de saúde, o psicólogo é outro profissional de saúde, o nutricionista é outro profissional de saúde, enquanto que, (...) pela forma como sou abordado por alguns utentes é precisamente o senhor doutor que é psicólogo, o senhor doutor que é médico e o senhor doutor que é nutricionista e o senhor</i></p>
--	--	---

		<p><i>enfermeiro que vem dar uma ajuda e que não é devidamente reconhecido pela especificidade das suas funções, que é exclusivamente essa, a saúde e o cuidar”.</i></p> <p>Quanto a estratégias que se possam utilizar para alterar a imagem do enfermeiro que a população tem, pensa que passam pelo marketing social e que a Ordem dos Enfermeiros também terá uma missão a cumprir nesta área. Que deverá fazer a promoção da imagem do enfermeiro, esclarecer as pessoas de uma maneira clara e objectiva, ajudando assim até os próprios profissionais “era um serviço que prestavam inclusivamente à sociedade, (...)”.</p> <p>Considera que a identidade da enfermagem se encontra um pouco diluída, porque ainda não falamos todos a mesma linguagem.</p> <p><i>“não agimos em unísono em determinados aspectos”, mas apesar de tudo afirma conseguir reconhecê-la.</i></p> <p><i>“ ... eu tive e tenho alguns modelos de referência, não só da escola, mas também da prática profissional, que me ajudam a encontrar o meu caminho, a minha própria identidade e a identidade da minha profissão, (...). Eu acredito que o nosso lugar é um lugar dentro da equipa de saúde (...) e vejo também o enfermeiro como educador para a saúde, (...)”.</i></p> <p><i>A nível da população em geral considera que esta ainda vê o enfermeiro “com uma seringa na mão e o pacote de pensos na outra, (...), inclusivamente os actos de enfermagem que são contabilizados pelo nosso</i></p>
--	--	---

		<p><i>sistema estatístico são exclusivamente estes, portanto o tempo que “gastamos” na nossa prestação de cuidados para escutar, para fazer ventilação de sentimentos, para proporcionar conforto ao doente, o tempo que utilizamos para, enfim dar suporte e orientação” não é contabilizado.</i></p> <p><i>“(…), a classe médica também tem ajudado a isto, é o poder da prescrição é óptimo, nós também prescrevemos, não prescrevemos medicamentos mas prescrevemos acções de enfermagem, prescrevemos conselhos (…)”.</i></p> <p>Pensa que ainda se privilegia muito as funções interdependentes em detrimento das funções autónomas.</p> <p><i>“(…) se formos ver os actos de enfermagem que são contabilizados (...), não passa disto soroterapia, aerossolterapia e penso (...) e mais nada, portanto só sermos reconhecidos por isto (...), os actos relacionais não são contabilizados de forma alguma e quando a nossa formação se orienta, e muito bem, para estes aspectos e para toda esta problemática.”</i></p> <p>Refere que o enfermeiro tem que dar maior visibilidade de facto aquilo que faz, só assim conseguirá o respeito por parte dos outros técnicos que não são enfermeiros. Fazer com que os outros percebam o nosso papel junto dos doentes.</p> <p><i>Na sua opinião, “ser enfermeiro é estar com o doente a tempo inteiro, (...), é perceber as respostas humanas que aquele doente dá (...)”.</i></p>
--	--	--

## ENFERMEIROS COM MAIS DE 5 ANOS DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL:

E 11

Sexo - Feminino

Idade – 28 anos

Habilitações profissionais – Licenciatura em Enfermagem

Tempo de exercício profissional - 7 anos

Duração da entrevista – 50 minutos

Acontecimentos Marcantes	Personagens Significativas	Observações
<p>O primeiro acontecimento marcante que identifica é sem dúvida a sua maior facilidade a nível da comunicação, a partir do momento em que começou a lidar quer com doentes quer com pessoas saudáveis, neste caso a nível dos centros de saúde.</p> <p><i>“Eu acho que (...), tanto no curso de enfermagem como já a exercer a profissão, a minha vida deu uma volta no sentido em que eu era uma pessoa, (...), tímida, mas que na altura ainda era mais tímida, mais introvertida, que não conseguia comunicar com as pessoas que não conhecia, não conseguia ter abertura para me chegar ao pé de alguém e falar sobre qualquer assunto; desde que comecei a lidar com as pessoas, estou diferente nesse aspecto, (...), mas noto isso desde que comecei a lidar mais com as pessoas, doentes, e também com as pessoas saudáveis, (...), no centro de Saúde...”</i></p> <p>Prestação de cuidados ao primeiro doente em estado terminal.</p> <p>Morte desse mesmo doente.</p> <p><i>“(...), foi-me muito difícil porque nunca tinha visto uma pessoa a agonizar, uma</i></p>	<p>Professora que a apoiou, no momento em que pela primeira vez teve que lidar com uma situação de morte.</p> <p>Familiares de duas colegas do serviço (pais).</p> <p><i>Considera terem sido duas situações terminais muito dolorosas, muito complicadas, quer pelo sofrimento das próprias pessoas, quer pelo sofrimento das filhas. “(...), porque nós lidamos com essas pessoas, com o sofrimento dessas pessoas, tanto dos filhos como dos pais que estão internados e estão doentes (...), depois há os filhos que estão sempre connosco e que nós vemos sempre aquele sofrimento a cada dia que passa. (...) nós como colegas e amigos que somos, além de profissionais de saúde, sentimos também um bocadinho dessa dor, pela qual os colegas passam, é de facto mais complicado nessa situação.”</i></p>	<p>O principal acontecimento marcante ocorreu como estudante, do curso de enfermagem, durante o ensino clínico, 2ºano, 1º estágio. Para que ultrapassa-se esta situação foi de extrema importância o acompanhamento por parte de um dos professores, enquanto que outro ao desvalorizar aos seus sentimentos em nada contribuiu para o seu crescimento como pessoa e como profissional.</p> <p>Considera que a sua percepção sobre o que é um “velho” é agora completamente diferente do que era há uns anos atrás. Hoje vê que essas pessoas ainda possuem muitas perspectivas de vida e que ainda querem fazer muitas coisas, pelo que devem ser encaminhadas no sentido de melhorar o seu estado de saúde e encaminhá-las para uma vida melhor.</p> <p>Por outro lado, o contacto com pessoas mais novas, com que cada vez mais se depara considera ser assustador, no sentido que também ela pode passar pelas mesmas situações. Assim, crê que nestas situações para além de se cuidar da doença também se tem que preparar a pessoa para o futuro.</p>

<p><i>... pessoa a morrer (...). Nós já tínhamos falado sobre a morte, mas eu acho que a vivência real da situação é completamente diferente, não tem nada a ver.”</i></p> <p>Foi marcante porque era um doente que já estava agonizante há cerca de 24 horas e a qualquer momento podia morrer. Precisava de cuidados constantes como ser aspirado, fazer medicação, ser substituída a roupa da cama por sudorese intensa, entre outras coisas.</p> <p><i>“(...) e foi uma situação em que me senti impotente, eu só tinha vontade de chorar e não conseguia fazer nada de jeito ao doente (...).”</i></p> <p>Refere que é uma situação que nunca mais vai esquecer e que a faz cuidar melhor de outros em idênticas situações.</p> <p><i>“(...) contribuiu para uma melhor prestação de cuidados e para conseguir apoiar melhor tanto a pessoa que está numa situação terminal como a família que está em redor dessa pessoa.”</i></p> <p>Refere que neste caso não foi significativo a idade da pessoa, “(...), era o primeiro doente que estava a morrer à minha frente.”</p> <p>Este acontecimento marcante contribuiu também para que percebesse que ser enfermeiro não é só tratar ou cuidar dos doentes para que fiquem bem e vão para casa, ser enfermeiro implica às vezes situações difíceis e que se tem que ajudar, não no sentido da recuperação, “(...) mas é cuidar dela o melhor possível enquanto ela precisa de nós e às vezes não é durante muito</p>		<p><i>“(…), no sentido de as encaminhar também na sua vida, pessoas que em princípio vão ter uma vida longa e que se levarem daqui algumas referências penso que seja mais fácil para o futuro.”</i></p> <p>Identifica o enfermeiro como a pessoa que está 24 horas com o doente, quem o escuta e a quem este faz as suas confidências. O enfermeiro é ainda aquela pessoa com quem o doente partilha os seus sentimentos e vivências.</p> <p><i>A identidade da enfermagem passa muito por “(...) quem cuida da pessoa em todo o seu sentido, a nível físico, psicológico, social (...)”. Na sua opinião as pessoas começam a perceber que o enfermeiro não é só quem faz os tratamentos, quem dá a injeção, mas que é muito mais que isso, porque “(...) com o envolver da família, a pessoa começa a entender que o enfermeiro cuida muito mais do que faz tratamentos.” As mentalidades das pessoas estão a mudar e os enfermeiros são os que mais contribuem para essa situação. “Os enfermeiros são o principal agente de mudança (...)”. Os enfermeiros ao fazerem ensinamentos, darem apoio e encaminharem aquando das altas, “(...) se o enfermeiro fizer valer esses lados que as pessoas começam a ter outra ideia do que é ser enfermeiro e a enfermagem.”</i></p> <p>Considera que a enfermagem tem um espaço muito próprio de actuação, não se confundindo com nenhuma</p>
---	--	--

<p>tempo, mas o tempo que é tem de ser o melhor possível (...), ajudou-me a ver que a profissão também tem situações difíceis (...).”</p> <p>Hoje consegue ver a morte como uma situação natural, mesmo que esta aconteça em contexto hospitalar, coisa que no momento não conseguiu. Sentia-se impotente e como se houvesse algo para fazer e o não fizesse.</p> <p><i>“(…), de facto, não poderia fazer nada para contrariar essa situação, o que podia fazer era prestar-lhe os cuidados que ela precisava na altura, o melhor que sabia e podia (...).”</i></p> <p><i>Fazer o melhor possível a este nível significa “(...) prestar os cuidados que a pessoa necessita, quer os cuidados físicos, quer acompanhamento a nível emocional, se a pessoa estiver consciente (...), é prestar também cuidados à família, que acompanha o doente nessa altura (...).”</i></p> <p>Outros acontecimentos significativos na sua vida pessoal, como o internamento e morte da sua avó, internamento do seu pai, numa situação “mais ou menos grave”, assim como uma situação de doença pessoal com hipótese de internamento, contribuíram para que hoje seja diferente o seu cuidar relativamente ao momento em que terminou o curso.</p> <p><i>“(…), fez-me ver o que é que as pessoas podem sentir ao chegar ao serviço, (...) muitos dos doentes são, é a primeira vez que são internados o que é que as pessoas sentem, (...),</i></p>		<p>outra profissão da área da saúde.</p> <p>Refere que o contacto do enfermeiro quer com colegas mais velhos, quer através da actualização de conhecimentos, quer no dia –a – dia no trabalho é que vão estruturando o enfermeiro enquanto pessoa e profissional.</p> <p><i>“Penso que o curso é uma base mas que o dia- a –dia é quem nos prepara de facto para o nosso trabalho e cuidar do doente.”</i></p> <p>Considera cada doente como único, assim na sua unicidade cada um contribui para a formação do enfermeiro e para a sua melhoria.</p> <p>Olhando o cuidar numa perspectiva evolutiva, considera que este é o resultado de uma construção ao longo do tempo.</p> <p>Refere que a sua relação com as situações de morte se veio alterando ao longo do tempo de exercício profissional.</p> <p><i>“(…), claro que não sou indiferente (...), penso que a morte nunca é indiferente para ninguém, mas veio-se alterando.”</i></p> <p>Afirma que hoje cuida o melhor que sabe e pode e já aceita de uma maneira diferente a morte. Essa aceitação também está muito relacionada com o tipo de situação.</p> <p><i>“(…), quando é uma situação de uma fase que se arrasta é um sentimento, quando é uma morte mais brusca, não esperada (...) é um sentimento um bocado diferente; depois também depende do estado geral da pessoa, às vezes da</i></p>
--	--	---

<p><i>o facto de eu já ter vivido situações relativamente semelhantes, fazem-me perceber de que forma é que as pessoas encaram muitas vezes o processo do internamento, processo de ser cuidado.”</i></p> <p>Quanto aos sentimentos e emoções que vivência no contacto com o doente ou que influenciam a interacção com este, refere a impotência, a alegria, a tristeza. A revolta é também um sentimento que muitas vezes vivência, juntamente com o sentimento de tristeza, quando aquilo que fazemos depois os resultados não são os melhores.</p> <p><i>“(…) um doente (…) um homem de cinquenta e poucos anos, que entrou em choque e que estava em coma, (…) ... foi saindo do estado comatoso em que estava (…) acho que traz sentimentos de... (…) ... de tentar ajudar o mais possível aquela pessoa, mas ao mesmo tempo sentir uma impotência perante a situação (...). Com outros doentes já tem acontecido sentimentos de grande alegria quando o investimento que é feito (...) e depois os resultados são bons e que as pessoas saem daqui bem, (...). Sentimentos de alegria quando as coisas correm bem, sentimentos de tristeza quando nem tudo o que nós fazemos tem o resultado esperado. (...) sentimentos de revolta, (...) quando aquilo que fazemos depois os resultados não são os melhores, (...), não são os que realmente queríamos”.</i></p> <p>Ao lhe ser pedido para que escolhesse um dos sentimentos que podem</p>		<p><i>idade (...) quando são pessoas mais novas há um maior sentimento de revolta (...)”.</i></p> <p>Considera que cada pessoa é única, possui a sua individualidade, independentemente de poderem possuir a mesma idade, pertencerem à mesma classe social, terem a mesma escolaridade.</p> <p><i>“(…), cada pessoa tem uma maneira de ver o mundo, uma maneira de sentir a sua doença, a sua saúde, a sua família, a sua maneira de ser cuidado, (...) e então é importante, nós tentarmos chegar até essa pessoa e compreender a maneira como é que essa pessoa mais ou menos vê aquilo que o rodeia, que sente aquilo que o rodeia e tentar chegar o mais possível até essa pessoa.”</i></p> <p><i>Assim se conseguirá a personalização dos cuidados.</i></p>
---	--	---

