

*Sentimentos
de quem cuida
da pessoa com esquizofrenia*

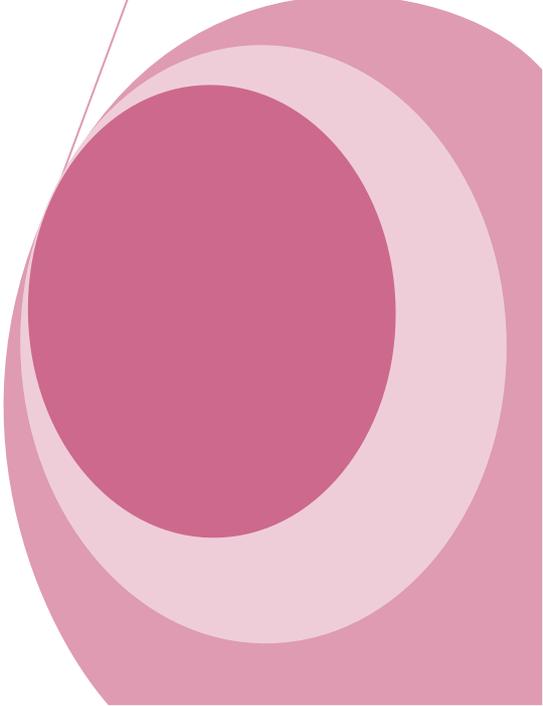
Monografia Final de Curso

Elaborado por:

Beatriz Marques

Sofia Oliveira

Barcarena, Janeiro de 2009



Sentimentos de quem cuida da pessoa com esquizofrenia

Finalidade: dar a conhecer os sentimentos dos enfermeiros que cuidam da pessoa com esquizofrenia em fase aguda.

Orientador:

Professora Ema Perdigão

Elaborado por:

Beatriz Marques
Sofia Oliveira

“O ser humano é dotado na sua essência de sentimentos e emoções, o que o torna sensível ao sofrimento alheio.”

Francielle Paula de Freitas *in*

“Os sentimentos do enfermeiro no cuidado a pacientes "fora de possibilidades terapêuticas”

Agradecimentos

Agradecemos a todas as pessoas, que de uma forma directa ou indirecta, contribuíram para a realização deste estudo, e em especial:

- Aos Senhores Enfermeiros, por toda a disponibilidade que demonstraram desde o primeiro contacto estabelecido;
- À Professora Ema Perdigão, por toda atenção, apoio, empenho e disponibilidade com que sempre nos orientou;
- À Professora Rita Kopke, pela sua colaboração;
- Às nossas famílias, pelo encorajamento, auxílio e compreensão incondicional ao longo deste processo;
- Aos nossos namorados, pelo carinho, compreensão dos momentos de ausência e encorajamento;
- Agradecemos uma à outra por nunca ter desistido e ter sido uma boa amiga e colega de investigação;
- Às amigas, simplesmente por o serem!

Resumo

“Sentimentos de quem cuida da pessoa com esquizofrenia”

A escolha do nosso tema surgiu pois a Esquizofrenia é das patologias, do foro psiquiátrico, que detém a maior percentagem de internamentos (36,2%) e é mais frequente nas consultas e urgências (21,2%), segundo o Censo de 2001, publicado pelo INE. Sendo que o enfermeiro que trabalha em psiquiatria tem contacto com estes doentes todos os dias e, como qualquer ser humano, vivencia sentimentos ao experienciar esta realidade. Esses sentimentos condicionam-nos, muitas vezes, as acções/intervenções. Segundo Cunha cit. por Diogo (2006, p.57), ao reconhecer as emoções como um desafio a cumprir, no campo interpessoal, refere-se a emoção/afectividade como fundamento da nossa personalidade, o que temos de mais íntimo, o que dá aos nossos actos e pensamentos o encanto, a razão de ser, o impulso vital, sendo graças a ela que nos “ligamos” aos outros, ao mundo e a nós próprios.

Sendo o enfermeiro parte activa na prestação de cuidados à pessoa com esquizofrenia em fase aguda, é importante conhecer quais os sentimentos do enfermeiro que resultam dessa interacção.

A questão de investigação do nosso estudo é “Quais os sentimentos do Enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa com esquizofrenia em fase aguda?”

Estabelecemos como objectivos do nosso trabalho conhecer os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros de uma unidade psiquiátrica durante a prestação de cuidados à pessoa com esquizofrenia em fase aguda e identificar as estratégias que o enfermeiro utiliza para lidar com os sentimentos nas intervenções de enfermagem.

O nosso estudo é do tipo exploratório-descritivo de nível I, numa abordagem qualitativa.

Realizámos seis entrevistas semi-estruturadas de resposta aberta a profissionais de enfermagem de uma unidade de agudos de uma clínica psiquiátrica da região de Lisboa.

Beatriz Marques e Sofia Oliveira – Janeiro de 2009 – Universidade Atlântica

Os dados colhidos através da entrevista foram analisados segundo o método de análise de conteúdo de L.Bardin.

Deste modo, após o tratamento e análise da informação obtida podemos afirmar que os aspectos mais relevantes e que respondem aos objectivos inicialmente propostos, estão reunidos nas categorias: Sentimentos e Estratégias. Concluímos que os enfermeiros experienciam, no cuidar da pessoa com esquizofrenia em fase aguda, um conjunto de sentimentos e emoções que agrupámos como positivos, a alegria, a gratificação, e a satisfação, e negativos como, tristeza, raiva, medo e revolta, o desgaste, o cansaço, a impotência, a frustração, a confusão, a preocupação, o sofrimento e a fúria. As estratégias adoptadas por estes para lidar com estes sentimentos foram agrupadas em estratégias individuais como, o esquecimento, a reflexão e a pesquisa bibliográfica e estratégias de grupo como, o desabafo, a partilha de experiências e o humor.

Pudemos perceber assim, que o sentimento positivo mais referido pelos enfermeiros entrevistados foi a alegria, assim como o sentimento negativo mais referido foi a tristeza. A estratégia pessoal mais utilizada é a reflexão e a de grupo é o desabafo e a partilha de experiências.

Esperamos que os resultados obtidos possam, de alguma forma, ser úteis na nossa prática futura, como também para todos os profissionais de saúde, que possa servir de base para estudos de investigação futuros, nesta área.

Palavras – Chave:

- Cuidar
- Enfermeiro
- Sentimentos,
- Intervenções de Enfermagem,
- Esquizofrenia
- Fase aguda

Abstract

Feelings of the caregiver to the person who has schizophrenia

We chose this theme based on the fact that schizophrenia is one of the pathologies, in the psychiatric field, which detains the biggest percentage of hospitalizations (36,2%) and it is the most frequent disease in medical appointments and emergencies (21,2%), according to the census of 2001, published by INE. Nurses contact with this pathology every day and, as any other human being, they have feelings, when in touch with this reality. These feelings interfere many times with our actions/interventions. According to Cunha, cit. by Diogo (2006, p.57) recognizing emotions as a challenge in the interpersonal field, it refers to emotion/affection as the basis of our personality, our intimate being, what gives to our actions and thoughts the charm, the reason to exist, the impulse that let us keep going and, because of it, we connect with each other, with the world and with ourselves. Nurses have an active part of the care giving of the person with schizophrenia in acute phase so, it is important to know the feelings of the nurse, in this process.

The investigation question of our study is *“Which feelings does the nurse have in the care giving to the person with schizophrenia in acute phase?”*

The primary goals of our study are: knowing the feelings experienced by nurses in the psychiatric unit, during the care giving of the person with schizophrenia in acute phase and identifying the strategies that a nurse uses to deal with the feelings in the nursing interventions.

Our study is an exploratory-descriptive of level I, with a qualitative approach.

We did six semi-structured interviews of open answer to nursing professionals, of a psychiatric clinic, in Lisbon. The collected data from the interviews will be analyzed by the L. Bardin method.

From this analysis, two categories emerged and four sub-categories. After the treatment and analysis of the data, we can confirm that the most important points that answer to the goals are following categories: feelings and strategies. From this study, we concluded that nurses experience certain feelings that we have grouped as positive or negative, such as joy, gratification, and satisfaction and the negative as sadness, anger, fear, revolt, fatigue, tiredness, impotence, frustration, confusion, preoccupation, suffering, fury,. The strategies adopted by nurses to deal with these feelings are individual like: forgetting, reflection and bibliographic research, and the group strategies, such as coping, sharing experiences and humor.

We could understand, that the positive feeling more related by the interviewed nurses was the joy, and the most related negative feeling was the sadness. The more used personal strategy is the reflection and the group strategies it is the coping and the sharing experiences

We hope that the obtained results can, in any way, be useful in our future professional interventions, and to all health professionals, especially nurses, whom consult this study, that can serve as basis to future investigation studies, in this field.

Keywords:

- Caring
- Nurse
- Feelings
- Nursing Interventions,
- Schizophrenia
- Acute phase

Abstrait

Sentiments qui soignent de la personne avec schizophrénie

Notre choix à été basé sur le fait que la schizophrénie est l'une des pathologies, dans le domaine psychiatrique, qui détient le plus grand pourcentage d'internements (36.2%) et c'est la maladie la plus fréquente dans les rendez-vous et les urgences médicaux (21.2%), selon le recensement de 2001, édité par INE. Sont les infirmières qui entrent en contact avec cette pathologie journalière et comme tous les autres êtres humains, elles ont des sentiments, quand confrontés avec cette réalité. Souvent, ces sentiments interfèrent beaucoup avec nos actions/interventions. Selon Cunha, CIT par Diogo (2006, p.57) la reconnaissance des émotions comme défi dans le domaine interpersonnel, ça se rapporte à l'émotion/à affection comme base de notre personnalité, notre suggèrent être, ce qui donne à nos actions et pensées le charme, la raison d'exister, l'impulsion qui nous laissent continuer à aller et, en raison de lui, nous nous relient les uns avec les autres, avec le monde et avec nous-mêmes. Les infirmières sont une partie active dans la prestation de soins à la personne avec schizophrénie dans la phase aiguë ainsi, il est important pour savoir les sentiments de l'infirmière, dans ce processus.

La question de recherche de notre étude est « *Quels les sentiments de l'Infirmier dans la prestation de soins à la personne avec schizophrénie dans phase aiguë ?* »

Les buts primaires de notre étude sont : connaître les sentiments éprouvés par des infirmières dans l'unité psychiatrique, pendant la prestation de soins à personne avec schizophrénie, la phase aiguë et identification des stratégies qu'une infirmière utilise pour prendre soins des les sentiments dans les interventions de soins.

Notre étude est une exploratoire-descriptive du niveau I, avec une approche qualitative.

Nous avons l'intention de faire six entrevues semi-finale-structurées de la réponse ouverte aux professionnels de soins, d'une clinique psychiatrique, à Lisbonne. Les données rassemblées des entrevues seront analysées par le Méthode L. de Bardin.

De cette analyse, deux catégories ont émergé et quatre subcatégories. Après le traitement et l'analyse des données, on peut confirmer que les points les plus importants qui répondent aux objectifs proposés sont les catégories suivantes: sentiments et stratégies. De cette étude, nous avons conclu que les infirmières éprouvent des sentiments et émotions que nous avons regroupé comme des positifs, comme la joie, la gratification et la satisfaction, et négatifs comme la tristesse, la colère, la crainte et la révolte, fatigue, l'impuissance, frustration, la confusion, la préoccupation, la douleur, la fureur,. Les stratégies adoptées par des infirmières pour traiter ces sentiments sont individuelles comme : oublier, réflexion, et la recherche bibliographique, et les stratégies de groupe, comme parler, partager des expériences et humeur.

Nous avons pu percevoir ainsi, que le sentiment positif plus rapporté par les infirmiers interviewés a été la joie, ainsi que le sentiment négatif plus rapporté a été la tristesse. La stratégie personnelle plus utilisée est la réflexion et ce de groupe est la décharge et le partage d'expériences

Nous espérons que les résultats obtenus pourront, de quelque façon, être utiles dans nos futures interventions professionnelles, et à tous les professionnels de santé, particulièrement les infirmières, qui consultent cette étude, qui peut servir base à de futures études de recherche, dans ce domaine.

Mots - Clé :

- Soigner
- Infirmier
- Sentiments
- Interventions de Métier d'infirmier
- Schizophrénie
- Phase aiguë

Índice

Índice de tabelas.....	xiii
Lista de abreviaturas e siglas	xv
1 Introdução	1
2 Estado da arte.....	4
2.1 O cuidar	4
2.2 Esquizofrenia.....	5
2.2.1 Aspectos epidemiológicos	5
2.2.2 A causa da esquizofrenia	6
2.2.3 Os sintomas da esquizofrenia	6
2.2.4 A fase aguda.....	10
2.3 O enfermeiro da Saúde Mental	11
2.4 Sentimentos e Emoções.....	13
3 Decisões metodológicas.....	16
3.1 Paradigma e Tipo de Estudo	16
3.2 População e Amostra.....	17
3.3 Instrumento de recolha de dados.....	18
3.4 Método de Análise de dados	19
3.5 Aspectos éticos da Investigação.....	21

4	Análise e Interpretação dos Resultados	23
4.1	Sentimentos	24
4.1.1	Sentimentos Positivos	24
4.1.2	Sentimentos Negativos	27
4.2	Estratégias	36
4.2.1	Estratégias individuais	37
4.2.2	Estratégias de grupo.....	39
5	Conclusão.....	38
6	Implicações	40
7	Limitações.....	41
8	Sugestões	42
9	Bibliografia	43
10	Apêndices.....	49
10.1	Pedido de autorização para a recolha de dados	49
10.2	Autorização para a realização do estudo	50
10.3	Declaração de consentimento informado	51
10.4	Guião da entrevista	52
10.5	Cronograma	52
10.6	Entrevistas	53

10.6.1	Entrevista 1	53
10.6.2	Entrevista 2	55
10.6.3	Entrevista 3	58
10.6.4	Entrevista 4	63
10.6.5	Entrevista 5	68

Índice de tabelas

Tabela 1 - tabela dos sintomas gerais da pessoa com esquizofrenia em fase aguda e das intervenções de enfermagem relativos a estes	12
Tabela 2 - Tabela representativa das categorias, subcategorias e unidades de contexto	23
Tabela 3 - Tabela representativa da unidade de contexto alegria.....	25
Tabela 4 - Tabela representativa da unidade de contexto satisfação	26
Tabela 5 - Tabela representativa da unidade de contexto gratificação	27
Tabela 6 - Tabela representativa da unidade de contexto desgaste emocional.....	28
Tabela 7 - Tabela representativa da unidade de contexto impotência	29
Tabela 8 - Tabela representativa da unidade de contexto frustração.....	30
Tabela 9 - Tabela representativa da unidade de contexto preocupação.....	31
Tabela 10 - Tabela representativa da unidade de contexto sofrimento.....	32
Tabela 11 - Tabela representativa da unidade de contexto tristeza	33
Tabela 12 - Tabela representativa da unidade de contexto raiva.....	34
Tabela 13 - Tabela representativa da unidade de contexto medo.....	35
Tabela 14 - Tabela representativa da unidade de contexto revolta.....	36
Tabela 15 - Tabela representativa da unidade de contexto esquecimento.....	37
Tabela 16 - Tabela representativa da unidade de contexto reflexão.....	38
Tabela 17 - Tabela representativa da unidade de contexto pesquisa bibliográfica.....	39
Tabela 18 - Tabela representativa da unidade de contexto desabafo.....	40

Tabela 19 - Tabela representativa da unidade de contexto partilha de experiências 41

Tabela 20 - Tabela representativa da unidade de contexto humor 42

Lista de abreviaturas e siglas

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. - página

Cit. - Citado

Introdução

1 Introdução

No âmbito do Curso de Licenciatura em Enfermagem, foi solicitada a realização de um trabalho de investigação de final de curso, a monografia. *“A Investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual nós vivemos. É um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam duma investigação.”* (Fortin, 1999, p.15)

Este estudo incidiu na área de saúde mental e psiquiátrica e tem como título *“Sentimentos de quem cuida da pessoa com esquizofrenia”*

A escolha do nosso tema deriva do facto da Esquizofrenia ser das patologias, do foro psiquiátrico, que detém a maior percentagem de internamentos (36,2%) e a mais frequente nas consultas e urgências (21,2%), segundo o Censo de 2001, publicado pelo INE. O enfermeiro que trabalha em psiquiatria tem contacto com estas pessoas todos os dias e, como qualquer ser humano, vivencia sentimentos no experienciar dessa realidade, esses sentimentos podem condicionar as suas acções/intervenções. Segundo Cunha cit. por Diogo (2006, p.57) *“(…) ao reconhecer as emoções como um desafio a cumprir no campo inteiro pessoal refere-se a emoção/afectividade como fundamento da nossa personalidade, o que temos de mais íntimo, o que dá aos nossos actos e pensamentos o encanto a razão de ser o impulso vital, sendo graças a ela que nos “ligamos” aos outros, ao mundo e a nós próprios.”* Sendo o enfermeiro parte activa durante a prestação de cuidados da pessoa com esquizofrenia em fase aguda é importante conhecer quais os sentimentos do enfermeiro durante todo esse processo.

