



**UNIVERSIDADE
DE LISBOA**

QUANDO O ENFERMEIRO SE TORNA DOENTE

Acedendo à Experiência Vivida

Isabel Maria Ribeiro Fernandes

DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM

2012



**UNIVERSIDADE
DE LISBOA**

Com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



QUANDO O ENFERMEIRO SE TORNA DOENTE

Acedendo à Experiência Vivida

Tese orientada pelo Prof. Doutor Paulo Joaquim Pina Queirós

Tese co-orientada pela Prof.^(a) Doutora Maria Antónia Rebelo Botelho

Isabel Maria Ribeiro Fernandes

DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM

2012

SUMÁRIO	Pág.
Introdução	1
I Parte – Contextualização do Estudo	9
1 - <i>Experiência vivida de doença</i>	9
2 - <i>Da doença do outro à minha própria doença</i>	18
3 - <i>A experiência vivida como foco de atenção de enfermagem</i>	35
II Parte – Ao encontro da experiência vivida de doença própria nos enfermeiros	48
1 – <i>A abordagem fenomenológica: da metodologia ao método</i>	49
1.1 – Método fenomenológico	49
1.1.1 - Etapas do método fenomenológico	51
1.1.2 - Método fenomenológico de Giorgi	52
1.2 – Acesso ao fenómeno	59
1.2.1 – Questão de Investigação	61
1.2.2 – Objectivo de Investigação	61
1.2.3 – Participantes	62
1.2.4 – Acesso à Informação	70
1.2.5 - Critérios de validade e rigor na investigação fenomenológica	73
1.2.6 – Considerações Éticas	78
2 – <i>Análise dos discursos</i>	80
2.1 - Estrutura essencial e componentes da experiência vivida	80
2.2 – Estar doente	86
2.3 – Ser doente	96
2.4 – Repensar o mundo profissional	104
2.5 – Significação vital e consolidação profissional	112
3 – <i>Discursos próprios em diálogo com a literatura</i>	123
3.1 - Síntese compreensiva geral	189
4- <i>Conclusões</i>	193
5- <i>Limitações e sugestões</i>	201
Bibliografia	203
Anexos	

ÍNDICE DE QUADROS	Pág.
Quadro 1- Resumo das etapas processuais do método fenomenológico de análise, segundo Giorgi (1985,1997)	58
Quadro2 – Caracterização do grupo de participantes no estudo	70
Quadro 3 – Estrutura Essencial do Fenómeno de experiência vivida de doença própria nos Enfermeiros	82
Quadro 4 – Componente 1: Estar Doente	83
Quadro 5 – Componente 2: Ser Doente	84
Quadro 6 – Componente 3: Repensar o Mundo Profissional	84
Quadro 7 – Componente 4: Significação Vital e Consolidação Profissional	85

ÍNDICE DE TABELAS	Pág.
Tabela 1 – Síntese relativa a Estar Doente nos contextos Pessoal, Relacional e Profissional	93
Tabela 2 – Síntese relativa a Ser Doente nos contextos Pessoal, Relacional e Profissional	101
Tabela 3 – Síntese relativa a Repensar o Mundo Profissional nos contextos Pessoal, Relacional e Profissional	109
Tabela 4 – Síntese relativa a Significação Vital e Consolidação Profissional nos contextos Pessoal, Relacional e Profissional	118

Agradecimentos

A todos os enfermeiros que disponibilizaram do seu tempo e da sua coragem para descrever a sua experiência vivida de doença própria. Só desta forma foi possível aceder à sua experiência pessoal e desenvolver este trabalho. Muito obrigada!

À Sr.^a Professora Maria Antónia Rebelo Botelho e ao Sr. Professor Paulo Joaquim Pina Queirós pelo incentivo e orientação na elaboração deste trabalho e pela riqueza dos seus contributos e ajuda nesse sentido.

Aos colegas de doutoramento pelo seu acompanhamento e pela força inspirada.

À Isabel Mendes, ao Luís Loureiro e ao Ricardo Ferreira pelo apoio e ajuda demonstrados.

A todos aqueles que, directa ou indirectamente, se cruzaram no caminho do investigador e com quem partilhou momentos de alegria e de desânimo, que o auxiliaram e incentivaram a continuar nesta jornada e não desistir do seu objectivo.

Sinceramente, obrigada.

Resumo

Pensar nos enfermeiros como pessoas doentes, a necessitar de cuidados de outrem revela-se um processo desafiante. Apesar de serem pessoas como quaisquer outras, estão habituadas a desempenhar funções de cuidador ao invés de serem cuidados.

Perante a constatação da escassez de literatura nesta temática, elaborou-se um estudo qualitativo que tem como objectivo compreender o significado da experiência vivida de ser doente, na perspectiva individual e única do ser que cuida, na pessoa do enfermeiro.

A sua realização exigiu uma abordagem fenomenológica, adoptando a metodologia de Giorgi. Foram realizadas entrevistas em profundidade (15) e solicitados relatos escritos individuais (14) para a recolha de informação. Da análise efectuada aos dados obtidos identificou-se uma estrutura essencial do fenómeno de experiência vivida de doença própria pelo enfermeiro, constituída por quatro componentes, nomeadamente: Estar Doente, Ser Doente, Repensar o Mundo Profissional e Significação Vital e Consolidação Profissional, enquadrada no contexto pessoal, relacional e profissional.

A vivência de uma experiência de doença própria pelos enfermeiros, possibilita-lhes a percepção sobre o que sente e vive o doente, assumindo o papel daquele que espelha o foco de atenção do desempenho das funções do enfermeiro e a razão de ser da profissão de enfermagem. Neste papel revelam-se como os relatores fidedignos da interiorização do que significa ser doente e da constatação do nível de cuidados de saúde prestados.

Sendo conhecedores, na primeira pessoa, das angústias, medos, aspectos valorizados e do impacto da experiência vivida de doença, no seu ser pessoa e profissional, conseguem identificar aspectos cruciais na relação enfermeiro-doente. Deste modo, possibilitam a mudança de alguns comportamentos a esse nível; a valorização de determinados aspectos, da vida e do seu contributo no processo de adaptação à doença, dando visibilidade à importância do cuidar em enfermagem, como factor condicionante do bem-estar dos que se encontram frágeis, vulneráveis e a necessitar de cuidados.

Palavras-chave: Enfermeiros, Experiência Vivida de Doença, Fenomenologia, Enfermagem.

Abstract

Seeing nurses as sick people, needing the care of others proves to be a challenging process. Although they are like other people, they are used to perform the role of caregiver instead of being taken care of.

Since there is a lack of literature on this topic, it was elaborated a qualitative study that aims to understand the meaning of the lived experience of being ill, in the individual perspective of the caregiver, the nurse.

Its realization required a phenomenological approach, adopting the method of Giorgi. There were carried out in depth interviews (15) and solicited individual written reports (14) for collecting information. From the analysis of the data obtained there was identified an essential structure of the phenomenon of the lived experience of the nurses' own illness, consisting of four components, namely: Feeling Ill, Being Ill, Rethinking the Professional World and Vital Significance and Professional Consolidation, framed in the personal, relational and professional context.

The experience of an own illness by nurses, allows them the perception about what the patient feels and lives, taking over the role which reflects the focus of attention of the nurse's functions and the reason for the nursing profession. In this paper they reveal themselves as the most reliable reporters of the inwardness of being patient and finding the level of care provided.

Being knowledgeable in the first person about the anxieties, fears, and valued aspects of the impact of the lived experience of illness, as a person and a professional, they are able to identify crucial aspects in the nurse-patient relationship. Therefore it's possible to change some behaviors, valuing certain aspects of life and its contribution in the process of adaptation to the disease, giving visibility to the importance of nursing care as a constraining factor of the wellbeing of those who are fragile, vulnerable and in need of care.

Keywords: Nurses, Lived Experience of Illness, Phenomenology, Nursing.

A experiência de estar doente é única. Os comportamentos e atitudes adotadas por cada pessoa são singulares e estão de acordo com todas as crenças e conceitos criados pela sua própria experiência pessoal e pelas características da cultura que integram, com expressão na sua forma de estar e de responder perante uma situação particular de doença.

Segundo Langdon (2001), a doença não é experienciada como um acontecimento biológico puro, sendo o resultado das suas manifestações de acordo com o contexto sociocultural e das características psicológicas de cada um, traduzindo uma experiência subjetiva de um evento. Toda a pessoa que passa a ser doente, interiorizando e assumindo a sua nova condição de vida, procura continuar a viver e a definir estratégias para se adaptar ao seu novo estado. Como refere Jones (2002), este acontecimento não se cinge à experiência de um evento, assumindo um carácter mais amplo que exige do doente a tomada de consciência da doença, do seu estado, dos sintomas e implicações na sua vida diária.

Como será que os enfermeiros interiorizam a sua condição de doentes? Assumindo quotidianamente o papel de cuidador, como se sentem na condição de seres cuidados? Como se gere a dualidade entre ser profissional e ser doente? De que forma se encontram preparados para enfrentar um processo de doença?

Estas e muitas outras questões se colocaram ao investigador, enaltecendo o desejo de procurar respostas no sentido de compreender como é que os enfermeiros se tornam doentes e que reflexo, a sua experiência, poderá ter na sua conduta profissional e no tipo de cuidar que desenvolvem, pela sua interação com os doentes.

A determinação de viver é uma das características de todas as pessoas e os enfermeiros não são excepção, pelo que é expectável desejar manter um nível de saúde que lhes possibilite uma existência digna e agradável.

Nas palavras de Gadamer (2009:IX), “A preocupação com a própria saúde é um fenómeno primordial do homem”. Cada pessoa valoriza a sua vida de forma muito própria e pessoal, atribuindo-lhe um sentido, muito subjectivo e individual, dependente de si próprios e daquilo com que se identificam (Neto, Aitken e Paldron, 2004).

A confrontação com uma situação de doença não se revela fácil, na medida em que ninguém se encontra verdadeiramente preparado para adoecer, verificando-se que a sua vivência se

revela um acontecimento único na vida, que irá ser traduzido pela implementação de um conjunto de estratégias peculiares que estão dependentes das características de cada um e do contexto onde a mesma se desenvolve.

Como experiência única, exige uma interpretação singular, expressa na forma como a mesma é enfrentada e se opera o processo de adaptação, na medida em que a pessoa lhe atribui um sentido e um significado próprio. Wright (2005) defende que a experiência de doença pode causar maior ou menor sofrimento na pessoa, o que pode levá-la a questionar inúmeros aspectos da sua vida e condicionar mudanças, profundas ou não, na mesma.

Por conseguinte, a doença pode provocar um desequilíbrio a vários níveis para o ser humano, acarretando, muitas vezes, uma exclusão da própria vida e a admissão de um novo estilo de viver, sujeito a regras completamente diferentes e para as quais poucos se encontram verdadeiramente preparados.

Deste modo, a experiência de doença não se confina àquele momento específico; tem influência e projecção pela vida fora, acompanhando a existência daquela pessoa. A forma como cada pessoa enfrenta a doença representa aspectos peculiares de cada ser, englobando a sua forma de ser e de estar perante si mesmo, o seu papel na sociedade e todas as relações que estabelece com o mundo durante a sua existência (Graham, *et al.*, 2005).

Pode ser vivida como uma ameaça ou como uma possibilidade do vir a ser daquela pessoa. Neste contexto, vai revelar-se como um desafio pois vai testar as capacidades e os limites das pessoas, dando-lhes oportunidade de operar mudanças que podem assumir um carácter positivo e permitir a sua evolução. Para Martins, Cunha e Coelho (2005:116), “No acontecer da doença, o indivíduo que tende a criar um estado de homeostasia, sofre um desequilíbrio e a potencial situação de crise vai exigir ao indivíduo que reencontre de novo o seu equilíbrio”. Também Bonino reforça esta ideia ao dizer “...a condição de doente não é senão um dos muitos desafios, pleno de obstáculos e, ao mesmo tempo, de oportunidades de desenvolvimento, com que a pessoa se confronta no decorrer da sua existência” (2007:26).

Como tal, o confronto com a doença exige da pessoa muito mais do que o processo de adaptação à doença, implicando a interiorização de uma nova forma de ser e de um novo estado de vida – a condição de doente.

Perante uma situação delicada de sofrimento a pessoa tende a reflectir sobre a sua vida, o mundo e sobre si própria e as relações que estabelece. Há uma certa tendência para se destruírem as ilusões previamente concebidas sobre a vida, a saúde, o poder, etc., ocorrendo

frequentemente uma mudança significativa a nível interno da própria pessoa, conduzindo ao seu crescimento. A vida deixa de ser planeada de uma forma tão rigorosa e definitiva, pois com o tempo, aprende-se que a vida acontece do modo que tem de acontecer, devendo ser aceites e enfrentados os desafios que lhe são destinados.

Neste processo de adoecer, a pessoa estabelece novos parâmetros na vida e introduz uma nova realidade em si própria – a de ser um doente, conduzindo ao redimensionar de tudo o que era por ela vivido anteriormente e a um processo de revisão de si, das suas relações e da sua própria vida (Castro e Dias, 2008). Neste contexto podem ocorrer alterações visíveis ou invisíveis aos outros mas que influem na identidade do indivíduo como pessoa e ser no mundo.

Como refere Grün (2009:89) “Não podemos dizer que o sofrimento seja necessário para nos tornarmos pessoas mais maduras e sábias. Mas temos, muitas vezes, a experiência de que são sobretudo as pessoas assoladas pelo sofrimento, que, com a idade, irradiam sabedoria e benevolência”. Também Paldrön enfatiza a ideia de que “O grande paradoxo da existência é que, embora ninguém queira sofrer, a sobrevivência faz-se à custa do sofrimento” (2006:12).

No papel de profissionais, os enfermeiros focam a sua actuação no conhecimento e na compreensão da relação que se estabelece entre a saúde, a doença e a condição humana, interiorizando a sua missão em torno do cuidar do outro. Verifica-se então uma interacção dinâmica entre o ser que cuida e o ser que é cuidado, desempenhando papéis distintos.

Assim, do mundo da vida dos profissionais de enfermagem fazem parte pessoas doentes, que experienciam o sofrimento e que se encontram vulneráveis, necessitando de ajuda. Deste modo, o enfermeiro tem oportunidade de lidar de perto com os problemas e mistérios da condição humana e conhecer o estar doente de forma profunda e completa, em resultado da experiência de estar com o outro e da interacção fomentada entre ambos.

Ao longo do seu desempenho profissional vão interagir com os doentes, cuidando-os. Este processo é muito exigente e desgastante a nível físico e psicológico, impelindo os enfermeiros a fazerem algumas paragens para pensar e reflectir sobre a vida, o seu valor e essência, ponderando muitas vezes a adopção de alguns comportamentos e a sua pertinência e adequabilidade, o que contribui para o despoletar da sensibilidade existente no seu ser pessoa.

Sendo a sua missão auxiliar a pessoa doente a aceitar e interiorizar o seu processo de doença e desenvolver estratégias adaptativas para superar ou contornar os obstáculos, é natural que procurem desenvolver as suas capacidades empáticas, compreendendo o que sentem e vivem.

De que forma a experiência vivida de doença própria pelos enfermeiros influenciará a sua capacidade empática, no momento de regressarem ao local de trabalho? Será mais fácil compreender o outro, as suas angústias e medos? Que impacto terá a doença na forma como encaram os cuidados de saúde recebidos e os prestados por si enquanto profissionais?

Como se sabe, quase todos os seres humanos apresentam potencialidades para se cuidar, sendo compreensível que, associado à vulnerabilidade inerente da própria condição de ser humano, ao longo do ciclo vital, haja momentos em que necessitem de ser cuidados.

Na condição de doentes e como seres humanos que são, ao vivenciarem um processo de doença própria, os enfermeiros vão reviver todos os aspectos com que lidam no seu quotidiano, no âmbito da relação que estabelecem com os doentes, adoptando o lugar principal e assumindo-se na primeira pessoa, compreendendo as atitudes ansiogénicas, tão frequentemente observadas nos doentes. Para Ferreira e Valle o facto de “Ter vivido a situação de doença ajuda a entender a situação do doente” (2005:357).

Sendo os seres humanos resultado das suas histórias de vida, das crenças e valores que suportam os seus comportamentos perante os diversos eventos que caracterizam a sua vida, as suas experiências transformam-nos naquilo que são e no que virão a ser, pois com a experiência nada na vida estagna.

Após uma experiência deste cariz, pensa-se que a pessoa poderá não voltar a ser a mesma, pois a vivência de doença implica o despoletar de sentimentos de inquietação sobre o que na realidade importa na vida daquela pessoa. Esta quase que vive uma crise existencial, pois vai sentir necessidade de rever o sentido que atribui às coisas. Só se dá o verdadeiro valor a determinados conceitos e estados quando se experiencia algo que irá fazer sentir que nada é eterno e que tudo é caracterizado por uma finitude, incerta em termos de durabilidade e temporalidade, mas certa de que um dia irá cessar. Com a saúde passa-se o mesmo; só quando ela é afectada e as pessoas se sentem ameaçadas, é que se pára para pensar no que realmente interessa e é importante na sua vida, para que sejam felizes, e na sua postura perante as várias demandas e objectivos da vida.

Tudo o que foi dito se vê espelhado no seguinte relato de uma participante, focando o que sentiu ao vivenciar a experiência de doença própria:

Olhando o meu passado, penso que tudo o que me aconteceu não foi mero acaso. Nada acontece por acaso.

A vida prega-nos destas partidas. Faz-nos ver o quão pequenos e insignificantes somos. Faz-nos valorizar o que realmente é importante enquanto vivemos. Faz-nos parar para pensar; faz-nos abrandar o ritmo alucinante em que vivemos.

As doenças más não acontecem só aos outros. Eu Enfermeira também estou doente.

Eu Enfermeira também me senti perdida, também senti que nada sabia, também sofri, desesperei, senti a solidão, o medo, a angústia. Eu enfermeira também luto pela vida como enfermeira e como doente.

Eu enfermeira sou mais um número de um cartão de utente do Hospital. Fui mais uma doente que passou no serviço do hospital, mais um caso de uma determinada patologia.

Quando estamos bem, pensamos que certas coisas só acontecem aos outros, que a nós nada nos atinge.

O sofrimento existe e não é só para os "doentes", os enfermeiros também adoecem, também sofrem.

Ah como é diferente estar num hospital vestida com um pijama em vez de uma farda branca.

Como é diferente "ser cuidado" e "cuidar".

Como é duro estar do outro lado.

Apesar de tudo algo de bom ficou em mim. Tudo isto me fez "crescer", como mulher, como mãe, como amiga, como enfermeira.

Não sinto revolta, não estou zangada com a vida, apenas aceito e entendo que EU TAMBEM SOU DOENTE. (R15)

Esta transição de papéis revela-se dolorosa na medida em que passam a ocupar um lugar diferente, o que espelha algum desconforto. Terão que assumir um papel distinto, caracterizado por alguma humildade, aceitação e resignação, passando a ser o ser cuidado e que está à mercê dos cuidados dos profissionais. Esta mudança compadece-se de alguma angústia e impotência que se traduz por estados de ansiedade mais ou menos marcantes.

Segundo Campos:

“... o cuidador demanda reciprocidade. Necessita de alguém alcançável e capaz de funcionar como suporte. Se considerarmos o conceito de suporte social, diríamos que tal suporte, habitualmente oferecido por um provedor a um receptor passa a ocorrer entre os próprios provedores, que, num dado momento, podem estar na posição de receptores, para, em outro momento, ser provedores de um colega ou colegas que ocupem o lugar de receptor” (2005:42).

Esta transição *situacional* transforma os enfermeiros, de prestadores para receptores de cuidados, despoletando sentimentos de desconforto e ambiguidade no que concerne ao sentido de vida pessoal e profissional interiorizado ao longo da sua existência (Meleis, *et al.*, 2000).

A representação que cada um constrói sobre o que traduz o ser e estar doente é única e está em constante transformação, podendo ser mais ou menos dolorosa, consoante as mudanças ocorridas, o impacto das mesmas e a capacidade de adaptação a essa situação específica.

Como qualquer outro ser humano, os enfermeiros, quando confrontados com uma situação de doença, tendem a questionar a sua existência no mundo e a compreender e interiorizar a vulnerabilidade e fragilidade humana. Sendo ser de relação e gregário a sua relação consigo, com os outros e com o mundo é colocada em causa, emergindo a ideia de que todos são seres para a morte, como refere Heidegger (2007).

Neste contexto, a experiência de doença oferece a possibilidade de a pessoa se transcender, na medida em que deverá aceitar conscientemente a doença e traçar objectivos de vida, de acordo com as limitações ou incapacidades associadas, traduzindo a ideia de Albisetti ao dizer que “É o modo como reagimos àquilo que nos acontece que determina o curso da nossa vida” (2008:7).

Com a experiência de ser e estar doente os enfermeiros vão aperceber-se do que sentem e vivenciam aqueles com quem trabalham diariamente e que são a razão de ser da sua existência profissional. Quando um profissional de saúde adoece, passa a ser ele que se encontra fragilizado e vulnerável e, possivelmente, a perceber a necessidade da presença efectiva do outro, da sua capacidade para estar com ele. Desta forma, a vivência concreta de uma experiência de doença torna os enfermeiros, fiéis e fidedignos relatores da sua perspectiva particular, do que é ser e estar doente.

As experiências vividas de doença são directamente acessíveis a quem as vivenciou e só estas pessoas podem falar com toda a legitimidade sobre elas, o que traduz a riqueza da realização de estudos com base na experiência vivida, na medida em que permitem obter conhecimento pela partilha de sentimentos e significados atribuídos pelo doente. Segundo Laquinta (2004), pela experiência vivida tem-se acesso ao conhecimento na perspectiva do doente.