<p>influenciar a interacção com o doente, escolheu a alegria.</p> <p><i>“(…), se nós conseguirmos transmitir ao outro a alegria do nosso trabalho, a alegria do nosso viver, vamos puxar essa pessoa para cima, elevar o espírito dessa pessoa (...), penso que a alegria é realmente importante, passar essa mensagem, porque dá confiança.”</i></p> <p>Considera que um doente que está pessimista ou depressivo tem maior dificuldade em se reabilitar do que um doente que está mais positivo, mais bem disposto.</p> <p>Em termos de experiências marcantes positivas, refere que certamente existiram muitas embora não as consiga identificar tão facilmente como as negativas.</p> <p><i>“(…) as situações negativas como me magoam mais, são mais facilmente lembradas (...). Uma situação específica não conseguiu lembrar-se.</i></p>		
--	--	--

**E 12****Sexo** - Masculino**Idade** – 35 anos**Habilitações profissionais** – Licenciatura em Enfermagem**Tempo de exercício profissional** - 10 anos**Duração da entrevista** – 1 hora e 40 minutos

Acontecimentos Marcantes	Personagens Significativas	Observações
<p>O primeiro acontecimento marcante que lhe vem à memória tem a ver com a sua vida pessoal, foi a doença da sua filha, na altura com 11 meses de idade, cujo prognóstico era muito reservado. Não ter apoio familiar, estar sozinho com a esposa e a “indisponibilidade” da equipa de saúde para fornecer informações acerca do estado de saúde da sua filha.</p> <p><i>“(…) “enfermeiro a qualquer momento, a sua filha pode não resistir (...)”.</i></p> <p>Este acontecimento fê-lo aprender a valorizar mais a família. Passou a ver as coisas de maneira diferente.</p> <p><i>“(…) e foi aquela sensação de entrar dentro de um quarto, de uma enfermaria, uma unidade de SO, que eu vejo ventilador, tubos endotraqueais, eu vejo... e que eu nunca tinha olhado para uma cama daquelas pensando que poderia ser alguém meu, mas sempre com uma pessoa que não conheço, vou tentar dar o máximo mas não me diz nada, quer dizer diz-me como pessoa, mas não tem aquele sentimento”.</i></p> <p><i>Acho que hoje tenho uma atitude perante os familiares e perante os doentes, antes disso se calhar não tinha, não</i></p>	<p>Filha, que aos 11 meses apresentou uma situação de doença de prognóstico muito reservado.</p> <p>Pai, morte inesperada deste e os cuidados que lhe prestou após o término da vida.</p> <p>Doente em pós-operatório de cirurgia cardíaca, que o fez compreender que através da comunicação é possível muitas vezes conseguirem-se grandes progressos.</p> <p>Colegas do serviço onde trabalhava e a enfermeira chefe, que o apoiaram e ajudaram a ultrapassar de forma mais eficiente a situação de desânimo em que se encontrava aquando da doença da sua filha. Também os vizinhos considera terem sido um peso estrondoso, terem sido um pilar para que ultrapassa-se com sucesso este momento de sofrimento tão significativo na sua vida.</p> <p><i>“(…), acho que foi importantíssimo... o meio envolvente onde estive, (...)”.</i></p> <p>Duas enfermeiras do serviço de cirurgia onde realizou um dos seus estágios, por serem duas pessoas muito intervenientes, muito trabalhadoras. Marcaram-no pela sua forma de estar, referindo que ainda hoje vai buscar alguns exemplos que retirou do contacto com as</p>	<p>Considera que há pequenas coisas que os enfermeiros têm tendência para esquecer, como o falar com as pessoas e explicar as situações.</p> <p><i>“(…) e às vezes as pequenas coisas são tão importantes (...)”.</i></p> <p>Considera que as situações negativas o marcaram positivamente, pois cresceu com elas. Fizeram-no crescer <i>mais que as positivas.</i></p> <p><i>“(…) eu acho que a mim as situações negativas fizeram crescer mais do que as positivas, (...)”.</i></p> <p>Pensa que esta situação pode estar relacionada quer com as suas vivências quer com a sua formação, por outro lado acredita que as pessoas do campo exacerbam mais os sentimentos.</p> <p><i>“(…) eu acho que as pessoas do campo vivenciam a dor de uma forma completamente diferente da pessoa da cidade.”</i></p> <p>As coisas pessoais transporta-as sempre para a vida profissional, no sentido de delas tirar partido positivamente.</p> <p>Considera que todas as vivências que já experienciou são importantes no contacto com os outros.</p> <p>Ser enfermeiro é muitas vezes</p>

<p><i>quer dizer que eu antes fosse ríspido ou antipático ou impessoal, mas havia coisas que eu tava muito pegado às regras, (...). (...) como enfermeiros temos que ser humanos e pensar na pessoa que ali está.”</i></p> <p>A doença da filha fê-lo crescer profissionalmente e saber colocar-se no lugar do outro. Ainda que o apoio familiar em momentos de crise é de extrema importância.</p> <p>Através do diálogo conseguiu a transformação do comportamento e atitude de um doente em pós-operatório de cirurgia cardíaca.</p> <p>Morte do pai e o cuidar do corpo após a morte.</p> <p><i>“... o meu pai. Foi outra coisa que me fez... fez-me impressão, mexeu comigo, o facto de eu estar sozinho, isso são coisas pessoais que eu transporto sempre para a minha vida profissional... (...) ... o facto de eu cuidar do corpo do meu pai, após ele ter morrido, que é uma coisa que a gente mete tanta impressão e quando a gente diz «vai fazer a múmia» se calhar é uma forma que a gente tem de se refugiar, de dizer as coisas de uma forma impessoal, para não falar em morte... mas o cuidar do corpo do meu pai, fez-me eu perceber que o corpo é mais alguma coisa, sem ser só corpo, e a gente, às vezes mexe no corpo, pensando que é um corpo, não pensa que está ali uma pessoa. (...). Eu quando cuidei do corpo do meu pai era o meu pai que ali estava (...) aliás tudo mais do que o corpo, aliás o corpo era o que</i></p>	<p>mesmas. Fizeram-no sentir como se fosse elemento daquela equipa. Considera que essa situação não acontece hoje, com os alunos de enfermagem, eles não se querem envolver nas equipas e com os doentes é a mesma coisa.</p> <p><i>“E com os doentes acho que é a mesma coisa, (...), antes de sermos enfermeiros somos pessoas e se a gente tiver esta perspectiva tão fechada no nosso centro também não conseguimos abrir ao centro dos outros.”</i></p>	<p>partilhar o silêncio com os que sofrem, é tão somente e muitas vezes o dar a mão, e os outros saberem que estamos com eles.</p> <p><i>“(…), portanto, nunca sou capaz de me relacionar com o outro, seja doente ou não, sem pensar o que é que é melhor para ele, naquela altura se eu ali estivesse, o que é que eu queria, (...)”.</i></p> <p>O enfermeiro se quiser tem um campo de acção, que mais ninguém tem oportunidade de o ter, sendo isso que marca a diferença entre o ser enfermeiro e ser um outro qualquer técnico. <i>“(…)”; o enfermeiro tem muito para dar.”</i></p> <p>Considera que um dos aspectos que prejudica a enfermagem é a rotinização das coisas, mas que é muito difícil a mudança.</p> <p>Considera que ser enfermeiro não é só dar injeções ou fazer pensos é também ser detentor de conhecimentos que lhe permitam em determinado momento decidir se deve ou não administrar determinado medicamento.</p> <p><i>“(…), porque se não deixo de ser enfermeiro, sou um técnico qualquer. Sou uma pessoa que faz, executa coisas, só por executar (...). A enfermagem para além disso tudo é pessoas que cuidam de pessoas. (...), o ser enfermeiro é o estar com a pessoa, cuidar daquela pessoa, (...)”.</i></p> <p>Pensa que se o enfermeiro deixar de ter a capacidade de discernir que necessidades são mais importantes em determinado momento para</p>
--	--	---

<p><i>menos interessava. (...) E hoje quando faço isso, quando faço esta actividade, quando tenho que cuidar de um corpo morto, penso no nome que aquele corpo tinha, (...) é uma pessoa, que existiu, viveu e teve a sua personalidade...”.</i></p> <p>Quanto aos sentimentos e moções que considera estarem presentes na interacção com o doente, refere em primeiro lugar a vontade de ajudar o outro. Refere também, alegrias, sofrimentos, angústias, frustrações.</p> <p><i>“Primeiro é a vontade de ajudar o outro e eu acho que isto é um sentimento, é uma atitude que revela um sentir. (...). Alegrias. Sofrimentos. Angústias. Frustrações, (...). Estás tão frustrado como ela, mas quando percebes que a pessoa começa a responder positivamente, sentes uma imensa alegria. (...). Há tantos sentimentos que gosto de ter e outros que não gosto, como por exemplo a indiferença, quando as coisas não me dizem nada algo está mal. Eu sou indiferente aos toxicod dependentes por exemplo, dou-lhes os medicamentos, faço o que tenho a fazer mas sou incapaz de me relacionar com a pessoa.” (...). Impotência, quando não se pode fazer mais nada, ou então quando sentes que não há mais nada a fazer e continuas a massacrar a pessoa (...).”</i></p> <p>Sentimento positivo- vontade de ajudar o outro.</p> <p>Sentimento negativo- indiferença.</p>		<p>aquela pessoa, deixa de ser enfermeiro e passa a ser mero executante de qualquer coisa.</p> <p>Tendo em conta aspectos sócio-económicos, crê existir a possibilidade de os enfermeiros poderem ser substituídos por outros trabalhadores cujas remunerações sejam inferiores. Para que isso não aconteça o enfermeiro tem que conseguir provar que por exemplo os cuidados de higiene e conforto são importantes não só pela higiene em si, mas também por todo o contexto que envolve esta ou outra actividade, sendo possível identificar problemas nestes momentos.</p> <p><i>“E se a gente não tiver capacidade para provar que aquele momento é importante, eles põem lá outro que ganhem menos que nós e que têm menos despesas. Ou nós provamos que somos capazes e somos uma profissão com identidade e com ... qualquer dia estamos a ser substituídos...”</i></p> <p>Em sua opinião, ao médico cabe prescrever consoante o que está mais ou menos estipulado, e o enfermeiro, tem de ter a responsabilidade de avaliar e assumir as consequências dos seus actos em situações em que não cumpre exactamente o que o médico prescreveu (como realização de pensos, retirar pontos ou agafos etc.), já que este muitas vezes não está presente, no entanto deve ter o cuidado de explicar sempre a situação ao doente.</p> <p>É ao enfermeiro que compete fazer ensinamentos nomeadamente</p>
---	--	--

		<p>aos elementos cuidadores que irão prestar cuidados no domicílio, sendo também o enfermeiro o elemento de referência para contacto em caso de existência de dúvidas desse elemento cuidador.</p> <p>Considera que muitas vezes a imagem que o enfermeiro dá não é a mais adequada e que é pela atitude e pela forma de estar nos serviços que a temos que mudar. Para este enfermeiro é negativo a imagem que se passa, por exemplo, na hora das visitas de não se ver nenhum enfermeiro e de estes de uma maneira geral evitarem o contacto com os familiares.</p> <p><i>“E quantas vezes são outros elementos e não os enfermeiros que vêm... dar informações, (...).”</i></p> <p>O enfermeiro sabe melhor que qualquer outro as necessidades das pessoas, porque está próximo deles 24 horas.</p> <p><i>“A gente acorda com o doente, (...), às 8 horas da manhã, (...), não há mais ninguém... o doente sente-se mal às 4 horas da manhã, sou eu que ali estou.”</i></p> <p>O enfermeiro também tem que saber ser enfermeiro quando é necessário reconhecer que é preciso a colaboração de outros técnicos.</p> <p>Considera que quer o acontecimento mais marcante que ocorreu até hoje na sua vida pessoal, quer as múltiplas interações que ao longo de dez anos de exercício profissional teve oportunidade de estabelecer com os doentes que cuidou</p>
--	--	--

		<p>foram determinantes para a construção da sua identidade profissional.</p> <p><i>“A pessoa que sou hoje não o era, sem dúvida, se eu não tivesse passado por aquilo que passei.”</i></p> <p>Considera que é importante a transmissão de saberes nomeadamente aos enfermeiros recém-cursados e aos estudantes de enfermagem prestes a concluir o curso, mas que estes muitas vezes não se envolvem e não atribuem importância a pequenas coisas que podem ser muito significativas. Como estratégias para alterar esta situação crê serem importantes os momentos de partilha de situações vivenciadas com os enfermeiros da prática sem existir sentimento de crítica.</p>
--	--	--

**E 13****Sexo** - Feminino**Idade** – 33 anos**Habilitações profissionais** – Licenciatura em Enfermagem**Tempo de exercício profissional** - 10 anos**Duração** –1 hora

Acontecimentos Marcantes	Personagens Significativas	Observações
<p>A primeira situação que a marcou como enfermeira foi o primeiro turno da noite que teve que efectuar no Hospital de Santa Maria, acompanhada somente pela auxiliar de acção médica, 2 semanas após ter terminado o curso.</p> <p><i>“(…), quando eu terminei o curso fui trabalhar para o Hospital de Santa Maria, onde eu não conhecia nada nem ninguém e ao fim de duas semanas de lá estar, fiquei a fazer uma noite sozinha, primeira noite da minha vida... (..) sozinha, com uma auxiliar, em que nesse dia a auxiliar foi a enfermeira e eu fui a auxiliar da auxiliar (...) ... doentes que iam ser operados no dia seguinte, e eu sem saber quais eram as rotinas, nada, (...), isso foi uma situação que a mim me marcou, pelo lado negativo, mas que talvez eu tivesse conseguido tirar alguma coisa positiva, (...)”.</i></p> <p><i>“(…), a primeira reacção quando lá cheguei, fui à casa de banho e chorei até desabafar, (...)”.</i></p> <p>As situações de morte são outros dos acontecimentos marcantes com que se tem debatido ao longo destes 10 anos de exercício profissional. Além das situações de morte</p>	<p>Jovem toxicodependente com HIV positivo, internado no Hospital Pulido Valente.</p> <p>Criança de 6/7 anos de idade em morte cerebral, internada no Hospital de Santa Marta.</p> <p>Pais desta mesma criança que com ela permaneceram as 24 horas do dia e que com ela mantiveram um relacionamento o mais próximo possível da normalidade, até mesmo no momento de desligar o ventilador.</p>	<p>Do primeiro acontecimento marcante negativo, o que pode retirar de positivo é o de nunca repetir com outros colegas o que lhe fizeram a ela.</p> <p>Considera que a informação sobre um óbito nunca deveria ser feita telefonicamente mas sim em presença dos familiares e que as pessoas mais capacitadas para o fazerem são os médicos e os enfermeiros. No caso destes crê que ainda estão mais preparados para o fazerem, porque provavelmente tiveram um maior contacto com as famílias ao longo do internamento e em termos de relação estão mais capacitados. Com isto não quer dizer que os enfermeiros sempre que possível não fujam de o fazer, porque é difícil ter que comunicar um falecimento.</p> <p>No que concerne à identidade da enfermagem e do enfermeiro considera que este tem um espaço muito próprio e que não se confunde com o dos outros técnicos.</p> <p><i>“Eu acho que conseguimos definir muito bem o que é que é do campo da enfermagem, da actuação da enfermagem, (...)”.</i></p> <p>Quanto ao modo como a</p>