Perante a problemática descrita, a nossa questão de investigação que colocámos foi: *“Quais os sentimentos do Enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa com esquizofrenia em fase aguda?”*

E para lhe dar resposta traçamos os seguintes objectivos:

- Conhecer os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros durante a prestação de cuidados à pessoa com esquizofrenia em fase aguda;
- Identificar as estratégias que o enfermeiro utiliza para lidar com os sentimentos nas intervenções de enfermagem

O estudo é exploratório-descritivo de nível I, numa abordagem qualitativa.

O estudo dos sentimentos é uma área, para nós, de grande importância pois, consideramos que, muitas vezes, é descurado na prestação de cuidados. Implica a vivência de emoções e o modo como se lida com essas emoções não pode ser desvalorizado. Apenas o enfermeiro mentalmente saudável é capaz de promover o bem-estar dos que estão ao seu cuidado.

Estudos realizados mostram que os sentimentos experienciados pelos enfermeiros durante a prestação de cuidados são, segundo Diogo (2006, p.237) a tristeza, o desânimo, a depressão, a pena, a compaixão, a mágoa, o medo, a ansiedade, a preocupação, a surpresa, a culpa, a impotência, a revolta, a injustiça, a angústia, o desgaste, a alegria, o contentamento e o alívio. O estudo de Bressan e Scatena (2002) identificam como sentimentos vivenciados pelo enfermeiro que cuida do doente mental crónico, o medo e a gratificação.

O relatório de monografia está estruturado de acordo com as normas vigentes da Universidade Atlântica para trabalhos finais de licenciatura.

Realizamos um cronograma, que se encontra no apêndice 4, onde está estabelecida a disposição temporal de cada etapa desta monografia

Encontra-se dividido em seis capítulos, no primeiro capítulo apresentamos o estado da arte onde abordamos o cuidar em enfermagem, a patologia em estudo, a causa e os sintomas da mesma, bem como a caracterização da fase aguda, referimos ainda o papel do enfermeiro na saúde mental e abordamos a temática dos sentimentos. No segundo capítulo traçamos o desenho de investigação com a descrição das decisões metodológicas, onde se inclui a questão, o tipo de estudo, a população e amostra,

instrumento de recolha de dados e método de análise dos resultados bem como os aspectos éticos de investigação. No capítulo três é apresentada a análise e discussão dos resultados. Terminamos o relatório com a conclusão, as limitações, implicações para a prática e as sugestões, as referências bibliográficas e a compilação dos apêndices.

Estado da arte

2 Estado da arte

2.1 O cuidar

Cuidar pode ter vários significados, como apresenta Honoré (2004, p.17) atribuímos-lhe sentidos diferentes conforme o que cada um entende, conforme aquilo a que cada um presta atenção, na situação em que está e, também, de acordo com a orientação que cada um quer dar à sua existência.

Contudo o cuidar em enfermagem é a atenção particular prestada por uma enfermeira ou um enfermeiro a uma pessoa e/ou aos seus familiares com vista a ajudá-los na sua situação. Engloba tudo o que os profissionais fazem, dentro das suas competências, para prestar cuidados às pessoas. Pela sua natureza, permitem sempre fazer alguma coisa por alguém a fim de contribuir para o seu bem-estar, qualquer que seja o seu estado. (Hesbeen 2000, p.69)

Por muitos autores cuidar também é encarado como uma arte, que desperta naquele que se entrega à mesma, sentimentos como o prazer ou o sofrimento. Segundo Diogo (2006, p.64) o enfermeiro é uma pessoa com emoções e sentimentos, vive a experiência humana de sentir na sua prática, o que é inerente aos cuidados. As emoções e os sentimentos dão forma à existência de ser enfermeiro e dão sentido ao próprio cuidar, preenchendo o vazio dos “cuidados técnicos”, guiando o relacionamento entre a pessoa cuidada e a pessoa que cuida.

Para cuidar em saúde mental, bem como, nas outras áreas da enfermagem, é necessário que os profissionais de enfermagem compreendam que a pessoa de quem cuidam é única e tem uma história de vida anterior, sendo essencial na sua abordagem uma visão holística.

2.2 Esquizofrenia

A esquizofrenia é uma das doenças mentais mais importantes. A sua prevalência é de aproximadamente 1%, faz prever que haja cerca de 100 000 pessoas com esquizofrenia em Portugal, segundo a Organização Mundial de Saúde.

2.2.1 Aspectos epidemiológicos

Todos os anos, milhões de pessoas em todo o mundo são afectadas por perturbações mentais. Segundo uma estimativa da OMS, cerca de 500 milhões de pessoas poderão vir a sofrer de perturbação mental ou anomalia psíquica e as previsões são no sentido do seu aumento devido, segundo Gulbinat, a vários factores, incluindo o aumento da esperança de vida e o crescente número de indivíduos que atingirá a idade onde o risco é maior.

As perturbações mentais têm um custo bastante elevado, representando 3 a 4% do produto nacional bruto na Região Europeia, segundo a Organização Mundial de Saúde.

Em Portugal, no ano 1998, foram internados em estabelecimentos de psiquiatria 20.006 indivíduos, tendo-se realizado no mesmo ano, em hospitais e centros de saúde, 441.498 consultas de psiquiatria/saúde mental, segundo dados do conselho nacional de saúde mental. Embora os internamentos psiquiátricos tenham representado apenas, em 1998, 1,7% do total de todos os internamentos, o facto de serem geralmente de longa duração fez com que o sector da psiquiatria tenha contado com 18,2% do total de camas hospitalares, representando os internamentos psiquiátricos 20,9% do total de dias de internamento, tendo em conta todas as especialidades médicas.

Em 1998, a esquizofrenia foi responsável por 2,1% do total de internamentos, em estabelecimentos de psiquiatria. No Censo Psiquiátrico de 2001 as psicoses esquizofrénicas foram também as patologias mais frequentes, representando 21,2% do total. No internamento a esquizofrenia foi a principal causa de procura de cuidados, com uma percentagem de 36,2%, tendo a procura nas consultas representado 10,5%.

De acordo com a OMS a esquizofrenia atinge cerca de 1% da população portuguesa, sendo distribuída de forma igual com entre os dois sexos.

2.2.2 A causa da esquizofrenia

A esquizofrenia é uma doença complexa, não existindo uma causa mas provavelmente várias que concorrem entre si para o seu aparecimento. Ao longo do tempo, foram várias as tentativas para explicar a origem da doença. A esquizofrenia sempre encerrou em si um certo mistério sendo por isso um alvo fácil para várias especulações.

Manifesta-se habitualmente na parte final da adolescência ou no início da vida adulta. O seu aparecimento para os indivíduos do sexo masculino ocorre entre os 15 e os 25 anos de idade, no caso do sexo feminino a doença ocorre com maior frequência um pouco mais tarde, entre os 25 e os 30 anos de idade, de acordo com (Lewine, 1981).

2.2.3 Os sintomas da esquizofrenia

A esquizofrenia apresenta um conjunto de sintomas bastante diversificados e complexos, sendo por vezes de difícil compreensibilidade. Estes sintomas envolvem aspectos ligados ao pensamento (forma e conteúdo, à percepção, ao rendimento cognitivo, à afectividade e ao comportamento, conduzindo a défices nas relações interpessoais e a uma perda de contacto com a realidade).

Kurt Schneider procurou dar um carácter predominantemente clínico e objectivo na descrição da sintomatologia dividindo-a em: sintomas de primeira ordem e sintomas de segunda ordem (outras alterações da percepção, ideias delirantes repentinas ou súbitas, perplexidade, alterações do humor depressivas ou eufóricas, sentimentos de embotamento afectivo).

A terminologia dicotómica utilizada para caracterizar os sintomas da esquizofrenia em positivos e negativos foi inicialmente proposta no século XIX por Reynolds e Jackson. Neste caso, os sintomas negativos eram produzidos pela perda de determinadas funções causadas por uma lesão anatómica no sistema nervoso central conceptualizada como primária. Os sintomas positivos eram, por sua vez, originados por um sistema neurofisiológico intacto mas que se encontrava desinibido pelas lesões originais.

2.2.3.1 Sintomas positivos

Estes sintomas estão presentes com maior visibilidade na fase aguda da doença.

Os delírios são ideias individuais da pessoa com esquizofrenia que não são partilhadas por um grande grupo (os delírios podem estar presentes num reduzido número de pessoas, neste caso é designado por “delírio partilhado”) sendo inabaláveis face à argumentação. Estas ideias não são compreensíveis numa perspectiva social, cultural ou religiosa.

A temática dos delírios pode ser diversa, mas normalmente predominam os temas de perseguição ou de ameaça para a pessoa com esquizofrenia.

As alterações da percepção são também frequentes. No caso da percepção delirante, é atribuído um significado delirante a uma determinada percepção real.

O pensamento pode ainda estar afectado sob outras formas, por exemplo, a pessoa pode fazer associações sobre assuntos sem qualquer relação, pode ter dificuldade em manter uma conversa, fazendo pausas (bloqueios de pensamento) e depois não conseguir voltar à ideia inicial. O discurso pode ser completamente ilógico, incompreensível e ser constituído por uma serie de palavras isoladas sem qualquer sentido (salada de palavras).

Por vezes, surgem ainda novas palavras inventadas pela própria pessoa, sendo, neste caso, designadas como neologismos.

Os afectos podem encontrar-se alterados através, por exemplo, de uma rigidez afectiva, não ocorrendo uma modulação dos afectos, persistindo um determinado afecto de uma forma imutável. Noutros casos, verifica-se uma discordância afectiva, quando, por exemplo, surge inadequação entre o afecto e o discurso. A ambivalência afectiva pode também surgir durante o período psicótico, coexistindo neste caso uma sobreposição de afectivos contraditórios.

As alterações do comportamento fazem parte dos sintomas da esquizofrenia e podem manifestar-se através de agressividade, isolamento ou de bizzarrias. Um exemplo no

comportamento bizarro pode ser a utilização de roupas desadequadas à época do ano ou demasiado extravagantes. Pode ainda surgir um maior interesse e preocupação com aspectos relacionados com a saúde, questões políticas ou religiosas.

O discurso apresentado nem sempre é compreensível, perdendo-se neste caso qualquer sentido lógico nas palavras verbalizadas.

Uma alteração motora que pode surgir designa-se por ecopraxia. Esta revela-se através de uma série de movimentos repetitivos imitando o interlocutor. A actividade motora pode ainda ser praticamente nula, verificando-se uma imobilidade marcada e um alheamento do ambiente em redor (estupor catatónico) ou, pelo contrário, existindo uma actividade motora intensa e desorganizada (excitação catatónica). Como consequência do quadro psicótico e da agitação psicomotora que lhe está frequentemente associada podem surgir perturbações do sono, com insónias bastante marcadas nalguns casos.

2.2.3.2 Sintomas negativos

Em oposição aos sintomas positivos anteriormente referidos, existe um conjunto de sintomas conhecidos como “negativos” que acompanham a evolução da doença e que reflectem um estado deficitário ao nível de motivação, das emoções, do discurso, do pensamento e das relações interpessoais.

É frequente, após a remissão dos sintomas positivos (delírios, alucinações, etc.), estas pessoas passarem o dia fechados em casa, sem vontade de sair e de conviver com outras pessoas. Acabam por permanecer em casa isolados no quarto ou passando longas horas a ver televisão, a falar muito pouco com os restantes elementos da família. Os dias são assim passados numa aparentemente ociosidade e monotonia, uma vez que não demonstram vontade de voltarem à escola, procurarem trabalho ou divertirem-se com os amigos.

Esta situação gera, com alguma frequência, um sentimento de incompreensão e de revolta nos familiares, já que é interpretada como uma atitude de lassitude e preguiça.

Durante o decurso da doença pode surgir um quadro amotivacional que se torna visível pela falta de motivação (amotivação) para desempenharem actividades escolares, laborais, lúdicas, etc.

Pode estar ainda presente um quadro de abulia que se manifesta por uma falta de vontade e iniciativa. Muitas vezes as pessoas com esquizofrenia têm uma grande dificuldade em iniciar ou em terminar tarefas ou projectos. Existe uma inércia e um desinteresse que se reflecte no aspecto físico e na higiene pessoal, já que estes se encontram frequentemente descuidados.

A falta de interesse e a incapacidade destas pessoas sentirem satisfação nas várias actividades da vida que anteriormente lhes proporcionavam prazer (viajar, praticar desporto, ler, etc.) designam-se por anedonia e é um sintoma habitualmente presente. A apatia pode ser predominante e encontra-se marcada por uma atitude de não envolvimento e uma ausência de desejos.

O isolamento social é um sintoma negativo que se observa com frequência e que se manifesta, por exemplo, através de uma recusa em sair de casa e um desinvestimento o estabelecimento de relação íntimas.

Num embotamento afectivo, os sentimentos tornam-se mais esbatidos e pouco expressivos, sendo, muitas vezes, bastante difícil para a pessoa exprimir sentimentos e emoções. As emoções embora presentes encontram-se neste caso diminuídas na sua intensidade. Este aspecto torna-se evidente através da mímica facial que se apresenta bastante pobre e por vezes imutável.

Na pobreza do discurso, a comunicação é pouco espontânea e fica limitada a algumas palavras. O conteúdo do pensamento é pobre, restringe-se a um número reduzido a um tipo de temas e assuntos. O diálogo torna-se bastante difícil, podendo inclusive a pessoa passar longos períodos sem verbalizar uma palavra. Os comentários espontâneos são pouco frequentes e quando ocorrem são curtos e monossilábicos.

Nalguns casos pode ser difícil distinguir se estamos perante os sintomas negativos da doença ou de um quadro depressivo. Os sintomas depressivos podem ocorrer em

simultâneo com a própria doença e devem ser tidos em conta na abordagem terapêutica a ser realizada.

2.2.4 A fase aguda

Esta é a fase mais activa da doença onde predomina toda a sintomatologia activa característica da doença, sendo uma doença crónica esta poderá ser uma fase de recaída. A principal causa de recaída na esquizofrenia encontra-se associada ao incumprimento da medicação neuroléptica.

Verifica-se que, durante esta fase, muitas vezes as pessoas com esquizofrenia são trazidas pela família a uma consulta de psiquiatria ou ao serviço de urgência já com um alargado período de evolução do quadro psicótico, tornando deste modo inevitável o internamento. Este é também justificado pelo facto de a pessoa com esquizofrenia raramente ter consciência de que está realmente em fase aguda da sua doença, sendo por isso difícil a adesão ao tratamento em ambulatório.

Como a esquizofrenia é uma doença crónica podemos observar três períodos de tempo que contribuem para o tratamento da fase aguda da esquizofrenia. No entanto, estes períodos repetem-se num círculo vicioso e sem uma duração certa de tempo nem separação muito evidente na patologia, sendo estas a fase aguda, a fase de estabilização e a fase estável.

Na fase aguda da esquizofrenia os sintomas psicóticos são claros, como alucinações e pensamento desorganizado, sendo as pessoas com esquizofrenia normalmente incapazes de cuidar de si mesmos apropriadamente. Sintomas negativos geralmente também se tornam mais graves. Em casos mais sérios, a pessoa pode permanecer nesta fase por um período crónico sem estabilização. No entanto, a grande maioria das pessoas com esquizofrenia passa pelo período da estabilização e pelo período em que já se encontra estável, sendo estes caracterizados como:

Período de Estabilização: sintomas psicóticos diminuem de intensidade. Este período pode durar seis meses ou mais após a pessoa entrar na fase aguda. Esta dá-se por terminada quando começa o período estável.

Período estável: os sintomas agudos estabilizam e ficam menos acentuados. Pode acontecer que não se manifeste nenhum sintoma ou demonstrações de sintomas não psicóticos, como tensão, ansiedade, depressão ou insónia. Pode durar poucos dias ou vários meses. Sendo nesta fase essencial a toma rigorosa da medicação prescrita.

2.3 O enfermeiro da Saúde Mental

A Enfermagem de Saúde Mental está fundamentada no relacionamento interpessoal enfermeira-utente, segundo Giacon (2005)..

Na sua actuação o enfermeiro tem, então, como objectivos dar apoio, estrutura, consistência e segurança ao utente.

A avaliação das necessidades específicas e as acções de enfermagem são aplicadas de acordo com a individualidade de cada utente.

As intervenções do enfermeiro na saúde mental variam consoante a patologia da pessoa de quem cuidam.

Desta forma, como o nosso estudo é sobre a pessoa com esquizofrenia em fase aguda as intervenções do enfermeiro nessa fase devem-se concentrar no restabelecimento das respostas neurobiológicas, oferecendo também segurança e bem-estar à pessoa.

Na tabela seguinte apresentamos as Intervenções dos enfermeiros consoante os sintomas da esquizofrenia na fase aguda.