A experiência vivida traduz os conhecimentos que se adquirem com a prática. Numa perspectiva fenomenológica a experiência revela a forma como os sujeitos concretos vivenciam o seu mundo, ou seja, o seu modo de estar e de interagir com o mundo, à luz da sua sensibilidade e da atribuição de significado. O que se pretende é voltar à essência das coisas, descrevendo o que se passa sob o ponto de vista das pessoas que vivenciam determinado acontecimento (Alves, 2006). Também Van Mannen (1990) atribui grande ênfase à fenomenologia pelo significado das experiências vividas, procurando determinar a estrutura

de um fenómeno através do conjunto das várias essências identificadas, pelos diferentes sujeitos.

A elaboração de trabalhos com base na experiência vivida permite ter acesso a um conjunto de sentimentos, emoções e conhecimentos, possibilitando a obtenção de dados ricos e importantes sobre a mesma, segundo a perspectiva do próprio. Ao se procurar estudar a experiência de doença nos enfermeiros, visa-se sobretudo estudar não uma descrição pura da vivência mas uma descrição mais reflexiva, que envolva sentimentos e pensamentos, que proporcione a compreensão do seu discurso.

Para Ramalho, "...a pessoa que cuida tem acesso e interpreta os significados e preocupações do outro sem ter tido a sua experiência, sendo necessário que quem cuida se envolva e esteja em sintonia com quem é cuidado..." (2011:25). Segundo Bonino (2007) os profissionais de saúde, ao longo do seu desempenho profissional, devem auxiliar os doentes a descrever o que sentem e como vivem o seu quotidiano, pretendendo ser o mais objectivos possível. No papel de doentes, sintonizam o que caracteriza a experiência vivida de ser cuidado e serão eles os próprios descritores da sua situação clínica e da forma como lidam com ela.

É um tema intrigante e que não tem sido muito explorado, daí o interesse em o desenvolver. Os profissionais de saúde são, sem dúvida, importantes informantes de como deverão ser os cuidados de saúde, pois a experiência vivida de doença na primeira pessoa facilita o processo de compreensão do doente como ser único e o significado atribuído àquela experiência particular. A sua reflexão é muito importante e poderá ter uma influência muito positiva para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e para a satisfação de todos os envolvidos nesse processo.

Atendendo a que a fenomenologia exige uma atitude que implica uma postura de questionamento constante, resultante da reflexão sobre as experiências, e que pretende identificar padrões de experiência e predizer o seu resultado, considera-se adequado o seu uso para conhecer a forma como os enfermeiros vivenciam a experiência de doença, almejando compreender a sua vivência (Morse *et al.*, 2007).

Segundo o método fenomenológico de Giorgi, é possível trazer para o mundo falado as experiências vividas dos participantes, no que concerne ao significado e sentido por eles atribuído. Sabendo que a enfermagem se desenvolve imbuída nas experiências das pessoas, a utilização deste método revela-se muito útil na medida em que a sua utilização permite investigar fenómenos particulares e específicos da existência humana.

Pretende-se sobretudo apreender, de forma humilde, o que se revela pela simplicidade e subjectividade dos participantes e (des)construir algo muito complexo em factos simples e compreensíveis.

Constatando, pela realização da Revisão Sistemática da Literatura, a não existência de trabalhos elaborados no âmbito desta temática torna-se evidente a necessidade de explorar a dimensão humana de ser enfermeiro, sendo também doente, impulsionando o autor para a procura de respostas que possibilitem uma compreensão do seu mundo vivido, da sua experiência de estar doente e do significado atribuído à mesma, no sentido de obter a estrutura essencial do fenómeno pelo acesso ao discurso sobre a sua experiência vivida. Neste sentido, este trabalho pretende lançar um novo olhar sobre a experiência vivida de doença de enfermeiros que se tornaram doentes, recorrendo a uma abordagem fenomenológica, que permita responder à seguinte questão de investigação: Qual a estrutura essencial da experiência vivida do enfermeiro que se torna doente?

Perante tal questão emerge o seguinte objectivo:

- Compreender a experiência vivida de ser doente sendo enfermeiro.

A estrutura deste relatório encontra-se constituída por duas partes que englobam oito capítulos. A primeira parte é constituída por três capítulos em que se apresenta uma tematização sobre a experiência vivida de doença e o discurso do enfermeiro sobre a mesma, na mediação entre a doença do outro e a sua própria doença e a importância da experiência vivida como foco de atenção da enfermagem. Na segunda parte, 1º capítulo, faz-se uma abordagem breve à fenomenologia, da metodologia ao método, efectuando-se uma alusão ao método fenomenológico no geral e ao método fenomenológico de Giorgi em particular. Posteriormente, centra-se a atenção no acesso ao fenómeno, com descrição das opções metodológicas utilizadas para o acesso à informação e promove-se, no 2º capítulo, o encontro com a experiência vivida, pela apresentação e análise dos dados obtidos. Procede-se no 3º capítulo à discussão dos dados em função do diálogo com a literatura e apresenta-se uma síntese compreensiva geral. No 4º capítulo apresentam-se as conclusões e no 5º capítulo as limitações e sugestões, terminando com a apresentação da bibliografia que lhe serviu de base. Remete-se também para anexo alguns documentos elaborados no contexto da operacionalização deste estudo.

I Parte - Contextualização do Estudo

A doença pode atingir qualquer pessoa, independentemente da sua idade, género, raça ou estatuto social, embora se reconheçam factores influenciadores e de risco. Perante uma situação de doença a pessoa tende a sentir-se fragilizada e vulnerável e passa a viver co-dependente de outros.

Na condição de profissionais de saúde, os enfermeiros irão vivenciar a doença de forma comum a qualquer outro ser humano, embora alicerçados num corpo de conhecimentos científico próprio e específico, que caracteriza a enfermagem.

1 - Experiência vivida de doença

As pessoas são o resultado das suas histórias de vida, das crenças e valores que suportam os seus comportamentos perante os diversos eventos que a caracterizam.

A vida ou existência humana, por sua vez, é resultante de um contínuo entre o nascer e o morrer caracterizado por momentos bons e menos bons. O significado atribuído às situações que se vivenciam traduz-se na forma como se encara a vida e os seus desígnios, constatando-se que as suas experiências transformam as pessoas naquilo que são e no que virão a ser.

Na opinião de Monsarraz (1998), as experiências de vida constituem sempre oportunidades de crescimento, revelando-se fundamentais e obrigatórias na descoberta de si próprios.

A pessoa, como ser comunicacional que é, estabelece constantemente relações com os outros, na sua interacção com estes. Deste modo, deve adoptar comportamentos dignos na relação com os outros, respeitando e confirmando a dignidade da pessoa humana.

Como tal, a experiência humana revela o modo humano de ser, tendo em conta a pluralidade e a diversidade humana. Este modo de ser está directamente relacionado com a relação que a pessoa estabelece com o mundo, pelas suas experiências e possui um sentido, anunciando o respeito pela dignidade e existência humana (Honoré, 2004).

Traduz algo físico ou um fenómeno resultante da interacção do homem com o mundo e tem a particularidade de poder ser recordada em qualquer momento. É caracterizada pela

temporalidade, sendo única e percebida de uma forma própria pela pessoa que a vivencia, revelando a sua forma de ser no mundo e os processos de significação realizados.

Em termos de experiência vivida, também o significado atribuído se encontra dependente da relação que se estabelece com o mundo, pois traduz o resultado da interação entre a pessoa e o mundo e da percepção que a mesma tem das coisas, não da forma como as pensa mas da forma como as percebe como vividas. Como refere Giorgi e Sousa (2010:32) “O significado da existência humana é construído a partir da experiência e dos estados intencionais do sujeito, assentes em sistemas simbólicos da cultura que desenvolvem processos de interpretação da vida quotidiana”.

Para Alves (2006), a experiência pode ser concebida como um ensinamento adquirido pela prática quando se fala em experiência de vida; como uma confirmação sobre uma determinada realidade quando se recorre a um processo de verificação, no caso de experiências científicas e como a forma de alguém suportar ou sofrer algo, nomeadamente, a experiência de dor ou doença.

Segundo uma perspectiva fenomenológica, a experiência vivida é encarada como uma expressão que significa ontologicamente a forma original como os seres humanos experienciam e existem no mundo como seres únicos que são.

Neste sentido, as experiências podem categorizar-se de três formas: agradáveis, desagradáveis ou neutras. Quando agradáveis são apetecíveis; quando causam desconforto são ameaçadoras e, quando neutras, provocam sentimentos de indiferença (Paldrön, 2006).

As experiências vividas são tanto mais significativas quanto maior a valorização memorial que se lhe atribui, sendo caracterizadas por um conjunto de significados resultantes da interação homem-mundo.

Botelho considera que “...as experiências humanas, como a doença e o sofrimento, são experiências significantes, isto é, têm significado em si próprias porque são vividas por mim, e é por isso, que só podem ser percebidas através do significado que lhes atribuo” (2004: 12).

Todo o conhecimento passível de ser apreendido e compreendido resulta da própria vivência da pessoa e das suas experiências singulares e únicas, que irão constituir o seu universo. Estas experiências vividas e, posteriormente descritas, permitem conhecer os fenómenos, tornando-se por isso a base para o desenvolvimento de qualquer ciência, só sendo possível explicar e relacionar fenómenos depois de estes serem percebidos e partilhados pelas pessoas que os vivenciaram.

Desde sempre se considerou que os conceitos de saúde e doença se apresentam interligados e coexistentes, relacionados com a natureza, o ambiente, o corpo físico, psíquico, social e espiritual. Embora sejam conceitos díspares estão conectados entre si, traduzindo os dois pólos possíveis da experiência individual de cada pessoa e estabelecem uma relação paradoxal, pois esta tem tendência para reflectir sobre eles quando percebe a ameaça ou a real falta dos mesmos. Duarte considera que “... a saúde e a doença constituem a forma como o indivíduo interpreta e se relaciona com a sociedade” (1998:12).

A saúde traduz um bem-estar e a sensação de se estar preparado para enfrentar qualquer desafio, observando e valorizando tudo o que o rodeia e permeando a sua existência. Para Gadamer é definida como “...um estado de conveniência interna e de concordância consigo mesmo”; “não é apenas um sentir-se, mas estar-aí, estar-no-mundo, é um estar-com-os-outros, um sentir-se satisfeito com os afazeres da vida e manter-se activo neles (2009:124,128). O mesmo autor refere que “...experimentamos a saúde – (...) como harmonia, como a convivência equilibrada, ao passo que na doença, pelo contrário, a conjugação da harmonia do bem-estar e a entrega de si mesmo ao mundo – é perturbada” (2009:116).

A saúde traduz um estado de bem-estar que todos os indivíduos designam e que, erroneamente, muitos consideram como bem garantido, não se encontrando preparados para lidar com as alterações possíveis ou inevitáveis. Já Cícero (4000AC) dizia que a boa saúde é mais agradável àqueles que retornaram de grave doença do que àqueles que nunca tiveram o corpo doente.

Com Hipócrates a doença era encarada como um desequilíbrio orgânico da pessoa, focalizado a um órgão específico, procurando elaborar-se um diagnóstico exacto, desmistificando a ordem demoníaca da doença em prol de uma relação causal de ordem natural (Albuquerque e Oliveira, 2002).

Para Descartes o homem saudável assemelha-se a um relógio que funciona na perfeição, ao passo que um doente se revela como um relógio avariado. Esta visão simplista e redutora considera a doença como um estado de avaria, temporária ou definitiva, que exige tratamento para voltar a funcionar plenamente, traduzindo estado de saúde. A doença era encarada como o resultado de uma relação causal, evoluindo para uma visão de multicausalidade. No entanto, atendendo a que o indivíduo é um ser complexo, até se poderia reflectir sobre o que Richard Blander disse, enaltecendo que “Até um relógio avariado consegue marcar a hora certa duas

vezes por dia!”, não se devendo olhar somente para o doente como corpo físico, encarando-o de forma mais abrangente nas vertentes física, psíquica, social e espiritual.

A experiência de doença traduz um acontecimento único na vida de cada pessoa. É um acontecimento do corpo, humanamente falando, doloroso, uma vez que a pessoa sofre perdas em diferentes graus. É um acontecimento inesperado e que irá condicionar algumas alterações no projecto de vida da pessoa.

Segundo Venâncio e Olivier, traduz uma “experiência ambígua que, por um lado, destaca o doente da massa dos *normais*, conferindo-lhes uma identidade específica (...) e, por outro lado, isola-o do universo dos *normais* e retira-lhes as possíveis formas de manifestação que esse universo comporta (1999:103, itálico original).

Revela-se uma experiência individual e social, denotando-se uma forte tendência para se encarar mais no aspecto social e abrangente do que no aspecto privado, o que conduz à adopção de uma atitude pouco personalizada, na medida em que “...por um longo período, negligenciamos olhar para a saúde e a doença como experiências privadas e pessoais” (Herzlich, 2004:384).

A doença pode assumir-se como um episódio crítico na vida. Esta crise pode adoptar duas vertentes – perigo e oportunidade, na medida em que pode ameaçar a integridade do ser humano e a sua sobrevivência, mas pode também ser uma oportunidade para abertura de novas perspectivas de vida. A doença como oportunidade possibilita a aquisição de uma nova atitude perante o próprio corpo, traduzindo uma focalização de atenção para o mesmo e para a sua existência como ser humano.

A autora supracitada constata no seu estudo, elaborado em 1973 na França, onde procurou saber qual o significado atribuído pelas pessoas ao conceito de saúde e de doença, que existem três tipos diferentes de metáforas ou categorias para caracterizar o conceito de doença, nomeadamente:

Doença como destruidora – em que esta associação ocorre normalmente nas pessoas que são socialmente mais activas, considerando que a doença as limita em termos pessoais e profissionais, não se sentindo capazes de exercer as suas funções habituais. Deste modo sentem-se frustradas pela constatação dos seus limites e incapacidades, podendo a sua atitude variar desde a assumpção do controlo da doença, à sua negação, pela sensação de impotência, desistindo de lutar contra ela.

Doença como libertadora – ocorre nas pessoas que sentem que a sua situação de doença pode ser condicionadora de um conjunto de benefícios, na medida em que lhes permite libertarem-se das suas incapacidades pessoais e sociais.

Doença como desafio – quando a doença é encarada como um objectivo a superar, em que a pessoa se centra na sua resolução, mobilizando todas as suas energias e faculdades, preocupando-se essencialmente com este propósito.

Esta categorização pode englobar flutuações, de acordo com as características pessoais de cada um e da doença em si. Para Venâncio e Olivier “A doença não é um evento focal na vida do indivíduo, mas pertence ao seu próprio projeto existencial” (1999:99).

Radley (1994) e Morris (2000) distinguem os termos “*disease*”, “*illness*” e “*sickness*” pois consideram-nos distintos na forma como se caracterizam. Assim “*disease*” traduz a doença objectiva e propriamente dita, em que é possível elaborar um diagnóstico objectivo e instituir um tratamento específico, de acordo com os sinais ou sintomas demonstrados. É possível a identificação de uma relação causal e actuar sobre ela. “*Illness*” traduz a experiência de estar doente, revelando-se de forma subjectiva, na medida em que se relaciona com o que o indivíduo sente numa situação de doença e como ele considera e identifica o seu estado de bem-estar. Pode ou não indicar ou certificar a existência de “*disease*”. “*Sickness*” traduz o estatuto de doente, que o indivíduo ocupa na sociedade.

Alves, de uma forma mais breve refere que “... a doença é um fenómeno que diz respeito a um conjunto de elementos sócio-culturais que estão interligados entre si. *Sickness* refere-se ao “mundo da doença”, isso é, a um horizonte de significações, condutas e instituições associadas à enfermidade e ao sofrimento” (2006; 1552,3, *itálico e aspas originais*).

Ao se tratar de uma experiência própria, cada pessoa vivencia-a de forma única e particular, sendo também singular o sofrimento inerente. Para situações semelhantes o sofrimento vivenciado pode ser díspar, podendo a doença ser percebida como uma ameaça para si própria, confrontando-a com uma imagem de si muito diferente da habitual e para a qual dificilmente se está preparado.

Campos (2010) considera a doença como um fenómeno natural, que ao aparecer na vida de uma pessoa causa alguma perturbação na rotina estabelecida previamente, condicionando uma nova forma de estar na vida. Neste contexto, é importante que se consiga lidar com a doença de forma espontânea, encarando-a como algo natural e inerente ao seu percurso de vida.

Para Grün e Dufner (2008) a doença é o resultado da relação entre corpo e mente, não se revelando muito importante saber o que causou algo, mas antes, compreender para que é que serviu e o que trouxe para a vida do indivíduo. Neste sentido reportam-se a Freud e Jung para tentar compreender a doença; segundo Freud esta compreensão passa por perceber qual a causa, tentando atribuir justificações ou identificar comportamentos que tenham conduzido a esse problema. Apesar de ser plausível e certa em algumas circunstâncias, pode também condicionar nos indivíduos o surgimento de sentimentos de culpa pela situação, o que se pode revelar pouco benéfico no processo de a encarar e ultrapassar. Na perspectiva de Jung, a preferida dos autores citados, a doença pode ser interpretada, proporcionando a elaboração de questões que visam dar respostas relativas ao futuro e ao significado de determinadas experiências na vida dos indivíduos, não se cingindo apenas a uma atribuição causal e, conseqüente, culpabilização pessoal.

Sendo a pessoa um ser profundamente complexo, compreende-se que, quando adoece, irá manifestar-se de forma particular, tendo em conta as suas características pessoais e de acordo com os factores externos envolventes.

Como tal, torna-se problemático que a pessoa se encontre preparada para receber um diagnóstico de doença, seja grave ou aguda. Perante este primeiro impacto é natural que entre em choque e sinta que perde o controlo da sua vida, pois as alterações sofridas são muito significativas e exigem um grande esforço e orientação para reencontrar o seu equilíbrio e possibilitar uma correcta adaptação à sua nova condição de vida. Esta capacidade para se reequilibrar depende das diferentes estratégias de *coping* adoptadas por cada um.

Inicialmente a pessoa tem tendência para negar o diagnóstico, demonstrando-se incrédula e acreditando, basicamente, que não é possível. Paralelamente, vai colocando inúmeras questões para tentar justificar a injustiça de que está a ser alvo ou na tentativa de negar os factos.

A confrontação com a certeza de um diagnóstico conduz a um processo de legitimação da doença. Neste processo, as pessoas sentem-se muitas vezes, revoltadas contra si próprias, contra os profissionais, contra a vida, demonstrando uma dificuldade acrescida em aceitar a sua situação, o que se traduz em atitudes de revolta associadas a alguma agressividade não intencional para com os outros e o mundo, em sinal da sua impotência para lidar com a situação. Acalmada um pouco esta agressividade, culpabilização e revolta, tendem a ‘baixar as armas’ e a deixar de se defender, procurando aceitar as ajudas que lhe são oferecidas e a

construir um processo de significação pessoal que lhes possibilite toda a preparação necessária para aceitar a sua condição de doente.

Associada à aceitação da nova condição está também a fase da depressão, em que a pessoa se revela triste e resignada com a sua situação, tentando fazer o luto da sua imagem de saudável e de um corpo livre e não sujeito a uma série de procedimentos associados à doença. É nesta fase que o doente se apercebe e interioriza as suas limitações, fragilidades e vulnerabilidade e que percebe a dualidade entre a vida e a morte. Por fim, vem a fase da aceitação em que se revela um equilíbrio possível dadas as circunstâncias, desenvolvendo estratégias que o ajudam a enfrentar a sua doença, no sentido de procurar viver da melhor forma possível. No caso de não se sentir capaz de desenvolver estratégias de adaptação pode resignar-se à sua situação, deixando de lutar e aceitando-a passivamente, o que nem sempre é favorável ao doente.

Este processo de aceitação e interiorização de uma nova condição de vida revela-se moroso e difícil na medida em que poucos são os que se encontram preparados para adoecer ou para aceitar a ideia de que vão sofrer uma alteração no seu estado de saúde. Vivenciar um processo de doença é muito mais que sentir determinado tipo de sintomas e limitações, traduzindo-se numa aprendizagem para saber lidar com um quotidiano diferente e numa nova consciencialização de ser-no-mundo.

A doença crónica permite à pessoa focar todas as suas potencialidades e abrir os seus horizontes no sentido de procurar viver e conviver com a mesma e com todas as transformações exigidas, nomeadamente a nível do estilo de vida, podendo conduzir a uma redefinição da sua identidade e integridade enquanto ser no mundo (Pereira, 2008).

Todo o sofrimento inerente não atinge somente o próprio indivíduo, alargando-se à sua família e amigos, onde todos são influenciados e podem contribuir para um processo de adaptação à doença e, conseqüentemente, recuperação e cura. Deste modo não é um acontecimento puramente individual, podendo ter repercussões sociais e culturais.

O percurso vital é, muitas vezes, sinuoso e preenchido de momentos e aspectos dissonantes no que concerne à sensação de bem-estar induzida à pessoa. Cada uma cresce e aprende a desenvolver formas de enfrentar esses constantes desafios, traduzindo na perfeição o ditado que diz que “o que levamos da vida, é a vida que levamos”. No entanto, esta vida que se leva é consciente e tendencialmente complexa como resultado de um conjunto de pensamentos, emoções e comportamentos em prol da felicidade, por todos, tão veemente desejada.

Tomando a liberdade de usar as palavras proferidas por Fernando Pessoa ao dizer “*Pedras no caminho? Guardo todas, um dia vou construir um castelo.*” pode-se aludir a ideia de que, não sendo o percurso da vida linear, durante a existência humana muitos obstáculos irão ser confrontados, alguns superados, outros meramente contornados, mas o resultado de todas as acções humanas é que irá sustentar a pessoa em que se transforma e atribuir um significado à sua existência humana.