<p>em si, outro aspecto marcante e doloroso é o enfrentar a família depois de determinado doente morrer. Torna-se ainda mais difícil quando se trata de crianças e nem sempre as coisas correm bem, o ter que informar a família é extremamente doloroso. Refere que enquanto trabalhou no Hospital de Santa Marta teve que lidar com algumas destas situações.</p> <p><i>“(...) aquela pessoa, doente falecer não havia mais nada a fazer, faleceu tudo bem, até pode ter-me marcado imenso e ter tocado imenso, mas depois é muito mais difícil a mim encarar a família quase como eu também tenho um bocadinho de culpa, (...) de frustração também, não se ter conseguido fazer mais para além daquilo que foi feito, (...) mas daí a ter que ir dar uma notícia e principalmente, quando são crianças, dar uma notícia a uns pais, que eu acho que por muito mal que tenham visto aquele filho nunca, é a última hipótese que põem, é que venha a acontecer a morte, (...) não faz parte do ciclo da vida, os pais verem os filhos morrerem, (...) só isso acho que é desgastante para nós, (...)”.</i></p> <p>Já no Hospital Pulido Valente outro acontecimento que a marcou foi o ter que prestar cuidados a um jovem, toxicodependente com HIV positivo em fase terminal, mas que apresentava uma enorme esperança de vida. Refere que facto de o jovem ser realmente muito jovem foi determinante para a maneira como a marcou.</p>		<p>população em geral vê a enfermagem, considera que o nosso trabalho ainda não é valorizado como merecia.</p> <p><i>“(…), é que nós estamos abaixo do médico, (...) acima de tudo ele é que é... tem o saber é o poderoso, nós vimos um bocadinho por acréscimo, eu acho.”</i></p> <p>Por outro lado refere que muitas vezes os doentes recorrem aos enfermeiros quando precisam de determinadas coisas, quando necessitam de desabafar, pensa que têm confiança e o há vontade com o enfermeiro mais do que têm no médico. (...), por isso é que não sei que tipo de sentimento é que eles têm por essa autoridade se não é medo.”</p> <p>Considera que não existiu nenhum momento de interacção específico que tenha contribuído para a construção da sua identidade como enfermeira, mas que isso se vai construindo ao longo do tempo com as várias experiências porque tem passado.</p> <p>Considera que médicos e enfermeiros no prato de uma balança têm o mesmo peso embora com funções diferentes, mas o doente ainda não tem esta percepção. Para que o doente altere esta percepção é necessário investir mais na nossa profissão.</p> <p><i>“(…), tentarmos mostrar ao doente que como somos importantes, mostrarmos disponibilidade (...), para ele e para a família, (...), estamos a lidar com pessoas doentes, com pessoas frágeis e</i></p>
--	--	---

<p><i>“(…), e tive um doente, que era toxicodependente, HIV positivo, já com uma história de doença terrível, mas com uma força... de vida, (...) que nós sabíamos que ele ia morrer, que não havia hipótese nenhuma, (...) e sempre com uma esperança de vida, (...). eu acho que... essa experiência fez com que eu, penso, é assim, não é esconder as coisas do doente, mas deixar a pessoa viver com a esperança que tem, o que lhe resta... (...), acredita, tudo bem.”</i></p> <p>O que conseguiu retirar deste acontecimento para posteriormente tratar de outros doentes é que nunca se devem fazer juízos de valor e deve-se deixar a pessoa viver com a esperança que tem.</p> <p><i>“(…), cada doente é um doente e cada pessoa tem a sua esperança de vida, acredita naquilo que acredita e às vezes isso dá-lhes imensa força (...)”.</i></p> <p>Contactar durante cerca de duas semanas com uma criança de 6/7 anos em morte cerebral resultado de uma hipertremia maligna desencadeada na sequência de uma cirurgia cardíaca, cujos pais permaneceram junto dela as 24 horas por dia e apresentarem comportamentos como se de uma situação normal se tratasse, tinham todas as conversas possíveis e imaginárias, eles liam histórias, cantavam, conversavam tudo e mais alguma coisa.</p> <p><i>“(…), até que chegou o dia de desligar o ventilador, (...) e foi chocante para nós ver</i></p>		<p><i>famílias à volta frágeis.”</i></p>
--	--	--

<p><i>aquela, a forma como aqueles pais encararam aquela situação, porque a mãe quis dar-lhe banho, a mãe vestiu-a e a mãe embalou-a... ao colo, cantou-lhe, (...) ninguém conseguia superar aquela imagem, (...)"</i></p> <p><i>Considera que esta foi uma situação extremamente penosa, embora não tivesse que se envolver pessoalmente, ninguém sabia como reagir. "(...)... foi a situação mais penosa, mais difícil de gerir, em termos de sentimentos foi aquela, até onde que acaba o facto de ser enfermeira e onde é que começamos nós, pessoas, normalíssimas? (...) Na altura ainda não era mãe, mas (...), foi daquelas situações que nunca mais esqueço, nunca mais esqueço na vida."</i></p> <p>Em termos de ganhos esta situação contribuiu para que sempre que comunica um falecimento espera uma reacção que pode ser sempre diferente de família para família e diz estar preparada para a aceitar seja ela qual for.</p> <p>Quanto a sentimentos e emoções que podem estar presentes na relação com o doente, refere a empatia, já que se essa empatia não for conseguida não se consegue qualquer tipo de relação com esse doente. Outros sentimentos são a frustração e a impotência quando as coisas não correm bem; se as coisas correm de feição o principal sentimento é a alegria.</p> <p><i>" (...) ... de uma maneira geral acho que conseguimos meter tantos sentimentos, vamos lá chamar positivos, como sentimentos negativos,</i></p>		
---	--	--

<p><i>(...) se tivermos envolvidos com aquele doente vamos conseguindo ao longo do internamento sentir mais ou menos aquilo que o doente vai sentindo conforme a fase que ele vai conseguindo ultrapassar. (...), eu acho que a enfermagem é isso mesmo.”</i></p> <p>Em termos de experiências positivas marcantes, as que mais recorda e que lhe dão maior prazer é o caso dos doentes transplantados cardíacos, que são intervencionados já numa fase em que estão muito debilitados, em que no pós-operatório estão mal, mesmo muito mal, e depois vê-los sair pelo seu próprio pé, recuperados e muito bem.</p> <p><i>“(...) quando trabalhei em Santa Marta, que era um sítio onde os doentes nos chegavam muito mal, (...), um pós-operatório onde eles vêm mal, instáveis, eu acho que a maior alegria que um enfermeiro pode ter é ver um doente que me chegou naquele estado e sair dali pelo seu pé, bem, por exemplo o caso dos transplantados (...).</i></p> <p><i>“(…), e depois vimo-los sair pelo pé deles, virem-nos visitar, (...) e lembrarem-se de nós. Eu acho que isso, talvez seja das melhores coisas que o enfermeiro tem, é de ter o reconhecimento do doente e ver que o doente está bem, contribuímos para que ele estivesse bem.”</i></p>		
---	--	--

**Nota:** Ao relembrar a criança em pós-operatório de cirurgia cardíaca com hipertremia maligna e em morte cerebral, assim como o acompanhamento de que foi alvo por parte dos seus pais, não conseguiu deixar de se emocionar, a voz ficou trémula e as lágrimas rolaram de mansinho pelo seu rosto.

**E 14****Sexo** - Feminino**Idade** – 33 anos**Habilitações profissionais** – Bacharelato em Enfermagem**Tempo de exercício profissional** - 8 anos**Duração da entrevista** – 1 hora

Acontecimentos Marcantes	Personagens Significativas	Observações
<p>O ter iniciado funções num serviço sem o mínimo de condições quer para o pessoal quer para as doentes.</p> <p><i>“(…), quando eu comecei a trabalhar, acabei o curso (...) fui trabalhar para infecto mulheres no Curry Cabral. Aquilo era pavoroso, aquele serviço era mesmo terrível, não tínhamos, quer dizer nós não tínhamos as doentes ainda tinham menos condições físicas, não, não tínhamos mesmo condições nenhuma”.</i></p> <p>Como recém-cursada, não sabendo especificar bem há quantos meses estava a trabalhar, ter acompanhado a fase terminal e a morte de uma senhora jovem infectada com HIV e com a qual tinha estabelecido um relacionamento próximo. A doente costumava chamar a esta enfermeira “o meu anjo”. Esta senhora era mãe de duas meninas ainda muito pequenas, as quais também conhecia. Como a sua ligação com a doente era muito próxima e tentando não sofrer com a sua morte sempre desejou que quando acontecesse não estivesse presente. Mas a morte desta senhora veio precisamente a acontecer num dos seus turnos da noite em que não havia mais nenhum</p>	<p>Mulher jovem internada no serviço de infecto-contagiosas do Hospital Curry Cabral, infectada com HIV e em fase terminal.</p> <p>Homem de quarenta e poucos anos internado no IPO em cirurgia cabeça e pescoço em fase terminal de uma neoplasia da laringe.</p> <p>Uma das suas primeiras enfermeiras chefes que teve, que a fez compreender o quanto é importante a família dos doentes e que não se deve ter receio do contacto com eles.</p>	<p>Afirma ter ido para enfermagem por se identificar com uma amiga dos pais que também era enfermeira.</p> <p>Começou por trabalhar no Hospital Curry Cabral, no serviço de infecto-contagiosas mulheres, o qual afirma ser pavoroso sem condições mínimas quer para os profissionais e ainda menos para os doentes.</p> <p>A primeira situação de morte com que se deparou foi já como profissional, no Hospital Curry Cabral, mas a primeira vez que viu um cadáver foi num dos seus estágios e considerou ter sido uma brincadeira de muito mau gosto dos profissionais desse serviço, uma vez que lhe tinham pedido para ir ver determinado doente, ao qual inclusivamente já tinham até feito a múmia.</p> <p>Refere lidar muito mal com situações de morte e associa-se esse facto ao acontecimento marcante que teve aquando da primeira situação de morte que vivenciou. Em presença de um cadáver não gosta de ouvir falar e muito menos de ouvir rir, prefere o silêncio.</p> <p>Relativamente à morte de familiares, como foi o caso da sua avó e uma tia-avó não a impressionaram, tendo gerido</p>

<p>enfermeiro de serviço.  <i>(...), o meu subconsciente pedia sempre, bem, espero bem que quando ela tiver que morrer, (...) quando for altura eu não esteja cá, era o que tava a pedir. Entretanto infelizmente, tocou-me mesmo, na noite, estava sozinha, (...)</i>”.</p> <p>Mas o que mais a marcou, para além da morte, e que a fez ficar revoltada consigo própria foi o não ter tido a coragem de permanecer junto da doente nos últimos minutos de vida, apesar de ser esse o desejo de ambas. Travou uma dura batalha interior entre o que queria fazer e o que outros lhe diziam que era mais correcto, acabando por ceder ao que o médico que estava de serviço lhe pedia, mas até hoje não se perdoa de não ter seguido a sua vontade. Refere que não o fez por inexperiência, devido à sua imaturidade de recém-cursada.</p> <p><i>“(...) e aquilo que me custou mais, mais, que fiquei depois comigo mesmo revoltada, (...), foi ela estar, estava a falecer e tava eu, tava também o médico (...) e era médico também da doente e ela, pronto a agarrar-me a apertar-me a mão, (...) e o médico a pedir-me para sair de lá, (...) que não convinha eu estar lá, que foi uma coisa que me marcou bastante, eu não ter ficado e saber que ela morreu sozinha, pronto sozinha...”</i>.</p> <p>Reconhece que a atitude do médico foi para a proteger do sofrimento, porque o mesmo tinha conhecimento da ligação estreita que ambas</p>		<p>sem dificuldade estas situações.</p> <p>Outro serviço em que trabalhou e trabalha actualmente é em cardiologia. Considera que a morte de doentes internados nestes serviços se vivência de um modo completamente diferente, embora só tenha tido nestes serviços duas situações de óbitos.</p> <p>Normalmente em doentes de cardiologia investe-se até ao limite máximo e por norma os resultados são positivos, mas quando o não são fica a resignação de que não era mesmo possível.</p> <p>Como momento significativo de interacção, que muitas vezes lhe vem à memória, recorda o caso de uma senhora já idosa à qual estava a prestar os cuidados de higiene e como tal estava nua apenas estava protegida com uma camisa, que a senhora tentava puxar para não ficar tão exposta, pelo que esta enfermeira lhe terá referido para ficar à vontade que já estavam habituadas a ver. Obteve como resposta:</p> <p><i>“Pois é, mas não se lembrou que eu não estou habituada que me façam isso?”</i></p> <p>Considera que os momentos de interacção com os doentes são significativos para a construção da identidade profissional.</p> <p><i>“(...) a relação que nós vamos ter com o doente e o dia-a-dia com eles, são eles próprios que nos ensinam a crescer, nos ensinam a trabalhar (...), porque se não fossem eles, se não fossem essas vivências que uma pessoa vai tendo diariamente, uns dias mais</i></p>
--	--	--