Tabela 1 - tabela dos sintomas gerais da pessoa com esquizofrenia em fase aguda e das intervenções de enfermagem relativos a estes

Sintomas	Intervenções de enfermagem
Suspeição	<ul style="list-style-type: none">● Nunca reforçar alucinações, delírios ou ilusões● Estabelecer comunicação terapêutica● Administração da terapêutica
Hostilidade e agressão	<ul style="list-style-type: none">● Evitar sussurrar ou rir quando o doente não pode ouvir a conversa na totalidade● Estabelecer comunicação terapêutica● Administração da terapêutica
Afecto desapropriado	<ul style="list-style-type: none">● Evitar colocar o doente em situações de competição ou embaraço● Estabelecer comunicação terapêutica● Administração da terapêutica
Ideação Suicida	<ul style="list-style-type: none">● Proporcionar ambiente calmo e seguro mantendo afastado da pessoa qualquer objectivo potencialmente perigoso● Estabelecer comunicação terapêutica● Administração da terapêutica
“Salada de palavras”	<ul style="list-style-type: none">● Manter uma comunicação simples, repetindo sempre que necessário● Estabelecer comunicação terapêutica● Administração da terapêutica
Agitação prolongada	<ul style="list-style-type: none">● Conter a pessoa física e quimicamente● Estabelecer comunicação terapêutica● Administração da terapêutica

A prática em enfermagem de saúde mental baseia-se em acções que visam melhorar a condição da qualidade de vida do utente e da sua família, contribuindo no controlo da fase aguda da patologia, levando o utente à fase de estabilização.

O enfermeiro ao pôr em prática as suas intervenções e ao relacionar-se com o outro experiencia sentimentos e emoções. Segundo Diogo (2006, p.59) o cuidar em enfermagem tem na sua essência a pessoa e a relação entre pessoas, e nesta relação a experiência e a partilha da emoção.

2.4 Sentimentos e Emoções

A definição de sentimento vulgarmente encontrada no dicionário da Língua Portuguesa é a capacidade da pessoa em adquirir e interiorizar as sensações que proporcionam.

Desta forma podemos considerar os sentimentos como a interiorização de acontecimentos emotivos para o indivíduo. De um modo restrito, pode-se encarar o sentimento como uma simples reflexão de uma emoção vivenciada.

Não podemos falar de sentimentos sem falar em emoções, devido à proximidade destes dois conceitos, surge então a necessidade de os clarificar. Filliozat (2000, p.30) menciona que as emoções e sentimentos mantêm relações estreitas. As emoções são biológicas e pulsionais e os sentimentos são elaborações ditas secundárias pois são mentalizadas.

De acordo com Diogo (2006, p.47) o sentimento denota um estado interior, a experiência íntima de alguém. Não podemos observar um sentimento, mas podemos observar o efeito de um sentimento ou os sinais que indicam os sentimentos de alguém. A emoção é o termo que equivale na linguagem quotidiana ao termo de afecto, veiculando uma carga mais objectiva de sentimentos.

Ballone (2005) acredita que os sentimentos podem derivar das emoções que lhes são cronologicamente anteriores e com os quais guardam correlações compreensíveis, quanto aos seus correspondentes conteúdos.

Os sentimentos são meios de que o sujeito dispõe na relação (emocional e afectiva), tanto com pessoas, animais e coisas, como consigo próprio, ou seja, com as suas fantasias, impulsos, desejos e pensamentos. Assim sendo, os sentimentos afectam o sujeito em todo o seu ser.

As emoções são processos que estabelecem, mantêm, alteram ou terminam a relação entre a pessoa e o meio em assuntos importantes para a pessoa. (Diogo cit. Campos cit. Oatley & Jenkins, 2006, p.41)

Segundo Ballone (2005) todas as relações humanas envolvem emoções e sentimentos. Na realidade, todo o relacionamento do sujeito com um objectivo envolve sentimentos e emoções, melhor ainda seria dizer que todo o contacto da pessoa com a realidade envolve sentimentos e emoções. Para Damásio (1994, p 157) alguns sentimentos estão relacionados com as emoções e todas as emoções originam sentimentos, se se estiver desperto e atento, mas nem todos os sentimentos provêm de emoções.

Damásio, refere que existem variedades de sentimentos e deste modo dividiu-os em:

- Sentimentos de Emoções Universais Básicas
- Sentimentos de Emoções Universais Subtis
- Sentimentos de fundo

Deste modo, o autor define os sentimentos de emoções universais básicas, como os sentimentos que se baseiam nas emoções, sendo estas as mais universais como a felicidade, a tristeza, a cólera, o medo e o nojo. Estes sentimentos correspondem a perfis de resposta do estado do corpo. O autor ainda nos transmite que quando o corpo se adequa a uma daquelas emoções, as pessoas sentem-se felizes, tristes, iradas, receosas ou repugnadas. “ Quando os nossos sentimentos estão associados a emoções, a atenção converge substancialmente para sinais do corpo, e há partes do corpo que passam do segundo para o primeiro plano da nossa atenção” (Damásio, 1994, pg. 163).

A segunda variedade de sentimentos, de acordo com Damásio, é a que se baseia nas emoções que são pequenas variantes das anteriores. Assim, a felicidade tem como variantes a euforia e o êxtase; a melancolia e a ansiedade são variantes da tristeza e o medo tem como variantes o pânico e a timidez. Os sentimentos de emoções universais subtis são adaptados quando gradações mais subtis do estado cognitivo são conectadas com variações mais subtis de um estado emocional do corpo.

Por último, os sentimentos de fundo, têm como origem estados corporais de fundo e não estados emocionais. Os sentimentos de fundo, de acordo com o autor, “não são nem demasiados positivos nem demasiados negativos, ainda que se possam revelar agradáveis ou desagradáveis. Muito provavelmente, são estes sentimentos, e não os emocionais, que sentimos com mais frequência ao longo da vida. (...) um sentimento de

fundo não é o que sentimos ao extravasarmos de alegria ou desanimarmos com um amor perdido; os dois exemplos correspondem a estados do corpo emocionais. Ao invés, um sentimento de fundo corresponde aos estados do corpo que ocorrem entre as emoções.” (Damásio, 1994, p. 164)

Os sentimentos que vivenciamos ao contactar com a realidade são consequências directas de valores que atribuímos a essa realidade. Desta forma, os valores que diferentes pessoas atribuem a mesma realidade são responsáveis pela construção das realidades pessoais.

Segundo Diogo (2006, p.80) o enfermeiro experimenta os seus próprios sentimentos e tem o seu mundo pessoal de significados para explorar e permite-se “viver” as experiências, sentimentos e percepções, aceitando-as como parte da mudança, do desenvolvimento, do eu, e como um meio para ser mais humano.

De acordo com a autora, aprofundar a consciência sobre si próprio é fundamental para um profissional de saúde. Ser cuidador é ser confrontado com o extremo dos limites físicos e psicológicos. O cuidador deve, pois, melhorar a compreensão que tem de si próprio, das suas crenças, dos seus hábitos, das suas aversões, dos seus sentimentos, tomar consciência dos seus mecanismos de projecção e de defesa, a fim de adquirir uma autenticidade e um certo nível de confiança que lhe permitirão melhorar a qualidade dos cuidados que presta.

Decisões

Metodológicas

3 Decisões metodológicas

Ao longo deste capítulo descrevemos os passos realizados bem como as suas justificações para as opções tomadas, de forma a darmos resposta à questão de investigação e aos objectivos definidos. Sendo então um capítulo dedicado ao desenho de investigação, inclui a questão de investigação, o paradigma e o tipo de estudo, a população e amostra, o instrumento de colheita de dados, o pré- teste (da entrevista), método de análise de dados e os aspectos éticos da investigação.

Segundo Fortin (1999), “o desenho de investigação é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação”.

Segundo Fortin (1999, p.51) uma questão de investigação é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações (...) específica a natureza da população *psiquiátrica* que se quer estudar e sugere uma investigação empírica.

Para este estudo formulámos a seguinte questão de investigação:

“Quais os sentimentos do Enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa com esquizofrenia em fase aguda?”

3.1 Paradigma e Tipo de Estudo

De acordo com Quivy e Campenhoudt (1998, pág36), “em qualquer pesquisa torna-se relevante definir a metodologia a adoptar, de forma a tomar decisões e analisar dados com coerência”. A escolha de um desenho de investigação depende da questão de investigação e dos objectivos a que nos propomos atingir, (Polit e Hungler, 2004, pág.32).

Desta forma, optámos por uma abordagem qualitativa. A característica central da investigação qualitativa prende-se com o facto de não procurar produzir respostas quantificáveis para responder a questões de investigação. A sua finalidade é produzir

compreensão do mundo social, dentro dos contextos naturais, dando ênfase aos significados, experiências e pontos de vista dos que, neles, estão envolvidos.

Quanto ao tipo de estudo, a questão de investigação delineada por nós, remete-nos para um estudo exploratório-descritivo de nível I, pois pretendemos nomear ou caracterizar um fenómeno ou um acontecimento, de modo a torná-lo conhecido. (Fortin 1999,pág.53) e também porque após a pesquisa bibliográfica, encontramos vários estudos em que a sua temática eram os sentimentos dos enfermeiros no cuidar, mas foram escassos os estudos que se referiam à temática do cuidar na pessoa esquizofrenia.

3.2 População e Amostra

Uma população é a reunião de elementos ou sujeitos que partilham entre eles características comuns, que são definidas através de um conjunto de critérios, segundo Fortin (1999, p.373) é um conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação.

Para a realização desta investigação foi necessário definir com precisão a população que pretendemos estudar. Assim, esta abrangeu os enfermeiros com intervenção na área de saúde mental.

Decorrendo desta, surge então a população alvo que de acordo com Fortin (1999, p.202) é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente.

Desta forma, podemos dizer que a nossa população alvo são os enfermeiros de uma clínica psiquiátrica da área de Lisboa.

Deste modo, decidimos incluir os elementos da população alvo que preenchiam todos os critérios de inclusão por nós definidos, constituindo assim uma amostra desta população, para Fortin (1999, p.202) a amostra é um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. Assim sendo a nossa amostra é constituída por seis enfermeiros da unidade de agudos de uma Clínica

Psiquiátrica da área de Lisboa. Esta é uma amostra não probabilística, que segundo Fortin (1999, p. 208) é um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra. E o método de amostragem é por selecção racional, que de acordo com Fortin (1999, p. 209) é uma técnica que tem por base o julgamento do investigador para construir uma amostra de sujeitos em função do seu carácter típico.

De acordo com Polit e Hungler (2004, p.143) (...) os critérios de elegibilidade para a inclusão no estudo (...) são as características que delimitam a população de interesse. (...) cabe ao pesquisador estabelecer esses critérios, antes da selecção das amostras de modo a decidir se uma pessoa seria classificada ou não como elemento da população em questão.

Sendo assim os critérios de elegibilidade seleccionados por nós foram:

- Ter prestado cuidados a pessoas com esquizofrenia em fase aguda, pois o estudo incide sobre enfermeiros que prestam cuidados directos a pessoas com esquizofrenia em fase aguda.
- Trabalhar há pelo menos seis meses na unidade de agudos, uma vez que esse é o período de integração no serviço onde foi aplicado o estudo.

3.3 Instrumento de recolha de dados

Segundo Fortin (1999, pág. 239) a natureza do problema de investigação determina o tipo de método de colheita de dados a utilizar.

Num estudo de carácter qualitativo, onde se pretende compreender a problemática em questão, o instrumento de colheita de dados considerado como mais adequado e proveitoso para a recolha de informação rica é, segundo Fortin (1999, pág. 240), a entrevista.

A entrevista, segundo Streubert e Carpenter e Polit e Hungler (2000, p.252), permite-nos entrar no mundo da outra pessoa, sendo uma excelente fonte de dados, onde o papel do entrevistador é incentivar a pessoa a falar livremente.

Uma vez que estamos perante um estudo de carácter qualitativo, de metodologia exploratória-descritiva, em que existem poucos conhecimentos sobre a temática em estudo e pretendemos alcançar uma compreensão profunda sobre a mesma, decidimos seleccionar um tipo de entrevista que nos permitisse formular uma sequência de questões. Desta forma, optámos pela entrevista semi-estruturada e áudio-gravada.

Numa entrevista semi-estruturada, o entrevistador expõe questões com uma ordem pré-determinada, permitindo ao participante a liberdade de resposta. Nesta liberdade de resposta encontrar-se-ão as unidades de registo significativas para análise posterior.

Para a realização da entrevista foi necessário elaborar um guião de entrevista, que segundo Fernandes (1996, pág.103), assegura que os assuntos relevantes para o estudo sejam abordados. As questões são colocadas de modo a permitir que os entrevistados respondam com as suas próprias palavras e que expressem as suas perspectivas pessoais. Deste modo, foi realizado um preâmbulo no guião da entrevista para introduzir o tema aos entrevistados, para desta forma as suas ideias se tornarem mais fluidas (o guião da entrevista encontra-se no apêndice 3). As questões que colocámos no nosso guião foram as seguintes:

1. Descreva quais os sentimentos que experiencia durante a prestação directa de cuidados à pessoa com esquizofrenia em fase aguda.
2. Quais as estratégias que utiliza para lidar com esses sentimentos?

Foram realizadas seis entrevistas, contudo só cinco entrevistas forneceram dados pertinentes ao nosso estudo. Em consequência disso, uma das entrevistas foi suprimida.

3.4 Método de Análise de dados

Após a aplicação do instrumento de recolha de dados, de todos os dados recolhidos e transcritos, seguiu-se a etapa de análise de dados. A análise de dados permitiu-nos visualizar, classificar, descrever e interpretar os dados colhidos organizando a informação.

Os dados recolhidos através das entrevistas semi-estruturadas foram analisados através da análise de conteúdo, segundo Laurence Bardin.

A análise de conteúdo é hoje uma das técnicas mais comuns na investigação empírica realizada pelas diferentes ciências humanas e sociais.

Segundo Vala (1986, p.114) a finalidade da análise de conteúdo será pois efectuar inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas.

Desta forma, todo o material que foi sujeito a análise é tido como resultado da investigação pelo que o investigador terá de ser capaz de realizar inferências sobre esse mesmo resultado.

Segundo Laurence Bardin (2003, p.95) “as diferentes fases da análise de conteúdo, tal como o inquérito sociológico ou a experimentação, organizam-se em torno de três pólos cronológicos”:

1. A pré-análise;
2. A exploração do material;
3. O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Na primeira etapa (pré-análise) é realizada uma organização dos dados recolhidos, com o intuito de sistematizar as ideias e elaborar assim um plano de análise.

Na etapa seguinte (exploração do material) é a aplicação do que foi planeado anteriormente onde é feita uma codificação de acordo com as regras pré-estabelecidas.

Na última etapa (tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação) consiste no estabelecimento de diagramas onde se destacam as informações consideradas mais importantes. Esta é uma etapa em que a subjectividade da interpretação do investigador é colocada pois cada sujeito tem a sua percepção de um conteúdo. Tendo sido esta a sequência de procedimentos, utilizada por nós, na análise dos dados recolhidos. No final

construímos uma tabela que nos permite uma visualização dos dados agrupados e sistematizados.

3.5 Aspectos éticos da Investigação

Para a realização de um trabalho de investigação deve ter-se em consideração o controlo das implicações éticas que lhe estão associados.

Em concordância com Fortin (1999,p.113) qualquer investigação efectuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. A ética coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação.

Existem por isso cinco princípios/direitos fundamentais que foram determinados pelos códigos de ética, sendo eles: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e por último o direito a um tratamento justo e leal.

- O direito à autodeterminação – o sujeito tem o direito de decidir livremente se quer participar ou não no estudo, “ baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino” (Fortin 1999,p.116)
- O direito à intimidade o sujeito tem a liberdade de decidir a informação que quer partilhar, “liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas.” (Fortin 1999,p.117)
- O direito ao anonimato e à confidencialidade “é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador” (Fortin 1999,p.117)
- O direito à protecção contra o desconforto e o prejuízos “regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem.” (Fortin 1999,p.118)
- O direito ao tratamento justo e equitativo “refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para qual é solicitado a

participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo” (Fortin 1999, p.119)

Durante o estudo garantimos o respeito pela adesão voluntária, pelo anonimato de todos os participantes e confidencialidade dos resultados obtidos, não revelando os nomes dos entrevistados, nem a instituição onde foram realizadas as entrevistas.

Os participantes foram informados de que teriam liberdade para, em qualquer fase de desenvolvimento do estudo, suspender a participação, sem que disso resultassem consequências negativas.

Os resultados obtidos através da realização da entrevista foram utilizados apenas no âmbito académico.

Foi fornecido a todos os participantes um formulário de consentimento informado, com toda a informação acerca do nosso estudo. Segundo Polit e Hungler (2005, p.87) o consentimento informado permite que todos os participantes tenham informações adequadas em relação à pesquisa; compreendam a informação, permitindo-lhes participar voluntariamente ou declinar a participação no estudo. Este encontra-se no apêndice 2.

As entrevistas decorreram no dia combinado com cada entrevistado e no seu local de trabalho, de forma a não causar transtornos de deslocação. Foram realizadas num gabinete que garantisse o respeito pela intimidade e privacidade dos mesmos.

Análise e

Interpretação dos

Resultados

4 Análise e Interpretação dos Resultados

Após a colheita de dados e realizada a análise de conteúdo dos dados recolhidos, identificámos duas categorias, quatro subcategorias e vinte e uma unidades de contexto.

Para uma melhor compreensão dos resultados obtidos, optámos por apresentar uma tabela resumo com as categorias, subcategorias, unidades de contexto e unidades de enumeração. Esta é então uma tabela representativa das categorias, subcategorias e unidades de contexto do nosso estudo.