Para Herzlich, «A experiência pessoal da doença não é mais uma “interrupção biográfica”; ela não mais leva a uma “perda do eu (*self*)”. Ao contrário, ela é uma autodescoberta, oferece a possibilidade de renovação e mudança, ou a oportunidade para pôr à prova a própria capacidade de “mostrar-se à altura das circunstâncias” e “ser um doente bem sucedido”», (2004:389, *italico e aspas originais*). Também Fernandes referencia que “A experiência de vida, em saúde e na doença é, por si só, formativa, permitindo aos indivíduos agir em conformidade com o que consideram ser realmente importante e necessário” (2007:75).

De algum modo as pessoas analisam a sua existência, realçando as suas capacidades próprias na procura do significado da mesma, pela interpretação das suas experiências passadas e da experiência do presente, com vista à elaboração de uma projecção pessoal futura (Mora, 2000).

Ao longo da sua vida regulam e orientam a sua conduta, pela atribuição de significados à própria vida e à sua existência. A vida não se confina ao resultado de um conjunto de acções empreendidas, mas sim de significados que se atribuem a cada uma delas e à sua influência na construção da sua existência. No dizer de Bonino (2007), como seres humanos que são, traçam objectivos que as conduzem ao “tornar-se”, implicando uma revisão constante dos objectivos de vida traçados e do desenvolvimento pessoal de cada um, na tentativa de os alcançar.

A existência humana traduz uma trajectória, constituída por uma sucessão de comportamentos e acções. De acordo com as virtudes e os princípios integrados na conduta comportamental é possível que as pessoas se transformem naquilo que realmente são e que as distingue das demais, obtendo, como refere Reis e Rodrigues “...a regra de que as características pessoais se desenvolvem pela prática das acções correspondentes”, concluindo que “...o ser humano é a origem de todos os seus actos, delibera sobre a realidade que deseja e as suas acções visam os fins que lhes parecem ser os melhores” (2002:44).

Neste sentido, o que se recebe da vida é o resultado daquilo que se semeia, ou seja, a pessoa só se pode realizar na vida se a seguir de acordo com os seus princípios, sendo fiel a si mesma e contribuindo para que os seus anos de vida sejam plenos de valores e satisfação. No fundo tudo o que as pessoas procuram incessantemente é ser felizes, mas a felicidade é exactamente um modo de estar na vida, dependendo sobretudo de si próprios. Pensar que a felicidade está dependente de outros ou de alguma circunstância é uma grande ilusão, pois ninguém consegue encontrar nos outros aquilo que deve partir de si mesmo. Há quem aprenda a aceitar o que se tem e o que se é e viver feliz com isso; tudo o que vier posteriormente será um extra à felicidade e não uma condição *sine qua non* para tal. Como refere Rojas (2002:175) “A vida será plena se for cheia de amor e se conseguirmos ser senhores de nós mesmos”.

A vida traduz então um percurso que se faz olhando para o futuro, em que cada um traça os seus objectivos e metas e procura percorrer o caminho no sentido de as atingir, sendo este propósito último, o motor para continuar em frente, superando todas as dificuldades e contornando os obstáculos surgidos. No entanto, para se conseguir prosseguir tem de se aceitar o passado e encarar o presente de forma determinada, compreendendo o que se viveu no passado de forma livre para que não condicione o futuro.

A atribuição de um significado à vida conduz a pessoa ao despertar das suas capacidades com vista a desenvolver-se e a ser capaz de operar mudanças significativas com este intento, enfrentando a experiência de doença de uma forma mais efectiva.

2 - Da doença do outro à minha própria doença

A pessoa é um sujeito de valores absolutos e, em si mesmo, um valor pessoal único. Sendo pessoa é possuidora da dignidade humana, baseada num quadro de referência e valores único que a guia, de forma livre, e lhe permite assumir um dinamismo e um agir constante, capaz de condicionar a sua capacidade de se auto-realizar (Díaz, 2001).

É um ser inacabado que se encontra em constante mutação e evolução, no sentido de dar resposta a todas as demandas inerentes ao seu percurso de vida. O seu objectivo é viver e aprender continuamente, procurando seguir o caminho da perfeição e da satisfação. Como refere Pacheco (2004:23) “O homem vive não na satisfação do que já é, mas na esperança do que ainda não é, e toda a sua vida é um caminho até à sua realização como pessoa”.

Qualquer pessoa é um ser recíproco e dinâmico que interage constantemente com os outros e com o mundo que o rodeia. Ao interagir com os outros toma consciência de si, afirmando-se e sendo autónomo, na capacidade de tomar decisões livres acerca de si mesmo (Reis e Rodrigues, 2002).

Sendo um ser relacional, interage continuamente com os outros e com o mundo, existindo como ser para e com os outros. O verdadeiro sentido da existência humana prende-se com a capacidade que as pessoas apresentam para se dar aos outros, relacionando-se e interagindo. Só desta forma, a pessoa pode partilhar a sua existência, enaltecendo a sua humanidade e, para tal, muito influencia o seu estado de saúde.

Traduzindo um desejo unânime, as pessoas tendem a evitar a doença e todo o mal-estar que lhe possa ser subjacente, acreditando que podem manter-se saudáveis eternamente. Infelizmente isso não é, definitivamente, possível.

Actualmente é notória a ilusão pela tripla falácia que caracteriza a sociedade e que engloba a beleza, o poder e a perfeição. Segundo Bonino (2007) vive-se no mito da perfeição inatingível, em que todos se preocupam em estar sempre bem e em ter a melhor aparência, acreditando e agindo segundo uma utopia, muitas vezes perigosa, que os conduz a determinado tipo de comportamentos e que visa negar um facto real que é a imperfeição e a mortalidade da vida humana.

Para Epicuro (2008) toda a pessoa deseja uma vida feliz e digna de ser vivida, defendendo que o prazer e a felicidade conduzem a sua conduta em prol do bem-estar. No entanto, a saúde não

é uma condição humana irreversível. A qualquer momento o estado de saúde pode alterar-se e a doença instalar-se na vida de uma pessoa. A forma como cada uma responde à doença e o valor que lhe atribui vai influenciar a sua capacidade de adaptação e de recuperação. Desde as pessoas que centralizam tudo na sua doença às que a encaram como algo que acontece e sobre o qual exercem pleno poder, a forma de lidar com ela vai diferir e determinar a sua capacidade para a enfrentar.

Torralba i Roselló defende que (2009:12), “...a experiência de adoecer que, de repente, é uma experiência de negatividade, de dependência, de dor e inclusive de isolamento do mundo social e laboral, constitui uma ruptura fundamental no decurso vital e isso tem consequências no devir da pessoa”.

Atendendo às circunstâncias da vida, haverá algum momento em que a doença surge no percurso vital de uma pessoa, podendo originar algum desconforto e sentimentos de impotência e vulnerabilidade, que fazem emergir a real convicção de que sozinho nada se pode.

Neste sentido, Pangrazzi refere que “O maior serviço que se pode oferecer a quem está em sofrimento é compreender e acolher as suas reacções”, aceitando a sua vivência e o significado que lhe atribui, procurando encarar o seu problema segundo o seu ponto de vista (2010:80).

Partilhando esta ideia, Abreu enfatiza:

“...cada um de nós não é apenas a resultante das aptidões, características e traços “internos” que reconhecemos como nossos, nem tão pouco o produto passivo das condições ou circunstâncias “externas” da vida. A especificidade e a “riqueza” da concepção fenomenológica da personalidade está no *elemento de ligação* entre o Eu e as condições de vida que são as “suas”, isto é, aquelas que o Eu experiencia, que o afectam, que são para si significativas, às quais atribui sentido e valor” (Abreu, 2002:45, itálico e aspas originais).

Em qualquer processo de doença a pessoa deve ser apoiada, sentindo-se respeitada na sua condição de congénere, pelos profissionais de saúde com quem interage. O estabelecimento desta relação deve ser pautado por sentimentos nobres, de respeito e de atenção para com aquele que sofre, procurando perpetuar a ideia de que a dignidade de quem se cuida é o espelho da sua própria dignidade.

A doença, ao fazer parte da vida de uma pessoa, irá contribuir para a construção de cada ser, conduzindo, frequentemente, a algumas mudanças e alterações na forma como se encara a própria pessoa, os outros e o mundo.

Enfrentar a doença e o sofrimento inerente não se revela fácil e verifica-se, da parte das pessoas, alguma dificuldade na sua aceitação. Tendo em conta que a doença e o sofrimento fazem parte da vida e da condição humana, torna-se necessário aceitar as circunstâncias que a vida oferece, sem adoptar uma atitude de resignação e desistência, encarando-a com coragem e determinação, preservando a sua dignidade (Neto, Aitken e Paldrön, 2004).

No entanto, por vezes, a doença é limitadora das possibilidades de realização humana, pois o doente é confrontado com uma situação de limitações físicas que o impedem, com alguma frequência, de se cuidar sozinho, tornando-se menos livre. O ser humano “é um ser finito, limitado e quebradiço e, precisamente por isso, necessita de cuidados de outros seres humanos especialmente quando atravessa determinadas circunstâncias de máxima vulnerabilidade como o sofrimento e a doença” (Torralba i Roselló, 2009:129,0).

Neste contexto, a pessoa que entra numa instituição de saúde requer, para além de cuidados técnicos específicos, um tratamento humano e respeitador da sua dignidade enquanto ser humano, em que os profissionais colaboram no seu processo de recuperação.

Um acontecimento na vida, como a vivência de uma experiência de doença apela aos cuidados porque condiciona, de alguma forma, a existência humana e se caracteriza pela incerteza quanto aos resultados e ao rumo na vida (Honoré, 2004).

Atendendo a que a enfermagem se dirige essencialmente às pessoas, há que respeitar o seu quadro de referência e a sua dignidade. A forma de agir de cada profissional é única e traduz a relação interpessoal estabelecida com o doente, exigindo uma postura reflexiva, em que tudo deve ser ponderado sob o prisma de uma conduta ética, moral, profissional, social e pessoal.

A enfermagem, quando encarada do ponto de vista relacional, pela relação que se estabelece entre o ser que ajuda e outro que é ajudado, supera as interacções dicotómicas entre dois seres individuais. O seu carácter é amplo e abrangente, pois engloba dois seres e todas as circunstâncias adjacentes.

A relação de cuidar que se instaura entre o profissional e o doente é uma actividade intencional que resulta da consciência da necessidade de algo, para se obter ou recuperar o bem-estar do outro. Esta aproximação deve ser despreziosa e pautada por sentimentos positivos que traduzam uma experiência benéfica e altruísta, baseada na vocação e na

capacidade de comunhão com os outros. Esta relação “... consiste em contemplar, ou seja, em despertar a admiração por outro que é como eu, mas que não sou eu” (Torralba i Roselló, 2009:176).

Já no tempo de Hipócrates se valorizava a relação estabelecida entre o médico e o doente, não se encarando este último somente pela vertente da medicina, mas também de uma forma mais global. Posteriormente surge o modelo biomédico, em que se verifica uma abordagem reducionista do Homem, visto como uma máquina e constituído por um conjunto de peças que deveriam trabalhar harmoniosamente. No caso de uma destas peças avariar, perde-se o equilíbrio e o organismo deixa de funcionar adequadamente. Recentemente tem-se verificado uma mudança de paradigma, enfatizando-se a pessoa como centro dos cuidados e almejando-se o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz e verdadeira entre os envolvidos.

Nesta relação diacrónica, “A tarefa do médico da pessoa não é apenas curar a doença, reparar a máquina, esconder a dor, mas é também, e em simultâneo, ajudar o doente a aceder ao «corpo que ele é», ajudá-lo a ser um «homem no seu corpo»” (Hacpille, 2000:190, *aspas originais*).

Os actos de curar e de cuidar não são totalmente exclusivos, coexistindo complementar e harmoniosamente. Não devem ser analisados ou compreendidos isoladamente, pois cada profissional procura desenvolver acções que contribuam para a recuperação do doente, no sentido de promover a sua vida e bem-estar. No entanto, todos os actos de curar devem ter subjacente a gentileza, a generosidade e o amor implícitos no acto de cuidar, fomentando uma prática profissional de excelência.

Schwind (2004) refere que, para se prestarem cuidados de saúde exímios, os profissionais não devem focalizar-se numa postura meramente técnica, devendo investir na dimensão relacional do cuidar, em que imperam características pessoais em complementaridade com um suporte tecnológico adequado e ajustado.

Neste sentido, “Quem cuida terá que mobilizar todas as suas capacidades de vida e não somente focar a sua atenção nas técnicas e actos que visam tratar a doença, até porque “tratar” pressupõe a doença, enquanto “cuidar” pressupõe olhar a pessoa como ser vivo sujeito a um desequilíbrio no seu todo biopsicossocial” (Augusto *et al.*, 2004:29, *aspas originais*).

A relação estabelecida entre o profissional de saúde e o doente exige a adopção de uma conduta e postura humanizante e respeitadora dos princípios e valores do doente, velando para que se continue a sentir pessoa como até então, preservando a sua identidade e singularidade.

Em termos da unicidade de cada pessoa pode aludir-se a uma constante assimetria na relação estabelecida, uma vez que se trata de um encontro entre duas pessoas únicas e distintas. No entanto, nas palavras de Gineste e Pellissier esta relação deve ser “...uma relação de igualdade: igualdade em humanidade e em cidadania” (2007:248).

No que concerne aos aspectos éticos e de respeito pela dignidade humana, é inadmissível falar em assimetria, uma vez que, todo o ser humano é digno e deve ser tratado como tal. No entanto, na relação estabelecida entre o ser cuidado e cuidador a assimetria é notória, pelo elevado grau de vulnerabilidade e fragilidade que o primeiro apresenta em relação ao segundo. Esta assimetria deve ser um incentivo para o profissional, na medida em que lhe imputa um poder acrescido e que o condiciona a agir de forma correcta, pautando-se pelo disposto no Código Deontológico do Enfermeiro, nomeadamente no artigo 82º - Dos Direitos à Vida e à Qualidade de Vida, alínea a) – atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias, que também remete para o artigo 81º - Dos Valores Humanos, alínea a) – cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, ideológica e religiosa e ao artigo 89º - Da Humanização dos Cuidados, de forma a dar visibilidade à alínea b) - contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa. Neste contexto, o enfermeiro deve valorizar estes aspectos, desenvolvendo a sua acção segundo uma conduta do bem, fomentando uma relação recíproca que procure minimizar a vulnerabilidade do doente, potenciando-o.

Para além desta diferença, bastante marcante e que exige do cuidador uma grande sensibilidade para interagir com o doente, também se constata alguma diferença de poder, especificamente em termos de informação e da sensação de dependência. Os doentes sentem-se fragilizados e dependentes dos profissionais que, frequentemente, estão muito mais informados acerca da sua situação clínica que eles próprios. Por outro lado, dependem deles para a realização de tarefas rotineiras, banais e quotidianas, sentindo-se infantilizados. O profissional deve ter consciência de que são estes actos que constituem parte do seu quotidiano e da sua real importância para os doentes. É importante que este reconheça que os doentes são o motor e a razão principal de seu existir profissional.

No dizer de Torralba i Roselló, “A única coisa que separa *cuidador* e *ser cuidado* é a potência e a intensidade da vulnerabilidade” (2009:137; *italico original*). É natural que os doentes revelem maior grau de vulnerabilidade, quer pela sua condição física como psíquica, social e espiritual, demonstrando necessidade de apoio a vários níveis e almejando um tratamento digno e agradável, que minimize o desconforto associado ao facto de estar internado.

Assumindo que estes aspectos não sejam devidamente tidos em conta e que o profissional de saúde possa adoptar um papel de poder e soberania, impondo a sua vontade de desenvolver um cuidar monológico, em que apenas ele fala e opina e o doente se resigna a calar-se e a ouvir, o seu desempenho traduzir-se-á numa má prática de enfermagem.

A noção de cuidar tem vindo a evoluir, dando maior ênfase ao valor das pessoas envolvidas, verificando-se que se trata de uma modalidade comunicativa, em que a linguagem não-verbal exerce um papel fundamental. Não há cuidar sem comunicação, mas nem toda a comunicação se reflecte em cuidar. O cuidar exige uma fusão coerente entre a comunicação verbal e não-verbal, constatando-se uma forte tendência da parte do doente para se sensibilizar mais com a linguagem não-verbal.

Segundo o autor supracitado, “É através da linguagem que Eu e o outro temos algo em comum, eu dou a outrem, um pouco do meu mundo e vice-versa. No entanto, a linguagem humana nunca é directa, pois passa por uma vida de alteridades que são diferentes em cada um de nós, razão pela qual o encontro humano se torna tão difícil” (2009:84).

Como profissionais de saúde, os enfermeiros devem ajudar os doentes a realizar determinadas tarefas, tendo em conta as suas capacidades para tal, não forçando a algo para as quais as pessoas se sentem incapacitadas ou limitadas. A sua principal função é acompanhar o outro no seu processo de doença, apoiando-o e fomentando as suas potencialidades enquanto *ser no momento* e no seu *por vir futuro*, fomentando a sua autonomia ontológica e ética.

A sua função deve incidir na ajuda ao doente para recuperar a sua autonomia, em termos físicos e, muito mais importante, em termos de identidade. Enquanto doente, o ser humano procura alcançar o seu sentido de vida, revelando vontade de viver mas, uma vida com sentido.

Já Collière (1989) denominava o cuidar como um acto de vida, que permite a continuidade e o desenvolvimento da vida, traduzindo mais do que um saber técnico e exigindo uma ligação e relação com o outro, com base na afectividade e na delicadeza.

Neste contexto e segundo Graças “...para cuidar, é preciso compreender e partilhar da experiência do outro, o que se torna possível quando se entra em contacto com a sua subjectividade e se decide fazer uso terapêutico de si mesmo, utilizando a própria habilidade, o conhecimento, a disponibilidade para comunicar-se e relacionar-se afectivamente com aquele que se vai assistir” (1997:25).

O cuidar do outro centra-se sobretudo em ajudá-lo a suportar as suas limitações, agindo em cumplicidade. Não pretende ser protector ou paternalista mas antes agir com responsabilidade em torno das suas necessidades. Para tal exige-se que o enfermeiro esteja atento ao outro, demonstrando abertura e vontade para comungar a perspectiva do *nós*, procurando compreender o outro em relação ao que sente e agir em consonância, acompanhando-o e estabelecendo uma relação recíproca.

O profissional de enfermagem, no seu agir, visa sobretudo o encontro com o outro, que necessita de cuidados, encarando a vivência dos envolvidos, do ser cuidado e do ser cuidador, imbuída na vivência da proximidade da relação (Honoré, 2004).

A relação a estabelecer com o doente exige do profissional a capacidade de compreender, o que implica a faculdade de perceber o efeito ressonante do outro na sua própria pessoa, baseando-se no interesse pela pessoa enquanto ser doente. O proporcionar de um encontro verdadeiro entre ambos é uma das missões mais relevantes da enfermagem e exige dos enfermeiros uma envolvimento enquanto pessoas e profissionais, com capacidade de entrega e compromisso.

Fernandes considera que "...para se cuidar é necessário ser-se detentor de conhecimentos associado a uma formação humana muito complexa, que engloba o conhecimento de si próprio e do outro e de quais as suas limitações e poderes", revelando-se como "...um imperativo moral na enfermagem, associado a uma acção técnica e a uma relação interpessoal, baseada no altruísmo, visando cuidar verdadeiramente e, não objectivamente, do outro" (2007:45,7).

Tudo o que foi dito se reflecte na necessidade imperiosa de se agir de forma humanizada, encarando o doente como seu semelhante e procurando agir na base do bem e da preocupação com o seu bem-estar e felicidade. Como referia Wanda Horta, o enfermeiro é gente que cuida de gente e deve continuar a honrar esta premissa.

Deste modo e como frisa Osswald: "Contribui para a humanização todo o profissional de saúde que recusa a rotina, não vê no doente apenas alguém que a ele recorre em busca de auxílio mas também uma pessoa inteira, como tal presa de emoções, receios, angústias ou desesperos, que é a própria razão de ser: a sublime justificação da existência do profissional de saúde" (2002:44).

A relação estabelecida deve ilustrar o valor atribuído ao doente e ao respeito pela sua pessoa, em que o profissional se revela como pessoa que é e procura ser, tendo em conta o respeito pelas pessoas e pela profissão.

Para Ayres, o que realmente importa na relação que se estabelece entre o profissional e o doente é a humanização de cuidados, em que impere “*a permeabilidade do técnico ao não-técnico*, o diálogo entre estas dimensões interligadas” (2004:22, *itálico original*).

Sendo o cuidar a verdadeira essência da enfermagem, procura-se conhecer o outro na sua plenitude, como ser único e indivisível, na sua forma de ser e estar perante si mesmo, os outros e o mundo. Desta forma o cuidado revela-se como uma expressão da humanidade e do desenvolvimento das pessoas.

Cuidar de alguém é acompanhá-lo, ser-se com ele, promovendo as suas capacidades e ajudando-o a ser na sua individualidade. Isso implica a contemplação do outro, em que o profissional procura admirá-lo como seu semelhante, embora com a convicção plena de que se trata de uma pessoa singular e única.

Para se cuidar verdadeiramente há que ter consciência da real vulnerabilidade do outro, promovendo um processo diacrónico entre o ser que cuida e o que necessita de ser cuidado, em que o protagonista é o ser vulnerável que necessita de ajuda e não o ser que cuida.