<p>mantinham.</p> <p>Posteriormente refere já ter tido outras situações de morte, nomeadamente no IPO, conseguindo muitas vezes perceber através do olhar ou de um gesto se o moribundo queria a sua presença, aí já sentia a autonomia suficiente, já se sentia segura de si própria e ficava sempre que considerava que devia ficar.</p> <p>Ainda a propósito da mesma jovem, refere que a mesma tinha conhecimento da sua situação e que sabia que viria a falecer em breve, estava tranquila relativamente ao acompanhamento que iria ser dado às suas filhas, as mesmas iriam ficar ao cuidado da sua mãe e de uma das suas irmãs. Considera que apesar de tranquila relativamente ao acompanhamento das filhas, sentia-se culpada da sua própria doença, já que tinha tido comportamentos de risco (drogas e prostituição) que a levaram a contrair o HIV.</p> <p><i>“(...) ela sentia-se culpada entre aspas, sentia-se um bocado culpada da doença dela, porque ela tinha-se prostituído, (...), primeiro começou com drogas mas depois começou a prostituir-se, (...) morreu um bocado culpada, culpada com a situação com a doença dela”.</i></p> <p>Muito marcante foi também o ter que prestar os cuidados aquele corpo após a morte.</p> <p><i>“Foi terrível mesmo, (...) e lembro-me que tava a tratar do corpo (...), e ia correndo a lagriminha (...), tava a tratar do corpo mas sempre a lembrar-me dela, a viver aquele período todo, dos dias</i></p>		<p><i>gratificantes (...)... se não fosse isso não crescia, de certeza que não crescia mesmo. (...) se não tenho passado por essas vivências não tinha, provavelmente nem me considerava enfermeira, ser enfermeira para mim, (...) é ajudar, é...”</i></p> <p>Considera que ser enfermeiro é muito próprio e não se confunde com nenhuma outra profissão da área da saúde, por um lado porque estamos 24horas com o doente e porque valorizamos outros aspectos que mais nenhum elemento da equipa multidisciplinar valoriza, como por exemplo, o valor que o doente atribuí à família. Em determinado momento pode até ser mais importante a presença de determinado familiar do que a administração de um qualquer fármaco.</p> <p>Refere que a experiência profissional é importante ser transmitida aos recém-cursados, mas no entanto sem lhe ser dado a resolução completa do problema para que possam pensar por si.</p> <p><i>“(…), porque a pouco a pouco eles vão descobrindo, por exemplo, não lhe damos o peixe, (...), mas é importante darmo-lhes a cana de pesca não é?”</i></p> <p>Considera não ter existido nenhum marco determinante para a sua evolução no cuidar, e que o mesmo é o resultado de uma construção que vai fazendo diariamente.</p>
---	--	--

<p><i>que tinha estado com ela e foi sempre em silêncio e foi doloroso (...)”.</i></p> <p>Outra memória marcante tem ainda a ver com a mesma situação, e diz respeito ao facto de como era feito o transporte dos cadáveres para a morgue. O mesmo processava-se numa carrinha de caixa aberta a qual crê que era também utilizada para o transporte dos lixos, sem o mínimo de dignidade e respeito.</p> <p><i>“(…), nós depois transportávamos o corpo da cama para a maca e depois vinha o carro de transportes até ao pavilhão e depois aí, fiquei revoltadíssima mesmo, (...) uma pessoa tratou o corpo com algum cuidado e respeito (...) e entretanto o corpo é lançado assim, completamente, lançado assim (...) ... atirado assim um corpo...”.</i></p> <p>Considera que o ter trabalhado no IPO em cirurgia cabeça e pescoço também foi marcante, devido aos doentes em causa exigirem muito por parte da equipa em termos psicológicos. Refere ter sido extremamente cansativo a nível psicológico inclusivamente o gerir os seus próprios receios e medos.</p> <p><i>“(…), eles davam-nos muito, mas tiravam-nos muito psicologicamente, nós, nós gerimos com as nossas próprias, com os nossos receios, com medos e com, (...) vivermos, ver-mos as situações, as vivências deles e pronto era extremamente cansativo, cansativo psicologicamente. (...) nós para eles éramos, era tipo um</i></p>		
---	--	--

<p><i>salva vidas (...)</i>”.</p> <p>No IPO teve também um doente que a marcou, era um homem de quarenta e poucos anos com uma neoplasia da laringe já num estado terminal em que até as jugulares já estavam expostas, tinha dois filhos adolescentes com 16/17 anos. Segundo refere dois ou três dias antes da morte este doente teve uma hemorragia intensa tendo inclusivamente entrado em choque, mas o que mais a impressionou foi o facto do doente lhe ter segurado a mão de tal forma que além de ter ficado cianosada não conseguia prestar-lhe cuidados, a única coisa possível foi fazer compressão com a outra mão e gritar por auxílio.</p> <p>Quanto a sentimentos e emoções que podem estar presentes no seu relacionamento com o doente refere como principal a emoção, emocionando-se facilmente com as situações de doentes e familiares com que diariamente tem que lidar.</p> <p>Em termos de experiências marcantes positivas considera que não se guardam da mesma maneira que as negativas, com a mesma emoção, as positivas são importantes mas passam. As situações que ficam mais guardadas são as tristes.</p> <p><i>“(…)… elas passam não marcam. Marcam na altura e se calhar naquela semana (...), pronto, parece que foi uma coisa boa e passou. (...)</i>  <i>Dão-nos uma certa alegria no momento mas estamos sempre à espera que venham sempre mais e pronto, (...), agora as mais tristes, essas ficam,</i></p>		
---	--	--

<p><i>infelizmente, mas ficam.”</i></p> <p>Recordou-se contudo de uma doente internada com meningite, cuja situação era gravíssima e após dois meses de internamento veio a recuperar, o que foi muito gratificante para toda a equipa.</p> <p><i>“(…) lembro-me por exemplo de uma doente que teve uma meningite e foi gravíssimo, (...), ela entrou em coma, estive lá dois meses internada (...) foi extremamente difícil, mas conseguiu-se (...). Mas conseguiu recuperar... essa foi uma das que nós dizíamos que era o nosso prémio do ano...”</i></p>		
--	--	--

**Nota:** O ter recordado a sua primeira situação marcante foi muito penoso para esta enfermeira. A determinado momento não conseguiu controlar a emoção sentindo necessidade de chorar, por esse motivo interrompeu-se a gravação da entrevista, tendo sido retomada minutos depois.

**E 15****Sexo** - Feminino**Idade** – 39 anos**Habilitações profissionais** – Licenciatura em Enfermagem**Tempo de exercício profissional** - 16 anos**Duração da entrevista** – 45 minutos

Acontecimentos Marcantes	Personagens Significativas	Observações
<p>Considera que o simples facto de ser enfermeira já por si só é marcante. Refere que o peso da palavra é marcante, marcou-a a escolha e a opção de ser enfermeira. Ser enfermeira, “(...) para além de uma profissão define uma vida, sem dúvida.” O que mais a marca na profissão são situações que por muito que se queira manter o distanciamento não se consegue.</p> <p><i>(...), porque o envolvimento e as emoções mexem de tal forma que ninguém consegue ficar distante de certas coisas.”</i></p> <p>Segundo refere ao longo dos 16 anos de exercício profissional várias foram as situações que mexeram com ela quer como pessoa quer como profissional, fazendo muitas vezes questionar se “alguém consegue ser verdadeiramente feliz a ver sofrer, como é que se consegue compensar ver o sofrimento de forma constante.”</p> <p>Quando trabalhou no serviço de cirurgia teve contacto com uma doente jovem em estadio terminal por neoplasia do cólon, uma jovem da sua idade, que fazia anos precisamente no mesmo dia, o que levou a doente ao ter</p>	<p>Mulher jovem internada no serviço de cirurgia, em estadio terminal de neoplasia do cólon, que por coincidência tinha a sua idade e fazia anos no mesmo dia.</p> <p>Dois enfermeiros que trabalhavam na urgência e com os quais teve oportunidade de trabalhar e ser integrada naquele serviço. Estes enfermeiros segundo refere foram de tal forma adequantes para ela que a levaram a conseguir o equilíbrio através de reforços positivos, no sentido de se integrar num serviço tão específico e complexo.</p> <p>Existiram outros enfermeiros que também a marcaram e a fizeram gostar de ser enfermeira e influenciaram a sua atitude na profissão.</p>	<p>Refere que o trabalhar num serviço de cirurgia a fez ponderar algumas situações, porque se contacta muito com doença oncológica em pessoas jovens, levando-a muitas vezes a questionar “porquê?”. Por vezes as situações eram de tal modo violentas que não se conseguia alhear das mesmas.</p> <p>Refere no entanto que estas situações violentas têm sempre um lado positivo e um negativo. O lado negativo tem a ver com o sofrimento e o ver sofrer que nunca é agradável; o lado positivo tem a ver com a capacidade que se adquire em lidar com o sofrimento.</p> <p><i>“(...), houve coisas que eu aprendi, uma é que o sofrimento deve ser acompanhado sempre e isso posso aplicar na vida pessoal, (...)”</i></p> <p>Outra coisa que adquiriu com a maturidade pessoal e profissional foi o perspectivar a morte.</p> <p><i>“(...), uma das coisas que eu agradeço à profissão (...), é o facto de hoje a morte para mim já ser uma realidade que está de tal forma acomodada, (...), é uma realidade (...), encarar a doença e a morte como parte do percurso de vida de forma o mais natural,</i></p>

<p>conhecimento desta situação a criar uma identificação muito forte com esta enfermeira. Tinha um filho um pouquinho mais velho que a filha desta entrevistada, o que a fez questionar muita coisa.</p> <p>Refere que esta doente passou por todos os estadios que passam as pessoas com neoplasias, sempre consciente e a par da sua situação clínica e prognóstico, como tal questionava muitas vezes a actuação dos enfermeiros sendo agressiva. Esta agressividade era mais manifesta em relação a esta enfermeira, segundo refere por se identificar muito com ela.</p> <p><i>«(...) e comigo era mais agressiva porque, a identificação ela fê-la de tal forma que criou um à vontade comigo e uma familiaridade que ultrapassava a empatia profissional (...) já demasiado envolvente (...) e de me pôr perante aquelas questões: “porque é que vocês me obrigam a estar internada numa altura em que tenho tão pouco tempo de vida e que me estão a roubar o tempo para eu viver com o meu filho, (...), tenho de estar aqui a aturar-vos, e vocês a fazerem-me mal, a fazerem-me doer e eu vou morrer da mesma forma”».</i></p> <p>Por não aguentar aquele tipo de pressão muitas vezes tinha que se isolar indo chorar para a casa de banho.</p> <p><i>«(...) todas as vezes que o filho a ia visitar ela pedia para esconder os tubos e para tirar “tira-me esta porcaria toda, porque eu não quero que o meu filho (...), se</i></p>		<p><i>o menos sofrida, como enfermeira, claro, que não sou alheia a esse processo, é sempre doloroso, (...), mas eu acho que devo à minha profissão algum arcaboço no sentido de lidar com isso e de inserir isso no percurso da vida das pessoas, como fazendo parte dela.”</i></p> <p>Considera que ser enfermeira é uma forma de vida, não é propriamente uma profissão, porque mexe com tudo, com os ritmos de vida, a exposição ao risco é maior, a vida familiar e social é a repercussão da vida profissional.</p> <p><i>“(…), porque trabalhar, (...) em roulement tem, tem, tem custos, apesar de ser melhor onerado, tem pesos que não se pagam, (...), e eu acho que ser enfermeiro é isso mesmo, é uma forma não é propriamente uma profissão, (...), muitas vezes penso que compensatório, (...) e muitas vezes dolorosa também, acho eu.”</i></p> <p>Refere que na vida dos enfermeiros há sempre situações e episódios de reconhecimento por parte das pessoas quando se sentem acompanhadas na dor e na doença.</p> <p>Considera que os variadíssimos momentos de interacção que teve oportunidade de estabelecer com os doentes foram preponderantes para a sua identidade profissional e que actualmente é o produto “da influência da minha profissão da minha vivência pessoal, quer dizer, não consigo dissociar de facto e de todo a profissão teve muita</p>
---	--	---

<p><i>lembre de mim desta forma” ».</i></p> <p>Esta jovem faleceu durante o internamento, felizmente segundo refere num turno em que não estava de serviço.</p> <p><i>“(…), para mim seria uma situação muito difícil de, de gerir, conscientemente tenho a certeza que seria traumático para mim, (…)”.</i></p> <p>Considera que a vida dos enfermeiros é rica em episódios marcantes.</p> <p>Esta enfermeira auto define-se define-se de semblante nostálgico, apesar disso não deixa de conseguir à sua maneira estabelecer relações empáticas.</p> <p><i>“(…), eu tenho um semblante de tal forma nostálgico, mas não deixo de respeitar os doentes e de criar relações empáticas com eles.”</i></p> <p>Na sequência desta sua maneira de estar, recorda um outro episódio passado com uma outra doente internada em cirurgia, segundo refere leve, mas que a marcou.</p> <p><i>«Houve um dia qualquer que eu entrei na enfermaria a rir à gargalhada, porque alguém tinha dito alguma brejeirice à qual achei graça e não pude conter o riso, (...) e a senhora no fim de eu rir, estava a olhar para mim com um ar muito espantado (...), deu-me a mão e disse assim: “ Não sabe o quanto eu adorei vê-la rir. Fez o meu dia.” »</i></p> <p>Este acontecimento fez virem-lhe as lágrimas aos olhos, porque provavelmente o seu semblante e a sua maneira de estar transmitiam a esta doente que eventualmente seria uma pessoa triste ou que</p>		<p>influência no meu percurso de vida, (...)”.</p> <p>Refere não ter ido para enfermagem por mero acaso mas sim por um conjunto de factores que determinaram a sua escolha. Todos os factores foram importantes, não tendo existido um mais preponderante que outro. Foi uma opção pessoal mas com alguma influência familiar, o seu pai era enfermeiro e gostava de o ser, depois o facto de em termos de inserção no mercado de trabalho na altura ser fácil e também a atraiu a ideia de lidar com pessoas, e trabalhar na área da saúde.</p> <p>Quando questionada sobre a identidade profissional da enfermagem e do enfermeiro, refere que esta profissão se encontra inserida nas ciências sociais e humanas e à procura de um lugar próprio e de um saber específico, considerando que se está no caminho certo, sendo apenas uma questão de tempo para que se alcance este lugar próprio e saber específico.</p> <p><i>“(…), vai ser muito difícil negar isso aos enfermeiros daqui a relativamente pouco tempo.”</i></p> <p>Por outro lado refere também que tendo em conta a qualidade de vida dos povos e das populações, o enfermeiro no campo da saúde é o elemento de ligação e o elemento chave das equipas multidisciplinares, tendo um papel inquestionável e cada vez mais importante.</p> <p>Está convicta que a enfermagem é uma profissão única, não se confundindo com nenhuma outra profissão</p>
--	--	---