Tabela 2 - Tabela representativa das categorias, subcategorias e unidades de contexto

Categoria	Subcategoria	Unidade de Contexto	Unidades de Enumeração	
Sentimentos	Sentimentos Positivos	Alegria	4	
		Gratificação	2	
		Satisfação	3	
		Subtotal	9	
	Sentimentos Negativos		Desgaste emocional	2
			Impotência	3
			Frustração	1
			Preocupação	5
			Sufrimento	1
			Tristeza	6
			Medo	1
			Raiva	2
			Revolta	1
			Subtotal	22
Total	31			
Estratégias	Estratégias Pessoais	Esquecimento	4	
		Reflexão	7	
		Pesquisa Bibliográfica	1	
		Subtotal	12	
	Estratégias de Grupo		Desabafo	4
			Partilha de Experiências	4
			Humor	2
			Subtotal	10
			Total	22

As categorias delimitadas foram: sentimentos e estratégias. A categoria sentimentos tem duas subcategorias, sentimentos positivos e sentimentos negativos. A categoria estratégias tem duas subcategorias, sendo estas as estratégias individuais e as estratégias em grupo.

Seguidamente serão apresentadas, analisadas e discutidas cada uma das categorias, subcategorias e unidades de contexto.

4.1 Sentimentos

A categoria sentimentos emergiu de duas subcategorias, os sentimentos positivos e os sentimentos negativos.

4.1.1 Sentimentos Positivos

Na primeira subcategoria, que se refere aos sentimentos positivos encontram-se incluídas as seguintes unidades de contexto alegria, gratificação e satisfação. Segundo Viscott (1982, p.22) os sentimentos positivos ampliam o nosso senso de força e bem-estar, produzindo prazer, plenitude e esperança. Desta forma, podemos afirmar que este tipo de sentimentos são impulsionadores de boas práticas de enfermagem.

Na tabela abaixo apresentamos a subcategoria sentimentos positivos que emerge, da unidade de contexto a alegria, e as unidades de registo respectivas.

Tabela 3 - Tabela representativa da unidade de contexto alegria

Categoria: Sentimentos		
Subcategoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registo
Sentimentos Positivos	Alegria	E1 F4 “porque às vezes só o facto de eles nos dizerem só uma palavra(...)dá-me imensa alegria” E1 F9 “dois meses e meio a tentar que ele nos dissesse, olhe eu hoje vou tomar banho sozinho(...) explosão de alegria” E1 F19 “o sentimento que eu tenho é...de profunda alegria (...)” E5 F137 “gosto muito daquela parte da alegria”

Na primeira unidade de contexto, a alegria, um dos entrevistados refere “dá-me imensa alegria” (E1 F5), esta é expressada por sorriso, contentamento, é uma palavra que descreve o prazer em outras palavras, é uma palavra mais social. A alegria manifestada pelos enfermeiros está relacionada com os ganhos do dia-a-dia da pessoa com esquizofrenia em fase aguda, como manifesta um dos entrevistados que lhe dá imensa alegria quando um utente toma banho sozinho. Diogo (2006) no seu estudo “a vida emocional do enfermeiro uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados” chega à conclusão que o enfermeiro sente alegria no cuidar.

Na tabela abaixo apresentada está a unidade de contexto, satisfação, inserida na subcategoria sentimentos positivos e as respectivas unidades de registo.

Tabela 4 - Tabela representativa da unidade de contexto satisfação

Categoria: Sentimentos		
Subcategoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registo
Sentimentos Positivos	Satisfação	E5 F134 “pode até ser mesmo de satisfação (...) porque quem trabalha nesta área está muitas vezes à espera que estas coisas surjam (...) e o sentimento pode ser mesmo de satisfação” E5 F137 “gosto muito daquela parte da satisfação” E5 F138 “enorme satisfação porque estamos a aplicar aquilo que nós aprendemos”

Na unidade de contexto, satisfação que, segundo o dicionário de língua portuguesa, é o acto ou efeito de satisfazer, é alegria, aprazimento e contentamento. Um dos entrevistados refere que sente uma “enorme satisfação porque estamos a aplicar aquilo que nós aprendemos” (E5 F138). Apenas um dos entrevistados referiu este sentimento e associou-o à possibilidade do enfermeiro poder aplicar na prática os seus conhecimentos.

Na tabela abaixo apresentada encontra-se a unidade de contexto gratificação, que se encontra dentro da subcategoria sentimentos positivos e, as respectivas unidades de registo.

Tabela 5 - Tabela representativa da unidade de contexto gratificação

Categoria: Sentimentos		
Subcategoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registo
Sentimentos Positivos	Gratificação	E2 F42 “eles chegam aqui sem regras e muitos deles saem daqui com regras e isso para nós é muito gratificante (...) e muitos deles depois saem de cá com bastantes regras e isso em termos de esquizofrenia também é muito gratificante para nós” E5 F136 “contribuir para a estabilização do doente (...) sentimo-nos obviamente gratos por contribuir”

Na unidade de contexto, gratificação, um dos participantes refere “sentimo-nos obviamente gratos por contribuir” (E5 F137). Este sentimento deriva do sentimento prazer. O sentimento gratificação emerge no enfermeiro por poder contribuir no processo evolutivo, com vista à recuperação da pessoa.

Bressen e Scatena (2002) no seu estudo também chegaram à conclusão que os enfermeiros sentem gratificação ao cuidar da pessoa com doença mental crónica.

4.1.2 Sentimentos Negativos

A segunda subcategoria que diz respeito aos sentimentos negativos emergiu das unidades de contexto, desgaste emocional, impotência, frustração, preocupação, sofrimento, tristeza, raiva, medo e revolta.

Viscott (1982, p.22) afirma que os sentimentos negativos, interferem no prazer, consomem muita energia e deixam a pessoa que os sente exausta, se os sentir repetidamente. Como pudemos verificar os enfermeiros entrevistados sentem mais sentimentos negativos, foram referidas 26 vezes, sentimentos negativos. O que pode por

em causa a prestação de cuidados de excelência pois como refere o autor estes sentimentos consomem muita energia pessoal.

Na seguinte tabela está apresentada a unidade de contexto desgaste emocional, que se encontra inserida na subcategoria sentimentos negativos e respectivas unidades de registo.

Tabela 6 - Tabela representativa da unidade de contexto desgaste emocional

Categoria: Sentimentos		
Subcategoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registo
Sentimentos Negativos	Desgaste emocional	E1 F6 “eles dizem sempre o contrário e isto às vezes é muito desgastante.” E1 F20 “Fico esgotada por dentro...ficioooo, às vezes eu fico magoada, quando nós dizemos...ah...oh Francisco, por exemplo, (agora estou a inventar um nome) ah...então mas porque....porquê que me estás a dizer isso e não sei quê....você saia-me da frente se não eu mato-a (...) eu fico completamente de rastos (...) aquilo que eu sinto”

Na unidade de contexto relativa ao desgaste emocional, que segundo Diogo (2006, p.128) “é um sentimento que deriva de outro, a fadiga. A fadiga alerta-nos para os seus limites físicos e psicológicos”. Os enfermeiros que cuidam da pessoa com esquizofrenia em fase aguda sentem desgaste emocional pois estas pessoas exigem muita atenção levando por vezes à ruptura como refere um dos participantes ao citar “eles dizem sempre o contrário e isto às vezes é muito desgastante.” (E1 F6). No estudo da autora acima referida também emergiu este sentimento, pois os cuidados podem constituir momentos de tamanha exigência e desgaste que conduzem a um estado limite.

Na seguinte tabela consta a unidade de contexto impotência, que se encontra dentro da subcategoria sentimentos negativos e as respectivas unidades de registo.

Tabela 7 - Tabela representativa da unidade de contexto impotência

Categoria: Sentimentos		
Subcategoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registo
Sentimentos Negativos	Impotência	E2 F39 “é de impotência (...) também por ser uma doença que não tem cura sentimo-nos muito impotentes com isso” E3 F55 “uma sensação de impotência (...) e o que é que eu assim vou sentir ao ouvir um miúdo, que é mais novo do que eu a dizer-me estas coisas...é uma sensação de impotência muito grande” E3 F60“ mas é claro que me sinto muito impotente”

Na unidade de contexto impotência, conforme o grande dicionário universal da língua portuguesa cit. Diogo (2006, p.124), significa falta de força, falta de poder fazer algo, representa também a qualidade de fraco, débil. Não se encontra classificado como emoção, mas podemos nomeá-la como sentimento tendo em conta que “os sentimentos são constituídos, sobretudo, pela percepção de um certo estado do corpo, ou seja, a percepção do estado do corpo forma a essência do sentimento” (Damásio 2003, p.107).

O sentimento impotência surge na prestação de cuidados à pessoa com esquizofrenia pois esta é uma doença crónica, não estando ao alcance do enfermeiro a cura da doença. Assim, dois entrevistados referiram impotência, referindo um deles “é de impotência (...) também por ser uma doença que não tem cura sentimo-nos muito impotentes com isso”(E2 F39).

Na tabela abaixo representada observa-se a unidade de contexto, frustração, que está incluída na subcategoria sentimentos negativos e as respectivas unidades de registo.

Tabela 8 - Tabela representativa da unidade de contexto frustração

Categoria: Sentimentos		
Subcategoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registo
Sentimentos Negativos	Frustração	E2 F39 “sabemos que eles não vão ter uma vida tão normal como a nossa e isso às vezes também me dá uma sensação de frustração”

Na unidade de contexto frustração um dos participantes refere “sabemos que eles não vão ter uma vida tão normal como a nossa e isso às vezes também me dá uma sensação de frustração” (E2 F39). Esta é um sentimento que ocorre nas situações onde algo impede de alcançar um objectivo. Quanto mais importante for o objectivo maior será a frustração. Este sentimento deriva da raiva, pois segundo Damásio (1994, p.163) a raiva é um sentimento de emoções universais básicas e que tem como derivações os sentimentos de emoções universais subtis, onde se enquadra a frustração. As fontes da frustração podem ser internas ou externas. As fontes internas da frustração envolvem deficiências pessoais como falta de confiança ou medo de situações sociais. As causas externas da frustração envolvem condições fora da pessoa como nos sugere a situação aqui descrita.

A frustração referida pelos enfermeiros está associada ao facto de as pessoas com esquizofrenia não terem um futuro tão promissor como poderiam ter se não padecessem desta patologia.

Na tabela apresentada em baixo está representada a unidade de contexto, preocupação, que se encontra inserida na subcategoria sentimentos negativos e respectivas unidades de registo.

Tabela 9 - Tabela representativa da unidade de contexto preocupação

Categoria: Sentimentos		
Subcategoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registo
Sentimentos Negativos	Preocupação	E4 F100 “Por isso quando está uma pessoa a alucinar eu não fico em desespero, não fico desesperada mas fico (...) muito preocupada e muito...” E4 F106 “é eu estar preocupada não saber o que é que era importante” E4 F114 “por mim enquanto enfermeira é mesmo a preocupação, e é a preocupação de qual será a minha melhor actuação” E4 F115“Fase aguda para mim nestes doentes é mesmo isso preocupada” E4 F110 “está frustrado fico ainda mais preocupada”

Segundo Diogo (2006, p.122) na prestação de cuidados o enfermeiro sente também preocupação, que é outra forma de medo.

Goleman (2002) cit. Diogo (2006, p:122) “sugere que a preocupação é o âmago da ansiedade. A preocupação é de certa maneira, um ensaio daquilo que pode correr mal e de como lidar com o invento. A tarefa da preocupação é descobrir uma solução positiva para os perigos da vida, antecipando-os antes que eles se manifestem.” Os enfermeiros referem preocupação na sua forma de actuar com estas pessoas. Um dos entrevistados refere “por mim enquanto enfermeira é mesmo a preocupação, e é a preocupação de qual será a minha melhor actuação” (E4 F114).

Na tabela seguinte encontra-se a unidade de contexto sofrimento, que se encontra inserida na subcategoria sentimentos negativos e as respectivas unidades de registo.

Tabela 10 - Tabela representativa da unidade de contexto sofrimento

Categoria: Sentimentos		
Subcategoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registo
Sentimento Negativos	Sufrimento	E4 F101 “sofro, acaba-se por se sofrer sempre um bocadinho porque tu por muito que queiras dizer aquela pessoa que aquilo é fruto da cabeça dela”

Na unidade de contexto, sofrimento, este é a emoção negativa a qualquer experiência aversiva. Ele é geralmente associado a dor e infelicidade, contudo qualquer condição pode gerar sofrimento se ele dor subjectivamente aversivo. Sofrimento é contrário aos sentimentos de felicidade e de prazer. Este sentimento surge nos enfermeiros devido à dificuldade sentida na comunicação com as pessoas em esquizofrenia em fase aguda. Um dos entrevistados narra que “sofro, acaba-se por se sofrer sempre um bocadinho porque tu por muito que queiras dizer aquela pessoa que aquilo é fruto da cabeça dela” (E4 F101) a pessoa por padecer de esquizofrenia em fase aguda não vai conseguir compreender que as alucinações têm origem apenas na sua mente e por isso os enfermeiros sofrem, por não conseguirem ajudar a pessoa nesse instante.

Na tabela encontra-se outra unidade de contexto, a tristeza, da subcategoria sentimentos negativos e respectivas unidades de registo.

Tabela 11 - Tabela representativa da unidade de contexto tristeza

Categoria: Sentimentos		
Subcategoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registo
Sentimentos Negativos	Tristeza	E1 F12 “e eles continuam sempre a dizer o contrário e saem daqui a dizer a mesma coisa...pois... isto é uma tristeza imensa” E1 F19 “o sentimento que eu tenho é (...) de profunda tristeza.” E2 F39 “sabemos que eles não vão ter uma vida tão normal como a nossa e isso às vezes também me dá uma sensação de tristeza” E3 F55 “porque é muito triste ter um doente de 24 anos” E3 F58 “é claro que me sinto muito triste (...)porque não há uma resposta mais certa do que outra” E3 F62 “e às vezes sinto-me mesmo...triste, porque não há estas respostas”

A unidade de contexto identificada é a tristeza, sendo este o sentimento mais enumerado nas entrevistas realizadas e segundo Diogo (2006, p.50) esta acarreta uma quebra de energia e o entusiasmo pelas actividades de vida, sobretudo diversões e prazeres e, à medida que se acentua abranda o metabolismo do corpo. É o oposto da alegria. A tristeza referida pelos enfermeiros é vivida sobre várias formas e em vários contextos, sendo estes, o facto de muitas vezes não terem respostas para dar às pessoas com esquizofrenia em fase aguda e também devido à proximidade de idades entre a pessoa portadora da patologia e os profissionais de enfermagem, pois estas não terão uma vida tão “normal” como os enfermeiros. No estudo de Diogo (2006), acima referido na

unidade de contexto tristeza, refere que as causas da tristeza têm habitualmente a ver com situações de desapontamento.

Damásio (1994) classifica este sentimento como pertencendo aos sentimentos de emoções universais básicos.

A tabela seguinte mostra outra unidade de contexto, a raiva, da subcategoria sentimentos negativos e as respectivas unidades de registo.

Tabela 12 - Tabela representativa da unidade de contexto raiva

Categoria: Sentimentos		
Subcategoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registo
Sentimentos Negativos	Raiva	E3 F63“sinto uma raiva descomunal porque eles descompensam e depois começam a ter alucinações visuais que começa com uma coisa má (...) senti uma raiva descomunal, quer dizer, entra aqui dentro com “eu quero matar alguém”” E5 F135 “acho que pode ser mesmo de fúria quando, por exemplo os doentes vêm numa fase mais negativa”

Na unidade de contexto seguinte que se refere à raiva, sentimento de protesto, insegurança, timidez ou frustração, contra alguém ou alguma coisa, que se exterioriza quando o ego se sente ferido ou ameaçado. A intensidade da raiva, ou a sua ausência difere entre as pessoas. Ângelis (2005, pág.37) aponta o desenvolvimento moral e psicológico do indivíduo como determinante na maneira como a raiva é exteriorizada. Esta também pode ser um sentimento passageiro ou prolongado. Um participante afirma que “sinto uma raiva descomunal porque eles descompensam “ (E3 F63), pois têm um trabalho diário com o utente que se perde quando este descompensa.

A raiva pode também ter origem numa sensação de impotência por parte do enfermeiro, pois a pessoa com esquizofrenia em fase aguda que apresenta sintomas negativos demonstra falta de motivação e isolamento, sendo difícil trabalhar com estes neste período.

Na tabela abaixo apresentada está representada outra das unidades de contexto, o medo, da subcategoria sentimentos negativos e as respectivas unidades de registo.