Como tal “...olhar para a doença não é suficiente. Urge encontrar o sujeito. O ato terapêutico será o olhar. Descobrir aquele que vive (e que sofre) atrás da sua doença” em que “o sujeito quer ser ouvido, quer ser compreendido. O ato terapêutico é ouvir. Descobrir o significado que se esconde atrás da doença” (Campos, 2005:38)

A pessoa ao adoecer e ao necessitar de cuidados de saúde revela a sua fragilidade enquanto ser humano, sentindo que perde, de alguma forma, a sua autonomia. O corpo doente passa a ser alvo de observações e manipulações pelos profissionais de saúde, conduzindo à sensação de perda de controlo de si por parte do doente. Este sente que a doença o limita, nomeadamente no domínio de si mesmo, passando a ver o seu corpo observado, comentado e manipulado por terceiros, sem poder interferir sobre o que realmente só a si pertence. Esta perda de autonomia e controle causa grandes sentimentos de angústia no mesmo.

Objectivando a minimização deste tipo de sentimentos, o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz com o doente, exige da equipa de profissionais uma preocupação em ser claro, empático, procurando satisfazer as necessidades de informação do doente e esclarecer-lhe as suas dúvidas. Para tal, é importante ter em conta os seguintes aspectos: o *como*, o

quando e o *onde*. O primeiro aspecto está relacionado com as técnicas que se podem utilizar, procurando-se reduzir a valorização da quantidade em detrimento da qualidade; o segundo aspecto prende-se com o tempo disponível para cuidar, pois esta arte requer tempo e dedicação; o terceiro aspecto está relacionado com o espaço onde se desenvolve o cuidar, enaltecendo o respeito e a protecção da privacidade de cada um.

Cuidar, na sua acepção da palavra transcende o estar com o outro, implicando o *ser com o outro*, ajudando-o a ser e a sentir-se pessoa e velando pela sua individualidade e integridade.

Para Torralba i Roselló “Cuidar de um ser humano em seu sofrimento, em sua dor, ou em seu processo de morte não é um exercício automático, nem pode ser, em hipótese alguma, uma sucessão premeditada de atos, mas, fundamentalmente, trata-se de uma arte que abarca uma profunda sabedoria antropológica, ética e estética” (2009:20).

Nesta perspectiva compreende-se a magnitude do cuidar, encarado como a essência da enfermagem e a base da relação estabelecida entre profissional de saúde e doente, enfatizando-se a adopção de uma conduta séria, cuidadosa e zeladora do bem-estar do outro, procurando agir com os outros da forma como gostariam que se agisse com eles.

A forma como se lida com o outro, que experiencia uma situação de doença, deve ser pautada pelo respeito à pessoa que é e ao corpo que veicula a sua existência, pelo que as acções de enfermagem dirigidas ao outro devem ser reveladoras do seu significado e do respeito por uma pessoa que sofre e que existe num corpo em dificuldades (Honoré, 2004).

A relação estabelecida entre profissional de saúde e doente é única e insubstituível, resultante do encontro mediatizado por ambos no processo de prestação de cuidados. Para que se prestem cuidados de excelência é importante que se tenha em conta estes aspectos essenciais do cuidar atendendo ao seguinte:

“Se a pessoa é singular, o cuidado deve ser singular. Se a pessoa é uma integridade (interioridade-exterioridade), o cuidado deve ser integral. Se a pessoa é livre, o cuidado deve contemplar a liberdade. Se a pessoa é metafísica, o cuidado não pode ser unicamente físico. Se a pessoa é um ser pluridimensional, o cuidar deve ser pluridimensional” (Torralba i Roselló, 2009:120).

A experiência de uma situação de doença origina nas pessoas uma série de sentimentos que facilitam a percepção de que a vida é finita, que a saúde é frágil e que as relações interpessoais são extremamente necessárias e importantes no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e superação da mesma. Neste contexto, qualquer pessoa acometida por tal

acontecimento irá sentir necessidade de apoio por parte dos profissionais, almejando ser alvo de cuidados personalizados com base numa premissa de compaixão, altruísmo e amor.

Como tal, é imperioso que, na relação estabelecida entre o profissional e o doente se cumpra uma regra de ouro, muito simples e que se baseia em tratar os outros como gostaria de ser tratado, compreendendo os outros como gostaria de ser compreendido.

A doença apresenta-se como uma ameaça para qualquer um, confrontando-o com uma imagem de si muito diferente da habitual e para a qual dificilmente se está preparado. Pode ser encarada como oportunidade, pois possibilita a aquisição de uma nova atitude perante o próprio corpo, traduzindo uma focalização de atenção para o mesmo e para a sua existência enquanto ser humano.

Inicialmente há sempre tendência para desvalorizar os sintomas, tentando associá-los a qualquer acontecimento ou facto vivenciado. As pessoas não se encontram preparadas para sofrer e, muito menos, para relacionar os sintomas com algo mais sério. Frequentemente, só pela persistência e agravamento dos sintomas decidem procurar ajuda clínica.

Os enfermeiros são seres humanos como quaisquer outros, com dificuldades e problemas pessoais e familiares, sendo simplesmente a natureza da sua profissão o que os distingue.

Atendendo ao tipo de funções desempenhadas pelos enfermeiros é compreensível que vivam em constante *stress*, pois têm de lidar continuamente com o sofrimento dos outros, o que, de algum modo, os torna vulneráveis à doença.

Se por um lado os torna vulneráveis à doença, seja por questões ocupacionais ou pessoais, por outro pode conduzir à adopção de medidas de protecção, que passam, muitas vezes, pelo ignorar da doença do outro. Este comportamento procura atingir a imunidade perante a doença, uma vez que lidam com ela diariamente e desenvolvem actividades no sentido de promover a sua resolução. No entanto, a doença é muito mais do que isso, implicando o ser e estar doente, o que vai ter repercussões gerais e abrangentes na pessoa, família e comunidade.

Estar doente implica a manifestação de um quadro sintomático, o que traduz uma mudança no seu estado de saúde. Ser doente é mais abrangente porque remete para a identidade do indivíduo, traduzindo-se pela forma como este se expressa no mundo e pelas relações que estabelece com este (Venâncio e Olivier, 1999).

Neste sentido, os doentes necessitam de apoio e de se sentirem acompanhados no seu processo de doença, enaltecendo a ideia de que todas as pessoas coexistem e não são seres

isolados, interagindo e ajudando-se para facilitar a resolução dos problemas surgidos. Todos necessitam uns dos outros, como lembram as palavras de Renaud (2007) ao dizer que o ser humano é um ser aberto à receptividade e, também, à dependência; desde que nasce, sempre foi dependente dos outros, em resultado do olhar e do cuidado que os outros lhe dirigem.

Como enfermeiros, enfrentam quotidianamente o sofrimento do outro, compelindo-se a lidar com diferentes sentimentos, fragilidades, vulnerabilidades e exigindo, da sua actuação, uma postura de apoio, advocação e, até, segurança. Ao se confrontarem com a sua própria doença e com os seus pares, na condição de doentes, promovem um desafio que não se revela fácil de transpor.

Também para eles a “...doença é o que aflora como perturbador, ou perigoso, aquilo com que é preciso acabar” (Gadamer, 2009:128), assumindo uma importância ainda maior, na medida em que a sua função se prende com a ajuda aos que estão doentes.

Neste sentido e não menos importante, a vivência de doença também permite à pessoa perceber o carácter temporal da vida, a efemeridade, sentindo de uma forma mais real e pessoal a distância que separa a vida da morte. Toma-se real consciência de que todo o nascido morre, sendo, nas palavras de Heidegger (2007) um ser para a morte.

O facto de se estar doente e não poder desempenhar as suas funções laborais da mesma forma condiciona muita angústia, pois agrava os sentimentos de incapacidade e leva à quebra do silêncio e do carácter sigiloso do seu problema de saúde.

Na condição de doentes, os enfermeiros revelam a sua vulnerabilidade e fragilidade, o que exige dos outros profissionais sensibilidade para ir ao encontro do seu íntimo, agindo com humanidade e adoptando uma conduta, imperiosamente, respeitadora da dignidade do outro. Perante um doente há que delinear estratégias e saberes adequados àquela pessoa particular, olhando para ela e vendo tudo o que a caracteriza como ser humano que é e não só como doente que é ou possa estar. Ao desvendar o que não é primariamente visível é mais fácil compreender o outro na sua globalidade de ser humano.

Para que a pessoa enfrente eficazmente a doença deve começar por a aceitar. Este processo não está isento de dificuldades, uma vez que aceitar uma nova conceptualização do Eu não é tarefa fácil, pelo que vai implicar um reajustamento da sua personalidade e da relação que estabelece com os outros (Martins, Cunha e Coelho, 2005).

Quando o doente aceita a sua condição de doente, vive a doença de forma sã. Pode parecer um paradoxo, mas traduz uma reacção física - psíquica - social e espiritual adequada, facilitando

o processo de cura, recuperação ou resignação, negociando a sua vida de acordo com as circunstâncias existentes. O doente não-são, não reage bem à doença, encarando-a como uma limitação e obstáculo à sua realização pessoal (Torralba i Roselló, 2009).

A vida, ao longo do seu percurso, apresenta muitas situações de sofrimento e de dor. “A doença é um exemplo dramático de uma situação nova e desfavorável que transtorna a vida e desequilibra todas as adaptações anteriormente constituídas” (Bonino, 2007:25). São estes momentos que testam os limites dos seres humanos e que lhes possibilitam oportunidades de transformação.

Ao estar doente e vivenciar todas as fases da doença, o enfermeiro tem oportunidade de se transformar, valorizando o significado da palavra compaixão, pois para além de saber o que é estar junto do doente, pode enaltecer a ideia de que se é capaz de reconhecer e valorizar o sofrimento do outro pela contingência do seu próprio sofrimento, reconhecendo a importância e magnitude da humanidade.

As palavras de uma jovem enfermeira que adoeceu e que foi sujeita a um internamento, apresentando um elevado grau de dependência dos profissionais de saúde, traduzem esta ideia referindo que “Infelizmente, foi-me necessária uma experiência como a que eu tive, para compreender como todos os cuidados de enfermagem que eu prestara anteriormente poderiam ter-se revestido de maior sensibilidade para as necessidades dos meus doentes” (Rosati, 1991:202).

A doença é uma ameaça para a pessoa, confrontando-a com uma imagem de si muito diferente, existindo em circunstâncias para as quais poderá não se encontrar preparada. A forma de encarar a doença é singular e a resposta de cada um depende da responsabilidade que demonstra no processo de vivência do acontecimento.

Os enfermeiros podem encarar a sua doença como um fracasso, pois convivem diariamente no meio da saúde o que lhes possibilita ou lhes incute a ideia de que estão mais aptos a manter um bom nível de saúde. Para Sartre e Ferreira (2004:103, *aspas originais*) “... o «fracasso» não é a derrota, não apela sequer para a resignação «passiva» mas para uma resignação «activa», sendo reforçado por Albisetti (2008a:14) quando diz que “...é precisamente por detrás das derrotas e das tragédias que se encontra o sentido e o significado da vida”.

A assumpção do papel de doente não se revela tarefa fácil na medida em que a pessoa não adoece por vontade própria, estando sujeito às contingências inerentes, muitas vezes inconsciente dos benefícios que daí podem advir. Por outro lado vê-se confrontada com uma

separação do mundo dos não-doentes, revelando alguma dificuldade em aceitar este facto, em termos pessoais e profissionais.

Como tal, podem emergir sentimentos de culpabilização que advém da dificuldade em se aceitar o acaso, pois as pessoas revelam alguma dificuldade em encarar os infortúnios da vida. É difícil perceber que as coisas acontecem porque têm de acontecer e que causam sofrimento, uma vez que a passagem por esta vida assim o exige e a vida é destinada. Neste sentido a pessoa procura arranjar uma solução para responder a esta sua dúvida, relacionada com a questão da responsabilidade por determinada situação.

A percepção da experiência vivida de doença pelos enfermeiros é única e subjectiva. Cada enfermeiro vai encarar e perceber a sua vivência de acordo com as suas referências, influenciando a realidade observada. Para tal, em muito contribui o referencial teórico e paradigmático que fundamenta a sua postura profissional.

No estudo de Fernandes e Lopes (2002), sobre a opinião dos enfermeiros sobre a doença, refere-se que a mesma traduz o corpo doente, em que a pessoa tende a ver-se despojada da sua identidade e a ser reduzida a uma entidade física que passa a ser dependente dos cuidados de outrem.

Gadamer refere que “O paciente, aquele que sofre, vê o seu «caso» de um ângulo muito diferente. O seu «caso» é, como primeiro, uma excepção, um afastar-se das relações vitais em que ele vivia habitualmente como homem activo e trabalhador” (2009:112, *aspas originais*).

Sabendo-se que, por norma, as pessoas não gostam de ser internadas e de ter de mudar abruptamente o seu quotidiano e as suas rotinas para se adaptar a um ambiente estranho, sentindo-se um pouco coagidas, tem-se a noção de que sabem o que devem fazer mas não gostam, reconhecendo que um internamento implica um abandono ao que habitualmente faziam, verificando-se uma perda de independência a vários níveis. O estudo de Graças (1997), sobre a experiência de hospitalização, revela que as pessoas têm tendência para fazer transparecer a sensação de obrigatoriedade em cumprir as regras e rotinas institucionalizadas, originando falta de liberdade e de capacidade decisória sobre si e a sua vida, não espelhando uma prática de cuidar centrada na pessoa e nas suas necessidades.

No dizer de Varela, na sua condição de médico internado por episódio de febre-amarela, “Basta cair doente para que todos se considerem no direito de dar ordens: «Já para a cama»; «Não saia do sereno»; «Vista o agasalho» [...] “... eu na camisola insólita, pulseira de

identificação, enjaulado no leito, fora reduzido à condição despersonalizada de paciente.” (2009: 25, aspas originais; 32).

Morrison (2001) frisa que os profissionais de saúde são conhecedores do ambiente hospitalar e das suas ‘artimanhas’, compreendendo o receio manifestado pelos doentes na sua adaptação. A sua actuação passa por dar a conhecer ao doente as regras de funcionamento do hospital, no sentido de proporcionar o máximo de independência e promover um acompanhamento eficaz.

Neste contexto e na condição de doentes, a sua adaptação pode revelar-se facilitada na medida em que não vão lidar com um ambiente desconhecido. No entanto, a necessidade de serem cuidados em vez de actuarem como profissionais competentes e habituados a cuidar dos outros pode favorecer o surgimento de sentimentos ambíguos e de alguma hostilidade e angústia.

Ao inverter o seu papel, o enfermeiro consegue perceber o ‘ser cuidado’ e toda a preocupação demonstrada pelos seus pares. Esta vivência nem sempre é isenta de riscos, na medida em que se verifica uma limitação na capacidade de cuidar dos outros e, especificamente, de si próprios. Varela enfatiza esta ideia ao dizer “Nunca imaginei resignar-me com tamanha passividade a posição tão subalterna na hierarquia hospitalar” (2009: 44).

A inversão de papéis leva o enfermeiro a sentir o que sente o doente na realização de alguns exames auxiliares de diagnóstico e a angústia inerente à espera pelo diagnóstico da sua situação clínica. Como refere Campos “Aquilo que vi tantas vezes fazer aos doentes, agora passava-se comigo! E eu tinha que colaborar, Porque estava doente e tinha que me tratar. [...] realizei os exames todos no mesmo dia. E ainda bem que foi assim [...] Foi um privilégio, pelo facto de ser médica que ajudou a retirar parte da consequente ansiedade.” (2010:28).

Enquanto profissional de saúde, o enfermeiro que vivencia uma situação de doença e uma transição profissional assumindo o papel de doente, vai confrontar o seu saber técnico com o dos seus pares, embora numa posição de dependência e de menor autonomia e capacidade de decisão. Nem sempre se concorda com o que presencia, como se verifica na declaração de Rosati (1991:201), ao proferir “Eu testemunhei situações em que aos enfermeiros faltavam os conhecimentos adequados. Pela sua ignorância fizeram mal não só ao doente, mas a si mesmo e à sua profissão”.

Apesar de terem conhecimentos, os enfermeiros, enquanto doentes, sentem necessidade de obter outras informações complementares sobre a sua doença e evolução do seu estado clínico. Muitas vezes, mesmo bem informados e sendo detentores de conhecimentos

científicos, não podem intervir de forma activa no processo de tomada de decisão sobre aspectos directamente relacionados com a sua pessoa, levando-os a sentir falta de liberdade e alguma anulação ao seu ser pessoa, como seres auto-determinados que são (Graças, 1997).

Por outro lado, o corpo de saberes que possuem pode auxiliar no processo de enfrentamento da doença, na medida em que dispõem de “...recursos específicos para poder enfrentar a doença e compreender as vicissitudes e ela ligadas” (Bonino, 2007:12).

Pensa-se que a experiência de doença e todo o sofrimento inerente possa conduzir a pessoa numa viagem alucinante pelo seu mundo interior, no sentido de encontrar o que de melhor em si existe e se tornar mais forte. Varela (2009) considera que a sua experiência lhe permite compreender melhor os outros e o significado da palavra compaixão.

A doença crónica permite ao indivíduo focar todas as suas potencialidades e abrir os seus horizontes no sentido de procurar viver e conviver com a mesma e com todas as transformações exigidas, nomeadamente a nível do estilo de vida, podendo conduzir a uma redefinição da sua identidade e integridade enquanto ser no mundo (Pereira, 2008).

Deste modo, a interiorização da doença exige um processo de construção de significados, sobre a mesma. Neste processo, a pessoa tende a fazer uma revisão sobre o que viveu anteriormente, sobre si e a relação que estabelece e estabeleceu com os outros, estando dependente dos seus recursos internos e externos.

Como refere Torralba i Roselló

“...a enfermidade questiona sempre o homem e o faz entrar em si próprio, encontrar-se consigo mesmo e descobrir a própria verdade. E ainda que seja, muitas vezes, um traço de egocentrismo e de tirania sobre os demais, não é menos certo que pode ser também ocasião excepcional de descobrir com gratidão a necessidade que temos dos outros, e avaliar precisamente essa relação e essa presença. Pode ser uma experiência de solidariedade” (2009:81,2).

A pessoa que cuida também necessita de ser cuidada, pois o cuidado é um bem universal para todos os seres humanos. Todas as pessoas são vulneráveis, pelo que se entende que o cuidar não atinja nunca o estado de perfeição, uma vez que é mutuamente inclusivo, ou seja, cuida-se do outro mas também se necessita de ser cuidado.

Como refere Campos (2005:41) “Os profissionais de saúde, tanto quanto os pacientes, demandam a necessidade de apoio e suporte”, comungando da ideia de que não há cuidadores absolutos, pois também estes necessitam de ser cuidados.

A relação cuidador-cuidado nem sempre se desenvolve de forma natural e linear, revelando-se, nestas situações, um pouco difícil. Para além de pessoas, são profissionais de saúde que, neste momento específico, se encontram doentes e a necessitar de ser cuidados pelos seus pares.

Segundo o testemunho de Campos, profissional de saúde e doente oncológica, “... entrar como doente não é a mesma coisa! Quando nos colocamos do lado de lá, do lado dos doentes, a situação e a sensação são muito diferentes. Para se ser médico tem que se ter espírito de sacrifício, tem que se ser afável, tem que se ter amor ao próximo, e amor à vida. E agora, mais do que nunca, o comprovo” (2010:28).

Perante a doença podem assumir-se várias formas de a enfrentar, lutando ou desistindo. A desistência não exige muito das pessoas a não ser a resignação a um estado de apatia diante da doença. Quem decide lutar pela sua vida procura aceitar a ajuda dos outros e compreender que necessitam de desenvolver estratégias e incrementar as suas próprias capacidades, no sentido de conseguirem responder efectivamente ao desafio eminente. A forma como se procede perante a doença está directamente relacionada com as características pessoais de cada um, com o apoio percebido e com o seu desejo de viver. Neste contexto podem usar-se as palavras da autora supracitada, que traduzem na perfeição a ideia de que a vida é bela e merece ser vivida na sua plenitude quando afirma que “Amo a vida, amo o mundo, amo a cor. Tenho que lutar e tentar vencer esta batalha. Como sempre fiz. Porque é bom viver e estar neste mundo e seria um contra-senso desistir de lutar” (2010:23).

Ao encarar a doença, os enfermeiros vão adoptar a postura dos que estão do outro lado, dos que sofrem com a doença e que necessitam de ser cuidados. Quando saudáveis, procuram proteger-se criando barreiras de separação entre o mundo do ser cuidador e do ser cuidado.

Como refere Schwind (2004), enquanto profissionais, os enfermeiros procuram ajudar os doentes a adoptar medidas para aliviar o seu sofrimento e aceitar a sua condição de doente. No papel de doentes assumem-se como aprendizes dessas mesmas medidas, interiorizando a real importância daquilo que diziam sob outra perspectiva, tomando consciência da efectividade e eficiência do desempenho profissional dos seus pares.

Torralba i Roselló (2009:131) frisa esta ideia ao proferir que “Somente quem sofre é capaz de compreender, em todos os planos, o ser que sofre. Somente quem submergiu nos abismos da sua própria vulnerabilidade é capaz de compreender a quem está completamente afundado”.

Um dos imperativos categóricos de Kant prende-se com o agir de tal forma que o seu comportamento possa servir de exemplo para todos, como se de uma norma universal de tratasse. O que se preconiza é fazer o bem; agir para com os outros da mesma forma que se quer que ajam consigo e em querer para os outros o que se quer para si. Na perspectiva de Scheler (1993) esta conduta, que se rege pelo cumprimento de um dever, é muito redutora; para ele a compaixão deve acompanhar e fundamentar o agir humano, sendo a relação de cuidar, estabelecida com o doente, magnânime e muito superior ao fazer pré-determinado.

A confrontação com uma experiência de vida marcante e dolorosa, como é o caso de uma situação de doença, promove alterações na pessoa, conduzindo-a a um processo de transformação único, baseado em processos de reflexão e consciencialização do que é realmente importante na vida.