<p>não saberia rir.</p> <p>Quanto aos sentimentos e emoções que podem estar presentes na interação com o doente, considera que os mesmos envolvem o enfermeiro que cuida e o indivíduo que é sujeito ao cuidar. Finalmente hoje percebe-se que a envolvimento é fundamental.</p> <p><i>“O processo de cuidar necessita mesmo de envolvimento pessoal, de empenho, do uso pleno dos sentimentos (...). sem emoções e sem sentimentos e sem envolvimento disso, não existe cuidar quanto a mim.”</i></p> <p>Em termos de experiências marcantes positivas refere que ao longo dos dezasseis anos de exercício profissional houve várias e bonitas, que a fizeram pensar que realmente vale a pena ser enfermeira, não querendo no entanto especificar nenhuma em particular. As negativas pelo contrário são de tal forma marcantes que considera fazerem parte da sua vida e da vida das outras pessoas, tendo muitas vezes questionado a “Justiça Divina”.</p> <p>Experiências marcantes positivas “houve algumas e bonitas e que fizeram pensar, vale a pena ser enfermeira, (...) eu normalmente aponto as negativas, porque, as negativas (...) fazem parte da minha vida e da vida das outras pessoas; (...) muitas vezes questionei a Justiça Divina, essas são de tal forma marcantes que eu costumo falar, (...)”.</p>		<p>do campo da saúde.</p> <p>Pensa que apesar de se ter vindo a ter um percurso favorável, o enfermeiro ainda não consegue dar visibilidade junto da população do que é ser enfermeiro.</p> <p><i>“(…), a imagem que a população tem de nós não corresponde de todo à nossa imagem real, em termos de importância, (...), a população apesar de nos, (...) perceber como profissionais indispensáveis não nos dá, não nos reconhece a especificidade do nosso papel, (...)”.</i></p> <p>Relativamente à questão da população ainda poder ver o enfermeiro como o auxiliar do médico considera que neste momento se está no meio termo. O médico é uma figura mítica.</p> <p><i>Os médicos, “(…), são mistificados de alguma forma, são o poder dos Deuses, (...) têm ao longo dos tempos, a capacidade de curar e isso é um poder de Deus, não é? (...) e os enfermeiros sofrem essa, sofrem isso, (...) qualquer profissão que esteja naquela órbita, (...), que se imponha em termos de igualdade ou em termos de paridade, (...), mas tem a ver com a mistificação do papel do médico mas isso é uma questão ancestral, (...)”.</i></p> <p>Quanto à importância da experiência profissional para a transmissão de saberes e/ou competências aos recém-formados, considera que um enfermeiro já com alguma experiência profissional que intervenha na integração de um recém-formado pode ter um papel muito positivo ou</p>
---	--	--

		<p>muito negativo. Ele será positivo se existir empenho e motivação e a transmissão de um reforço positivo. Será negativo se o enfermeiro integrado não o for de forma harmoniosa de acordo com as suas potencialidades, conhecimentos e características de serviço, correndo riscos de não fazer uma evolução favorável.</p> <p>Tendo por base a sua perspectiva evolutiva do cuidar, considera que esta tem sido uma construção ao longo do tempo, evolutiva, constante e progressiva.</p> <p><i>“(...) muitos momentos consequentes que fazem o processo, é na essência da enfermagem, (...), quando se percebe o que é isso do cuidar, é que eu acho que se é enfermeiro, de facto, por direito e por excelência.”</i></p> <p>Pensa que o “poder numa relação de interacção com o utente é inquestionável, (...), é um facto, existe.” O enfermeiro deve usar esse poder de forma a que o mesmo esteja ao serviço do outro. O poder tem de ser gerido de forma que as necessidades do outro é que sejam o objectivo.</p> <p><i>“O que interessa é mobilizar os recursos do utente no sentido de ele se equilibrar o mais depressa possível em qualquer fase acima daquela em que está. È mobilizar os recursos, usar o nosso poder, a capacidade que temos de mexer no outro, para o mobilizar a melhorar o mais depressa possível...”</i></p>
--	--	--

E 16

Sexo - Feminino

Idade – 33 anos

Habilitações profissionais – Bacharelato em Enfermagem

Tempo de exercício profissional- 10 anos

Duração da entrevista – 1 hora e 30 minutos

Acontecimentos Marcantes	Personagens Significativas	Observações
<p>No início de carreira o ter contactado com um menino de 11 anos de idade internado para esclarecimento de adenopatias, vindo-se a confirmar doença neoplásica.</p> <p><i>“(…) era um serviço de medicina onde tinha muitas doenças oncológicas e uma das situações (...), que me marcou mais foi realmente uma situação de uma criança, um rapaz com cerca de onze anos (...) era um rapaz de raça negra (...) angolano (...) e veio sozinho pronto, veio através da embaixada, (...) não conhecia ninguém e acabamos por estabelecer toda a equipa de enfermagem uma relação muito próxima com ele, (...) ele tinha altos e baixos e tinha muitas saudades da família e pronto nós preenchíamos um pouco essa lacuna (...) acabávamos por preencher um bocadinho aquela falta dos pais e dos amigos (...). (...) foi realmente confirmado que aquelas adenopatias era mesmo uma neoplasia e ele começou a fazer ciclos de quimioterapia (...) e depois os efeitos secundários da quimioterapia ele sofreu muito com isso, e a gente acabava por preencher então com todo o nosso amor, com o carinho, compreensão (...) ... até que as coisas</i></p>	<p>Menino de 11 anos de idade, de raça negra- angolano- internado num serviço de medicina do Hospital Egas Moniz, cuja família tinha ficado no país de origem, tendo apenas como responsável um elemento da embaixada. Este menino além de estar deslocado do seu meio ambiente e afastado da família encontrava-se internado num serviço cuja média de idades dos doentes internados oscilava entre os 60 e 80 anos. Este menino tinha muitas saudades da família, tentando os enfermeiros preencher essa lacuna.</p> <p>Senhor que após algum tempo de ter estado internado e ter tido alta se deslocou ao seu serviço afim de rever esta enfermeira e de lhe agradecer o modo como dele havia cuidado.</p> <p>Primeira enfermeira chefe que teve, no Hospital Egas Moniz, e que define como uma pessoa extraordinária e com uma experiência de vida também muito grande. Era uma pessoa que conseguia estar presente e ajudar nos momentos mais difíceis “e conseguiu que eu olhasse enfermagem de uma maneira diferente, mais madura mais adulta, e conseguiu-me</p>	<p><i>Refere que lhe custa muito trabalhar com crianças doentes, por ter cuidado deste menino doente e por a situação ter sido tão marcante.</i></p> <p><i>Ao ser questionada sobre o facto da equipa de enfermagem poder funcionar para este menino como família de substituição, concordou plenamente, afirmando que as colegas mais velhas funcionavam como mães e as mais novas como ela, eram mais solicitadas para as brincadeiras.</i></p> <p><i>“...havia talvez aquelas pessoas talvez mais velhas, (...) que, ele recorria mais como sendo mãe (...) e pronto acabávamos se calhar por ser realmente uma família, (...) cada um tomando o seu papel dentro do círculo familiar.”</i></p> <p><i>A situação deste menino levou-a a ver as crianças de uma outra forma, já que até aí estava habituada apenas a ver crianças saudáveis, que brincavam, pulavam e tinham a sua estrutura familiar presente, e depois veio esta criança que perdeu tudo e mais alguma coisa, perdeu o contacto com a família e perdeu a sua saúde.</i></p> <p><i>Considera que por mais que</i></p>

<p><i>começaram a complicar-se a... quimioterapia já não estava a surtir o efeito que deveria ter, e ele cada vez ficava pior a... cada vez mais acamado cada vez mais dependente e cada vez mais pronto, com saudades da família e chorava que queria voltar para os pais (...), e a gente acabava por ficar sentados ao pé dele, quando podíamos, até que ele adormecesse, talvez no papel de mãe (...) entretanto acabou por falecer e foi um choque muito grande (...), aquela situação que os pais nunca o viram, que a criança nunca teve hipótese de tar com a família e sofrer ao lado da família (...) (...) e isso marcava de dia para dia (...)</i>".</p> <p>Este menino encontrava-se afastado da família, era de um dos países de expressão portuguesa que tinha acordo com o nosso sistema de saúde, estava internado num serviço de medicina. A equipa de enfermagem tentava compensar este menino da ausência dos pais e dos amigos, pelo que os laços de amizade foram crescendo. Tinham inclusivamente autorização para estar com ele ao fim de semana.</p> <p>A situação deste menino segundo refere, foi marcante porque tentava sentir o que ele estava a sentir e tentava pôr-se no lugar dele. Muitas vezes quer ela quer as colegas tentavam colocar-se no papel de mães, por exemplo, durante a noite sentarem-se ao pé dele e esperarem que adormecesse. Mas o que magoou ainda mais foi esta criança ter vindo a falecer e</p>	<p>transmitir certas experiências de vida dela, que me ajudaram realmente a construir, o meu ser enfermeiro."</p> <p>Outra personagem que identifica como significativa é a esposa de um senhor internado por uma situação neoplásica em estado terminal, que a abordava com frequência e que questionava com veemência o porquê e a justiça de tal situação.</p> <p><i>"(...), ela marcou-me muito pronto, mesmo pela situação que ela tava a viver que a família estava a viver"</i>.</p>	<p><i>tente manter uma relação profissional em relação aqueles que cuida, não deixa de ter sentimentos e emoções, uma vez que é humana e não uma máquina.</i></p> <p><i>Questionada sobre o facto de a enfermagem ser ou não reconhecida pela população, considera que a mesma ainda não é totalmente reconhecida.</i></p> <p><i>"(...) eu acho que a nossa profissão aquilo que a gente faz não é reconhecida na população (...), porque a sociedade em geral tem muita dificuldade em separar o que é ser enfermeiro das técnicas que o enfermeiro executa, porque foge-lhes um bocado o conhecimento, o saber o que é que se passa dentro da profissão de enfermagem para além das injecções e dos pensos, (...) acho que a enfermagem e o ser enfermeiro vai muito para além disso, (...) mas é difícil transmitir à população (...)"</i>.</p> <p><i>Considera que ser enfermeiro vai muito para além do cuidar empírico tendo conhecimentos e bases teóricas que suportam os conhecimentos e o cuidar.</i></p> <p><i>Refere que muitas vezes os próprios enfermeiros não sabem definir concretamente o que é ser enfermeiro. E se o não sabem definir como é que podem explicar aos outros o que é ser enfermeiro. Quando se pensa enveredar pela enfermagem não se tem presente o que é ser enfermeiro, também os quatro anos de formação não são suficientes para o ensinar.</i></p> <p><i>"A escola dá-nos as bases dá-nos o conhecimento e nós próprios temos que construir</i></p>
---	---	--

<p>nunca mais ter visto os seus pais ou ter tido os seus carinhos, e o facto de que a relação que com ele estabeleceram era muito mais que meramente profissional.</p> <p><i>“(…), porque ele entretanto acabou por falecer e foi um choque muito grande (...), aquela situação toda que os pais nunca o viram, que a criança nunca teve hipótese de tar com a família (...) e sofrer ao lado da família, (...) que isso também é preciso.”</i></p> <p>Outra situação que refere como marcante diz respeito a um doente que esteve internado no serviço onde trabalhava, posteriormente esse senhor deslocou-se propositadamente ao hospital a fim de procurar esta enfermeira e de lhe agradecer o bem que lhe tinha feito aquando do seu internamento. Refere que no momento da abordagem não se lembrava nem da pessoa nem da situação, motivo pelo qual ficou até um pouco constrangida.</p> <p><i>“Mas o senhor diz que se lembrava muito de mim, porque na altura em que ele mais precisava eu estive presente (...) tava a atravessar uma fase da vida dele muito difícil por uma doença (...), que as minhas palavras, a minha maneira de ser (...) o meu cuidar, ajudou-o a ultrapassar a doença dele, e então que ele nunca mais se esqueceu de mim (...) e que seria agradecido para o resto da vida.”</i></p> <p>Esta situação fê-la ficar banhada em lágrimas e simultaneamente em sorrisos, segundo ela prova que as</p>		<p><i>a nossa própria identidade, ou seja cada um de nós é um enfermeiro à parte, pronto. E o conjunto, dos nossos saberes e dos nossos fazeres é que nos vai tornando uma população de enfermagem (...).”</i></p> <p><i>Sobre o que é ser enfermeiro ela própria faz várias interrogações:</i></p> <p><i>“Será que isso é uma busca diária? Sei lá um conhecer, um saber, um procurar em todas as ciências a... e no nosso dia a dia, na nossa experiência vivida e na nossa experiência por viver, (...)?”</i></p> <p><i>Relativamente ao que se poderá fazer para que os próprios enfermeiros percebam o que é ser enfermeiro, ela dá-nos o exemplo do que ela própria faz, que é o acordar de manhã e ter expectativas positivas de ir exercer enfermagem, referindo que isso lhe dá um enorme prazer.</i></p> <p><i>“Eu acho que a principal razão da gente ser enfermeiro e ser um bom enfermeiro e querer ser enfermeiro é a gente gostar daquilo que faz. (...) digamos é uma paixão, não é só uma profissão, (...) isso só cada pessoa é que sente essa emoção (...).”</i></p> <p><i>Considera que os diversos momentos de interacção que tem tido oportunidade de vivenciar com os doentes contribuem sem dúvida para a construção da sua identidade como enfermeira.</i></p> <p><i>“(…), cada situação que a gente vive, a gente pensa nela vivência e depois reflectimos sobre ela. E essas reflexões que nós fazemos depois de</i></p>
--	--	---

<p>         pessoas reconhecem de algum modo o mérito de quem delas cuida. A partir desse momento esta enfermeira não mais esqueceu esta pessoa e este episódio.       </p> <p>         Quanto a sentimentos e emoções que podem estar presentes na interação com o doente, refere que são imensos e de toda a espécie, de maior ou menor intensidade. Mas tal como as pessoas são todas diferentes, os sentimentos também são todos diferentes, vivenciando cada sentimento de forma diferente em cada situação diferente. Considera que já passou por todo o tipo de sentimentos, desde o amor, o carinho, pena, ódio e até mesmo raiva. Refere que são infinitos os sentimentos que se podem sentir perante cada situação.       </p> <p>         Questionada em que situações pode sentir raiva, refere que o sentir raiva é no bom sentido da palavra. É por exemplo quando tenta fazer e dar o seu melhor e a pessoa nunca estar satisfeita e contrariar tudo o que lhe possa fazer. Nessas situações começa por um sentimento de que vai conseguir arranjar maneira de ir ao encontro das necessidades da pessoa, depois é um sentimento de frustração porque não conseguiu ir ao encontro das suas necessidades e por fim quando chega ao seu limite diz sentir uma raiva profunda ou até mesmo um ódio profundo.       </p> <p>         Em termos de acontecimentos marcantes positivos refere o caso do doente que após ter tido alta se deslocou       </p>		<p> <i>cada experiência é isso que nos vai enriquecendo e nos vai construindo como pessoa e como enfermeiro.”</i> </p> <p> <i>Ao lhe ser pedido para que identificasse concretamente a identidade do enfermeiro e da enfermagem, refere que a riqueza da enfermagem reside no facto de compilar tantas outras profissões numa só e tentar reunir tantos saberes e tantos conhecimentos de outras profissões. Considera no entanto que a enfermagem tem um espaço próprio e só seu. A identidade do enfermeiro e da enfermagem existe, mas por ser talvez uma profissão tão abrangente é que é tão difícil por vezes explicar o que é ser enfermeiro.</i> </p> <p> <i>“... até eu própria tenho dificuldade em tentar explicar, mas o que eu sinto é que, eu cada vez mais preciso de todas as outras profissões e de todos os outros conhecimentos para construir essa minha identidade.”</i> </p> <p> <i>Relativamente à importância da experiência profissional na transmissão de saberes e competências aos enfermeiros recém-cursados considera ser muito importante, porque segundo refere é normal quando se inicia uma profissão existirem medos e inseguranças e ainda mais nesta profissão porque não se lida com uma peça que se parte mas com pessoas. Assim é importante toda a ajuda que os mais velhos possam dar, apesar de eles próprios terem de construir a sua própria identidade, “eles próprios têm que ir à procura o que é que é ser enfermeiro não é, no</i> </p>
--	--	---