Tabela 13 - Tabela representativa da unidade de contexto medo

Categoria: Sentimentos		
Subcategoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registo
Sentimentos Negativos	Medo	E3 F64 “ às vezes também sinto um bocadinho de medo, com um doente a entrar-me pela porta a dentro a dizer-me uma coisa destas”

Na unidade de contexto medo um dos participantes refere que “ às vezes também sinto um bocadinho de medo, com um doente a entrar-me pela porta a dentro a dizer-me uma coisa destas” (E3 F64). O medo é um sentimento que proporciona um estado de alerta demonstrado pelo receio de fazer alguma coisa, geralmente por se sentir ameaçado, tanto fisicamente como psicologicamente. Segundo Diogo (2006, p.49) “com o medo, o sangue corre para os grandes músculos esqueléticos, como os das pernas, facilitando a fuga e empalidecendo a face, devido à perda de fluxo sanguíneo (o que também provoca a sensação de frio). Ao mesmo tempo o corpo imobiliza-se nem que seja por um brevíssimo instante, (...) circuitos dos centros emocionais desencadeiam um fluxo de hormonas que colocam o corpo em estado de alerta geral, mantendo tenso e preparando-o para a acção e a atenção fixa-se na ameaça presença para melhor avaliar que resposta dar.” O medo referido pelos enfermeiros está associado aos acessos de violência das pessoas com esquizofrenia em fase aguda, característico da patologia.

No estudo realizado por Bressen e Scatena (2002) os enfermeiros que cuidam do doente mental crónico também referiram sentir medo mas associado à situação do primeiro contacto com a pessoa.

Na tabela seguinte apresentamos a unidade de contexto revolta, da subcategoria sentimentos negativos e respectivas unidades de registo.

Tabela 14 - Tabela representativa da unidade de contexto revolta

Categoria: Sentimentos		
Subcategoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registo
Sentimentos Negativos	Revolta	E2 F39 “sabemos que eles não vão ter uma vida tão normal como a nossa e isso às vezes também me dá uma sensação de revolta”

Na unidade de contexto revolta, sentimento que advém da emoção de indignação, e que segundo Diogo (2006, p.126) é expressa directamente na forma de dificuldade em aceitar algo. Um dos entrevistados refere revolta com a baixa qualidade de vida que a pessoa com esquizofrenia possui citando que “sabemos que eles não vão ter uma vida tão normal como a nossa e isso às vezes também me dá uma sensação de revolta” (E2 F39).

4.2 Estratégias

Na categoria Estratégias foram definidas duas subcategorias, sendo estas as estratégias individuais e as estratégias em grupo

Segundo Thietart (1984) estratégia é o conjunto de decisões e acções relativas à escolha dos meios e à articulação de recursos com vista a atingir um objectivo. As estratégias tornam – se fundamentais para a prática do enfermeiro no cuidar para saberem como

lidar com os sentimentos negativos, pois estes foram os mais referidos pelos entrevistados.

4.2.1 Estratégias individuais

As estratégias individuais, segundo Cardia e Santos (2006) estão relacionadas com a procura de actividades para melhorar o estado emocional e o respeito a si mesmo.

Esta subcategoria apresenta quatro unidades de contexto, o esquecimento, a reflexão, a pesquisa bibliográfica das quais emergiu a subcategoria estratégias individuais.

Na tabela seguinte está a unidade de contexto esquecimento, que se encontra inserida na subcategoria estratégias pessoais e as respectivas unidades de registo.

Tabela 15 - Tabela representativa da unidade de contexto esquecimento

Categoria: Estratégias		
Subcategoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registo
Estratégias Pessoais	Esquecimento	E1 F23 “amanhã é um novo dia, amanhã vou começar outra vez e vamos ver o que nos espera” E1 F 27 “mas, amanhã eu vou tentar outra vez batalhar na mesma questão e vou esquecer aquilo que ele me disse” E5 F141 “tentar completamente esquecer” E5 F142 “tentar ver a questão por outro lado e pronto uma pessoa acaba por esquecer”v

A primeira unidade de contexto, o esquecimento que segundo o dicionário da língua portuguesa (2006) significa falta de lembrança, de memória, omissão e distração. Os enfermeiros referem esquecimento como estratégia de enfrentar os sentimentos que surgem na prestação de cuidados à pessoa com esquizofrenia em fase aguda. Um dos participantes refere que “tentar completamente esquecer” (E5 F141), para no dia seguinte regressar.

Na tabela abaixo apresentada encontra-se a unidade de contexto reflexão, inserida na subcategoria estratégias pessoais e as unidades de registo correspondentes.

Tabela 16 - Tabela representativa da unidade de contexto reflexão

Categoria: Estratégias		
Subcategoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registo
Estratégias Pessoais	Reflexão	E2 F45 “tentar pensar é uma pessoa que está aqui para melhorar e que eu sou enfermeira e tenho que fazer o meu melhor aqui, tenho que aplicar as minhas competências e desenvolver o melhor para ele em termos de progressão da vida dele” E3 F57 “naquele momento eu tenho mesmo que parar, distanciar-me um bocadinho, para me reorganizar (...) e dizer qual a melhorar resposta para dar neste momento” E3 F67 “eu penso muito em tudo o que me acontece” E3 F68 “porque eu penso muito nas coisas” E3 F69 “é que eu penso, muito, muito, muito nas coisas que me acontecem” E4 F120 “eu começo por ficar em silêncio” E3 F85 “escrevo muito, volta e meia escrevo, faço alguns artigos sobre isso”

Na segunda unidade de contexto referente à reflexão, que segundo o Dicionário completo Língua Portuguesa significa, retorno do pensamento sobre si mesmo, com vista a examinar mais profundamente uma ideia, uma situação e/ou um problema. Dois participantes referem utilizar esta estratégia para lidar com os sentimentos aquando da prestação de cuidados à pessoa com esquizofrenia, em que um cita que “naquele momento eu tenho mesmo que parar, distanciar-me um bocadinho, para me reorganizar (...) e dizer qual a melhorar resposta para dar neste momento” (E3 F57).

Na tabela seguinte está a unidade de contexto pesquisa bibliográfica, inserida na subcategoria estratégias pessoais e as respectivas unidades de registo.

Tabela 17 - Tabela representativa da unidade de contexto pesquisa bibliográfica

Categoria: Estratégias		
Subcategoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registo
Estratégias Pessoais	Pesquisa Bibliográfica	E4 F121“estudando, lendo e pesquisando e descobrindo novas formas de dar respostas aos doentes”

A unidade de contexto, referida por um dos entrevistados é a pesquisa bibliográfica, que refere ser uma forma para lidar com os seus sentimentos, pois aumenta o seu saber sobre o modo como pode cuidar das pessoas com esquizofrenia em fase aguda, citando que vai “estudando, lendo e pesquisando e descobrindo novas formas de dar respostas aos doentes” (E4 F121). Através da pesquisa bibliográfica o enfermeiro aumenta o seu saber teórico e desta forma presta cuidados de qualidade e conseguir dar resposta à pessoa com esquizofrenia em fase aguda.

4.2.2 Estratégias de grupo

As estratégias de grupo realizadas pelos enfermeiros, segundo Munari (1995) cit. por Saeki et al (1999) compreendem desde as tarefas desenvolvidas pela equipa de enfermagem, às orientações feitas a um grupo de pessoas que necessitem se suporte emocional ou que estejam aprendendo a adaptar-se às novas situações da vida.

Na segunda subcategoria surgiram três unidades de contexto, o desabafo, a partilha de experiências e o humor.

Na tabela abaixo representada está a unidade de contexto desabafo, que se encontra dentro da subcategoria estratégias de grupo e as respectivas unidades de registo.

Tabela 18 - Tabela representativa da unidade de contexto desabafo

Categoria: Estratégias		
Subcategoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registo
Estratégias de grupo	Desabafo	E2 F46 “desabafar um bocadinho com a equipa (...) é importante também desabafar com a equipa porque são aquelas pessoas que nos compreendem um bocadinho os nossos sentimentos” E2 F49 “temos que falar com alguém que está a vivenciar o mesmo que nós e que conhece a nossa realidade” E3 F76“eu acho que é conversando” E3 F85 “falo muito, falo muito”

A unidade de contexto desabafo, é definida pelo Dicionário Completo Língua Portuguesa como, expandir-se; revelar o que sente ou pensa; aliviar o agravo que se tem de alguém, comunicando-o. Esta unidade de contexto foi referida por dois dos entrevistados em que um deles declara que “temos que falar com alguém que está a vivenciar o mesmo que nós e que conhece a nossa realidade” (E2 F49). Esta unidade de contexto refere-se à necessidade que o enfermeiro tem de falar com alguém que conheça a sua realidade mas também que seja uma pessoa da sua confiança, pois o desabafo é mais íntimo que a troca de experiência, pois no desabafo a pessoa mostra mais de si.

Na tabela seguinte encontra-se a unidade de contexto partilha de experiências, que pertence à subcategoria estratégias de grupo e as respectivas unidades de registo.

Tabela 19 - Tabela representativa da unidade de contexto partilha de experiências

Categoria: Estratégias		
Subcategoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registo
Estratégias de grupo	Partilha de Experiências	E2 F47 “falar um bocadinho sobre isso e também ver que estratégias é que eles estão a utilizar (...) pronto trocar experiências com os nossos grupos pares, isso é fundamental” E3 F70 “é o facto de nós conversarmos muito entre nós, equipa de enfermagem e partilharmos” E3 F73 “é partilhar” E3 F81 “eu partilho sempre”

A unidade de contexto partilha de experiencias é referente à troca de vivencias entre os enfermeiros, com vista a trocarem experiencias entre si para vivenciar de forma positiva os sentimentos que emergem do cuidar da pessoa com esquizofrenia em fase aguda. Três enfermeiros utilizam esta estratégia, referindo um deles que “falar um bocadinho sobre isso e também ver que estratégias é que eles estão a utilizar (...) pronto trocar experiências com os nossos grupos pares, isso é fundamental” (E2 F47).

Diogo (2006), no seu estudo chega à conclusão que uma das estratégias utilizadas pelos enfermeiros para lidar com os sentimentos que emergem do cuidar é a partilha de experiências entre a equipa de enfermagem.

Na tabela seguinte encontra-se a unidade de contexto humor, que pertence à subcategoria estratégias de grupo e as respectivas unidades de registo.

Tabela 20 - Tabela representativa da unidade de contexto humor

Categoria: Estratégias		
Subcategoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registo
Estratégias Grupo	Humor	E5 F140 “olha é rir, rir muito” E5 F140 “a equipa também muitas vezes entre aspas imita um bocado os delírios e depois entramos um bocado nesse jogo”

A unidade de contexto humor, este é uma estratégia, segundo Diogo (2006), que pode funcionar como protecção para o enfermeiro. O objectivo é desanuviar o ambiente de tensão emocional e contribui para desviar o foco de atenção dos pensamentos e emoções perturbadoras para algo agradável e satisfatório. Um dos participantes utiliza o humor para lidar com os seus sentimentos durante a prestação de cuidados à pessoa com esquizofrenia, porque para ele é uma forma de descontrair dos sentimentos fortes que tem durante a prestação de cuidados. Este enfermeiro narra que, E5 F140 “olha é rir, rir muito”.

Após toda a análise e interpretação dos dados, pudemos perceber que o sentimento positivo mais referido pelos enfermeiros entrevistados foi a alegria, assim como o sentimento negativo mais referido foi a tristeza. A estratégia pessoal mais utilizada é a reflexão e a de grupo é o desabafo e a partilha de experiências.

No próximo capítulo será realizada a conclusão do nosso estudo.

Conclusão

5 Conclusão

O acto do cuidar está inscrito numa dinâmica socióemocional. Desta forma, é importante colocar a nu as vivências emocionais do enfermeiro prestador de cuidados à pessoa com esquizofrenia em fase aguda, pois estas vão interferir no acto de cuidar.

Perante a nossa problemática, a questão de investigação que colocámos foi: *“Quais os sentimentos do Enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa com esquizofrenia em fase aguda?”*

Foram definidos como objectivos deste estudo: conhecer os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros durante o processo da estabilização da pessoa com esquizofrenia em fase aguda; identificar as estratégias que o enfermeiro utiliza para lidar com os mesmos nas intervenções de enfermagem.

Neste sentido, foi elaborado um estudo de paradigma qualitativo. A investigação decorreu na região de Lisboa, numa casa de saúde onde se prestam cuidados psiquiátricos. A amostra é constituída por seis enfermeiros que prestam cuidados directos a pessoas com esquizofrenia em fase aguda e possuem pelo menos seis meses de experiência. A técnica de colheita de dados foi efectuado por meio de entrevista áudio -gravada e os dados foram posteriormente analisados segundo o método de análise de conteúdo de Laurence Bardin. Desta análise emergiram duas categorias: Sentimentos e Estratégias

Concluimos que os enfermeiros experienciam, no cuidar da pessoa com esquizofrenia em fase aguda, um conjunto de sentimentos e emoções que agrupámos como positivos, a alegria, a gratificação, e a satisfação, e negativos como, tristeza, raiva, medo e revolta, o desgaste, o cansaço, a impotência, a frustração, a confusão, a preocupação, o sofrimento e a fúria. As estratégias adoptadas por estes para lidar com estes sentimentos foram agrupadas em estratégias individuais como, o esquecimento, a reflexão e a pesquisa bibliográfica e estratégias de grupo como, o desabafo, a partilha de experiências e o humor.

Pelo exposto, podemos considerar que os objectivos a que nos propusemos no início deste estudo, foram alcançados com sucesso.

Este estudo é importante para a prática de enfermagem pois explora uma área pouco investigada e bastante estigmatizada. Para a pessoa com esquizofrenia este estudo torna-se relevante pois os enfermeiros ao tomarem conhecimento dos seus sentimentos e das várias estratégias a aplicarem para lidar com os mesmos aprendem como prestar cuidados de excelência, sem ficarem tão desgastados com os sentimentos negativos, visto serem estes os mais referidos nas nossas entrevistas.

Implicações,
Limitações e
Sugestões

6 Implicações

As implicações que o presente estudo tem para a enfermagem, é o facto de a divulgação dos resultados clarificar alguns dos sentimentos que os enfermeiros apresentam durante a prestação de cuidados à pessoa com esquizofrenia em fase aguda, numa perspectiva de incessante procura da excelência dos cuidados de enfermagem.

Para a investigação este estudo torna-se pertinente por ser um impulsionador para futuras investigações na área da enfermagem na saúde mental, por ser uma área em que foram realizados poucos estudos em Portugal.

As implicações que este estudo tem para o curso de enfermagem são a melhoria da qualidade dos cuidados, pois o enfermeiro ao conhecer-se, ao reflectir sobre os seus sentimentos e estratégias para lidar com eles consegue prestar melhores cuidados e estabelecer uma boa relação terapêutica.

7 Limitações

Embora tenhamos tido a constante preocupação de manter o máximo rigor metodológico no estudo deparamo-nos com algumas limitações. Estas podem ser de carácter interno ou externo aos investigadores.

Desta forma, as limitações do nosso estudo foram:

- A primeira diz respeito à nossa inexperiência na realização de trabalhos científicos.
- Outra limitação com que nos deparamos foi o tempo, pois o facto de ser um estudo com limitação temporal, a carga horária tanto das aulas como dos estágios e a elaboração de outros trabalhos do percurso académico condicionou a realização do estudo.
- O facto de, por condicionante alheias à nossa vontade não termos conseguido proceder à recolha dos dados atempadamente na Clínica Psiquiátrica, o que nos obrigou a procurar a Casa de Saúde e a redefinir os critérios de selecção da amostra.

8 Sugestões

Não conseguiríamos dar por terminado o nosso trabalho, sem antes sugerimos que no futuro se realizem estudos semelhantes a este. Observamos ao longo da análise dos dados que os sentimentos referidos pelas mulheres eram diferentes dos homens, seria interessante a realização de um estudo que fizesse a comparação dos sentimentos entre enfermeiros homens e mulheres.

Uma vez que os saberes dos enfermeiros generalistas e especialistas são diferentes, os seus sentimentos durante a prestação de cuidados poderão ser diferentes, propomos um estudo para investigar se existisse realmente essa diferença entre os sentimentos dos enfermeiros especialistas e enfermeiros generalistas.

Bibliografia

9 Bibliografia

Association, N. A. (2006). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2005-2006*. Porto Alegre: Artmed.

Ballone, G. (11 de Janeiro de 2005). *Da Emoção à Lesão*. Obtido em 18 de Outubro de 2008, de PsiquWeb: <http://virtualpsy.locaweb.com.br>

Ballone, G. (24 de Fevereiro de 2005). *Perguntas mais freqüentes sobre Esquizofrenia*. Obtido em 17 de Maio de 2008, de PsiquWeb: <http://virtualpsy.locaweb.com.br/?art=328&sec=31>

Bento, A., Carreira, M., & Heitor, M. J. (2001). *Censo Psiquiátrico de 2001*. Direcção - geral de Saúde.

Bolander, V. R., Sorensen, & Luckmann. (1998). *Enfermagem Fundamental - Abordagem psicofiológica*. Lisboa: Lusodidacta.

Bressen, V. R., & Scatera, M. C. (2002). O cuidar do doente mental crónico na perspectiva do enfermeiro: um enfoque fenomenológico. *Rivista latino-am Enfermagem* , 682-689.

Brunner, S. (1980). *Prática de Enfermagem* (1ª ed., Vol. 1). Rio de Janeiro: Editora Inter Americana.

Carvalhinhas, A. M. (Julho - Dezembro de 2004). Desenvolvimento humano e profissional: uma exigência ética? *Informar* , pp. 24 - 33.

Colliére, M. F. (1999). *Promover a vida-Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem* (5ª ed.). Lisboa: Lidel-edições técnicas, Lda.