Séneca (2004) considera que se todas as pessoas pensassem e interiorizassem que o que acontece aos outros também lhes pode acontecer um dia, estariam mais preparados para enfrentar problemas semelhantes e para agir de forma mais humanizada e respeitadora, na relação instituída com o seu semelhante.

3 - A experiência vivida como foco de atenção de enfermagem

Na investigação em ciências sociais e humanas não é possível separar o pensamento das emoções, valorizando-se a subjectividade e os valores dos indivíduos, o que implica alterações constantes e a necessidade de perceber que o acesso ao real e a estruturação do conhecimento acontece de forma diferenciada das ciências naturais.

Segundo Van Manen (1990), as ciências humanas defendem a assumpção de que se torna possível conhecer a vida humana acedendo ao conhecimento humano e racional, tornando-a inteligível apesar de toda a sua complexidade.

Desta forma, sendo a enfermagem uma ciência que se desenvolve na relação contínua com as experiências de vida das pessoas, é importante que se faça uso de um método de investigação adequado e que responda efectivamente aos desideratos da mesma. Como referem Streubert e Carpenter (2002:49), “Uma vez que a prática profissional de enfermagem está submersa nas experiências de vida das pessoas, a fenomenologia, como método, é bem adequada à investigação de fenómenos importantes para a enfermagem”.

Neste sentido pode considerar-se a fenomenologia como opção metodológica adequada, uma vez que advém da sensibilidade para perceber o que é dito em resultado da expressividade e autenticidade da linguagem que caracteriza um determinado fenómeno, sendo necessário saber ouvir o outro, as diferentes palavras, as entoações e ênfases proferidos, com o objectivo de o compreender de forma real, tal como se nos apresenta (Van Manen, 1990).

Deste modo implica uma reflexão sobre a forma como um determinado acontecimento se manifesta, não objectivando atingir ou compreender um mecanismo causal subjacente, mas procurando compreender sentimentos e mostrar a sua essência. O grande objectivo prende-se, como referem Terra *et al.* (2006:675), com o “alcançar a intuição das essências, ou seja, ao conteúdo inteligível e ideal dos fenómenos, captado de forma imediata, pré-reflexiva, tão livre quanto possível de pressuposições conceituais, numa tentativa de descrevê-los tão fielmente quanto possível”.

Etimologicamente, fenomenologia deriva da palavra grega “*phainomenon*” que significa mostrar-se ou dar visibilidade a si mesmo, traduzindo todo o facto exterior que os sentidos apreendem e de “*logos*”, que traduz um tratado ou discurso e a razão, revelando as ideias que nascem das percepções sensíveis (Freitas, 2007; Terra *et al.*, 2006).

Para Merleau-Ponty a fenomenologia é o “estudo das essências” (...) “uma filosofia que repõe as essências na existência...” deixando “...trazer consigo todas as relações vivas da experiência, assim como a rede traz do fundo do mar os peixes e as algas palpitantes”, proporcionando a “...revelação do mundo”. (1999:1; 12; 20)

Como método de investigação enquadra-se no paradigma de investigação qualitativa, traduzindo um modelo compreensivo, voltado essencialmente para o estudo dos fenómenos humanos de interesse como as suas experiências vividas. Estes fenómenos não possibilitam uma avaliação mensurável, pretendendo-se conhecer a sua complexidade e compreender a realidade subjectiva dos seres humanos.

Segundo Driessnack, *et al.* (2007) enquadra-se numa filosofia naturalista que defende o facto de a realidade ser subjectiva, uma vez que a realidade é para cada um aquilo que este considera como tal. O seu foco de atenção prende-se com a compreensão do que uma experiência representa no contexto da vida das pessoas, realçando os aspectos caracterizadores dessa experiência vivida.

Van Mannen (1990:36) considera que uma das suas finalidades é “transformar a experiência vivida numa experiência textual da sua essência”, sendo reforçada por Merleau-Ponty (1999) ao dizer que a fenomenologia é o estudo das essências, traduzindo uma construção linguística resultante da descrição de um fenómeno.

O grande objectivo da fenomenologia é construir, pela descrição, a estrutura dos comportamentos humanos, acções, intenções e experiências comuns no desenvolvimento do percurso de vida de cada um. Pretende tornar evidente e explícito o conteúdo significativo de todas as coisas. Na perspectiva fenomenológica procura-se conhecer os significados essenciais que o ser humano atribui a um determinado fenómeno, com base na descodificação do que se encontra subentendido na verdade expressa e descobrir o real significado e sentido da experiência humana (Giorgi e Sousa, 2010).

Neste sentido, o método fenomenológico consiste na habilidade e na arte da sensibilidade e subtilidade para descobrir, nas entrelinhas da linguagem, aspectos específicos, tradutores do que as coisas ou os fenómenos falam sobre si mesmas e que, normalmente, passam despercebidos e exigem uma escuta atenta e efectiva (Van Mannen, 1990). Na sua ideia, o que se pretende com a fenomenologia é alcançar um conhecimento profundo sobre a natureza e o significado das experiências humanas, não possibilitando a confirmação de pressupostos teóricos, mas antes a aquisição de conhecimentos que permitam perceber o contacto e a relação que se

estabelece com o mundo. Neste contexto considera a fenomenologia como uma ciência orientada para a acção, em que existe uma relação íntima entre a pesquisa e a vida, implicando um compromisso relacional e pessoal, onde se questiona a forma como se compreendem as pessoas, as coisas e a vida.

De acordo com Watson (2002), a enfermagem, como ciência humana, pode usar métodos que permitam o acesso ao mundo interior e subjectivo dos indivíduos, valorizando o significado por eles atribuídos e tentando compreender a experiência da condição saúde-doença e todos os sentimentos e emoções daí resultantes. Como refere Giorgi (2000a) os trabalhos de cariz fenomenológico aplicados à enfermagem visam sobretudo o desenvolvimento das ciências humanas, desenvolvendo investigações a partir das descrições sobre as experiências do outro.

A investigação qualitativa em enfermagem contribui para o desenvolvimento de fundamentos teóricos integrados na disciplina, pelo que deve ser valorizada. A enfermagem vai-se desenvolvendo e evoluindo como ciência humana que é, procurando crescer ou progredir no processo de descrição dos fenómenos e na compreensão das respostas humanas aos processos de Saúde-Doença.

O tradicional método de investigação positivista não possibilita à enfermagem a compreensão da abrangência e complexidade das respostas dos seres humanos à saúde e doença. Torna-se imperativo o desenvolvimento de novas metodologias de investigação, visando uma análise compreensiva e holística dos comportamentos e experiências humanas.

Segundo Dreher (2007):

”Tais métodos devem ser capazes de captar o significado dos acontecimentos de saúde para os doentes, famílias e comunidades e não apenas para os acontecimentos em si. Existe uma necessidade de usar métodos de investigação que se dirijam especificamente ao conceito de experiência de saúde e de doença bem como à prática de enfermagem ser mais do que a simples soma das suas partes”.

O ser humano assume-se como pessoa que atribui e retira sentido das diferentes coisas que constituem o mundo, compreendendo-se que as ciências humanas se prendam ao desiderato de o estudar, procurando conhecer o sentido estabelecido para as diferentes situações e explicar os fenómenos humanos e a sua própria existência no mundo.

Atendendo a que a essência de enfermagem é o cuidar dos seres humanos, numa situação específica em que vivenciam um processo de saúde/doença ou de alteração do seu estado de equilíbrio, justifica-se a escolha do método de investigação fenomenológico para estudar um

determinado fenómeno. Esta escolha está relacionada com o facto de a fenomenologia se basear na experiência, procurando entender o seu sentido e significado, validando e sendo validada pela experiência vivida, exigindo alguma sensibilidade por parte do investigador.

Giorgi (2000b) considera que os enfermeiros procuram obter uma compreensão objectiva das situações que são subjectivamente constituídas, o que se revela exigente na medida em que estes devem demonstrar capacidades para entrar no mundo e na cabeça do outro, com vista à obtenção de um conhecimento intersubjectivo.

Neste sentido é útil e importante que se recorra às fontes teóricas existentes e que se dedicam ao estudo de fenómenos, como seja a experiência vivida das pessoas, frisando que “Um grande e crescente corpo de pesquisa explora os padrões das experiências vividas e as perspectivas de saúde nela baseadas, e os tópicos de estudo em expansão, sem dúvida, favorecerão a ciência da enfermagem no futuro” (Wills, 2009:243).

O enfoque nas diversas teorias existentes permite perceber quais os pressupostos e premissas que as regem, visando a compreensão dos aspectos essenciais aos cuidados de enfermagem, que os tornam adequados e eficazes para o estabelecimento do estado de saúde ou prevenção da doença nos indivíduos.

Para Dreher (2007:286) “Compreender os significados culturais dos fenómenos de enfermagem a partir da perspectiva dos doentes tem significância tanto teórica como clínica”, podendo ser possível predefinir as orientações profissionais que facilitem o estabelecimento das diferenças entre os comportamentos reais e ideais.

A experiência humana constitui o campo fenomenológico daquela pessoa, traduzindo o seu quadro de referência. Apenas a própria pessoa é capaz de o conhecer plenamente e de poder falar abertamente sobre ele. Todas as elações que os outros possam retirar não traduzem, na realidade, o que o outro sente, apenas se trata de inferências ao que se vê e ao que se pensa que foi; a forma de reagir perante um determinado fenómeno é única e puramente subjectiva e a capacidade empática pode ajudar mas não permite obter o conhecimento puro do fenómeno vivido (Watson, 2002).

Watson, tendo em conta a sua orientação existencial, fenomenológica e espiritual, encara a enfermagem como uma ciência humana, defendendo que a sua teoria se dirige essencialmente à pessoa e à sua existência humana como ‘ser-no-mundo’, aos seus valores e perspectivas de vida, como agente fomentador do cuidar e do significado da enfermagem. Na sua ideia, o cuidar exige encarar os outros na sua totalidade, como sujeitos vivenciados e co-participantes,

com base na interacção entre a pessoa doente e o enfermeiro e numa ligação entre corpo-mente-alma num determinado momento vivido, no sentido de ajudar o doente a compreender a experiência da condição de saúde-doença e encontrar ou recuperar o significado da sua existência (Watson, 1992; Watson 2002).

A sua filosofia exige que se valorize o outro como ser humano, encarando-o de forma holística e que se adoptem comportamentos promotores de saúde. A relação que se estabelece entre enfermeiro-doente exige dos envolvidos sensibilidade, autenticidade e confiança, respeitando a autonomia e a capacidade de decisão de cada um e aceitando os seus sentimentos e reacções de forma compreensiva.

A sua ligação à fenomenologia prende-se com o facto de considerar que a forma como cada pessoa está no mundo constitui o seu campo fenomenológico ou quadro de referência, só por si conhecido, e da qual dependerão todas as suas reacções perante as diferentes situações vivenciadas (Watson, 1992).

Na sua perspectiva, a fenomenologia pode ser um auxílio, na medida em que permite compreender determinados fenómenos relacionados com as pessoas, a sua saúde-doença, a sua vida, provocando um pensamento reflexivo que conduza a um melhor entendimento do outro. O seu foco de interesse é a experiência humana, a sua essência e os significados subjectivos presentes à luz dos que as vivenciam, pelo que «Os fenómenos humanos (tal como o cuidar e acontecimentos do ser, isto é, saúde-doença) não são objectiváveis; não podem ser inspeccionados ou estudados na forma de objectivos. Tem a ver com o “com”, em vez de com o “o quê”» (Watson, 2002:138, aspas e parêntesis originais).

Cuidar verdadeiramente do outro implica encará-lo como ser único. A relação estabelecida entre profissional-doente deve ser pautada por sentimentos nobres como o amor, o cuidado, o afecto que os caracteriza como humanos. Os profissionais têm que aprender a cuidar-se para poderem cuidar do outro, sublimando esta actividade como a essência de enfermagem.

Verifica-se que o acto de cuidar tem sido desvalorizado, preterindo-se em função de aspectos técnicos altamente sofisticados, igualmente úteis, mas que só tem razão de ser quando aplicados com base num conjunto de ideais e práticas humanitárias, exigindo intersubjectividade e trocas de humanos para humanos, no sentido de proteger a sua humanidade e de atribuir um significado à doença, ao sofrimento e dor, em que o indivíduo procura o autoconhecimento e o auto-restabelecimento da sua harmonia e o enfermeiro age como co-participante em todo este processo (Watson, 2002).

Neste contexto, também Paterson e Zderad defendem uma teoria Humanista integrada no paradigma da simultaneidade que se sustenta no estabelecimento de uma relação de cuidar baseada no diálogo entre quem cuida e quem é cuidado (doente e família) caracterizada pela subjectividade e procurando atingir uma relação eu-tu (Nascimento e Trentini, 2004).

A sua teoria assenta na premissa de que o todo é superior à soma das partes, em que o ser humano é um ser aberto, superior à soma das partes que o constituem, que constantemente transforma e é transformado pelo ambiente. O seu conceito central é o diálogo com os envolvidos no processo de cuidar, conciliando a razão e a objectividade com a sensibilidade e subjectividade.

Na sua perspectiva, o cuidar em enfermagem exige o estabelecimento de um encontro genuíno entre quem cuida e quem é cuidado. Esta relação dialógica condiciona uma mudança na relação *eu-isso* para a relação *eu-tu*, encarando o outro como ser único e peculiar, onde domine o envolvimento emocional, a intersubjectividade, a humanização, o interesse, o respeito genuíno e a reciprocidade, tradutores de uma presença verdadeira.

Como referem Nascimento e Trentini (2004:254)

“... o cuidado de enfermagem [...] passará a ser humanizado se houver envolvimento existencial dos cuidados de enfermagem com o ser doente e familiares, em que vivenciam e compartilham a experiência, reconhecendo a singularidade um do outro por meio do diálogo, uma vez que tanto o ser que é cuidado, aquele que chama, quanto o ser que cuida, aquele que é chamado, sairão fortalecidos com o encontro”.

Na perspectiva de Benner e na sua teoria De Principiante a Perito, o saber resultante das práticas é muito mais complexo do que o teórico, revelando-se a prática como um campo extremamente rico e útil para o desenvolvimento de conhecimentos que, em conjunto, geram múltiplas oportunidades para a enfermagem.

Neste sentido procura descobrir e descrever o conhecimento que advém da prática e distingui-lo do teórico, enfatizando a diferença do ‘saber como’ para o ‘saber que’ e enaltecendo a importância do primeiro para o desenvolvimento do conhecimento (Brykczynski, 2004). Defende que a qualidade dos cuidados de enfermagem está relacionada com o desenvolvimento prático de cada enfermeiro, exigindo-se uma prática efectiva e a, conseqüente, transmissão e partilha do que é aprendido (McEwen e Wills, 2009).

Benner é influenciada pelos pressupostos de Gadamer e Heidegger, que encaram a pessoa como um ser auto-interpretativo definido por um conjunto de conceitos e experiências de

vida. Deste modo considera que a pessoa transcende o mente-corpo e que as suas experiências de vida e práticas exigem que tenham percepção de si próprias no mundo, tendo em conta o contexto em que inserem.

A sua teoria visa descrever os comportamentos dos enfermeiros e verificar qual a intenção e capacidade apresentadas, no sentido de perceber quais as competências necessárias para cuidar efectivamente do doente. O cuidar é definido como algo comum e inato entre as pessoas, que permite prestar e receber auxílio e que deve ser genuíno, traduzindo a essência de enfermagem enquanto ciência humana, sendo o seu objectivo compreender o significado de uma determinada experiência e obter um conhecimento aprofundado da mesma (Benner, 2001; Brykczynski, 2004).

Neste contexto, encara a enfermagem como o resultado da interacção entre o cuidar e o estudo das vivências experienciais de saúde e doença, procurando compreender o significado atribuído numa determinada situação. Considera que o saber clínico dos enfermeiros adquire visibilidade em termos de competências e na diferenciação do cuidar e dos seus resultados para a pessoa doente.

Em termos da natureza do pensamento de enfermagem pode focar-se o trabalho conceptual desenvolvido por Kim, que considera a enfermagem como uma ciência humana prática em que o seu pensamento resulta da conjugação do conhecimento singular de cada enfermeiro e do conhecimento sistematizado da disciplina, traduzindo o que a autora denomina de conhecimento privado e público, ou seja, os conhecimentos resultantes do seu saber pessoal, intuitivo e de experiência e o conhecimento sistematizado, estruturado e fundamentado da disciplina (Kim, 2010).

A sua Teoria da Natureza do Pensamento Teórico em Enfermagem focaliza os aspectos respeitantes à vida humana e considera os fenómenos vivenciados pelos seres humanos essenciais para a compreensão do que é realmente importante para a prática de enfermagem, encarando-os como seres complexos resultantes da sua existência física, psicológica, social e cultural.

Sendo a enfermagem uma profissão que exige o contacto entre pessoas não será despropositado focar a teoria de Joyce Travelbe, que defende o Modelo de Relação Pessoa a Pessoa, na medida em que se estabelece um processo de interacção entre um profissional de enfermagem que ajuda e auxilia um outro, que necessita de ser ajudado, a nível individual, familiar e comunitário. Este processo exige a relação entre duas ou mais pessoas que se

assumem sobretudo como seres humanos, únicos e insubstituíveis, procurando atingir o bem-estar num ambiente caracterizado por experiências como doença, sofrimento, dor, etc. (Tomey, 2004).

Na sua perspectiva a enfermagem exige o estabelecimento de uma relação pessoa-pessoa, num contexto de doença e dor, transcendente e que supere as características de cada papel e conduza os envolvidos a descobrir um sentido e atribuir um significado para o sofrimento experienciado, facilitando o processo de aceitação e, por vezes, transformação numa experiência de auto-realização.

Outra teórica de enfermagem que também defende as relações interpessoais é Peplau, com a sua Teoria das Relações Interpessoais, focalizando que a enfermeira deve aceitar o doente como ele é, sem pré-julgamentos, procurando estabelecer uma relação efectiva, esclarecendo-o e informando-o adequadamente e de forma construtiva, agindo em cooperação e fomentando a sua participação activa no sentido da sua autonomia e independência. Encara a enfermagem como um processo interpessoal, com fins terapêuticos e educativos em que tanto o doente como o enfermeiro pode desenvolver-se e crescer em termos pessoais, auto-satisfazendo-se (Howk, 2009; Almeida, Lopes e Damasceno, 2005).

Peplau acredita que os seres humanos crescem e desenvolvem-se gradualmente até atingirem o seu potencial máximo, de carácter quantitativo e qualitativo, estando dependente de factores internos e externos, especificamente das relações estabelecidas entre estes e pessoas significativas.

Ao considerar o indivíduo como um todo, englobando as vertentes fisiológicas, psicológicas e sociais, preocupa-se em avaliar a interacção estabelecida entre doente e profissional, encarando o primeiro como parceiro activo no processo de enfermagem. Em termos de enfermagem considera que o enfermeiro estabelece uma relação dinâmica com o doente, promovendo mudanças com impacto positivo nas suas vidas.

Ao longo da interacção que o enfermeiro estabelece com o doente pode assumir diferentes papéis, nomeadamente: estranho, educador, líder, de recurso, substituto e conselheiro, focalizando-se sobretudo na relação interpessoal instituída entre ambos, com base nas características e no sentido humanitário que dignificam a profissão de enfermagem (Howk, 2004). Um dos seus objectivos é reduzir os níveis de ansiedade apresentados pelos doentes, canalizar essa energia para uma acção construtiva e interagir com o doente com base numa

postura de respeito, empatia e aceitação encarando-o como ser humano e visando, sobretudo, ajudar o doente a implementar mudanças positivas na sua vida (McEwen e Wills, 2009).

Também Parse considera que os enfermeiros devem acompanhar o doente/família na vivência do seu processo de doença, respeitando o seu próprio ritmo. Todos os seres humanos são intencionais e abertos para com o mundo, co-participantes nele, de forma a adotarem a sua própria maneira de estar no mundo, traduzindo a saúde a sua forma de viver e a sua maneira de ser. O enfermeiro lida com a informação obtida a partir da perspectiva do doente e procura extrair os termos mais relevantes e os significados atribuídos, centrando os seus cuidados no que foi identificado (McEwen e Wills, 2009).

A realização de estudos sobre a experiência vivida pretende compreender a inter-relação entre o indivíduo e a vida, na medida em que este cresce de acordo com a interacção que tem com o mundo e procura dar-lhe significado, segundo a perspectiva do tornar-se, o que implica mudanças e adaptações. Neste contexto, enquadram-se na sua teoria que defende os postulados da Escola do Pensamento do Tornar-se Humano, centrando o seu interesse nas experiências de saúde humanamente vividas. Baseia-se no pensamento fenomenológico-existencial, considerando que os indivíduos só podem ser compreendidos quando encarados como um todo, irreduzíveis e imutáveis, em constante relação com os outros e com o mundo. Utiliza o prefixo “co” com alguma frequência, pois realça que apesar de cada indivíduo estabelecer uma relação única com o universo, vive em constante relação com o mundo e com os outros (Mitchel, 2004).

Esta relação com o universo é marcada pela intencionalidade, na medida em que o ser humano é capaz de escolher a direcção e o modo de agir perante os outros e o mundo, agindo em conjunto. Por conseguinte, conduz a transformações necessárias e à atribuição de significados dependentes da própria interpretação pessoal das situações vivenciadas. Parse respeita a ocorrência de possíveis mudanças e a capacidade humana para as operar, associada à liberdade para o fazer de forma reflexiva, considerando a saúde um compromisso pessoal.