<p>propositadamente ao hospital para a cumprimentar e para lhe agradecer o que tinha feito por ele. Considera ainda que todas as experiências, todas as situações que lhe dão satisfação vão marcando ao longo da vida, agora elege uma é difícil porque há muitas. Mas até o simples facto de amar aquilo que faz já é bom, já é um acontecimento que elege como muito bom na sua vida.</p>		<p><i>geral mas sim no particular. No particular deles eles têm que construir essa identidade, (...) e se calhar não vão fazer ou não vão tratar da pessoa como o outro tratou porque é impossível, todos nós temos a nossa própria forma de cuidar, (...)”.</i></p> <p><i>Considera ter existido um marco determinante para a evolução do seu cuidar. Esse marco determinante foi o acompanhar de toda a situação de doença e morte da criança africana.</i></p> <p><i>“(…), foi um marco determinante na minha maneira de ser e na minha forma de actuar e se calhar até foi uma situação que, me marcou determinantemente aquilo que eu queria fazer no futuro, pronto, que tipo de enfermeira é que eu queria ser, (...), porque eu tenho, é um trauma, é um trauma mesmo de morte de uma criança, (...) que se calhar eu não conseguia voltar a vivenciar uma situação parecida, (...) e então talvez por isso é que eu não me sinto virada, digamos para trabalhar num serviço onde existem crianças doentes”.</i></p> <p><i>Por outro lado refere que cada dia que passa e cada situação que vai vivenciando a ajudam a construir aquilo que é hoje. Gosta de pensar no seu percurso profissional fazendo a analogia com uma casa em construção.</i></p> <p><i>“(…) a gente acaba (...) a escola temos aquele curso base (...) é talvez a... a matéria prima que eu tenho para construir a minha casa, e eu depois cada dia que vai passando, cada experiência</i></p>
--	--	---

		<p><i>que vai passando é mais um tijolo que eu vou pondo para construir essa casa. (...), mas é assim (...) uma casa nunca tá acabada, e o enfermeiro nunca tá acabado, (...) ao longo da sua profissão, todos os dias há-de haver mais qualquer coisa, mais uma experiência, mais uma situação, mais uma emoção e mais uma reflexão, que, serve para construir aquele enfermeiro, e, se eu chegar ao fim da minha carreira e tiver a minha casa construída, (...), ela tá construída, mas nunca tá acabada, (...), porque mesmo depois de reformada eu acho que nunca vou deixar de ser enfermeira.”</i></p> <p><i>Quanto à forma de encarar e vivenciar as situações de morte, considera que a morte da criança, que referiu como marcante não tem peso em situações semelhantes. No entanto de uma coisa não tem dúvidas não se habitua a pessoas a morrer, tenta é encarar isso como sendo uma situação natural da vida, há várias fases na vida e a morte é mais uma delas, é mais um acontecimento, porque toda a gente nasce e toda a gente morre.</i></p> <p><i>“(…), não há nenhuma pessoa no mundo exactamente igual à outra, (...) não há um nascimento, não há uma morte, que seja igual a outra (...), e essa diversidade de pessoas também traz essa diversidade de acontecimentos, portanto a morte de uma criança é vivida de uma maneira, a morte de outra criança é vivida de outra maneira completamente diferente, e quem diz uma criança diz um idoso, diz uma</i></p>
--	--	---

		<i>pessoa mais nova (...), não é, nunca é igual e eu nunca posso sentir a mesma emoção, (...), mas eu não sou nenhuma máquina, eu tenho que sentir algo, umas vezes mais forte, outras vezes menos forte.”</i>
--	--	--

**ANEXO 3**  
**EMOÇÕES E SENTIMENTOS VIVENCIADOS**  
**NA INTERACÇÃO COM O DOENTE**

## Emoções e sentimentos vivenciados na interação com o doente

Estudantes	Enfermeiros com menos de 5 anos de exercício profissional	Enfermeiros com mais de cinco anos de exercício profissional
<p>“(…) as emoções sem dúvida que influenciam mas (…), à medida que vamos ganhando mais experiência vamos aprendendo a controlar melhor as nossas emoções (…), não deixar tanto que as emoções afectem o nosso desempenho profissional (…). (…), os sentimentos do utente também nos afectam a nós, mas nós (…), temos que saber ter a capacidade de dar um feed-back positivo de força, temos que ser nós a dar essa força, (…), e para isso temos que ter uma postura correcta e não deixar transparecer as nossas próprias emoções”. E1.</p> <p>“(…), eu acho que a gente nunca consegue mesmo separar, fora do hospital uma coisa, dentro do hospital outra, (…), o facto como nós chegamos ao hospital de casa ou da rua, o facto de nós estarmos melhor ou pior influencia sempre um pouco”. E2.</p> <p>“(…), porque se nós estamos cá fisicamente mas a nossa cabeça está a pensar noutras coisas, nós nunca vamos estar a interagir no verdadeiro sentido da palavra com as pessoas, (…),”. E3.</p> <p>“(…), há sempre alguma ansiedade, algum receio do que vamos encontrar. (…), esse receio e essa ansiedade (…), que a pouco e pouco se vão transformando, (…), em alguma confiança em nós próprios, (…), … os sentimentos de ansiedade e de receio são sempre muito frequentes. (…). Acho que enquanto alunos temos sempre aquele receio de «como é que vai ser?, sou capaz, não sou?» (…), no estágio da cirurgia (…), que muitas vezes as pessoas (…), tinham o diagnóstico de neoplasias (…), senti-me às vezes um pouco revoltado porque havia falta de informação e era algo que nos ultrapassava (…), outros sentimentos que às vezes tenho (…), e saber que é uma situação em que não se espera qualquer</p>	<p>Implicitamente temos presente a alegria, quando existem melhoras na situação de saúde dos doentes. E6.</p> <p>“(…) há doentes, que apesar de estarem doentes até estão bem dispostos, nós acabamos por sentir alegria (…). (…), às vezes também há assim uns sentimentos menos agradáveis (…), ficam um bocadinho mais agressivos e aí fico um bocado triste também no fim, aí no fim porque sem querer acabo por gritar um bocadinho ou falar um bocadinho mais alto, mas de uma maneira geral acho que me sinto contente quando estou com os doentes.” E8.</p> <p>“(…) acho que (…), já deu para perceber que eu dou muito valor à relação enfermeiro/doente. (…), a profissão de enfermagem não tinha o seu devido significado se não houver uma relação enfermeiro/doente, porque a gente tiramos o curso para lidar com doentes, não com papéis, com computador, (…), eu acho que na relação enfermeiro/doente tem de haver respeito, tem que haver dignidade, tem que haver valorização de ambas as partes, valorização tanto da parte do enfermeiro como do doente, valorização por aquilo que se está a promover na relação, (…), dar o valor ao enfermeiro, trocar o papel e compreender a parte do doente. (…), tem que haver confiança, confiança é fundamental porque muitas vezes os doentes dizem-nos coisas que estão a depositar confiança na gente, (…), mostrar disponibilidade, (…), promover a empatia, (…), porque sem empatia também não há relação”. E9.</p> <p>Para gerir as suas emoções, teve que encontrar serenidade nele próprio. “(…), eu fui perceber por que é que, então o mecanismo que eu uso… por que é que eu</p>	<p>“(…) um doente (…), um homem de cinquenta e poucos anos, que entrou em choque e que estava em coma, (…), … foi saindo do estado comatoso em que estava (…), acho que traz sentimentos de… (…), … de tentar ajudar o mais possível aquela pessoa, mas ao mesmo tempo sentir uma impotência perante a situação (…). Com outros doentes já tem acontecido sentimentos de grande alegria quando o investimento que é feito (…), e depois os resultados são bons e que as pessoas saem daqui bem, (…). Sentimentos de alegria quando as coisas correm bem, sentimentos de tristeza quando nem tudo o que nós fazemos tem o resultado esperado. (…), sentimentos de revolta, (…), quando aquilo que fazemos depois os resultados não são os melhores, (…), não são os que realmente queríamos”. E11.</p> <p>“Primeiro é a vontade de ajudar o outro e eu acho que isto é um sentimento, é uma atitude que revela um sentir. (…). Alegrias. Sofrimentos. Angústias. Frustrações, (…). Estás tão frustrado como ela, mas quando percebes que a pessoa começa a responder positivamente, sentes uma imensa alegria. (…). Há tantos sentimentos que gosto de ter e outros que não gosto, como por exemplo a indiferença, quando as coisas não me dizem nada algo está mal. (…). Impotência, quando não se pode fazer mais nada, ou então quando sentes que não há mais nada a fazer e continuas a massacrar a pessoa (…),”. E12.</p> <p>“… a empatia (…), é importantíssimo, se não conseguirmos empatia acho que não conseguimos qualquer tipo de relação com esse doente a tal relação terapêutica que é necessária. (…), quando as coisas</p>

<p>evolução e não poder fazer nada; e aquele sentimento de impotência que se sente, (...)”.E4.</p> <p>“Claro que há momentos de tristeza, há momentos em que nós devemos rir, (...) por vezes um sorriso faz maravilhas, (...). Acho que cada momento depois o dirá, qual é o sentimento que nós vamos tendo. Já tive momentos que chorei, claro, há momentos que, eu gosto muito de me rir (...), acho que tem de haver uma adequação, uma adequação de cada sentimento, cada situação também, (...)”. E5.</p>	<p>reajo assim, é aquilo que eu faço exageradamente, sublimação. (...), é algo de penoso, muitas vezes sentir que há determinados sentimentos que podem afectar e que estão a afectar o nosso sentimento e a nossa forma de estar como profissionais, que se prendem com o facto de nós sermos pessoas e temos de ter muita consciência deles”. E10.</p>	<p>não correm bem, temos sentimentos de frustração, impotência. Se as coisas correm bem, de alegria, conseguimos muitas vezes chorar com o doente, mesmo que não seja o chorar aparente ali, mas por dentro estamos a sentir talvez tanto quanto o doente e aquela família... de uma maneira geral acho que conseguimos meter tantos sentimentos, vamos lá chamar positivos, como sentimentos negativos, (...) se tivermos envolvidos com aquele doente vamos conseguindo ao longo do internamento sentir mais ou menos aquilo que o doente vai sentindo conforme a fase que ele vai conseguindo ultrapassar. (...), eu acho que a enfermagem é isso mesmo.” E13.</p> <p>“Por exemplo se a família vem, se o doente está numa situação grave, ou, se a família vem</p> <p>“O processo de cuidar necessita mesmo de envolvimento pessoal, de empenho, do uso pleno dos sentimentos (...). Sem emoções e sem sentimentos e sem envolvimento (...), não existe cuidar quanto a mim”. E15.</p> <p>“(…), sentimentos, ui tantos. (...), de toda a forma e espécie, de maior ou menor intensidade (...) de tal forma que, como as pessoas são todas diferentes, os sentimentos também são todos diferentes, e eu vou vivenciar cada sentimento de forma diferente, em cada situação diferente, mas sentimentos eu acho que já passei por todos, desde amor, desde carinho, desde ódio, raiva, (...) pena, (...), são infinitos de sentimentos, que a gente sente perante cada situação, (...)”. E16.</p>
---	--	--