Conde, A. (Julho - Dezembro de 2004). A dignidade não se perde ao longa da vida. *Informar* , pp. 9-12.

Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2004). *Prática baseada na evidência - Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.

Dalery, J., & Amato, T. (2001). *A esquizofrenia - investigações actuais e perspectivas* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi.

Damásio, A. (2003). *Ao Encontro de Espinosa: As Emoções Sociais e a Neurologia do Sentir* (1ª ed.). Mem Martins: Publicações Europa-América.

Damásio, A. (1994). *O erro de Descartes* (1ª ed.). Mem Martins: Publicações Europa-América.

Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro - Um perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados* (1ª ed.). Coimbra: FORMASAU.

Diogo, P. M. (2006). *A vida emocional do Enfermeiro - Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados* (1ª ed.). Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.

Duckworth, K. (Fevereiro de 2007). *Schizophrenia*. Obtido em 24 de Abril de 2008, de Nacional Alliance on Mental Illness: http://www.nami.org/Template.cfm?Section=By_Illness&Template=/TaggedPage/TaggedPageDisplay.cfm&TPLID=54&ContentID=23036

Everett, T., Donaghy, M., & Feaver, S. (2003). *Interventions for Mental Health*. Flórida: Butter worth Heinemann.

Fausto, A. (2005). *Factores Sociais e Culturais da esquizofrenia* (1ª ed.). Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa.

Flick, U. (2004). *Uma introdução à pesquisa qualitativa* (2ª ed.). Porto Alegre: Bookman Companhia Editora.

Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Freitas, F. P., Santos, L. L., & Brasil, V. V. (s.d.). *SciELO brasil*. Obtido em 1 de Dezembro de 2008, de SciELO Brasil: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11482.pdf>

Galvão, C. M., Samada, N. O., & Mendes, I. A. (2003). A busca das melhores evidências. *Revista escola Enfermagem USP*, pp. 43-50.

Garrabé, J. (2004). *História da Esquizofrenia* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Giacon, B. C., & Galera, S. A. (23 de Março de 2005). *SciELO Brasil*. Obtido em 5 de Outubro de 2008, de SciELO Brasil: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/18.pdf>

Goleman, D. (2002). *Inteligência Emocional* (11ª ed.). Lisboa: Temas e Debates.

Golleman, D. (2006). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Sabádo.

Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo - sentidos e formas de uso* (1ª ed.). Lisboa: Príncipia.

Hébert, M. L., Goyette, G., & Boutin, G. (1990). *Investigação qualitativa - Fundamentos e Práticas* (1ª ed.). Lisboa: Instituto Piaget.

Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo: contribuir para um universo mais cuidador* (1ª ed.). Loures: Lusociência.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar* (1ª ed.). Loures: Lusociência.

Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência* (1ª ed.). Loures: Lusociência.

Kaplan, H. I. (1995). *Medicina psiquiátrica de emergência*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Kaplan, H. L., & Saddock, B. J. (2002). *Manual de Psiquiatria* (2ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Kerele, J. M., & Roegires, X. (1993). *Metodologia da recolha de dados - fundamentos dos métodos de observações, de questionários e de estudo de documentos* (1ª ed.). Lisboa: Instituto Piaget.

Lewine, R., Strauss, J. S., & Gift, T. E. (1981). Sex differences in age at first hospital admission for schizophrenia: fact or artefact? *American Journal of Psychiatry* .

Marconi, M. A., & Lakahos, E. M. (2002). *Técnicas de Pesquisa* (5ª ed.). São Paulo: Atlas.

Moreira, D. A. (2002). *O método fenomenológico na pesquisa* (1ª ed.). Brasil: Thomson Pioneira.

Navalhas, J. C. (1997). Projeto de intervenção no âmbito da visita domiciliária no contexto do cuidar em enfermagem. *Enfermagem* , pp. 40-45.

Neves, L. G. (Janeiro - Junho de 2005). Enfermagem e desenvolvimento humano da pessoa. *Informar* , pp. 3-8.

Nunes, L. (2002). *Um olhar sobre o ombro - Enfermagem em Portugal (1881 - 1998)*. Loures: Lusociência.

Organization, W. H. (2000). *Preventing Suicide - A resource for primary Health care workers*. Geneva: WHO.

Phipps, W. J., Sands, J. K., & Marek, J. F. (2003). *Enfermagem Médico - Cirúrgica* (6ª ed.). Loures: Lusociência.

Piccinelli, M., & Homem, F. G. (1997). *Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia*. Geneva: Organização Mundial de Saúde.

Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem - Métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Pública, B. S. (2002). *Teses- Saúde Pública*. Obtido em 1 de Julho de 2008, de FioCruz: http://portaldes.cict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00010712&lng=pt&nr m=iso

Quivy, R., & Campenhautd, L. V. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais* (2º ed.). Lisboa: Gravidia.

Sadigursky, D., Hurst, I. H., & Tavares, J. D. (1998). Pesquisa em enfermagem psiquiátrica: concepções e expectativas de enfermeiros que actuam em instalações psiquiátricas. *Revista latino-am Enfermagem* , 89-98.

Saeki, T., Munori, D. B., & Alencastre, M. B. (Dezembro de 1999). Reflexões sobre o ensino de dinâmica de grupo para alunos de graduação em enfermagem. *Revista Esc. Enf* , 342-347.

Saúde, D. G. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

Saúde, O. M. (2007). *CID-10 VOL. 1 : Classificação Estatística Internacional de Doenças* . EDUSP .

Saúde, O. M. (2001). *Relatório sobre a saúde no Mundo 2001 - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Geneva: WHO.

Slack incorporated. (2002). *Evidence-Based rehabilitation-Agude Praticce*. U.S.A: Gone road.

Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Stuart, G. W. (2001). *Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas*. Porto Alegre: Artmed.

Viscott, D. S., & Malta, L. R. (1982). *A linguagem dos sentimentos*. São Paulo: Summus Editorial SP.

Apêndices

10 Apêndices

10.1 Pedido de autorização para a recolha de dados

À Excelentíssima Sra Dra. [REDACTED]
Directora da Casa de Saúde [REDACTED]

Assunto: Recolha de dados para Monografia de final do curso de Licenciatura em Enfermagem

Beatriz Emanuel Ferreira Pires dos Santos Marques e Sofia Madalena dos Santos Oliveira, alunas finalistas do 5º Curso de Licenciatura em Enfermagem na Escola Superior de Saúde Atlântica/Universidade Atlântica, vêm solicitar autorização para efectuar a recolha de dados no âmbito da Monografia final do curso cujo título é: **“Os sentimentos do Enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa com esquizofrenia em fase aguda”**, através da realização de entrevistas semi-estruturadas, áudio-gravadas, de resposta aberta (guião em anexo), a cinco enfermeiros da unidade de agudos da Casa de Saúde [REDACTED].

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo simples, de nível I, numa abordagem qualitativa, com os seguintes objectivos:

- Conhecer os sentimentos experienciados pelos enfermeiros durante a prestação de cuidados à pessoa com esquizofrenia em fase aguda;
- Identificar as estratégias que o enfermeiro utiliza para lidar com esses sentimentos.

Garantimos o respeito pela adesão voluntária ao estudo, pelo anonimato de todos os participantes e confidencialidade dos resultados obtidos.

Os participantes têm a liberdade para, em qualquer fase de desenvolvimento do estudo, suspender a participação, sem que disso resultem consequências negativas.

Informamos que os resultados obtidos serão utilizados exclusivamente no âmbito académico, e encontramos-nos disponíveis para os partilhar com a instituição, se nisso houver interesse.

Ao dispôr para qualquer esclarecimento, aguardamos deferimento,

Barcarena, 3 de Outubro de 2008

Autoras:

_____(Beatriz Marques, Telemóvel: [REDACTED])

_____(Sofia Oliveira, Telemóvel: [REDACTED])

Email: [REDACTED]

Orientadora:

_____(Prof.ª Ema Perdigão, Telemóvel: [REDACTED])

Email: [REDACTED]

[REDACTED]

Exma. Senhora:
Prof. Ema Perdigão
Universidade Atlântica
Antiga Fábrica da Pólvora de Barcarena
2730-036 Barcarena

V/ Referência:		N/ Referência	
Ofício circ. n.º:	Data:	Ofício n.º: Processo:	Data: 07/10/2008

ASSUNTO: Resposta ao pedido para recolha de dados para Monografia de final de curso de Licenciatura em Enfermagem

Serve a presente para informar que as alunas finalistas do 5º Curso de Licenciatura em Enfermagem – Beatriz Emanuel Ferreira Pires dos Santos Marques e Sofia Madalena dos Santos Oliveira, estão autorizadas a efectuar entrevistas a cinco enfermeiros da Clínica [REDACTED] [REDACTED] (unidade de doentes em fase aguda) da [REDACTED], no âmbito da realização da monografia final de Curso. Mais se acrescenta que a confidencialidade e consentimento informado dos participantes deve ser garantida, bem como o acesso da [REDACTED] aos resultados, mais especificamente no que se refere à monografia final. Permitimos ainda que as referidas alunas contactem directamente com a Enfermeira Coordenadora da [REDACTED] – Enf. [REDACTED].

Sempre ao dispor,

[REDACTED]

A Directora de Enfermagem

[REDACTED]

[REDACTED]

10.2 Autorização para a realização do estudo

10.3 Declaração de consentimento informado

Declaração de Consentimento Informado

Declaro que os procedimentos de investigação descritos na carta anexa, foram-me explicados e que responderam de forma satisfatória às minhas questões.

Compreendo também as vantagens que existem em participar neste estudo de investigação.

Fui informado(a) pelas autoras do estudo, que tenho o direito de colocar durante o desenvolvimento de todo o estudo, qualquer questão referente ao mesmo.

Fui esclarecido(a) quanto à minha liberdade para em qualquer fase de desenvolvimento do estudo, suspender a minha participação, sem que disso advenham consequências negativas.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

Para qualquer questão, contactar os investigadores ou orientadora do estudo

Autoras:

_____ (Beatriz Marques, Telemóvel: _____)

_____ (Sofia Oliveira, Telemóvel: _____)

Email: _____)

Orientadora:

_____ (Prof.^a Ema Perdigão, Telemóvel: _____)

Email: _____)

10.4 Guião da entrevista

Guião de Entrevista

A Esquizofrenia é das patologias, do foro psiquiátrico, que detém a maior percentagem de internamentos e a mais frequente nas consultas e urgências, segundo o censo de 2001.

As emoções e os sentimentos dão forma à existência de ser enfermeiro e dão sentido ao próprio cuidar.

Ao cuidar de pessoas com esquizofrenia em fase aguda o enfermeiro experiencia um conjunto de sentimentos, os objectivos do nosso estudo são conhecê-los e identificar as estratégias que o enfermeiro utiliza para lidar com esses sentimentos.

1. Descreva quais os sentimentos que experiencia durante a prestação directa de cuidados à pessoa com esquizofrenia em fase aguda.
2. Quais as estratégias que utiliza para lidar com esses sentimentos?

10.6 Entrevistas

10.6.1 Entrevista 1

Entrevistadoras – Boa tarde, nós somos alunas finalistas da universidade atlântica e a nossa entrevista é no âmbito da nossa Monografia final de curso. A nossa monografia tem como título “Os sentimentos do Enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa com esquizofrenia em fase aguda”, Assim gostaríamos que descrevesse quais os sentimentos que experiencia durante a prestação directa de cuidados à pessoa com esquizofrenia em fase aguda.

Entrevistada A – olha é assim... é de extremos...pode ser muito bom como pode ser muito mau...bom porque...ah...às vezes são fases. Bom porque às vezes só o facto de eles nos dizerem só uma palavra...ah...ah...dá-me imensa alegria, pronto. Começamos logo por aí, porque nós às vezes estamos aqui, todos os dias, aqui os internamentos são de três meses, por isso só estão aqui no máximo três meses. Mas há doentes que entram, fazem a medicação, fazem...ah...têm aqui actividades na casa de saúde do telhal...ah...frequentam...ah...essas actividades, mas continuam a ter alucinações, continuam a ter delírios, sentimentos positivos, sentimentos negativos...ah... e por mais que nós digamos...ah...uma coisa trinta e um mil vezes, eles dizem sempre o contrario e isto às vezes é muito desgastante. Nós às vezes saímos daqui com a cabeça num oito...ah...mas quando nós vamos fazer um turno...e...eles nos dizem olhe eu hoje vou tomar banho, isto se calhar para outras pessoas, não...não é nada, mas para nós é muito porque se calhar...ah...nós tivemos...ah... dois meses e meio a tentar que ele nos dissesse olhe eu hoje vou tomar banho sozinho, eu hoje vou tomar banho. Bem isso é assim é um explosão de alegria, não é? (concerteza). A gente começa a rir, a gente começa épa bueda fixe e não sei quê...é um espectáculo.

Depois há aqueles dias em que...hum... (..) diz aquelas trinta e uma mil coisas, não é? (claro) E eles continuam sempre a dizer o contrário e saem daqui a dizer a mesma coisa...pois...isso é uma tristeza imensa. Porque nós depois pensamos assim, (...) como é que é possível nós estamos aqui fazemos não sei quê, mais não sei quantos e eles sempre na mesma...sempre na mesma, é horrível, horrível, horrível, e às vezes nós pensamos, será que é esta a profissão certa?, mas porquê que eu vim para esta área?

Porque se eu fosse para uma medicina ou para uma cirurgia isto não era assim...não é? Porque nas medicinas e nas cirurgias eles tão lá o menos de tempo possível, quanto menos tempo melhor. Agora aqui não, nós estamos todos os dias eles e depois é assim nós aqui também fazemos turnos de tardes e noites seguidas, estamos aqui dezasseis horas com eles. (pois) às vezes uma pessoa sai daqui de rastos. Mas pronto eu acho que é e pelo menos o meu sentimento e eu estou a trabalhar aqui há sete meses e o sentimento que eu tenho é que...ou de profunda alegria ou de profunda tristeza é de extremo e...depois temos as patologias e depende também da própria personalidade da pessoa, não é? (sim claro). E depois é assim, também temos que lidar com as agressões...e eu as vezes fico...fico...fico esgotada por dentro...fico, às vezes eu fico magoada, quando nós dizemos...ah...Oh Francisco, por exemplo, (agora estou a inventar um nome) ah..então mas porque...porquê que me estás a dizer isso e não sei quê...você saía-me da frente se não eu mato-a... e nós...e é assim se calhar essas semanas que ele teve cá sempre conseguimos ter uma conversa adequada com ele e ele esteve sempre com um discurso coerente e depois de repente tem um discurso assim destes...eu fico completamente...de...rastos...muito sinceramente é aquilo que eu acho e aquilo que eu sinto...é uma grande alegria e uma grande tristeza...e esgotada...e esgotada. Estes são os meus principais sentimentos e pronto.

Entrevistadoras – e quais as quais as estratégias que utiliza para lidar com esses sentimentos?

Entrevistada A – as estratégias que eu utilizo são mais no sentido, que amanhã é um novo dia, amanhã vou começar outra vez e vamos ver o que nos espera. Porque é assim, ah...nunca se deve desistir na reabilitação destes doentes, nunca,...ah...eh...mesmo que...ah..demonstrem sempre o contrário, nós sempre, tentamos dar a volta à situação...e..e..fazer...com que...que..e fazer com que eles tenham uma vida normal lá fora, porque é assim, eles estão aqui três meses, mas nós estamos desde o primeiro momento a prepara-los para alta, não é? (sim, claro) e a maior independência possível, certo? (hum hum). Portanto é sempre assim que eu penso, apesar que eu hoje posso me sentir triste e magoada...ah...com certas e determinadas atitudes incorrectas que eles têm em diálogo. Mas amanhã, eu vou tentar outra vez batalhar na mesma questão...e...vou esquecer aquilo que ele disse. Não vou estar agora a pensar..ai ele

ontem disse isto ou disse-me aquilo... não vou estar com a mesma conversa... não.. não é para a insistir... falo mal para mim... vou ficar chateada. É assim que eu tenho que lidar, pelo menos é o que eu acho que se deve fazer e foi assim que me ensinaram, percebes? É muito importante, nós acreditamos na reabilitação destes doentes... muito... muito importante, porque se nós não acreditamos não conseguimos fazer nada e eles sentem isso da nossa parte, porque eles também sentem, ai ela hoje tá contra mim e o que é que aquela enfermeira sabe ela nem sabe nem metade da minha vida... é o que eles pensam, claro. Por isso nós tentamos sempre dar um reforço positivo, tu consegues, tu vais conseguir... tu tem calma... mas porque é que tas assim... saber as causas da ansiedade deles... o porque das... as alucinações deles... isso é muito importante... (sim?? Digaa??) pronto ta bom. Qualquer coisa que precisem é só dizer.

10.6.2 Entrevista 2

Entrevistadoras – Boa tarde, nós somos alunas finalistas da universidade atlântica e a nossa entrevista é no âmbito da nossa Monografia final de curso. A nossa monografia tem como título “Os sentimentos do Enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa com esquizofrenia em fase aguda”, Assim gostaríamos que descrevesse quais os sentimentos que experiencia durante a prestação directa de cuidados à pessoa com esquizofrenia em fase aguda.