Ao se encarar a doença como uma mudança no estado de saúde de um indivíduo, pode reportar-se à Teoria das Transições defendida por Meleis, que apresenta uma estrutura compreensiva e reconhecedora da importância das diferentes transições que ocorrem na vida, traduzindo a mudança de um estado para o outro. Esta mudança exige esforço e adaptação, o que pode causar maior vulnerabilidade e alterações no seu estado de saúde e bem-estar (Davies, 2005).

No âmbito da enfermagem o objectivo é compreender como se processam estas transições, de forma a definir mais facilmente e efectivamente que intervenção implementar para recuperar a saúde e bem-estar. Para Kralik *et al.* (2006), o que importa não é somente a mudança implícita mas também todo o processo desenvolvido para a incorporar e integrar na sua vida.

Segundo Meleis *et al.* (2010) um processo de transição implica a identificação de algumas propriedades, tais como: consciência, compromisso, mudança, durabilidade e situação crítica. Um processo de transição exige o seu reconhecimento e a percepção do que é necessário para se operar da melhor forma, no sentido de facilitar o processo de vivência e a aceitação das mudanças inerentes. O compromisso traduz o envolvimento demonstrado pela pessoa no processo de transição vivenciado. A mudança é essencial neste processo; toda a transição implica mudança mas nem todas as mudanças são significativas de transições. Estas têm uma durabilidade determinada, com início e términos, da instabilidade à estabilidade, mas nem sempre seguem uma trajectória linear, ocorrendo sempre em torno de um acontecimento ou momento críticos.

Estes processos nem sempre são fáceis de vivenciar, pois traduzem o término de uma fase ou estado da vida e a passagem para outro, implicando uma oportunidade para rever o percurso de vida e procurar estratégias para lidar com a nova situação.

Durante o período de transição o indivíduo tem oportunidade para tomar conhecimento sobre alguns aspectos pessoais, nomeadamente o que são, o que valem, o que procuram e desejam e, também, para onde se dirigem, proporcionando a descoberta de si mesmos e facultando o fortalecimento das suas bases com vista à construção de um novo futuro (Kralik, *et al.*, 2006).

A mudança de um estado para outro, ou seja, a transição saúde-doença que a pessoa vive, leva-a a pensar e reflectir sobre o que foi a sua vida e a rever alguns significados atribuídos e a atribuir outros, aprendendo a valorizar determinados aspectos que, noutras circunstâncias, poderiam não ser identificados como importantes. Estas transições podem ser escolhidas ou forçadas, benéficas ou difíceis, permitindo a evolução, positiva ou negativa, do indivíduo na medida em que podem ser bem-vindas ou ameaçadoras da vida, da estabilidade ou do seu bem-estar (Kralik, *et al.*, 2005).

Como refere Abreu (2008:108), “Disponibilizar cuidados de saúde a pessoas ou famílias significa investir em processos de interacção com utentes em transição”. Um dos propósitos da enfermagem é lidar com as pessoas nos seus processos de transição e facilitá-los, na

medida em que implicam mudanças no seu estado de saúde, nas relações estabelecidas e nas expectativas criadas.

Neste sentido, traduzindo a enfermagem a visibilidade do cuidado prestado e à luz da Teoria da Diversidade do Cuidar Cultural, há que ter em conta as origens culturais e o modo de vida das pessoas, de forma a prestarem cuidados congruentes para os diferentes indivíduos (McEwem e Wills, 2009).

A obtenção de informação directamente pelas pessoas traduz o que Leininger designa por acesso à informação pelas crenças *emic* (particular de cada cultura), reflectindo as perspectivas de quem se encontra no interior, ou seja, o conhecimento enraizado e mais credível.

Desta forma é possível obter as ideias, expectativas e perspectivas criadas em relação aos cuidados prestados, tendo em conta a forma como os vivenciaram e o que sentiram, procurando obter conhecimentos válidos e orientadores de uma prática de cuidar adequados. Como refere Abreu (2008), as mudanças ocorridas, quando contextualizadas numa cultura específica e de acordo com o significado atribuído, permitem encarar com outro olhar as experiências humanas e reorganizar o discurso de saúde e da prática de enfermagem.

Pode ainda, no contexto cultural, referenciar-se o Modelo de Competências Culturais na Prestação de Cuidados de Saúde defendido por Campinha-Bacote, na medida em que possibilita uma prestação de cuidados efectiva e responsável, enaltecendo o valor cultural em termos de homogeneização de comportamentos com base nos referenciais existentes e de acordo com a identificação das necessidades. Desta forma é possível delinear uma definição de estratégias específicas que certifique que a sensação de pertença perdura (Abreu, 2008).

A autora defende que o real desiderato da sua teoria se prende com o *tornar-se culturalmente competente* e não o *ser culturalmente competente*. A aquisição de um nível de competências cultural exige que se cumpram determinados pressupostos, nomeadamente: consciência cultural; conhecimento cultural; habilidades culturais; encontros culturais e o desejo cultural (Campinha-Bacote, 2010). Desta forma, ao se estudar um grupo específico que vivencia um determinado fenómeno é possível atender às suas particularidades e desenvolver intervenções congruentes e ajustadas às características e necessidades identificadas.

Como refere Abreu (2008:83), “Trabalhar com respostas humanas é um processo complexo...A complexidade reside na natureza holística das pessoas e nos significados que constroem no quotidiano”.

Como tal, a enfermagem resulta de processos interaccionais desenvolvidos num determinado contexto cultural, superando as dificuldades ou barreiras existentes e procurando ajustar a sua resposta perante o fenómeno de doença vivida, com vista à promoção da saúde e prevenção da doença.

Numa perspectiva de enfermagem, a metodologia qualitativa, nomeadamente a fenomenologia, contribui para a sua evolução como ciência, na medida em que, para além de expressar o significado de uma experiência vivida, pretende melhorar e desenvolver a disciplina de enfermagem no sentido de obter e compreender o significado da experiência humana enquanto universal (Ray, 2007).

Merleau-Ponty (1999) considera que a fenomenologia contribui para o desenvolvimento de trabalhos de investigação em enfermagem, na medida em que possibilita ao investigador compreender experiências e sentimentos dos participantes. Visa sobretudo contemplar a verdade através do conhecimento das experiências vividas no mundo, descrevendo, analisando e interpretando os fenómenos, procurando conhecer e compreender o que é essencial e invariável, que se traduz pela estrutura do fenómeno.

Segundo Dreher (2007), a realização deste tipo de trabalhos permite obter algumas respostas para colmatar uma das grandes limitações actuais, nomeadamente a identificação e classificação de padrões estruturantes nas respostas humanas a determinados fenómenos ou experiências e a relação entre um conjunto diverso e complexo de variáveis com a sua variação.

Da mesma forma Cohen e Omery (2007), consideram útil a fenomenologia aplicada à enfermagem, na medida em que, como já referia Florence Nightingale (1969), é necessário perceber e compreender as necessidades dos doentes, para se poder actuar efectivamente no sentido da sua satisfação, pois só tendo acesso e conhecimento dos significados atribuídos a uma determinada experiência se pode fomentar e promover uma prática de cuidados dirigida às reais necessidades sentidas pelo doente, prestando cuidados de excelência.

Neste contexto, sendo a enfermagem uma profissão de relação, caracteriza-se pela interacção entre os envolvidos, o que implica a adopção de uma postura respeitosa e de escuta/presença activa, características essenciais no momento da partilha de uma experiência vivida, objectivando a essência dos factos e dos acontecimentos.

Na perspectiva de Van Manen (1990), o que traduz e caracteriza um ser humano não é só o que ele é mas também o que tenta ser. Desta forma tentar saber como é que um ser humano

experiencia o mundo é procurar saber o que caracteriza o mundo em que os homens vivem e, ao mesmo tempo, tornar-se conhecedor de si próprio.

Neste sentido, estudos desta natureza contribuirão para a Enfermagem enquanto disciplina pois, ao se dedicar exclusivamente ao cuidado do outro, permite que se perceba e interiorize o significado das suas experiências vividas.

II Parte – Ao encontro da experiência vivida de doença própria nos enfermeiros

Esta parte da elaboração deste estudo de investigação procura, sobretudo, apresentar os principais pressupostos metodológicos que serviram de base para o seu desenvolvimento e os resultados obtidos.

Perante a confrontação com a inexistência de trabalhos realizados no âmbito da experiência vivida de doença pelos enfermeiros, exceptuando quadros de doença profissional e atendendo à constante motivação para compreender como estes vivenciam a experiência de ser doentes sendo também enfermeiros, surge a oportunidade de elaborar um estudo que permitisse atingir este objectivo proposto.

A realização de um estudo deste cariz exige o seguimento de um percurso metodológico bem delineado e que cumpra os intentos definidos pelos autores e defensores de métodos de investigação adequados ao mesmo. Atendendo à questão de investigação que orientou este estudo, nomeadamente “Qual a estrutura essencial da experiência vivida do enfermeiro que se torna doente?”, optou-se pelo seguimento do método fenomenológico de Giorgi com o desiderato de aceder ao fenómeno de experiência vivida de doença. Trata-se de uma metodologia de abordagem fenomenológica, muito utilizada em trabalhos na área da saúde, que permite ter acesso à experiência vivida de uma pessoa, no sentido de perceber o seu sentido e significado, alcançando a sua essência. Como refere Giorgi e Sousa “...os participantes focam-se nas descrições das suas experiências, o investigador foca-se na forma *como* os objectos se manifestam à consciência intencional dos sujeitos” (2010:126, itálico original).

A determinação da estrutura essencial do fenómeno exige uma organização metodológica, clara e objectiva, que permita obter o conhecimento sobre um determinado fenómeno e possibilitar a sua aplicação por outros investigadores. Neste sentido, serão expostos os passos metodológicos desenvolvidos, o processo de análise dos dados obtidos e o seu aprofundamento pelo recurso à bibliografia existente.

Da elaboração deste trabalho emerge a estrutura essencial do fenómeno de experiência vivida de doença por parte dos enfermeiros, constituída por quatro componentes que se enquadram em três contextos distintos, nomeadamente pessoal, relacional e profissional.

1 - A abordagem fenomenológica: da metodologia ao método

A fenomenologia traduz uma forma específica de pensar e de olhar para o mundo que nos rodeia, sendo considerada mais do que um simples acto de olhar, uma vez que pretende uma visão das coisas sobre uma perspectiva um pouco mais filosófica.

Permite o retorno ao mundo vivido e às experiências, procurando descrever e compreender um fenómeno e não propriamente compreender o seu processo causal. Trata-se de compreender o fenómeno vivenciado por um determinado sujeito, de uma forma muito particular e subjectiva e que se desenrola de acordo com características e quadro de valores integrados no contexto específico em que se encontra inserido e de acordo com o significado que lhe atribui.

1.1 - Método fenomenológico

Apesar de se constatar um aumento exponencial no uso de métodos de investigação enquadrados no paradigma de investigação qualitativa, reconhece-se ainda alguma dificuldade de aceitação por parte de muitos estudiosos, uma vez que não se trata de uma investigação objectiva que possibilite o estabelecimento de relações causais ou justificativas para um determinado fenómeno ou acontecimento (Carvalho e Valle, 2002). No entanto, para Giorgi e Sousa (2010:14) “Investigar é um não saber, uma indagação permanente, um olhar em constante abertura sobre o homem e o mundo”, constatando-se uma abertura e consciencialização progressiva por parte dos produtores de conhecimento científico.

A escolha do método de investigação a utilizar está relacionada com o objecto de estudo em questão, depreendendo-se que, para estudar um fenómeno subjectivo e que não se limite ao objectivamente observável, será necessário seleccionar um método integrado nas ciências humanas.

De acordo com Brandão da Luz (2002:257) “A ciência traduz um esforço persistente para desvanecer perplexidades e responder a interrogações que nascem da insaciável preocupação de compreender o mundo”. No entanto, ainda se verifica alguma fragilidade em termos de existência de um quadro teórico e metodológico para compreender e interpretar o mundo e os fenómenos que o caracterizam, com implicações directas na orientação precisa que se exige para a elaboração de um estudo de investigação nessa área.

Segundo Giorgi (2006), a utilização do método fenomenológico destina-se sobretudo ao estudo de fenómenos humanos, incluindo vivências e experiências vividas. Na sua opinião os fenómenos devem ser analisados por pessoas que conheçam o contexto onde se desenvolvem, adoptando uma atitude que se enquadre nessa perspectiva, revelando maior sensibilidade para os analisar e compreender.

O método fenomenológico caminha lado a lado com a subjectividade, na medida em que irá estar dependente do sentido que o sujeito atribui ao vivenciar um determinado fenómeno, pois este revela-se ser o que é para quem o olha. Para Laperrière (2008:415), a questão da subjectividade revela-se importante para os estudos de investigação qualitativa na medida em que existe uma interacção entre o investigador e o investigado, só sendo possível "...delimitar a verdade da experiência humana, inscrevendo-se imediatamente na subjectividade.". Esta ideia é também defendida por Holanda (2006:364) quando refere que a investigação qualitativa se propõe a "...elucidar e conhecer os complexos processos de constituição da subjectividade..." e por Giorgi e Sousa (2010), defendendo que o objectivo da pesquisa fenomenológica é obter resultados generalizáveis, passíveis de serem partilhados intersubjectivamente.

A abordagem fenomenológica empírica envolve o retorno à experiência com o objectivo de obter uma descrição compreensiva que servirá de base a uma análise estrutural reflexiva, constituída pelas essências de uma experiência ou fenómeno (Moustakas, 1994).

De acordo com o autor supracitado a fenomenologia, como método de investigação, permite focar a sua atenção na aparência das coisas, retornando às coisas mesmas, livres de quaisquer preconceitos e rotinas quotidianas; realizar uma observação e análise das coisas no seu todo, no sentido de obter uma visão única da essência dos fenómenos; extrair os significados das aparências das coisas, chegando à sua essência pela intuição e reflexão da própria experiência; centrar-se em questões de significado e de sentido relativamente à experiência vivida; encarar sujeito e objecto como parte integrante e inter-relacionada e a realidade na sua subjectividade.

Holanda caracteriza o método fenomenológico como uma

"...abordagem descritiva, partindo da ideia de que se pode deixar o fenómeno falar por si, com o objectivo de alcançar o sentido da experiência, ou seja, o que a *experiência* significa para as pessoas que tiveram a experiência em questão e que estão, portanto, aptas a dar uma descrição compreensiva desta. Destas descrições individuais, significados gerais ou universais são derivados: as "essências" ou estruturas das experiências" (2006:371, *italico e aspas originais*).

Neste contexto, o método fenomenológico revela-se uma mais-valia no processo de produção de conhecimento para a sociedade, que se tem tornado mais reflexiva ultimamente, ao analisar de forma crítica o próprio comportamento humano, procurando assim conhecer a realidade e poder actuar sobre ela.

1.1.1 - Etapas do método fenomenológico

Apesar de se verificarem algumas diferenças entre os vários métodos fenomenológicos desenvolvidos, constata-se alguma concordância na forma como os dados se obtêm e se analisam, ao se tratar de pesquisas sobre acontecimentos ou fenómenos que envolvam a pessoa humana.

O que se pretende é alcançar o significado atribuído a um fenómeno particular, em resultado de uma descrição adequada e profunda que conduza à obtenção de novos conhecimentos sobre o mesmo.

O método fenomenológico segundo Giorgi (2008), exige o cumprimento de um conjunto de requisitos, nomeadamente:

Colheita de Dados Verbais – os dados podem ser colhidos por meio de uma entrevista; descrição escrita de experiências pelos próprios participantes; relatos autobiográficos (orais e escritos) e observação participante. Algumas destas técnicas poderão ser usadas em simultâneo.

O grande objectivo é colher dados resultantes do processo de descrição de uma experiência ou fenómeno, de uma forma detalhada e fidelizada ao que realmente aconteceu e foi percebido. O uso de pequenos relatos elaborados pelos informantes pode revelar-se mais estruturalizado, mas não oferece o carácter de espontaneidade inerente às entrevistas. Estas últimas necessitam obrigatoriamente de uma gravação e transcrição fiel.

Leitura dos dados - a leitura adequada dos dados é imprescindível para uma posterior análise, permitindo obter o sentido global dos mesmos. O pesquisador deve ler e reler quantas vezes considere necessárias, de forma a evidenciar o que se revela pertinente para a busca da essência do fenómeno em estudo.

Divisão dos dados em Unidades – após uma leitura para apreensão do sentido global dos dados, o pesquisador vai identificar unidades de significado, tendo em conta a linguagem do participante e o sentido que ele atribui ao que diz.

Organização e a enunciação dos dados brutos na linguagem da disciplina -

Posteriormente estas unidades de significado são exploradas normalmente para explicitar o seu valor à luz da disciplina que direcciona o estudo, recorrendo ao uso de termos especializados.

Síntese dos Resultados – após a redução das unidades de significado, irão ser enunciadas as unidades essenciais de acordo com o fenómeno em estudo, descrevendo a sua estrutura essencial com base numa linguagem fenomenológica, mas específica da disciplina.

Em termos de resultados, as estruturas devem ser compreendidas de acordo com as relações que estabelecem entre si e a sua identidade essencial.

1.1.2 - Método Fenomenológico de Giorgi

Entre os vários métodos fenomenológicos desenvolvidos, verifica-se que o de Giorgi é o mais frequentemente utilizado em contexto de estudos fenomenológicos na área da saúde, especificamente no campo da psicologia fenomenológica.

Atendendo a que se procura realizar um trabalho com base nos pressupostos de Husserl, visando essencialmente a descrição de um fenómeno, a utilização do método de Giorgi revela-se adequada na medida em que “o método é descritivo, pressupõe a aplicação da redução fenomenológica, pesquisa a essência do fenómeno, através de uma análise eidética, e presume uma relação intencional entre o sujeito e objecto” (Giorgi e Sousa, 2010: 13). Nesta perspectiva pretende-se investigar o sentido da experiência humana, adoptando uma conduta científica, metodologicamente consistente e respeitando a sua real especificidade.

Segundo Giorgi (2008) e Giorgi e Sousa (2010), o método fenomenológico de investigação na área da Psicologia integra alguns aspectos teóricos que terão de ser tidos em conta para que se possibilite alcançar o conhecimento dos fenómenos humanos, de uma forma passível de ser aplicada por diferentes investigadores, nomeadamente:

Descrição

Pretende sobretudo dar a conhecer as características de um determinado fenómeno ou situação e descrevê-lo tal como é, visando alcançar a sua essência. De acordo com Coltro (2000), é o acto resultante de uma reflexão que visa colocar a descoberto todas as características e sentidos mais dificilmente percebidos e que constituem o seu verdadeiro fundamento.

Permite conhecer o fenómeno que se pretende compreender, tornando-se este processo mais facilitado se a descrição for exaustiva e clara. Segundo Carvalho e Valle (2002), esta não deve estar ligada a opiniões mas sim àquilo que o sujeito experiencia, sendo o fenómeno descrito de forma mais natural e autêntica possível, objectivando conhecê-lo em si mesmo. Na opinião de Garnica (1997), o que se pretende é conhecer um determinado fenómeno, questionando aquele que o vivencia e apreendendo a forma como o percebe e percepçiona.

Está directamente ligada à percepção do sujeito que vivencia o fenómeno, devendo traduzir de forma objectiva o que realmente foi vivido e percebido. Giorgi e Sousa (2010) consideram que a descrição fenomenológica implica que os participantes descrevam, o mais pormenorizadamente possível, a sua experiência tendo em conta o que sentiram.

Segundo Merleau-Ponty (1999), a descrição é a grande tarefa da fenomenologia, permitindo conhecer uma experiência tal como é, desligada dos aspectos psíquicos que condicionam a sua existência e das experiências causais atribuídas pela ciência.

A descrição de uma experiência ou de um fenómeno implica um processo de interpretação associado ao esforço, desenvolvido pelo sujeito, para se afastar da relação que estabelece com o mundo, embora se compreenda a dificuldade dessa exigência, na medida em que é quase impossível fazer uma separação pura, pois as experiências são resultado dos laços que os indivíduos estabelecem e o contexto onde se inserem.

Deste modo, permite contemplar a vivência de um determinado fenómeno que se pretende compreender e deve ser o mais rica e minuciosa possível para evitar generalizações ou abstracções infundadas.

Redução Fenomenológica ou *Epoché*

Implica olhar o mundo como ele se nos apresenta, permitindo descrever com rigor a relação estabelecida entre sujeito-objecto. Esta acção exige que o homem se desfamiliarize com o mundo, procurando encará-lo de uma forma pura e natural.

A redução é o processo pelo qual se procura encarar o fenómeno como ele se apresenta na realidade, puro e livre de aspectos ou factores pessoais ou culturais, revelando a sua essência. De acordo com Cohen e Omery “a *redução* é o processo de colocar à parte o mundo natural (até se pode dizer o mundo da interpretação), de maneira a ver o fenómeno como é na sua essência. A redução é o processo de olhar ingenuamente para a experiência, sem pré-

condições, os preconceitos e os vieses que se trazem normalmente para qualquer descrição” (2007:152, itálico e parêntesis originais).

A palavra grega *epoché*, significa dúvida e traduz a possibilidade de estudar um fenómeno da consciência, compreendendo o seu sentido independentemente dos juízos de valor previamente formados. É uma forma particular de reflexão rigorosa, baseada na abstenção de julgamentos e na colocação entre parêntesis de toda a existência facticial das coisas ou fenómenos, objectivando a contemplação da sua essência. No fundo, o que se pretende é adoptar uma atitude livre e isenta perante a realidade, concentrando-se naquilo que é dado à consciência, demonstrando a não exclusão dessa mesma realidade.