**ANEXO 4**

**A IDENTIDADE DO ENFERMEIRO E DA ENFERMAGEM**

## A identidade do enfermeiro e da enfermagem – opinião dos sujeitos

Estudantes	Enfermeiros com menos de 5 anos de exercício profissional	Enfermeiros com mais de cinco anos de exercício profissional
<p>“O enfermeiro tem uma imagem social, mas esta imagem só muda se formos nós a querermos que mude...” E2.</p> <p>“São os momentos de interacção que fazem a nossa identidade profissional, através deles vamos aprendendo, vamos crescendo e é através deles que vamos vendo o que é que queremos da nossa profissão...” E3.</p> <p>“(…) num contexto de prestação de cuidados, no contexto da prática, o contacto com as pessoas, com os familiares, vai influenciar de uma forma determinante... o nosso comportamento hoje, ... aquilo que viu dos colegas, aquilo que viu dos doentes, as reacções dos familiares, tudo isso vai fazer de nós o enfermeiro que somos hoje”. E4.</p> <p>“(…), a interacção é um ponto essencial para a construção da identidade profissional, mas a identidade profissional, (…), deve começar muito antes das interacções que nós estabelecemos com as pessoas, deve começar essencialmente aqui na escola e quando nascemos. Porque nós quando nascemos temos logo uma data de identidades, aquelas que nos transmitem antes, herdadas, depois aquelas que ganhamos com o quotidiano. Quando chegamos aqui ao momento da formação, que nos leva a uma posterior profissão, acho que a escola tem, é um elo importante, com a formação que estabelece, (…”. E5.</p>	<p>“Enfermagem é uma profissão que tem como finalidade prestar cuidados, com vista a promover a saúde. Ser enfermeira é cuidar dos doentes. Cuidar com empatia, ser altruísta, dar e receber, ... é o poder dar ao outro e sentir-se bem com isso”. E6.</p> <p>“... identidade para a enfermagem, (...) eu acho que está mais evidente, pelo menos falo do sítio onde trabalho, (...) ... continuo a achar que as pessoas continuam, muito, muito sem motivação para investir na profissão de enfermagem e naquilo que podemos fazer de melhor, (...)”. E7.</p> <p>“(…) continuamos a ver o senhor doutor é quase o senhor todo poderoso e a enfermagem que apoia muito mais os doentes (...) é um bocado desvalorizada (...) e as pessoas acham sempre que a gente nunca faz o suficiente (...) porque o senhor doutor acho que continua, lá no topo”. E8.</p> <p>“A profissão tem os seus momentos do saber estar e do saber ser bem definidos (...). Nós estamos 24 horas ao pé do doente e muitas das vezes a gente não somos só o enfermeiro para o doente, temos que resolver muitos problemas que não fazem parte das nossas funções porque os outros técnicos não estão cá (...), o doente vê a gente, sente o apoio, precisa da nossa ajuda (...), mas eu acho que está um pouco difícil (...), dar o salto final para se marcar bem a, essa identidade”. E9.</p> <p>“... eu tive e tenho alguns modelos de referência, não só da escola, mas também da prática profissional, que me ajudam a encontrar o meu caminho, a minha própria identidade e a identidade da minha profissão, (...). Eu acredito que o nosso</p>	<p>A identidade da enfermagem passa muito por “ (...) quem cuida da pessoa em todo o seu sentido, a nível físico, psicológico, social (...). (...) com o envolver da família, a pessoa começa a entender que o enfermeiro cuida mais do que faz tratamentos. (...). Penso que o curso é uma base mas que o dia-a-dia é quem nos prepara de facto para o nosso trabalho e cuidar do doente”. E11.</p> <p>“A enfermagem para além disso tudo é pessoas que cuidam de pessoas. (...), o ser enfermeiro é o estar com a pessoa, cuidar daquela pessoa, (...)”. O enfermeiro sabe melhor que qualquer outro as necessidades das pessoas, porque está próximo delas 24 horas por dia. “A gente acorda com o doente, (...), às 8 horas da manhã, (...), não há mais ninguém... o doente sente-se mal às 4 horas da manhã, sou eu que ali estou”. (...) A pessoa que sou hoje não o era, sem dúvida, se eu não tivesse passado por aquilo que passei”. E12.</p> <p>“Eu acho que conseguimos definir muito bem o que é do campo da enfermagem, da actuação da enfermagem, (...)”.</p> <p>Considera no entanto que o trabalho do enfermeiro ainda não é valorizado como merecia. “(…), é que nós estamos abaixo do médico, (...) acima de tudo ele é que... tem o saber é o todo poderoso, nós vimos um bocadinho por acréscimo, (...)” E13.</p> <p>“(…) a relação que nós vamos ter com o doente e o dia-a-dia com eles, são eles próprios que nos ensinam a crescer, nos ensinam a trabalhar (...), porque se não</p>

	<p>lugar é um lugar dentro da equipa de saúde (...) e vejo também o enfermeiro como educador para a saúde, (...). (...) nós também prescrevemos, não prescrevemos medicamentos mas prescrevemos acções de enfermagem, prescrevemos conselhos (...)”.</p> <p>E10.</p>	<p>fossem essas vivências que uma pessoa vai tendo diariamente, uns dias mais gratificantes (...) ...se não fosse isso não crescia, de certeza que não crescia mesmo. (...) se não tenho passado por essas vivências não tinha, provavelmente nem me considerava enfermeira, ser enfermeira para mim, (...) é ajudar, é...” E14.</p> <p>“(…), porque trabalhar em roulement tem, tem custos, apesar de ser melhor onerado, tem pesos que não se pagam, (...), e eu acho que ser enfermeiro é isso mesmo, é uma forma não é propriamente uma profissão, (...), muitas vezes penso que é compensatório, (...)e muitas vezes dolorosa também, (...)”.</p> <p>E15.</p> <p>“A escola dá-nos as bases, dá-nos o conhecimento e nós próprios temos que construir a nossa própria identidade, ou seja cada um de nós é um enfermeiro à parte, pronto. E o conjunto, dos nossos saberes e dos nossos fazeres é que nos vai tornando uma população de enfermagem (...). Eu acho que a principal razão da gente ser enfermeiro (...) é a gente gostar daquilo que faz. (...) digamos é uma paixão, não é só uma profissão, (...) só cada pessoa é que sente essa emoção (...)”.</p> <p>E16.</p>
--	--	--

**ANEXO 5-a**  
**RECONHECIMENTO DA PESSOA DO ENFERMEIRO**  
**PELO DOENTE E/ OU FAMÍLIA**

**Reconhecimento da pessoa do enfermeiro pelo doente e/ou família – opinião dos sujeitos**

<b>Estudantes</b>	<b>Enfermeiros com menos de 5 anos de exercício profissional</b>	<b>Enfermeiros com mais de cinco anos de exercício profissional</b>
<p>“(…) nós na enfermagem temos a oportunidade de ter o reconhecimento das pessoas e esse reconhecimento conta muito... (…), o que eu gosto de ver é que a pessoa reconheceu o nosso trabalho (…)” (E4).</p>	<p>“(…) é muito bom quando um doente (…) nos vê lá fora e nos reconhece, sem estarmos com o nome, mas pela positiva por aquilo que nós fizemos. É o reconhecimento, (…), não é um agradecimento (…) é na altura, o doente ver-nos, é passar por nós e reconhecer-nos” (E7).</p> <p>“Sinto-me ainda melhor como pessoa, sinto-me importante (…) vejo que o meu trabalho é valorizado (…), sinto a recompensa por parte da pessoa, a valorização que dão, tanto ao meu trabalho como à pessoa que sou (…), então muitas vezes ao passarem por mim na rua «Oh Sr. Enfermeiro, como é que está?» «Boa tarde Sr. Enfermeiro», para mim é muito importante e isso cada vez me ajuda a crescer mais como enfermeiro e sinto-me importante” (E9).</p>	<p>“(…), e depois vimo-los a sair pelo pé deles, virem-nos visitar, (…) e lembrarem-se de nós. Eu acho que isso, talvez seja das melhores coisas que o enfermeiro tem, é de ter o reconhecimento do doente e ver que o doente está bem, contribuímos para que ele estivesse bem” (E13).</p> <p>“(…) e a senhora no fim de eu rir, estava a olhar para mim com um ar muito espantado (…), deu-me a mão e disse assim: «Não sabe o quanto eu adorei vê-la rir. Fez o meu dia»” (E15).</p> <p>“(…) o senhor diz que se lembrava muito de mim, porque na altura em que ele mais precisava eu estive presente (…) tava a atravessar uma fase da vida dele muito difícil por uma doença (…), que as minhas palavras, a minha maneira de ser (…) o meu cuidar, ajudou-o a ultrapassar a doença dele, e então que ele nunca mais se esqueceu de mim (…) e que seria agradecido para o resto da vida” (E!6).</p>

**ANEXO 5-b**

**EXPERIÊNCIAS BEM SUCEDIDAS NO CUIDADO ÀS PESSOAS**

## Experiências bem sucedidas no cuidado às pessoas– opinião dos sujeitos

Estudantes	Enfermeiros com menos de 5 anos de exercício profissional	Enfermeiros com mais de cinco anos de exercício profissional
	<p>“(…) e hoje quando cheguei ao pé do doente, (…), hoje está melhorado e conseguiu falar e isso é uma situação que às vezes me faz chorar, (…), já chorei e chorei à frente de doentes, não tenho problema nenhum com isso, (…)” (E7).</p> <p>“Há sempre satisfação quando nós vemos que os doentes recuperam, (…) doentes que entram com AVC, principalmente AVC hemorrágico, e que normalmente nunca têm uma grande esperança de vida e acabam por recuperar (…)” (E8).</p>	<p>“(…) quando trabalhei em Santa Marta, que era um sítio onde os doentes nos chegavam muito mal, (…), um pós-operatório onde eles vêm mal, instáveis, eu acho que a maior alegria que um enfermeiro pode ter é ver um doente que me chegou naquele estado e sair dali pelo seu pé, bem, por exemplo o caso dos transplantados (…)” (E13).</p> <p>“(…) uma doente internada que teve uma meningite e foi gravíssimo, (…), ela entrou em coma, estive lá dois meses internada (…) foi extremamente difícil, mas conseguiu-se (…). Mas conseguiu recuperar... essa foi uma das que nós dizíamos que era o nosso prémio do ano...” (E14).</p>

**ANEXO 5-c**  
**ESTABELECEER RELAÇÃO TERAPÊUTICA COM O**  
**DOENTE TERMINAL E/ OU FAMÍLIA**

**Estabelecer relação terapêutica com o doente terminal e/ou família – opinião dos sujeitos**

<b>Estudantes</b>	<b>Enfermeiros com menos de 5 anos de exercício profissional</b>	<b>Enfermeiros com mais de cinco anos de exercício profissional</b>
<p>“(…) que eu era uma pessoa que lhe estava sempre a dizer para não desanimar, que eu era uma pessoa, que mesmo nessa altura com pouca experiência conseguia transmitir qualquer coisa, que eu era uma pessoa que estava sempre a transmitir força, a encorajar a pessoa, (…), vá lá, a fazer com que ele também tirasse alguma coisa positiva, é claro que é difícil numa situação destas, mas tentar lembrar a família que tinha, os filhos, os netos, tentar recordações boas e lembro-me de ele ter dito isso, até nem estava à espera, (…), e essas palavras aí, foram mesmo marcantes e pronto… ficaram até hoje gravadas.” (E1).</p>	<p>“(…) era uma mãe que (…), já tinha assim uma situação estável, nomeadamente de poder estar a acompanhar o filho no hospital, (…), a mãe era de um optimismo de uma força, (…), «eu sei o que vai acontecer, mas eu também não quero falar disso agora, estamos é a viver esse momento» (…), nós contávamos muito com ela e a nível psicológico e na ajuda do próprio filho, (…), acho que era ali um elemento, um elo de ligação, entre nós, (…), os profissionais de enfermagem (…),” (E6).</p> <p>“O filho estava a acompanhar o pai, (…), os níveis de ansiedade estavam extremamente elevados, o facto de dar a palavra ao doente e de o ouvir e a presença não só do doente, mas a família (…), criou-se uma relação extremamente positiva, gratificante para ambas as partes (…), fez-me estabelecer uma relação de profundidade e de confiança e muito terapêutica para ambas as partes.” (E10).</p>	

**ANEXO 5-d**  
**AUTONOMIA NO DESEMPENHO DE FUNÇÕES**

### Autonomia no desempenho de funções – opinião dos sujeitos

Estudantes	Enfermeiros com menos de 5 anos de exercício profissional	Enfermeiros com mais de cinco anos de exercício profissional
<p>“(…) deram-nos muita autonomia, (…), tava assim às vezes sozinha e isso foi muito bom, (…), temos que pensar por nós (…), é muito positivo (…), comecei a perceber que até era capaz de fazer as coisas e isso, pronto, foi positivo” (E2).</p>	<p>“eu privilegio sempre e sinto-me bem quando eu posso exercer com autonomia as minhas funções, (…), e todas as experiências (…), onde me deram algum reforço positivo e onde eu pude reencontrar-me como pessoa, dentro da profissão, foi precisamente nessas experiências. (…), pedem-nos aquilo que caracteriza a nossa profissão, que é aquelas pequenas coisas, de cuidar, as pequenas dicas que sabemos e vamos construindo e que é no fundo a essência da nossa profissão e que fazem de nós valiosos recursos (…),” (E10).</p>	

**ANEXO 5-e**  
**SER-SE PRESTÁVEL AOS DOENTES**

### Ser-se prestável aos doentes – opinião dos sujeitos

<b>Estudantes</b>	<b>Enfermeiros com menos de 5 anos de exercício profissional</b>	<b>Enfermeiros com mais de cinco anos de exercício profissional</b>
<p>“O conseguir fazer alguma coisa pelas pessoas (...), é o nós sentirmo-nos úteis e o sentirmos que somos capazes de fazer alguma coisa pelos outros, por quem mais precisa, eu acho que isso é das coisas (...) que mais me marca (...) é conseguir fazer alguma coisa de visível, pode não ser visível para muitas pessoas mas só que seja visível para mim e para a pessoa a quem eu estou a dirigir os cuidados, para mim basta.”(E3).</p> <p>“(…) eu acho que a enfermagem... é a gente sentir-se útil e sermos úteis para as pessoas.” (E4).</p>		

**ANEXO 5-f**  
**COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL**

## Comunicação interpessoal – opinião dos sujeitos

Estudantes	Enfermeiros com menos de 5 anos de exercício profissional	Enfermeiros com mais de 5 anos de exercício profissional
		<p>“(…), a minha vida deu uma volta no sentido em que eu era uma pessoa, (...), tímida, mas que na altura ainda era mais tímida, mais introvertida, que não conseguia comunicar com as pessoas que não conhecia, não conseguia ter abertura para me chegar ao pé de alguém e falar sobre qualquer assunto; desde que comecei a lidar com as pessoas, estou diferente nesse aspecto, (...), mas noto isso desde que comecei a lidar mais com as pessoas, doentes, e também com as pessoas saudáveis, (...), no centro de Saúde...” (E11).</p> <p>“(…), eu tenho um semblante (...)</p> <p>nostálgico, mas não deixo de respeitar as pessoas e de criar relações empáticas com elas. Houve um dia que eu entrei na enfermaria a rir à gargalhada, porque alguém tinha dito alguma brejeirice à qual achei graça e não pude conter o riso, (...) e a senhora no fim de eu rir, estava a olhar para mim com um ar muito espantado (...), deu-me a mão e disse: «Não sabe o quanto eu adorei vê-la rir. Fez o meu dia»”. (E15).</p>

**ANEXO 5-g**  
**RELAÇÃO DE AMIZADE ENTRE PROFESSOR/ESTUDANTE**

### Relação de amizade entre professor/estudante – opinião dos sujeitos

Estudantes	Enfermeiros com menos de 5 anos de exercício profissional	Enfermeiros com mais de 5 anos de exercício profissional
	<p>“(…), mas foi a disponibilidade dela, a empatia dela, foi o mostrar-se muito disponível e contribuído com a sua formação também para o meu enriquecimento, ficou marcado positivamente porque vim para Santarém, não conhecia ninguém (…) e senti nela um apoio que me foi importante para mim como pessoa.”</p>	