Entrevistada B- primeiro eu acho que estar a trabalhar nesta área que é uma área muito pouco conhecida... ah... é muito interessante, para mim é o sentimento que eu acho que é mais vincado, é uma área muito interessante muito pouco aprofundado e acho que dia após dia que nos vamos aprendendo mais porque nós nas aulas ouvimos muito falar sobre alucinações, delírios... ah... sobre paranóias e... é difícil de perceber o que isso é nas aulas, e só estando na prática é que nós conseguimos descobrir o que isso é... ah... e... é um grande interesse da parte dos enfermeiros... ah... mais coisas. De certa forma nós temos também procurar como lidar com eles, porque apesar da esquizofrenia como em todas as doenças, é uma doença e cada pessoa é uma pessoa e temos que lidar de forma diferente porque estamos a lidar com o psicológico e apesar de eles terem medicação na altura, numa esquizofrenia não podemos, como é uma psicose,

nós não vamos dar uma medicação nós temos que saber lidar com aquilo...e... temos que estar sempre a descoberta, descobrir o interior daquela pessoa, saber lidar com os sentimentos deles...ah.com os delírios com as paranóias deles....e... pronto...mais coisas...

(sentimentos pessoais quando por exemplo faz a recepção ao utente quando ele cá chega, o impacto, os sentimentos que isso lhe traz)

Estou a perceber...é assim de certa forma é de **impotência, de frustração também, porque muitas vezes não sabemos como lidar com determinadas situações de agressividade...ah...também por ser uma doença que não tem cura sentimo-nos muito impotentes com isso...e...tristeza também porque temos muitos jovens aqui também com esquizofrenia...ah...18 anos 23 anos que são as nossas idades também e sabemos que eles não vão ter uma vida tão normal como a nossa e isso às vezes também me dá uma sensação de revolta, de frustração de tristeza....ah....pronto é mais isso.**

(Depois ao longo do processo de estabilização esses sentimentos vão mudando consoante as pequenas vitórias ao longo do...)

Sim, sim depois vão conseguindo, é assim aqui o internamento no máximo são três meses, é diferente de ser numa unidade de crónicos, temos algumas melhorias....ah....algumas mas poucas. Aqui muitos deles é por recaídas de medicação, que deixam de tomar a medicação ou por depressões...ah...sentimos grandes melhorias também a nível de depressões, esquizofrenia em termos de tarefas do dia-a-dia, eles conseguem melhorar muito, às vezes eles chegam aqui e não tinham horário...ah... em casa acordavam à uma da tarde depois ficavam a ver a televisão o dia todo, comiam pizzas e macdonald's o dia todo e os objectivos aqui também nossos é de certa forma estimular a que eles tenham regras, **eles chegam aqui sem regras e muitos deles saem daqui com regras e isso para nós é muito gratificante** que eles o consigam fazer, e em casa não faziam nada e nós conseguimos que eles vão ou entregar algum papel ou ir fazer algum recado nosso, claro que dentro das coisas que podem fazer, não é, não é entregar medicação ou outra coisa e eles no final saem mais ou menos orientados nessas tarefas que vão fazer em casa e a família contente e sente mesmo uma grande evolução, porque muitas vezes a família tem uma grande sobrecarga por causa disso, porque estão

em casa e não fazem nada e os pais querem estimulá-los a fazerem alguma coisa e eles não fazem nada, não têm regras, e muitos dele depois saem de cá com bastantes regras e isso em termos de esquizofrenia também é muito gratificante para nós ver essa grande mudança, para além da estabilização...ah...em termos de sintomatologia....ah...essa organização deles em termos do dia-a-dia é muito gratificante para nós

Entrevistadoras – e quais as quais as estratégias que utiliza para lidar com esses sentimentos?

Entrevistada B- É assim eu acho que....ah....é assim acontece aqui como acontece em qualquer outro serviço dos hospital, não é, porque nós somos pessoas saudáveis e do outro lado está sempre a pessoa ou o utente com alguma doença...e....nós sentimo-nos muito mal por isso. Em termos de estratégias é assim acho que como em qualquer outra situação tentar pensar é uma pessoa que está aqui para melhorar e que eu sou enfermeira e tenho que fazer o meu melhor aqui, tenho que aplicar as minhas competências e desenvolver o melhor para ele em termos de progressão da vida dele. É assim também falar com a equipa de enfermagem...ah...porque estratégias podem ser individuais como podem também ser da equipa, desabafar um bocadinho com a equipa, porque às vezes nós vamos desabafar para casa não é, e ninguém nos compreende e é importante também desabafar com a equipa, porque são aquelas pessoas que nos compreendem um bocadinho os nossos sentimentos. Falar um bocadinho sobre isso e também ver que estratégias é que eles estão a utilizar para lidar com isso..e....pronto trocar experiências com os nossos grupos pares, isso é fundamental porque são os únicos que nos compreendem nestas situações. Podemos falar com um colega que trabalha noutra serviço mas eles não nos vão compreender de certeza. Temos que falar com alguém que está a vivenciar o mesmo que nós e que conhece a nossa realidade...pronto...é isso.

Entrevistadoras- Obrigado por participar no nosso estudo e pela sua disponibilidade!

10.6.3 Entrevista 3

Entrevistadoras - Boa tarde, nós somos alunas finalistas da universidade atlântica e a nossa entrevista é no âmbito da nossa Monografia final de curso. A nossa monografia tem como título “Os sentimentos do Enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa com esquizofrenia em fase aguda”, Assim gostaríamos que descrevesse quais os sentimentos que experiencia durante a prestação directa de cuidados à pessoa com esquizofrenia em fase aguda.

Entrevistada C – primeiro é um bocadinho difícil eu definir os sentimentos com um doente esquizofrénico em fase aguda, separando-o dos outros, não é? Porque...muitas vezes não é só um doente que nós temos ao mesmo tempo, não é, porque não é a realidade, mas somos capazes de ter dois ou três e todos eles mesmo tendo...ah...imagina, três doentes com (agora não Cristina...agora não, só um segundo agora não posso)...ah...mesmo tendo imaginem três doentes esquizofrénicos em fase aguda, todos eles são diferentes, porque depois depende do tipo de esquizofrenia, depende do estadio em que ele se encontram, depende, sei lá, da estrutura familiar deles porque tudo isso faz balançar um bocadinho a nossa relação terapêutica ou mesmo a nossa relação pessoal que desenvolvemos com cada um deles, mas por exemplo, um, um dos sentimentos que vos posso dizer e que já experienciei aqui muitas vezes nesta casa com vários doentes que é por vezes, **uma sensação de impotência, porque é muito triste ter um doente de 24 anos, no internamento** e ele virar-se para nós e dizer assim: “ò enfermeira, mas se Deus existe, porque é que ele não vem até mim, não me toca e me cura desta doença e faz com que eu seja uma pessoa normal?” (silencio) e eu fico a olhar para ele e digo assim: “ pronto, olha tens que ter calma, porque isto é um dia de cada vez...ah...e pronto olha se rezar te alivia um bocadinho, vamos até ali, temos uma nossa senhora de Fátima e tu podes rezar” e ele responde-me “Ah eu devia ir a Fátima, pois se calhar se fosse a pé ate Fátima ficava muito melhor” e o **que é que eu assim vou sentir ao ouvir um miúdo, que é mais novo do que eu, a dizer-me estas coisas...é uma sensação de impotência muito grande. Naquele momento eu tenho mesmo que parar, distanciar-me um bocadinho para me reorganizar a mim e dizer qual é a melhor resposta para dar neste momento.** E depois **é claro que me sinto muito triste, não é? Porque não**

há uma resposta mais certa do que outra, todas são validas e não sei se a médio, longo prazo são as melhores, mas é claro que nós tentamos fazer sempre, aquilo que achamos para aquele doente, naquela situação tendo em conta todo o contexto em que ele vive, não só aqui na casa mas também as estruturas familiares que tem que às vezes são inexistentes. Tentamos dar assim, esse tipo de resposta, mas claro que me sinto muito impotente, às vezes sinto me muito triste e saiu daqui N vezes, que mesmo sem querer, eu levo – os no pensamento, eu vou no carro a pensar “mas como é que eu...epá o que é que eu posso fazer para amanhã quando eu chegar se ele me disser isto ou me disser aquilo eu arranjar uma coisa qualquer, para que ele não se lembre tanto, para que ele não pense tanto...ok..amanhã quando eu chegar vou ocupa-lo, vou lhe dar uma serie de tarefas e ele não me vai falar nestas coisas, mas isto já são mecanismos de estratégia que nos arranjamos para as vezes nem sequer estarmos a ouvir aquelas perguntas que às vezes são tão complicadas de responder e nós não sabemos mesmo, não é, como dar a volta. Principalmente, eu a mim logo ao inicio fazia-me imensa confusão, principalmente, porque... isto vinha de pessoa com idades muito próximas das nossas e nós vimos um doente com 50-60 anos, ok, é esquizofrénico mas já é residual, toda a vida foi assim, tem um irmão que também já faleceu e que também era assim, foi toda a vida assim ele já conhece melhor a doença que qualquer um de nós e este já não nos coloca estas questões, não é? Porque ele já conhece a medicação, sabe perfeitamente quando é que vai começar a descompensar e às tantas já diz assim, “oh enfermeira se calhar é melhor injectar-me”, porque já conhece, então estas coisinhas já passaram por ele e assim já não nos põe tanto à prova, neste sentido, mas pronto, às vezes há situações são mais complicadas, são mais difíceis de lidar e às vezes sinto-me mesmo...triste. porque não há estas respostas assim, porque é que deus não me cura (oh Jesus). Outras vezes, com outros doentes, que cada vez que me lembro de algumas situações, sinto uma raiva descomunal porque eles descompressão e depois começam a ter alucinações visuais que começa com uma coisa má, agora imaginem um doente que, que chega aqui e diz assim “eu tenho que matar alguém hoje”, uma vez tive um doente que me entrou aqui e me disse enfermeira eu tenho que matar alguém e a minha resposta para ele foi assim, “a mim não que eu hoje não estou vestida a combinar” e ele ficou assim um bocado baralhado, “roupa a combinar?, mas o que é que isso tem haver com eu matar uma pessoa?!”, ele ficou um bocado bloqueado e disse, “espere aí, deixe-me lá

pensar”, aqui senti uma raiva descomunal, quer dizer, entra aqui a dentro com “eu quero matar alguém”, eu tinha aqui duas alunas em estágio e elas ficaram em pânico, tiveram que sair e eu fiquei aqui fechada com ele, pronto, a coisa acalmou-se, correu tudo bem e ele depois percebeu que aquilo era uma alucinação e demos a volta à questão. Mas até chegar aí, foi assim um processo moroso e às vezes também sinto um bocadinho de medo, com um doente a entrar-me pela porta a dentro a dizer-me uma coisa destas. Mas pronto...

Entrevistadoras – e quais as quais as estratégias que utiliza para lidar com esses sentimentos?

Entrevistada C – eu penso muito em tudo o que me acontece eu acho que nada é por acaso, por exemplo, aquele exemplo daquele moço que vos contei que me perguntou se eu acreditava em deus...hum...é claro que aquilo me marcou muito, não é? Porque eu penso muito nas coisas, mas porque é que ele me estava a falar daquilo... mas porquê assim tão específico porque é que ele me disse aquilo a mim, porque agora ando aqui a ruminar e ruminar, como é que vou dar a volta a isto. É que eu penso, muito, muito, muito em tudo, nas coisas que me acontecem. Olha, uma das estratégias que eu acho que funcionam muito, é o facto de nós conversarmos muito entre nós, equipa de enfermagem e partilhar –mos, porque é assim, ao fim ao cabo as pessoas têm as suas fragilidades, que têm haver com os nossos doentes, mas são as nossas fragilidades, porque mexem connosco, não é? E dizem assim ah e tal isto com os anos o enfermeiro vai deixando de sentir, e eu digo não...eu não quero deixar de sentir, porque eu sou um ser humano como qualquer outro. Não estou imune, pois quem me diz a mim se eu daqui a dez anos não desenvolvo uma doença bipolar e venho parar a um sítio assim... eu não quero estar imune a esse tipo de sensações, porque eu sou um ser humano e quero sentir, quero conseguir viver para poder contar, pelo menos. E olha uma das estratégias que eu acho que resulta é partilhar, é contar, às vezes as coisas correm bem e outras vezes correm menos bem, porque as pessoas nem sempre estão dispostas para darem-se a conhecer. Nós somos poucos aqui, nós somos seis, incluindo a chefe e depois é assim é um meio muito pequenino, não é? Quer dizer somos seis....às vezes com 15 doentes, outras vezes com 20, há tempos em que temos mais disponibilidade outras em que temos menos, às vezes há um envolvimento maior, outras vezes há um

mais pequeno é claro que quando nos envolvemos mais com um doente que depois na altura de cortar o cordão umbilical é muito mais difícil, porque eles estão aqui três meses, de dia e de noite connosco e às vezes é muito complicado, nós conseguirmos separar estações. **Eu acho que conversando**, eu até defendo que semanalmente devia haver uma reunião, para isto, para nós deitarmos cá para fora estas coisas que nos fazem mal. Porque depois uma pessoa vai para casa pensar, pensar. Às vezes o que eu também opto por fazer, é assim ao fim de algum tempo, um mês dois nós já mais ou menos os conhecemos e começamos a perceber (silencio) ok, aquele comportamento...ele vai desencadear este e esta fase, eu sei que naquele altura ele vai vir ter comigo e dizer, isto, isto e isto, então eu já penso quais são as respostas que eu lhe posso dar. Quando ele me chega aqui e diz assim “olhe estou a sentir uma dor nas pernas muito grande e faço assim e faço assado” eu já sei que ele está com uma crise de ansiedade eu já lhe digo assim, “olha senta-te aqui, vais respirar calmamente, pões a mão sobre a região abdominal, inspiras e expiras...” E a coisa corre bem, mas para isso nós precisamos de tempo para conhecer também os doentes e precisamos de tempo para poder andar a reparar nessas coisas, tempo esse que às vezes não temos, porque uma coisa é termos dez doentes, outra é termos 25 ou 28, gente aqui sempre a entrar e a sair, esta porta está sempre aberta, por causa disso, não vale a pena estar fechada se não já tinha estragado o manipulo ou coisas assim.

Mais coisas....por exemplo, nós temos uma reunião comunitária, à quarta-feira, que funciona um bocadinho para apresentação das pessoas ao grupo e depois vem também um psicólogo, uma assistente social, uma terapeuta e nós, por isso são quatro profissionais de saúde de áreas distintas, com os doentes. Nessas reuniões, eles dão a conhecer situações que nós que estamos aqui, não sabemos. (silencio). Nessa altura tenho vontade de os matar, “epá não tinham dito nada e agora vão para ali dizer isto ao psicólogo...” , quando isso acontece, eu normalmente, **partilho sempre**, para tentar perceber o que nos podemos fazer, mesmo em termos do plano terapêutico. Bem porque às vezes podem pensar, “ah pois vamos conversar”, mas não a gente não conversa, nós temos entrevistas de ajuda, tanto com os doentes, como também depois com as famílias, tentando perceber por parte da família, pois esse é um caminho, que normalmente, nos facilita muito a vida, porque se a família entender colaborar, é um parceiro. Um parceiro no plano terapêutico, pois tentamos perceber o funcionamento

daquela pessoa ou o que aconteceu até a pessoa chegar aqui... eu acho muito, muito importante, sabermos essas informações todas para conseguirmos chegar ao doente e a família é um parceiro aliado no desenvolvimento das estratégias para a adaptação dos doentes, para depois se preparar a alta... porque aquelas pessoas que não têm família, não há volta a dar e depois eles ficam aqui na lista de espera, e espera e espera porque a unidade de crónicos está cheia e porque só entram doentes, quando morrer lá alguém...portanto... não é fácil.

(silencio)

E pronto **falo muito, falo muito, escrevo muito, de volta em meia escrevo, faço alguns artigos a falar sobre isso**, não me envergonho nada de falar das minhas fragilidades, porá há e tal tens fragilidades...mas secalhar não porque são situações em que eu penso para me ajudarem a crescer, porque eu acho quee....ok eu tive dificuldade aqui, mas se eu nunca falar sobre ela eu vou ter sempre dificuldade, não é? E quem fica a perder no meio disto tudo? São os doentes, porque se eu não souber lidar uma vez com uma situação, quando me acontecer novamente e eu não tiver superado bem aquela primeira, eu vou errar outra vez e se me acontecer uma terceira vez, se calhar eu já vejo o doente ali a descompensar e eu já nem vou ali, porque aconteceu uma vez, correu mal e depois há segunda e à terceira eu naaaaa já nem vou lá o que é que eu vou lá fazer... não é? Eu acho que é um bocadinho por aí, não sou aqui mas esta estratégia dá para tudo o que acontece. E aqui nós vimos as nossas emoções serem postas à prova muitas vezes, muitas, muitas vezes, por N razões, não é? Eu já fui aqui agredida por um doente, e eu antes pensava assim, “bem, se um dia um doente me bate eu nem sei o que é que eu lhe faço” e claro que eu não lhe fiz nada, não é? Nem tinha coragem, ele deu-me um murro no estômago, que até me faltou o ar e eu não sei como imobilizei o doente, um doente de 90 e tal quilos, eu não sei como... mas aconteceu eu na altura pensei, não sei se era bem isto que eu devia ter feito, mas depois aquele nosso instinto assim mais animal...que vem ao de cima, não é? (risos) era isso que eu devia ter feito, não era? Foi uma boa forma? Na altura foi, porque ele tinha que ser imobilizado, não sei se foi da melhor maneira, mas era aquilo que tinha que acontecer para ele perceber que não podia ir mais além, se não ele ia espancar-me e eu a rir, não? Isso não pode ser. E é um bocadinho por aí.