Para Moustakas (1994) a *epoché* revela-se como o eixo da redução fenomenológica, implicando a suspensão de crenças de que o mundo existe e de que se considera como ele é e se apresenta. Traduz uma forma de afastamento da maneira comum de se perceberem as coisas, exigindo um novo olhar com vista a obter uma realidade e consciência pura e uma nova postura perante um determinado fenómeno. Segundo Carvalho e Valle, traduz o acto de “...suspender as crenças referentes ao mundo natural, assumindo uma atitude neutra, não no sentido de negar o mundo ou as experiências, mas sim, de reflecti-lo e questioná-lo” (2002:845).

Neste sentido implica sobretudo a adopção de um novo olhar sobre as coisas, com o desiderato de vislumbrar tudo aquilo que se torna visível e invisível aos olhos, adoptando a capacidade de as descrever tal como se apresentam antes de qualquer reflexão.

Esta redução alia-se à redução eidética que permite alcançar a essência dos fenómenos, ou seja, e segundo Lyotard “... somos convidados a passar da facticidade contingente do objecto ao seu conteúdo inteligível...” (1999:20). Nas palavras de Garnica, “a redução é entendida como movimento do espírito humano de destacar aquilo que julga essencial ao fenómeno, o que é feito por meio de ações como o intuir, o imaginar, o lembrar e o raciocinar” (1997:116).

O seu grande objectivo é permitir que, perante uma situação específica, se identifiquem os sentimentos e as ideias que emergem naturalmente, livres de preconceitos e juízos de valor, em resultado de se encararem as coisas como elas são e se apresentam, por forma a facilitar a percepção e a compreensão do conhecimento inerente. Para Coltro, “a redução ou *epoché* é caracterizada pela busca do fenómeno enquanto algo puro, livre dos elementos pessoais e culturais, e que, por conseguinte, promoverá o alcance da essência, ou seja, daquilo que faz com que o objecto seja o que é e não outra coisa” (2000:43).

De acordo com Nijhoff (2008) a redução implica que se encare um fenómeno longe do seu eu próprio e ligado ao outro, como a vivência daquela pessoa, tendo em conta o seu conteúdo sabido e sentido, exigindo que se percepcione tal como é dado e como é em si mesmo.

Deste modo, a redução fenomenológica exige que o investigador aceite as descrições feitas pelos participantes como sendo verdadeiras, devendo demonstrar capacidades para se reapropriar da relação intencional existente e a aceitar sem reclamar e se distanciar, recorrendo a um corpo de conhecimentos científico, numa tentativa de traduzir o que constitui a experiência vivida para aquelas pessoas, focando a sua atenção no *modo* como o fenómeno foi encarado (Giorgi e Sousa, 2010).

Loureiro (2002) identifica três tipos de redução na procura da fundamentação da verdade, nomeadamente:

Redução psicológica – que traduz a colocação do mundo externo entre parêntesis, reconduzindo-o ao fluxo da consciência;

Redução eidética – procura a “desmaterialização dos dados fácticos, colocando entre parêntesis todos os aspectos materiais e empíricos, a fim de captar as essências no puro ser, dadas à consciência” (2002:9);

Redução transcendental (ou fenomenológica) – reenvia “a consciência empírica à consciência enquanto consciência” (2002:10).

Queiroz, Meireles e Cunha (2007) falam sobretudo de redução fenomenológica ou transcendental e redução eidética. A primeira é considerada como a colocação de um parêntesis, em que se suspendem os julgamentos e se procura conhecer o mundo pela forma como ele se revela. A segunda pretende, sobretudo, apreender as essências e a estrutura invariável dos fenómenos.

Há autores que consideram a redução pura uma etapa impossível, uma vez que os conhecimentos existentes não podem ser puramente eliminados mas devem ser suspensos e não utilizados para a interpretação daquele fenómeno particular, evitando interferir com o processo de compreensão e significação exigido naquele momento específico. Segundo Munhall (2001) a redução completa não é possível na medida em que existe sempre um compromisso entre a consciência do sujeito e o mundo.

Pela redução psicológica, eidética e fenomenológica visa-se colocar entre parêntesis tudo o que nos é dado exteriormente, para se centrar a atenção no próprio acto de pensar, procurando o invariável ou a essência de uma forma pura.

Variação Livre e Imaginativa

Processo que permite ao investigador modificar os aspectos ou elementos de um determinado fenómeno, na tentativa de verificar se estes se mantêm reconhecíveis, pretendendo sobretudo obter uma estrutura textual substanciada dos significados e essências do mesmo.

Como refere Groulx (2008:395) “Tudo o que é dado, atendo-se aí aos factos, torna-se o exemplo de uma possibilidade de ser do fenómeno; e é multiplicando as possibilidades que se chega a destacar as particularidades que permanecem imutáveis, o que é essencial, portanto, para que o objecto seja dado à consciência”. Ideia reforçada por Giorgi (2008:401) ao referenciar que “É por meio da variação livre e imaginária, que se apreende a essência psicológica da tomada de consciência do sujeito...”.

Assim, permite a apreensão da essência da estrutura de acordo com o processo de consciencialização elaborado por um indivíduo em relação a um determinado fenómeno.

De acordo com Queiroz, Meireles e Cunha (2007), para uma pesquisa de carácter fenomenológico, o importante são os aspectos comuns que compõem a essência de um fenómeno, conduzindo a uma análise dos depoimentos dos participantes, particularmente diferentes e únicos, de forma a reconhecer o invariável que possibilitará a enunciação das áreas temáticas comuns aos mesmos.

O seu objectivo é possibilitar a determinação de possíveis significados, pela imaginação, recorrendo à utilização de várias estruturas para um fenómeno e fazendo abordagens de acordo com diferentes perspectivas. Pretende-se obter uma estrutura descritiva para aquele fenómeno particular, tendo em conta todos os factores que interferem com a vivência do mesmo, procurando descobrir o 'como' para alcançar 'o quê' subjacente (Moustakas, 1994).

De acordo com Giorgi e Sousa (2010) o objectivo da variação livre e imaginativa é procurar a essência de um fenómeno particular, ou seja, a síntese de significado psicológico da experiência vivida pelos participantes do estudo.

O método fenomenológico de Giorgi compreende quatro passos para atingir o objectivo de obter 'unidades de significado', após a leitura e análise das descrições realizadas pelos

participantes, que irão ser transformadas de modo a possibilitar a identificação da estrutura interna do fenómeno em estudo. Neste contexto o seu método compreende os seguintes passos:

- Leitura Geral da Descrição, com o intuito de obter o *Sentido Geral do Todo* que foi dito pelo participante, reflectindo a sua experiência;

A actividade prévia à identificação das diferentes unidades de significado imbuídas no texto, que resulta da descrição do fenómeno por parte do participante, implica leituras e releituras frequentes, em que o investigador adopta uma atitude de redução e almeja a compreensão global do que lê, com vista à facilitação e à afinação neste processo, procurando destacar o que é realmente relevante.

- Releitura do texto mais lenta e profunda, objectivando a Determinação das Partes com conseqüente “*Divisão das Unidades de Significado*” de acordo com o fenómeno em estudo e na perspectiva da disciplina subjacente;

A releitura do texto com vista à identificação das unidades de significado exige que o texto seja encarado por partes, de acordo com a mudança de sentido introduzida pelo participante e relacionadas com a atitude do investigador, procurando identificar os momentos em que o fenómeno é focado e compreender o seu significado, através de uma postura de abertura e desafio constante rumo à descoberta.

Neste sentido e segundo Giorgi e Sousa (2010), o investigador procura dividir o conteúdo das descrições em partes mais pequenas, denominadas Unidades de Significado, que vão facilitar uma análise mais aprofundada de acordo com a perspectiva do fenómeno em estudo. Para tal deve aceitar o que o participante refere como sendo a sua verdade, sem se deixar influenciar pelas suas próprias convicções e concepções, validando toda a informação obtida.

Giorgi (1997) considera as unidades de significado como termos descritivos com significado e relevantes para o estudo, denominando-os de *Constituintes*.

- *Organização e Transformação do conteúdo das Unidades de Significado identificadas em Expressões de Carácter Psicológico*, inter-relacionando-as e visando alcançar de uma forma global, os aspectos reveladores do fenómeno em estudo;

Esta actividade exige uma transformação da linguagem espontânea e comum do participante em linguagem apropriada e científica, procurando encontrar expressões que explicitem o significado atribuído ao fenómeno, tendo em conta o próprio fenómeno em estudo e a

disciplina de base ao desenvolvimento da investigação. Esta transformação é conseguida pelo recurso à técnica de variação livre e imaginativa, no intuito de converter as simples descrições proferidas pelos informantes em aspectos profundos e de interesse vincado para a sua compreensão, revelando o que é essencial à estrutura do fenómeno, com base na adopção de uma linguagem rigorosa e científica.

- Síntese das Unidades de Significado de forma a **Determinar a Estrutura Geral da Experiência ou do Fenómeno.**

Para se realizar a sintetização das unidades de significado é imprescindível englobar as diferentes variações obtidas pela análise das distintas descrições, em que o investigador se preocupa em integrar tudo o que obteve na elaboração de uma estrutura consistente para aquele fenómeno específico.

Para Giorgi e Sousa (2010), através da variação livre e imaginativa o investigador procura transformar as unidades de significado numa estrutura geral do fenómeno, pelo inter-relacionamento das características invariantes do fenómeno.

No sentido de facilitar a compreensão dos passos ou etapas referidas, adopta-se o resumo elaborado por Mendes:

Quadro 1 – Resumo das etapas processuais do método fenomenológico de análise, segundo Giorgi (1985, 1997).

Etapas	Descrição
1 - Obter o sentido do todo	Leitura da transcrição completa das entrevistas para obter o sentido do todo.
2 - Discriminação das unidades de significado	O Investigador volta às entrevistas transcritas, e relê-as de novo, de forma demorada, e de cada vez que o investigador identifique uma transição de significado nas transcrições, estas são assinaladas. No final desta etapa, obtemos uma série de unidades de significado ainda expressas na linguagem comum dos participantes.
3 – Transformação da linguagem comum das unidades de significado numa linguagem científica	Transformação da linguagem do dia-a-dia expressa pelos participantes numa linguagem mais rigorosa para o discurso científico, tendo em conta o contexto disciplinar e a perspectiva fenomenológica.
4 – Síntese das unidades de significado transformadas numa estrutura descritiva do significado da experiência	Integrar as unidades de significado transformadas em constituintes-chaves e sintetizar uma descrição da(s) estrutura(s) essencial(iais) e geral(ais) da experiência vivida pelos participantes, relativamente ao fenómeno em estudo.

Fonte: Mendes, Isabel Margarida (2009:123). *Ajustamento Materno e paterno: Experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Coimbra: Mar da Palavra – Edições, Lda.

1.2– Acesso ao fenómeno

Sendo a enfermagem uma disciplina humana que se interessa sobretudo em obter respostas sobre as pessoas e o seu modo de vivenciar a doença e seu tratamento, a investigação em enfermagem exige que se compreendam os fenómenos ocorridos de forma não isolada dos sujeitos que os vivenciaram, na totalidade da sua existência, constituindo o seu objecto de trabalho as pessoas na sua totalidade.

Quando se pretende estudar a experiência vivida de doença de uma pessoa, tem-se consciência de que a descrição do fenómeno em estudo vai estar dependente da capacidade da mesma para descrever e conceptualizar a experiência vivida e da utilização de um vocabulário homogéneo, que não condicione diferenças sonantes e que vise sobretudo alcançar uma reflexão verdadeira sobre o vivido, consonante com o sentido e experienciado.

Neste sentido, nada melhor para se conhecer algo do que experienciá-lo. No contexto fenomenológico só se pode reflectir sobre uma determinada experiência se for vivenciada, implicando uma reflexão retrospectiva com vista ao conhecimento e à compreensão do seu significado. Como referem Cohen e Omery (2007:3) exige-se “a compreensão de uma experiência, tal como os participantes que a viveram a compreenderam”.

Sendo os enfermeiros gente que cuida de gente, a sua prestação e papel prende-se com o auxílio ao outro na vivência destes processos de transição, de forma a facilitá-los e a promover uma correcta adaptação e recuperação do seu bem-estar, perspectivando a vida do outro como um bem supremo que merece ser estimado e respeitado. No caso de serem eles os doentes, a necessitar de auxílio dos seus pares, a vivência de uma *transição saúde-doença* associa-se a uma *transição situacional* do ser que cuida para o que necessita de ser cuidado.

A experiência vivida deste tipo de transições pode revelar-se uma situação duplamente dolorosa, uma vez que para além de deixarem de ser saudáveis e, muitas vezes, autónomos, terão de lidar com a interrupção no desempenho das suas funções quotidianas, passando a ocupar um papel antagónico ao desempenhado habitualmente.

Ao se tornarem doentes passam a sentir as angústias e incertezas que caracterizam este grupo de pessoas e a perceberem os cuidados disponibilizados pelos profissionais de saúde. Deste modo, como receptores de cuidados, podem ser a voz dos pensamentos e sentimentos emergentes, contribuindo para uma nova visão sobre o cuidar, o ser cuidado, a saúde, a

doença ou o bem-estar, pela partilha do intimamente vivenciado em termos da experiência humana de ser cuidado.

Tendo consciência de que o cuidar, como essência de enfermagem, contribui para o crescimento e desenvolvimento dos seres humanos, é importante compreender como são percebidos os comportamentos dos profissionais por parte dos receptores de cuidados. Sendo estes enfermeiros, o impacto da sua constatação e avaliação irá contribuir para idealizar e operacionalizar uma prática de enfermagem holística, de excelência e congruente com as necessidades do ser humano.

Deste modo, a possibilidade de os enfermeiros poderem descrever a sua experiência vivida de se tornarem doentes promove a transformação de informação válida em conhecimento científico, útil no processo de compreensão de como se vivencia o referido fenómeno.

Neste contexto, procurou-se saber qual o sentido da experiência vivida de adoecer, por parte dos enfermeiros, enquanto ser integrante do seu mundo vivido.

A realização deste tipo de estudos pode ter visibilidade prática, na medida em que permite modelar as ideias que apresentavam enquanto profissionais que lidam com o outro, especificamente em termos de pensamento, formas de agir, atitudes e linhas orientadoras para a sua acção, condicionando a intencionalidade e os propósitos profissionais a ter em conta (Mitchell, 2004).

No dizer de Martins, Cunha e Coelho “*Acontecimentos de vida, como a doença e sofrimento inerente, poderão ser uma oportunidade e uma motivação para uma reorganização do sistema de valores, através da mobilização de aptidões e capacidades pessoais...*” (2005:115, itálico original).

Ao se tratar de um estudo que visa descrever um fenómeno de doença, que se desenvolve num grupo de participantes específicos, nomeadamente enfermeiros, depreende-se que se possam obter informações no sentido de orientar os profissionais para a adopção da melhor conduta e postura no processo de prestação de cuidados e, conseqüente, interacção com o seu semelhante e dignificação da profissão de enfermagem. Neste sentido, este estudo torna-se uma mais-valia, pois estes vão ter a possibilidade de falar e de serem ouvidos e apoiados, podendo partilhar a sua história de vida e contá-la como seres humanos que, por acaso, também são profissionais de saúde.

1.2.1 - Questão de Investigação

Atendendo à especificidade do tema a investigar, às análises e observações que se foram realizando ao longo do contexto da prática de cuidados de enfermagem, à curiosidade e interesse que o tema desperta e, em associação aos resultados obtidos com a elaboração do trabalho de revisão sistemática da literatura acerca do mesmo tema, surge a necessidade de compreender como os enfermeiros vivenciam uma situação de doença, visando interiorizar os sentimentos que emergem, obter um significado para aquela experiência de vida e perceber a sua influência na mesma.

O que se pretende não é uma observação limitada da experiência de ter vivenciado uma situação de doença ou um internamento. Visa-se sobretudo obter uma descrição que envolva sentimentos e pensamentos acerca da realidade experienciada ou vivida e a percepção da mesma, de acordo com o seu contexto de vida.

Em fenomenologia, como método, pretende-se questionar a pessoa acerca das suas experiências, procurando obter o significado de um determinado fenómeno. O objectivo é tentar compreender um fenómeno como ele realmente é e se apresenta. Neste sentido, a questão de investigação a elaborar deve ser clara e simples, evitando ambiguidades e procurando apenas tentar saber como é ter vivido uma determinada experiência.

De acordo com o que foi descrito, a questão de investigação que norteia este estudo é:

“Qual a estrutura essencial da experiência vivida do enfermeiro que se torna doente?”

1.2.2 - Objectivo de Investigação

A fenomenologia aplicada à enfermagem não pretende conhecer apenas aquilo que é visível, mas antes perceber o que significa viver um determinado fenómeno, permitindo o desenvolvimento de uma conduta de investigação que pretende principalmente conhecer e compreender a pessoa e o significado do seu ser.

Assim, este estudo tem como objectivo geral:

- Compreender a experiência vivida de ser doente sendo enfermeiro.

1.2.3 - Participantes

Quando se trata de estudos enquadrados no paradigma de investigação qualitativo, falar em delimitação de amostras não tem grande sentido pois, como refere Guerra (2006:43):

“A pesquisa qualitativa é muito maleável, o objecto evolui, a amostra pode alterar-se ao longo do percurso; e, por outro lado, é difícil (se não mesmo impossível), definir uma amostra sem fazer referência ao processo de construção do objecto; assim, é quase impossível definir uma amostra para as análises qualitativas, dada a diversidade de objectos e métodos”.

Atendendo a que cada pessoa é um ser único, a forma como experiencia o fenómeno de doença também vai ser única. No entanto, perante situações semelhantes é natural que as vivam também de forma semelhante, porque a essência é a mesma. As experiências vividas são directamente acessíveis a quem as vivenciou e só estas pessoas podem falar com toda a legitimidade sobre elas. Apesar de não se fazerem generalizações, é isso que se pretende saber com a fenomenologia, através da descrição compreensiva do fenómeno vivenciado, determinando-se a estrutura de um fenómeno e a sua essência, ou seja o seu significado central.

Neste contexto e para este trabalho de investigação recorreu-se a um grupo de participantes por casos múltiplos, especificamente por homogeneização (Pires, 2008).

Os participantes deste estudo foram seleccionados tendo em conta o seu possível contributo para a pesquisa a realizar, na medida em que estão aptos a falar sobre a vivência de uma experiência específica e partilhar os seus sentimentos com o investigador. No entanto a sua selecção ocorreu em função dos critérios de inclusão estabelecidos pelo investigador, nomeadamente:

- ✓ Ser enfermeiro/a;
- ✓ Ter vivenciado um fenómeno de doença interna marcante e sido submetido a um processo de hospitalização, datado a partir de 2003;
- ✓ Apresentar aptidões internas (discernimento e aptidões psíquicas) que lhe possibilitem descrever o fenómeno e partilhar sentimentos;
- ✓ Ter reiniciado funções há pelo menos um ano;

✓ Aceitar a participação voluntária no estudo, depois de devidamente informado dos objectivos do mesmo, da metodologia a utilizar, da garantia do anonimato e do sigilo em relação aos dados obtidos e da possibilidade de desistir quando assim o entender.

Apresentação dos participantes

Para que se conheça um pouco melhor os participantes deste trabalho, considera-se importante fazer uma breve descrição dos mesmos onde se apresente, de forma objectiva, as principais características demográficas e profissionais, bem como o impacto da sua experiência vivida de doença. Neste sentido, as características dos 15 participantes podem ser descritas da seguinte forma, tendo-se recorrido a expressões das entrevistas:

E1 – enfermeira especialista com 51 anos de idade, a exercer funções numa unidade de cuidados diferenciados há 31 anos. Foi-lhe diagnosticada a doença de forma accidental, após um acidente de serviço.

A sua patologia exigiu a realização de uma intervenção cirúrgica, verificando-se que esta confrontação inesperada teve um forte impacto na sua pessoa, promovendo mudanças na forma de encarar a vida e na relação familiar. Caracteriza-se como uma pessoa muito ligada à família e com forte vinculação profissional.

Para esta participante a experiência de doença revelou-se como

“...motivo de reflexão, de parar para pensar, de valorizar as coisas [...] Neste momento, a minha vida é completamente diferente. Quem me conhece sabe perfeitamente disso! Que eu deixei de ser ‘quero lá saber’; eu costumo dizer ‘Quero mesmo é ser feliz!’, dou muito mais valor às coisas pequenas da vida, tanto para os doentes como para mim, como para a minha família”

E2 – jovem enfermeira de 32 anos, com 12 anos de experiência que, após alerta de várias pessoas e na realização de uma consulta de rotina, lhe é detectado um nódulo na mama. Necessita de intervenção cirúrgica, optando por reconstrução imediata.

Sente-se muito revoltada por possuir saberes específicos, realizando ensinamentos oportunos aos doentes mas não os aplicando a si mesma, auto-culpabilizando-se, referindo ‘Como é que eu, a fazer este tipo de ensinamentos, deixo chegar uma coisa destas a este ponto’. Considera ser difícil afastar-se do papel de enfermeira frisando que “...estamos na pele de doentes, mas nunca deixamos de ser enfermeiros...” e considera esta experiência como uma oportunidade de aprendizagem, passando a dar mais valor à vida, enfatizando que “...eu acho que passei a valorizar mais o meu tempo [...] eu acho que todas as experiências são importantes, todas elas nos ensinam alguma coisa e o que conseguimos tirar delas é a parte importante”.

E3 - enfermeira graduada com 40 anos de idade, profissional há 16 anos. É uma pessoa portadora de uma doença crónica grave, tendo sofrido uma complicação decorrente da mesma, com manifestações importantes, sequelas e implicações permanentes na sua vida pessoal e profissional.