**ANEXO 6**  
**ACONTECIMENTO MARCANTES NEGATIVOS**

**ANEXO 6-a**

**MORTE**

## Morte – opinião dos sujeitos

Estudantes	Enfermeiros com menos de 5 anos de exercício profissional	Enfermeiros com mais de cinco anos de exercício profissional
<p>“(…) é o primeiro contacto que as pessoas têm com a morte, (…) porque foi tar frente a frente com uma pessoa que de repente... e depois de um momento para o outro vejo que não respira, que tem uma coloração diferente, o próprio ambiente fica diferente, é esquisito... mas o próprio ambiente daquele quarto ou daquele espaço onde está a cama fica diferente... (.) Também lidamos com a morte de maneira diferente com a morte de utentes diferentes” (E3).</p> <p>“(…), porque mexe um bocadinho com o nosso íntimo, com a nossa forma de pensar a vida e a morte... e chega-se à conclusão que a nossa vida é muito pequena comparada... com aquilo que pode ser.” (E4).</p> <p>“(…), uns jovens do sexo masculino, portadores de HIV (...) acabavam por falecer por complicações que teriam à posteriori e aí fazia-me bastante impressão, primeiro pelo caso, a situação em que estavam a viver e poderia ser, provavelmente, ser eu, um colega meu ou amigo e também pelo estado de degradação que o corpo iria sofrendo, (...)” (E5).</p>	<p>“(…) e foi um olhar para o monitor de aguardar, pronto os sinais...” (E7).</p> <p>“(…), como trabalho num serviço de medicina e morre muita gente é mais a fase terminal que custa mesmo mais e doentes novos (...)” (E8).</p> <p>“(…) nós vivemos muitas situações de óbitos, mas como avisamos pelo telefone é um bocado diferente, mas quando estamos mesmo em contacto com os familiares é muito complicado”. (E8).</p> <p>“(…) em termos emocionais algo penoso . (...) trabalhar com doentes oncológicos é complicado (...). Emocionalmente bastante pesado, coisa que não encontrei em mais serviço nenhum por onde passei” (E10).</p>	<p>“(…) Nós já tínhamos falado sobre a morte, mas eu acho que a vivência real da situação é completamente diferente, não tem nada a ver” (E11).</p> <p>“... o meu pai. Foi outra coisa que me fez... fez-me impressão, mexeu comigo, o facto de eu estar sozinho, isso são coisas pessoais que eu transporto sempre para a minha vida profissional... (...) ... o facto de eu cuidar do corpo do meu pai, após ele ter morrido, que é uma coisa que a gente mete tanta impressão” (E12).</p> <p>“... o facto de eu cuidar do corpo do meu pai, após ele ter morrido (...) e quando a gente diz «vai fazer a múmia», se calhar é uma forma que a gente tem de se refugiar, de dizer as coisas de uma forma impessoal, para não falar em morte... mas o cuidar do corpo do meu pai, fez-me eu perceber que o corpo é mais alguma coisa, sem ser só corpo e a gente, às vezes mexe no corpo, não pensa que está ali uma pessoa. Eu quando cuidei do corpo do meu pai, era o meu pai que ali estava (...) aliás o corpo era o que menos interessava. (...) E hoje (...) quando tenho que cuidar de um corpo morto, penso no nome que aquele corpo tinha, (...) é uma pessoa, que existiu, viveu e teve a sua personalidade (...)” (E12).</p> <p>“(…) uma criança que entrou em morte cerebral por hipertremia maligna e foi muito difícil para a equipa toda , gerir aqueles sentimentos, (...) ali estava ventilada, de cirurgia cardíaca e depois desencadeou hipertremia maligna, até que chegou o dia de desligar o ventilador, (...) e foi chocante (...) a forma como aqueles pais encararam aquela situação, porque a mãe quis dar-lhe banho, a mãe vestiu-a e a mãe embalou-a... ao colo, cantou-lhe, (...) ... foi a situação mais penosa, mais difícil de gerir, em termos</p>

		<p>de sentimentos (...), até onde que acaba o facto de ser enfermeira e onde começamos nós, pessoas, normalíssimas? (...), foi daquelas situações que nunca mais esqueço, nunca mais esqueço na vida.” (E13).</p> <p>“(…), e tive um doente, que era toxicod dependente, HIV positivo, já com uma história de doença terrível, mas com uma força... de vida, (...) que nós sabíamos que ele ia morrer, que não havia hipótese nenhuma, (...) e sempre com uma esperança de vida, (...). eu acho que... essa experiência fez com que eu, penso, é assim, não é esconder as coisas do doente, mas deixar a pessoa viver com a esperança que tem, o que lhe resta... (...), acredita, tudo bem.” (E13);</p> <p>“(…) aquela pessoa, doente falecer não havia mais nada a fazer, faleceu tudo bem, até pode ter-me marcado imenso e ter tocado imenso, mas depois é muito mais difícil a mim encarar a família quase como eu também tenho um bocadinho de culpa, (...) de frustração também, não se ter conseguido fazer mais para além daquilo que foi feito, (...) mas daí a ter que ir dar uma notícia e principalmente, quando são crianças, dar uma notícia a uns pais, que eu acho que por muito mal que tenham visto aquele filho nunca, é a última hipótese que põem, é que venha a acontecer a morte, (...) não faz parte do ciclo da vida, os pais verem os filhos morrerem, (...) só isso acho que é desgastante para nós, (...)”. (E13).</p> <p>“(…) e comigo era mais agressiva porque, a identificação ela fê-la de tal forma que criou um à vontade comigo e uma familiaridade que ultrapassava a empatia profissional (...) já demasiado envolvente (...) e de me pôr perante aquelas questões: « porque é que vocês me obrigam a estar internada numa altura em que tenho tão pouco tempo de vida e que me estão a roubar o tempo para eu viver com o meu filho, (...), tenho de estar aqui a aturar-vos, e vocês a fazerem-me</p>
--	--	--

		<p>mal, a fazerem-me doer e eu vou morrer da mesma forma.» (E15).</p> <p>“(…), uma das coisas que eu agradeço à profissão (…) é o facto de hoje a morte para mim já ser uma realidade que está de tal forma acomodada, (…), é uma realidade (…), encarar a doença e a morte como parte do percurso de vida de forma o mais natural, o menos sofrida, como enfermeira, claro, que não sou alheia a esse processo, é sempre doloroso, (…), mas eu acho que devo à minha profissão algum arcaboço no sentido de lidar com isso no percurso da vida das pessoas, como fazendo parte dela.” (E15).</p> <p>“(…) era um serviço de medicina onde tinha muitas doenças oncológicas e uma das situações (…), que me marcou mais foi realmente uma situação de uma criança, um rapaz com cerca de onze anos (…) era um rapaz de raça negra (…) angolano (…) e veio sozinho pronto, veio através da embaixada, (…) não conhecia ninguém e acabamos por estabelecer toda a equipa de enfermagem uma relação muito próxima com ele, (…) ele tinha altos e baixos e tinha muitas saudades da família e pronto nós preenchíamos um pouco essa lacuna (…) acabávamos por preencher um bocadinho aquela falta dos pais e dos amigos (...). (….) foi realmente confirmado que aquelas adenopatias era mesmo uma neoplasia e ele começou a fazer ciclos de quimioterapia (...) e depois os efeitos secundários da quimioterapia ele sofreu muito com isso, e a gente acabava por preencher então com todo o nosso amor, com o carinho, compreensão (...) ... até que as coisas começaram a complicar-se a... quimioterapia já não estava a surtir o efeito que deveria ter, e ele cada vez ficava pior a... cada vez mais acamado cada vez mais dependente e cada vez mais pronto, com saudades da família e chorava que queria voltar para os pais (...), e a gente acabava por ficar sentados ao pé dele, quando podíamos, até que ele adormecesse, talvez no papel de mãe (...) entretanto acabou por</p>
--	--	---

		<p>falecer e foi um choque muito grande (...), aquela situação que os pais nunca o viram, que a criança nunca teve hipótese de tar com a família e sofrer ao lado da família (...)"(E16).</p> <p>"(...), eles davam-nos muito, mas tiravam-nos muito psicologicamente, nós, nós gerimos com as nossas próprias, com os nossos receios, com medos e com, (...) vivermos, vermos as situações, as vivências deles e pronto era extremamente cansativo, cansativo psicologicamente. (...) nós para eles éramos, era tipo um salva vidas (...)" (E14.)</p>
--	--	--

**ANEXO 6-b**  
**A DOENÇA E A HOSPITALIZAÇÃO DE FAMILIARES DIRECTOS**

## A doença e a hospitalização de familiares directos – opinião dos sujeitos

<b>Estudantes</b>	<b>Enfermeiros com 5 ou menos anos de exercício profissional</b>	<b>Enfermeiros com mais de 5 anos de exercício profissional</b>
<p>“(…) pronto era aquela coisa alguém também está a cuidar do meu avô como eu estou a tratar de outras pessoas…” (E3).</p>		<p>“(…), fez-me ver o que é que as pessoas podem sentir ao chegar ao serviço, (…) muitos dos doentes são, é a primeira vez que são internados o que é que as pessoas sentem, (...), o facto de eu já ter vivido situações relativamente semelhantes, fazem-me perceber de que forma é que as pessoas encaram muitas vezes o processo do internamento, processo de ser cuidado.” (E11).</p> <p>“(…) eu nunca tinha olhado para uma cama daquelas pensando que podia ser alguém meu, (...). Acho que hoje tenho uma atitude perante os familiares e perante os doentes, antes disso se calhar não tinha, não quer dizer que eu antes fosse ríspido ou antipático ou impessoal, mas havia coisas que eu tava muito pegado às regras, (...). (...) como enfermeiros temos que ser humanos e pensar na pessoa que ali está.” (E12).</p>

**ANEXO 6-c**  
**DIFICULDADE DE COMUNICAÇÃO COM O DOENTE**

## Dificuldade de comunicação com o doente – opinião dos sujeitos

Estudantes	Enfermeiros com 5 ou menos anos de exercício profissional	Enfermeiros com mais de 5 anos de exercício profissional
	<p>“(…) ... eu tinha um doente consciente, orientado, totalmente dependente (...), o ser tetraplégico, a imagem que me dava era a forma como ele me olhava e pensar que ele estaria ali num sofrimento e que eu... (...). Primeiro, porque era uma pessoa muito nova (...), isso era um primeiro aspecto, depois porque via-o completamente, totalmente dependente e depois porque associava, pronto, mais ou menos das mesmas idades, ser mais ou menos da idade dele (...). (...) era ele ver-nos tão activos no campo profissional e... (...) não conseguia perceber como é que ele reagia, porque ele comunicava mais através do olhar e nunca consegui perceber muito bem, ele não falava, também estava afásico e aquilo incomodava...” (E7).</p> <p>“(…) tenho algumas qualidades comunicacionais (...) que facilitam a relação enfermeiro/doente, como a relação com outras pessoas, pronto. E então eu nunca tive problemas em iniciar um diálogo com qualquer pessoa (...). (...) tenho uma situação que ainda era aluno de enfermagem. (...). Foi um caso de uma senhora que foi submetida a uma amputação, (...), mas na altura devido à minha imaturidade e devido ainda ao processo formativo, se calhar ainda não estava com atenção a todas as coisas que hoje eu já estou mais desperto, (...) não conseguia ter um diálogo com a senhora. (...) ... e eu senti-me um bocado mal, (...), a senhora nunca disse nada, a senhora sempre olhava com aqueles olhos, com o olhar triste, com a situação envolvente (...)”. (E9).</p>	

**ANEXO 6-d**  
**DESEMPENHO DE FUNÇÕES EM CIRCUSTÂNCIAS ADVERSAS**

## Desempenho de funções em circunstâncias adversas – opinião dos sujeitos

Estudantes	Enfermeiros com menos de 5 anos de exercício profissional	Enfermeiros com mais de cinco anos de exercício profissional
		<p>“(…), quando eu comecei a trabalhar, acabei o curso (…) fui trabalhar para infecto mulheres no Curry Cabral. Aquilo era pavoroso, aquele serviço era mesmo terrível, não tínhamos, quer dizer nós não tínhamos as doentes ainda tinham menos condições físicas, não, não tínhamos mesmo condições nenhuma”. (E14).</p> <p>“(…), quando eu terminei o curso fui trabalhar para o Hospital de Santa Maria, onde eu não conhecia nada nem ninguém e ao fim de duas semanas de lá estar, fiquei a fazer uma noite sozinha, primeira noite da minha vida... (...) sozinha, com uma auxiliar, em que nesse dia a auxiliar foi a enfermeira e eu fui a auxiliar da auxiliar (...) ... doentes que iam ser operados no dia seguinte, e eu sem saber quais eram as rotinas, nada, (...), isso foi uma situação que a mim me marcou, pelo lado negativo, mas que talvez eu tivesse conseguido tirar alguma coisa positiva, (...)”. (E13).</p>

**ANEXO 6-e**

**O ENFERMEIRO NO PAPEL DE DOENTE**

## O enfermeiro no papel de doente – opinião dos sujeitos

<b>Estudantes</b>	<b>Enfermeiros com menos de 5 anos de exercício profissional</b>	<b>Enfermeiros com mais de 5 anos de exercício profissional</b>
<p>“(…), eu tive internada e lembro-me que era um pouco assim, eu percebo perfeitamente o que eles estão a sentir, porque eu lembro-me... eu tive um dreno, eu fui operada aqui, no osso do crânio tirar um tumor benigno... (...) então talvez por isso eu percebo...”. (E2).</p>		<p>“(…), fez-me ver o que é que as pessoas podem sentir ao chegar ao serviço, (...) muitos dos doentes são, é a primeira vez que são internados o que é que as pessoas sentem, (...), o facto de eu já ter vivido situações relativamente semelhantes, fazem-me perceber de que forma é que as pessoas encaram muitas vezes o processo do internamento, processo de ser cuidado.” (E11).</p>

**ANEXO 6-f**  
**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA**

### Gravidez na adolescência – opinião dos sujeitos

<b>Estudantes</b>	<b>Enfermeiros com menos de 5 anos de exercício profissional</b>	<b>Enfermeiros com mais de 5 anos de exercício profissional</b>
«(...), acho que isso leva a repor para nós e daí nós começamos a pensar “se fosse eu, o que é que acontecia?”»		

**ANEXO 6-g**  
**O IDOSO REJEITADO PELA FAMÍLIA**

### O idoso rejeitado pela família – opinião dos sujeitos

<b>Estudantes</b>	<b>Enfermeiros com menos de 5 anos de exercício profissional</b>	<b>Enfermeiros com mais de 5 anos de exercício profissional</b>
<p>“(…), no nosso cotidiano de prestação de cuidados nos estágios, interagimos com situações que nos fazem pensar e reflectir sobre a nossa maneira de estar na vida (...), porque há situações que nós vivenciamos, por exemplo aqueles casos especiais, (...) o chamado depósito dos idosos nos hospitais, por vezes quando têm altas e assim, (...), os familiares não colaboram (...) ou não os querem levar para casa, (...), acho que essas situações nos marcam mais, (...)</p>		