10.6.4 Entrevista 4

Entrevistadoras – Boa tarde, nós somos alunas finalistas da universidade atlântica e a nossa entrevista é no âmbito da nossa Monografia final de curso. A nossa monografia tem como título “Os sentimentos do Enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa com esquizofrenia em fase aguda”, Assim gostaríamos que descrevesse quais os sentimentos que experiencia durante a prestação directa de cuidados à pessoa com esquizofrenia em fase aguda.

Entrevistada D- ah....é assim...ah... (silêncio) eu acho que acima de tudo é é imaginar....ah...o que está a acontecer, imaginar o que seria se me estivesse a acontecer a mim, eu quando quando lido com estes doentes faço as coisas muito no sentido de fazer aquilo que eu gostava que me fizessem a mim e então....ah...quando quando quando pôr-me no lugar deles e pensar, se estivesse a ter alucinações auditivas...e....às vezes faço esse trabalho comigo mesma que é imaginar estar a alucinar e ter ali alguém constantemente, uma voz...ah...a falar a falar e a falar a dizer tudo e mais alguma coisa, coisas boas ou coisas muito más o desespero que não deve ser....ah... e eu costumo às vezes dizer isto até mesmo quando são alunos que é vocês imaginem o que é ter uma pessoa ao vosso lado em concreto, uma gralha e que essa pessoa fala fala fala fala fala mas que vocês nessa posição têm a possibilidade de dizer assim cala-te estou farta de te ouvir ou então dizer assim não me chateies e virar costas e ir embora e dão um giro e aquilo acaba. Imaginem o que é agora o que é não ter a possibilidade de dizer nada disso e aquela pessoa está ali ta ta, a dizer um conjunto de coisas que vos perturba e que vocês não gostam, imaginar o desespero. **Por isso quando está uma pessoa a alucinar eu não fico em desespero, não fico desesperada mas fico mas fico...ah...muito preocupada e muitoah....e....sei lásofro acaba por se sofrer sempre um bocadinho porque tu por muito que queiras dizer aquela pessoa que aquilo é fruto da cabeça dela eu....ah... a parte cerebral que está muito agitada que está que está...ah... muito activa, nada daquilo que ela está a ouvir é verdade ou que lhe vai fazer mal...ah...ou que pode ter consequências directas em nada em concreto que não tem, numa forma de a tranquilizar, não há forma de isso passar. Ou então tu dizeres a um utente que está passa à tua frente**

e que está a ver coisas, e que já me aconteceu, em que eu ver que o utente passa por mim a mim não me diz nada e de repente dirige-se a um sofá ou um conjunto de sofás no salão e cumprimenta pessoas que não estão lá com dois beijinhos ou com palmadinhas nas costas e que não está e tu sabes que não está é é muito confuso e e tu perguntas o que é que eu vou dizer, o que é que eu vou fazer em concreto, eu vou chegar lá olhe que aqui não está ninguém de caras e ele pode até ser agressivo porque eles quando estão a alucinar e e com coisas...porque acreditam que aquilo é verdade, o que é que que eu lhe vou dizer pronto...preocupo-me, fico muito preocupada por não saber muito bem ...ah...qual será o que gostaria que me dissessem nessa altura se eu estivesse a alucinar, se eu estivesse a ver coisas que não existem, ou se estivessem vozes que não estão lá que é coisas da minha cabeça o que é que a outra pessoa me podia dizer para me acalmar. Como eu não consigo não sei preocupo-me não saber o que lhe hei-de dizer ou o que lhe hei-de fazer com elas, entendem? É mesmo isso é não saber, que nós depois acabamos por, enfim, em função do utente que lá está...pronto...eu seguro a mão, procuro acalmar....ah...procuro dizer que não, que realmente não é, que aquilo não está, procuro direccionar a atenção da pessoa para outra coisa, desde que vejo que a pessoa está triste, está preocupada, está aflita sim senhora mas não está agressiva, porque há situações em que eles podem ser agressivos mas aí uma pessoa tem que ter calma na aproximação que cria com ela porque porque podemos ser agredidos. Mas a ideia será mais....ah....pronto... é é tentar acalmar e tentar focalizá-la para coisas em concreto, trazê-la para nós para a realidade....ah...é isso que faço mas não sei se será, se é isso que o que funciona se é isso que iria funcionar comigo se é isso queah...pronto é a resposta que eu encontro para a situação. É eu estar preocupada não saber o que é que era importante que me fizessem a mim....ah... e ao mesmo tempo ter que encontrar uma solução que passa mesmo por isso é é aquilo que temos porque cada um é cada um, cada situação é o que é....ah.... e pronto e é trazê-la para cá.

Que sentimentos para além dessa preocupação....ah.... (silêncio) é é mesmo, eu acho que é mesmo isso, não saber realmente se aquilo que estamos a fazerah....dá resultado, nós podemos ter algum resultado e vemos a pessoa própria, o comportamento da pessoa se acalma se não acalma, se melhora ou não. Mas depois é ...hum... será que

sim será que que que não haveria uma forma melhor de chegar lá...pronto....também fico com essa dúvida....ah....

(dentro desses três meses que eles estão cá internados os seus sentimentos são sempre os mesmos ou varia consoante a situação)

É assim acho que depende um bocadinho da situação em si, quando eu vejo que o doente...ah...está muito frustrado **fico ainda mais preocupada** com aquilo, porque tu vês o sofrimento na cara das pessoas e e é perturbador, quer dizer tas a ver alguém que está a sofrer por causa de uma coisa que não existe que não está lá ou então...que estás...quando estão a falar com um utente e ele está a dizer-vos que não sei quê, as cadeiras tão a falar, por exemplo aquele armário disse que você é assim ou assado, e no meio do discurso diz-vos qualquer coisa deste géneroah...o meu cérebro neste momentos para porque fico OK e agora?? Ele está-me a dizer que aquele armário disse ele ouviu o armário a dizer qualquer coisa, e eu digo assim pois o armário não fala, não é, então ok, então vamos lá tentar focalizar e direccionar a atenção dele para qualquer coisa que seja mais concreto que é a única...ah....eu fico baralhada se calhar porque fico....pronto...não sei...é é e neste caso que tu não tens e nesta situação que não há um desespero ele relata que realmente está a ouvir e até pode dizer quem é que disse o quê ou que coisa disse o quê e tu podes ter outras situações em que o desespero é grande e a pessoa chora chora chora chora e que as vozes e que as vozes e que as vozes lhe estão a dizer assim e que estão a falar mal de não sei quê e que lhe estão a chamar nomes e tu aí...ah... meu deus... e tu aí se calhar entra mais e e sentes que aquilo é mesmo perturbador e que aquilo não está bem e que a pessoa não está bem. E depois há aquelas situações em que as pessoas fazem as coisas como é a situação de ter cumprimentado pessoas que não estão lá e fazer de conta que sim que está tudo bem tal e coisa. E tu ficas boquiaberta e dizes ok está a acontecer qualquer coisa que chega a ser surreal que não faz parte que não está ali. Mas eu acho que acima de tudo ...ah...**para mim enquanto enfermeira é mesmo a preocupação, e é a preocupação mesmo disto, preocupação de qual será a minha melhor actuação**...ah....aquilo que devo fazer que melhor resolve a situação em si, ou que melhor acalma o doente, ou que melhor....ah...dá solução ou acalma ou seja lá o que for, percebes, a melhor resposta que podes dar. **Fase aguda para mim nestes doentes é mesmo isso é preocupada** qual a

resposta que tenho que dar naquela situação e ao doente. Acho que não há medo, não tenho medo, sei lá....ah...eu percebo que a pessoa está em sofrimento, mas não posso dizer que fico em sofrimento....ah...mas enquanto profissional fico preocupada, preocupo-me, fico preocupada de qual será a minha actuação, porque passa muito por isso uma resposta mal dada, um comportamento menos adequado podes por...ah... podes por terra uma relação terapêutica que leva algum tempo até ser estabelecida, não é, o tu banalizares, por exemplo, a pessoa perde logo a confiança em ti lá se vai a relação terapêutica e a relação de confiança que conseguiste estabelecer com ela. Enquanto enfermeira de psiquiatria sempre penso e continuo a achar a mesma coisa, isto passa muito pela relação com consegues estabelecer com o utente e a confiança que consegues que ele tenha em ti enquanto técnico....ah...uma atitude menos adequada faz com que ele possa perder a confiança em ti para mais em utentes com esquizofrenia que são já por si desconfiados e paranoídes e e e que têm aquela coisa, dificuldade em confiar nos outros e de acreditar. E portanto é jogar um bocadinho é pensar bem antes de dizer qualquer coisa de dizer opa olha que estás aí a falar pós sofás e não está aí ninguém, por exemplo, ou virar para outro e dizer desde quando os móveis falam, tudo isto tem que ser pensado todas as respostas, por isso acho que para mim enquanto profissional é mesmo preocupação

Entrevistadoras – e quais as quais as estratégias que utiliza para lidar com esses sentimentos?

Entrevistada D- **Eu começo por ficar em silêncio** eu deixo primeiro que a pessoa fale...ah... quando está a falar ou então deixo que ela de alguma maneira, tento que que, primeiro ela fala se ela me estiver a falar e me estiver a dizer e quando for a minha altura de falar procuro orientá-la para aquilo que que...e a minha preocupação enquanto ela fala eu vou tentando perceber...ah...como é que consigo dar a volta, como é que eu consigo...ah... lá está vou tentando avaliar mediante o que ela me está a dizer qual é a melhor estratégia para chegar até ela , para direccioná-la para puxá-la para outro sitio,

orientá-la para outro sitio, ou então às vezes simplesmente segurar a mão, que já aconteceu e por não ter meios de lá chegar é segurar na mão e acalmar e é ...pronto...e tentar estar ali, estar presente. Em relação à preocupação o que é que eu faço, o que é que eu faço, ...ah...(silêncio) acho que em concreto não consigo fazer nada, a não ser ir estudando, lendo e pesquisando e descobrindo novas formas de dar resposta aos doentes quando estão por exemplo a alucinar e alucinar pode ser o discurso repetitivo como aquelas paranóias todas que têm ou então a desconfiança presenteou então os sintomas mais negativos, o isolar ...ah... houve uma vez uma utente que me disse em que eu tentei levá-lo a fazer qualquer coisa e ele não conseguiu, não queria, recusou e veio e regressou e voltamos para trás tudo bem, e depois ele com o colega..ah...comentou que a enfermeira X não me percebe, isso se calhar foi o momento em que fiquei mais balançada e que eu disse assim “bolas, eu realmente preciso, tenho que pensar, tenho que parar se calhar de pensar tanto em mim, de aquilo que eu acho que o doente é capaz de fazer e dar tempo de ele chegar lá, até ele se convencer que consegue chegar, onde eu acho que ele consegue. Depois estes utentes também têm muito pouca auto-estima, e aquela coisa de que não sou capaz, não sou capaz então agente tem que dar algum tempo até eles próprios acreditarem nisso. Então nessa situação foi um momento preocupante, porque eu disse “ok, errei tive que voltar atrás e reflectir em tudo, na minha actuação nesse sentido de de....então... tive que reajustar algumas coisas daquilo que eu tinha programado e aquilo que eu tinha pensado para fazer e ser diferente. Foi um momento em que me preocupei imenso porque percebi que não estava a ir...não tinha adoptado o melhor caminho. Se calhar é por outro lado...e e e ... lá está acho que a reflexão, o pensar um bocadinho no que é que estou a fazer ...ah...e e e...e tentar-me sempre colocar no lado do outro...ah...porque às vezes as pessoas, mesmo nós, à pessoas que acreditam nós somos capazes de fazer determinadas coisas, pronto porque olham para nós e até nos identificam um conjunto de características ...ah... e que dizem não tu és capaz de fazer assim assim, olha experimenta fazeres não sei quê, será que sim será que não? Se calhar até não sou e tens aquela coisa contigo que não és. E então....ah.... nessa altura quando acontece conosco agente, ou pelo menos falo por mim, antes prefiro que dêem um tempo para pensar e seja eu a assimilar e a digerir a ideia, não vou fazer só porque o outro está a dizer, o outro vai ter que me dar tempo até eu acreditar que realmente sou capaz

...ah....um período de reflexão, agente vai pensando e tal, com estes utente é a mesma coisa, tem que se lhes dar tempo.

Quando eu estou preocupada, depois de fazer silêncio faço alguma coisa, mas o tempo de silêncio que dou é mesmo para isso, é para ir reflectindo qual será a melhor solução ou o melhor encaminhamento ou seja lá o que for. E depois pode não correr bem, e lá voltamos nós a pensar, a preocupar porque não correu bem mas eu acho que basicamente é isso, não há assim sentimentos ou coisas em concreto, acho que passa por nós colocarmo-nos na pele do outro e aquilo que eu queria que me dessem num determinado momento nesta situação e se calhar vou experimentar fazer isso ao outro e vejo o que é que acontece, às vezes corre bem, em geral tem corrido.

10.6.5 Entrevista 5

Entrevistadoras – Boa tarde, nós somos alunas finalistas da universidade atlântica e a nossa entrevista é no âmbito da nossa Monografia final de curso. A nossa monografia tem como título “Os sentimentos do Enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa com esquizofrenia em fase aguda”, Assim gostaríamos que descrevesse quais os sentimentos que experiencia durante a prestação directa de cuidados à pessoa com esquizofrenia em fase aguda.

Entrevistado F- Opa... ah...vamos lá ver...ah..é muito difícil de responder essa pergunta porque na altura no momento mesmo..prontos....quando a pessoa está no momento da fase aguda ...ah...a intervenção tem que ser sempre bastante rápida não é? E ás vezes nem pensamos....pensamos mesmo estabilizar a pessoa e depois a seguir que a pessoa fique bem.....ah..... Relativamente aos sentimentos que uma pessoa pode experienciar....ah...olha se for doentes que estejam mais alucinados, que tenham um delírio mais ou menos composto...ah...pode ate ser mesmo de satisfação, podem acreditar que sim, pode ser mesmo de satisfação porque quem trabalha nesta área está muitas vezes à espera que estas coisas surjam....ah...que este tipo de doentes apresentem esse tipo de delírios e alucinações, e o sentimento pode ser mesmo de satisfação e mesmo até corre assim alguma adrenalina, que venha alguém assim bem descompensado....ah...pronto isso é bom. Outro alturas...ah....não acho que pode ser

mesmo de fúria, quando por exemplo os doentes vêm numa fase mais negativa....ah.. em que por exemplo não falam e depois a gente tenta arranjar mil e uma estratégias e ele continua sem falar e ta mesmo (n consigo perceber) e ai começa a ser mesmo de fúria (risos). E é um bocado complicado controlar mas prontos...depois é preciso ter muita paciência, é preciso ter muita paciência quando se lida com este tipo de doentes, sempre precisa muita paciência quer seja para a parte mais positiva quer seja mais negativa da esquizofrenia....ah.... deixa-me cá lembrar de mais situações ...ah.... **Eu gosto muito daquela parte de satisfação, alegria** porque (risos) não daquele sentimento de uma pessoa pode ter pena, porque eu não tenho, não sou muito de ter pena dos doentes nem deste tipo de situações, porque são situações passageiras, acho que o nosso papel é essencial...ah...**contribuir para a estabilização do doente**...pronto... e nós **sentimos obviamente gratos por contribuir** não e? Ah... nesse sentido e claro uma **enorme satisfação porque estamos a aplicar aquilo que nós aprendemos** enquanto enfermeiros e estamos a aplicar as nossas práticas os nossos melhores conhecimentos....ah..pronto para de facto termos ali uma pessoa estabilizada e acho que agente tem é que ficar satisfeitos com essa situação.

Entrevistadoras – e quais as quais as estratégias que utiliza para lidar com esses sentimentos?

Entrevistado F- quais as estratégias que eu utilizo...ah... **olha é rir, rir muito, rir** e ..ah... muitas vezes ah...na parte mais positiva...agora vou falar da parte mais positiva quando o doente vem mais delirante ou alucinado...ah...com os outros colegas depois algum...portanto **a equipa também muitas vezes entre aspas emita um bocado os delírios e depois entramos um bocado nesse jogo**....ah... e voltamos a recordar doentes que já passaram há um dois anos atrás agente lembra-se dos delírios deles e sabem o que eles fizeram o que eles disseram..pronto...isso é engraçado. Relativamente à outra parte em que nós podemos ficar um bocadinho mais furioso mais irritado **tentar completamente esquecer**, ter uma capacidade, ter muita paciência, prontos tentar esquecer. Tentar ver a questão por **outro lado e pronto uma pessoa acaba por esquecer**....ah...acho que é isso.