Muito emocionada e com tendência para comparar a sua situação com a da mãe, o que lhe condicionou muita angústia dizendo “O medo de ficar dependente ou de ficar totalmente dependente [...] talvez por comparar um pouco a situação ... porque a minha mãe também faleceu de AVC e eu via-me um bocado [...] quer dizer, comparei-me [...] fez-me saber o quanto ela era dependente, quanto ela precisava de ajuda e quanto eu iria precisar.” O impacto da doença foi muito forte, especificamente na relação estabelecida com as filhas, pelas limitações condicionantes referindo que “... ficar incapacitada; aquela sensação de incapacidade perante os filhos, perante as minhas filhas...”. Por outro lado reflectiu-se em termos profissionais, pela mudança obrigatória do local de trabalho e da incapacidade para trabalhar em regime de horário por turnos como fazia anteriormente revelou-se de forma negativa pois “... não é um serviço que me satisfaz minimamente [...] para mim foi um castigo”. Como doente questionava tudo, o que condicionou mudanças na sua postura profissional, realçando ser “...urgente que as pessoas não pensem mais em números mas pensem em humanizar os cuidados e as pessoas estarem mais próximas dos doentes...”.

E4 – enfermeira graduada de 43 anos de idade e que desempenha funções há 22 anos. A confrontação com o diagnóstico foi muito difícil, pois foi detectada numa atitude de brincadeira, não se encontrando minimamente preparada para tal mas admite que foi uma aprendizagem, referindo que “... aprendemos sempre! Mas dispensava!”.

A sua principal preocupação era o medo do diagnóstico pois considera que “... sendo enfermeira, sabendo alguns diagnósticos, a gente vê o filme com as coisas mais negativistas...”, da morte e de não poder acompanhar o crescimento dos seus filhos enfatizando a ideia de que “Não queria perder os filhos”. Revelou muita dificuldade em aceitar e assumir o papel de doente, sentindo mesmo recusa em o fazer constatando que “estamos aqui a cuidar deles e agora estava a ver os colegas a tratarem de mim”, embora não traduzisse grande desconforto, uma vez que já não era a sua primeira experiência.

E5 – enfermeiro graduado com 33 anos de idade e com 11 anos de serviço. Para além de enfermeiro é licenciado em psicologia.

Da sua experiência relata essencialmente a dificuldade em assumir o papel de doente e a confrontação com a falta de humanismo e de respeito dos profissionais por si, como pessoa doente e profissional que é realçando que “... foi péssimo, péssimo, porque, como profissional de saúde

[...] somos colocados de uma forma, como utentes, utentes gerais, de uma forma que, para mim, eu não a encaro muito bem [...] e senti que a nossa opinião não é minimamente tida em conta...”. Sentiu-se ostracizado e desvalorizado enquanto pessoa e profissional de saúde. Considerou, posteriormente e noutra contexto hospitalar, que o tratamento foi diferente, embora o angustiasse o olhar de dúvida e receoso dos seus colegas de trabalho.

A incerteza do diagnóstico foi apontada como o motivo de maior apreensão na medida em que “...era um grande factor de preocupação para mim, era eu não conseguir definir o diagnóstico, nem ninguém o conseguir definir...”, referindo que teve alguma dificuldade em assumir o papel de doente e em lidar com a sensação de falta de liberdade, justificando que “... a doença com internamento é sempre de grande fragilidade...” e que a vivência deste processo lhe fez sentir “... uma necessidade muito grande de conviver com espaço aberto, com liberdade...”. Sentiu-se muito vulnerável e mudou a sua postura, embora admita que há tendência para as mudanças se diluírem com o tempo, voltando a ser como sempre foi enfatizando a ideia de que “... é óbvio que há vários pormenores do nosso quotidiano como cuidadores que altera, altera a forma de ver as coisas, mas acho que isso se dilui com o tempo [...] que depois começas a descurar outra vez aqueles factores que te foram ... que te causaram impacto...”.

E6 – enfermeira especializada com 44 anos de idade e que desempenha funções há 18 anos. A sua experiência foi pautada pela sensação de insegurança e de desilusão, tendo em conta as expectativas criadas relativamente aos cuidados de enfermagem, pois considera que “Normalmente os enfermeiros é que fazem o acolhimento e ... e o que eu senti é que se não me tivesse preparado antes, iria ter dificuldades em passar o período de internamento e de cirurgia...”. Refere não ter sentido um tratamento especial por ser enfermeira chegando mesmo a frisar que “... eu tinha noção de que não era cuidada, ou às vezes, tinha a noção de que até parece que estava abandonada [...] agradecia que me cuidassem...”, interiorizando de forma diferente o conceito de empatia, pois só vivendo se pode compreender dizendo que “... a gente pensa que sabe ou que se consegue pôr no lugar do outro, mas a gente não consegue...”, o que teve implicações na forma de compreender os doentes, na medida em que agora “... entendo melhor as queixas dos doentes...”.

Foi uma cirurgia programada, não sentindo um grande impacto ao tomar conhecimento da necessidade de ser intervencionada.

E7 – enfermeiro especializado com 43 anos de idade e 19 de profissão. Revelou grande à-vontade e abertura para falar da sua experiência, considerando ter sido alvo de um tratamento privilegiado e diferenciado ao referir que “Senti um tratamento claramente diferente de outro doente qualquer [...] Fui claramente privilegiado, disso não tenho dúvidas nenhuma.”.

Na sua opinião os conhecimentos que possui podem não ser facilitadores da vivência da experiência de doença pois a separação dos papéis é muito difícil e tendo em conta as características da sua personalidade assume que “... tenho grandes dificuldades em não dizer aquilo que estou a sentir ou, ou até a dizer a solução, como é aquilo se deve fazer [...] eu preciso de saber como é que a pessoa está a pensar que vai fazer uma determinada coisa [...] vou interrogá-la e ser exigente.”. Como é uma pessoa extremamente activa e com muitas responsabilidades profissionais, teve dificuldade em aceitar a necessidade de parar para se cuidar e tratar, mas também o fez pensar no que tem sido a sua vida e o seu significado, dizendo que “... fez uma análise da vida e do ritmo de vida que levo e tudo, se vale a pena ou não! [...] a própria relação com as minhas filhotas, o estar presente com elas, ajudá-las ou não ajudá-las...”.

E8 – enfermeira com 48 anos de idade, com 27 anos de profissão e assumindo funções de chefe.

A sua experiência de doença ou mal-estar foi paulatina e pouco valorizada pela participante que refere que “... a gente nem sequer olha para nós...”. Ao necessitar de ser submetida a uma intervenção cirúrgica de urgência, revelou não ter tido tempo suficiente para pensar efectivamente sobre a experiência, pois foi tudo muito rápido “... ‘vais já para o bloco’; ‘tens vaga no bloco. Pronto, a partir daí começou uma aceleração tão grande que eu não tive tempo de pensar que ia ser operada...”.

Esta experiência causou uma grande sensação de angústia pelo medo da dor e da dependência dos outros, mais especificamente a nível do processo de tomada de decisão sobre a própria vida, tomando consciência da ‘destrutibilidade’ do ser humano enfatizando a ideia de que “... tinha uma maior tolerância à dor do que tenho actualmente...” e que “... essa sensação de que, efectivamente, sou como as outras pessoas, que ... penso que ainda aumentou mais esse medo de dependência, de um dia mais tarde, eu vou estar dependente, eu vou estar só, como é que vai ser?!”. Por outro lado, condicionou um sentimento de impotência e de preocupação na medida em que estava incapacitada para cuidar da sua mãe, tendo perfeita noção de que “... efectivamente não somos indestrutíveis...”, “... que a resolução destas situações estava fora do meu domínio:..”, elevando-a a um plano espiritual e a pensar “... no meu pai e pedir-lhe para ele guardar a minha mãe...”.

E9 – enfermeiro especialista com 54 anos de idade e 35 de profissão. Participante que se revelou extremamente desiludido com a ‘involução’ da profissão, com a crescente valorização de aspectos burocráticos em detrimento do verdadeiro cuidar e do estabelecimento de relações cordiais, respeitosas e amistosas, dizendo que “... nós estamos muito ligados ao papel, muito mesmo,

mas muito mesmo, o doente ficou em segundo plano, se não houver hipótese, ainda passa para terceiro...” e enfatizando a ideia de que “... todo aquele tempo que é disponibilizado para o doente é muito curto...”.

Refere que o conceito de humanização tem evoluído no contexto teórico, o que não se coaduna com a prática de enfermagem efectivamente desenvolvida, pois considera que “... nós devemos ser tratados [...] pelo nome que nós fomos catalogados, se é assim que se pode dizer, à nascença ou com o Bilhete de Identidade”.

As suas experiências tiveram um impacto negativo o que condicionou alguma tristeza e nostalgia, por sentir que a aproximação da reforma dá visibilidade ao declínio da profissão que exerceu ao longo da sua vida, sentindo que “A continuar com este tipo de enfermagem, em que nós estamos a caminhar, estamos a caminhar para o abismo, sinto-me cada vez mais triste...”.

E10 – enfermeira graduada de 33 anos de idade e 12 de profissão. Revelou-se muito emocionada ao falar da sua experiência, considerando-a como uma oportunidade de aprendizagem em termos profissionais, referindo que alterou alguns aspectos da sua prática de cuidados, passando a valorizar mais a forma como se faz ou diz algo. Na sua prática actual procura “... quando eu dou o chamado apoio emocional, tento proporcionar algum apoio à doente, pelo menos já penso um bocadinho naquilo que digo e tenho mais um bocadinho de atenção naquilo que digo e na forma como digo”.

Sentiu um tratamento especial por parte dos colegas, valorizando aspectos como “... às vezes mais uma atenção, mais duas ou três palavrinhas...” e algumas atitudes particulares pois “... se faziam aquilo até por outras, por outras pessoas, porque não fazerem com uma pessoa que era da área...”.

Assume que o facto de saber/conhecer aspectos sobre saúde/doença foi um factor de ansiedade, pela constante especulação sobre os possíveis diagnósticos para a sua situação pois “... a ansiedade que causou, portanto, o meu conhecimento, de eu pensar que podia ser isto ou aquilo, de facto, mexeu muito mais comigo do que, se calhar, se eu não soubesse de nada...”.

E11 – enfermeira graduada com 32 anos de idade e 10 de profissão. Participante com passado de doença longo e doloroso, com limitações importantes e significativas no seu contexto pessoal e profissional. É extremamente ligada à sua profissão e à relação que estabelece com os doentes considerando-os como “... a prioridade número um...” e referindo que “... eu não mimo, eu só trato como gosto que me tratem a mim ou gostava que me tratassem...”.

Esconde intencionalmente o seu estado de saúde dos seus familiares, que se encontram noutra país, para lhes minimizar o sofrimento e para, de alguma forma, minimizar o seu próprio sofrimento e angústia pois afirma que “... não ia aguentar o sofrimento deles...”.

Passou a encarar cada dia como sendo o último procurando aproveitar e contemplar as pequenas maravilhas da vida pois enaltece o facto de "... poder ir dar um passeio, assim ao fim do dia ... não há coisa melhor, porque já senti que perdi isso e posso perder.". Sente que os enfermeiros deviam todos ter uma experiência como doente para os encararem como pessoas que são e não, de forma redutora, pela patologia que padecem revoltando-se um pouco com a forma como é tratada na medida em que "... eu não sou uma doença, sou uma pessoa...". Adora a enfermagem e continua a esforçar-se para trabalhar, apesar da falta de apoio dos colegas de trabalho frisando que "... adoro o que faço, é a minha opção...".

E12 – enfermeira graduada com 37 anos de idade e 14 de profissão.

A participante vivenciou uma experiência de doença que, aparentemente seria simples, mas sofreu algumas complicações, o que veio dificultar este processo. Revelou muita dificuldade em lidar com a dor pois considera que "... não controlo bem a dor..." e com a sensação de falta de liberdade sentindo "... saudade de andar a passear na rua, saudades de estar com o meu filho, saudades de estar com os amigos e família...". Referiu que teve um tratamento muito diferenciado e sem necessidade de ultrapassar todas as fases constituintes do processo de hospitalização, pois "...conhecer bem a chefe do serviço, tive o privilégio de ficar num quarto sozinha... [...] "... disseram que tinha de ser operada e até ser, o percurso foi rápido...".

Tem a opinião de que todos os enfermeiros deveriam passar pelo papel de doentes, de forma a valorizar mais a humanização de cuidados, constatando algumas mudanças na sua prática neste sentido pois na sua ideia, "... a maior parte dos enfermeiros, efectivamente, devia saber o que era ser doente, porque acho que dá-se importância a coisas que nunca estando doente, não se dá", considerando que "... humanização é maneira como tratamos as pessoas e, efectivamente, há pormenores que eu acho que, para quem já esteve internado liga porque já passou por eles...". No entanto, considera bastante difícil a separação dos papéis.

E13 – enfermeira graduada e com pós- graduação, com 46 anos de idade e 21 de profissão.

Participante muito emocionada ao relatar a sua experiência, pois considera que vivenciou momentos de muito sofrimento que traduziam que "... em termos emocionais estava muito em baixo...". Em termos de vivência da experiência cirúrgica e de internamento não sentiu nem apresentou grandes problemas, pois estava bem informada de tudo o que iria viver e "... não tinha medo da cirurgia em si, sabia os processos todos, sabia os procedimentos todos..." mas sofreu muito com os tratamentos necessários referindo que "... ainda hoje faço mais rápido dez cirurgias ao pulmão do que fazer novamente uma radioterapia...".

Com a sua experiência tornou-se mais tolerante para com os doentes, as suas queixas ou limitações, passando a ser menos exigente pois compreendeu o que é estar doente e sentir a falta de forças para colaborar no que é necessário assimilando a ideia de que “... a gente só não faz porque não pode, senão não quer estar sempre na cama”. Da sua doença resultaram limitações físicas, com repercussão directa na sua actividade profissional na medida em que “... fiquei com limitações físicas e portanto essas limitações físicas condicionam-me sempre a pensar duas vezes, com medo do que me pode acontecer [...] o que “... pode condicionar as atitudes de uma pessoa...”. Ressalva o apoio familiar como o suporte de eleição para lidar ou vencer o processo de doença.

E14 – enfermeira especialista com 40 anos de idade e 17 anos de profissão.

Participante que adopta uma postura positiva e optimista perante a vida face aos condicionalismos inerentes à sua doença crónica, considerando que “... se Deus nos dá determinadas coisas, é porque acha que nós temos capacidade para as suplantar...”. Padece de uma doença bastante limitante e que lhe causa grande sofrimento, no entanto não desiste nem desanima, encarando isto como “... uma prova de força e eu digo – se aguentei isto eu vou aguentar ... qualquer coisa...”. Encara a fé como uma ajuda essencial, a par com o apoio familiar e dos amigos.

Assume perante os colegas que a sua área profissional é outra e que necessita de ser bem esclarecida como qualquer doente pois “... quem está a trabalhar percebe muito mais disso do que eu, eu não, eu ali estou como doente...”. Aprendeu a dar valor a pequenas subtilidades do cuidar e procura aplicá-las no seu contexto profissional defendendo que “... temos de ser mais flexíveis, sacrificamos qualquer coisa mas estamos a ganhar por outro lado...”. Muito ligada à família, aos amigos e à profissão, encara a sua doença como um constante desafio enaltecendo a ideia de que “... sou uma pessoa que tenho muita força de viver, muita garra...”.

E15 – enfermeira graduada com 43 anos de idade e 18 de profissão.

Participante que descreve a sua experiência de forma emocionada, pela constante preocupação com os filhos. A sua família assume o lugar principal na sua vida, sobrepondo-se ao seu próprio bem-estar frisando que “... sempre me preocupei mais com os outros do que comigo...”. Sentiu um tratamento personalizado na medida em que “... temos sempre mais um bocadinho de atenção do que as outras pessoas...”, o que amenizou a experiência pois “... eu não me senti como doente...”.

As suas limitações condicionam a sua actividade profissional, sendo coagida a mudar de local de trabalho, o que proporcionou sentimentos de frustração, aludindo que “... o que mais me custou foi o facto de me terem mudado de serviço.” [...] “...não posso prestar os cuidados que prestava...” pois o que “... gosto é de estar a cuidar do doente...”. Por outro lado, sente-se muito diferente, em

termos de resistência física e de tolerância perante determinados aspectos, tornando-se uma pessoa menos alegre, deixando se ser “... uma pessoa extremamente ... era muito activa...”.

Quadro 2 - Caracterização do grupo de participantes no estudo

Género		Idade		Anos de profissão	
M	F	Intervalo	Frequência	Intervalo	Frequência
1	6	30-40	7	10-20	10
1	5	41-50	6	21-30	3
1	1	51-60	2	31-40	2
15		15		15	

1.2.4 - Acesso à informação

Atendendo aos objectivos traçados para este estudo, verifica-se que a sua natureza determina uma abordagem compreensiva e de partilha, implicando uma atitude reflexiva sobre um determinado acontecimento de vida, nomeadamente a experiência vivida de doença.

Os trabalhos realizados segundo a abordagem qualitativa pretendem sobretudo obter um conjunto de informações que facilitem o processo de compreensão de um fenómeno. Para tal prevê-se a realização de **Entrevistas em Profundidade**, em que o seu objectivo se prende com a compreensão detalhada do que os participantes sentem e vivem, tendo em conta os seus quadros de referência. Deste modo facilitam a abordagem do mundo dos indivíduos participantes no estudo, possibilitando a descrição dos significados atribuídos aos acontecimentos que integram as suas vidas (Bogdan e Biklen, 1994).

A experiência de doença assume-se como transformadora, em que o investigador necessita de compreender o mundo vivido da experiência através da recordação da mesma pelos próprios participantes do estudo. Segundo Hutchinson e Wilson (2007), as entrevistas implicam um processo de recolha de dados relativos a sentimentos, experiências e comportamentos pessoais, que irão ser posteriormente analisados.

Nas entrevistas em profundidade o que se pretende é encontrar respostas que conduzam ao significado das experiências vividas, em que os entrevistados assumem um papel de informantes privilegiados, escolhendo o que dizer, pois só eles são detentores desse conhecimento. Não necessitam de responder a algo objectivo, apenas têm que descrever o que viveram e sentiram naquela experiência particular.

Neste sentido, o investigador deve ser criativo e apresentar faculdades específicas que lhe permitam dar voz aos participantes, fazendo-os falar sobre si mesmos e sobre a vivência de uma circunstância ou fenómeno concreto. Como refere Lalanda (1998:871), a entrevista compreensiva ou em profundidade implica o “contacto directo com o objecto de estudo, enquanto objecto falante”.

Deste modo, o seu papel passa por orientar o curso da entrevista, respeitando a intensidade das respostas, a sua subjectividade e o objectivo proposto. Deve esforçar-se por interiorizar o que o outro diz, entendendo-o como ser único, com pensamentos, sentimentos, formas de ser e de viver próprias, sendo merecedor de toda a sua atenção e compreensão.

Segundo Van Mannen (1990), a entrevista utilizada nas ciências humanas, com base na fenomenologia hermenêutica, tem duas funções:

a) - Modo de explorar e obter informação sobre uma experiência que sirva como fonte de desenvolvimento de uma rica e profunda compreensão acerca de um fenómeno humano;

b) - Veículo de desenvolvimento de uma relação empática e relacional com o entrevistador, ao falar sobre o significado atribuído a uma determinada experiência.

A entrevista fenomenológica não consiste na simples “...aplicação de um instrumento de recolha de dados diferente, reflecte, em si mesmo, uma concepção diferente de produção de conhecimento, de construção de significado sobre a acção humana”, em que o seu objectivo é focar o participante, no sentido de obter “...uma descrição tão completa quanto possível da experiência vivida dos participantes sobre um determinado fenómeno em estudo” (Giorgi e Sousa, 2010: 80,82).

Trata-se de uma entrevista orientada para a informação, na medida em que visa sobretudo circunscrever a percepção e o ponto de vista de um sujeito perante a vivência de um fenómeno específico. Assume um carácter não directivo, em que o investigador encoraja o sujeito à livre expressão dos seus sentimentos e ideias, adoptando uma postura de escuta activa, atenta e de respeito pelo outro.

Nos momentos de encontro com os quinze participantes solicitou-se que elegessem um local de acordo com a facilidade na acessibilidade e a sensação de conforto que o local lhes transmitisse. As entrevistas foram realizadas no contexto do local de trabalho, nas suas próprias residências e na residência do investigador, respeitando a preferência manifestada. Em qualquer dos locais escolhido foi assegurada a privacidade e promovido um ambiente calmo, sereno e agradável. No início de cada entrevista o investigador reforçou os objectivos

que se propôs atingir com a elaboração do trabalho, questionando o participante da sua vontade em participar, facultando o consentimento informado para que pudessem assinar de forma esclarecida.

As entrevistas foram conduzidas de forma não estruturada, tendo sido solicitado aos participantes para descreverem a sua experiência de doença, com o objectivo de que o participante falasse livremente. Tendo em conta que, por vezes, o discurso se torna repetitivo ou descontextualizado, elaborou-se um guião (Anexo I) que serviu de orientação à mesma. Assim, por vezes, houve necessidade de reforçar a ideia e o objectivo da entrevista pela intervenção do investigador, no sentido de conduzir o discurso para a exploração e descrição do fenómeno a estudar, fazendo-se uso de aspectos simples como: clarificação de respostas, interacção não verbal (compreensão, mimetismo corporal, etc.) e reorganização dos processos de pensamento revelados.

No decorrer das entrevistas, que se revelaram longas e de profundidade, pautadas, muitas vezes, pela demonstração de sentimentos, vulnerabilidade e fragilidade, houve necessidade de prestar apoio aos participantes e de adoptar uma atitude de questionamento fenomenológico, focado no fenómeno em estudo. Apesar de se recorrer ao guião de entrevista sempre que necessário, houve situações que exigiram a colocação de questões simples e objectivas, no sentido de recentrar a atenção dos participantes ou de possibilitar a continuidade de um pensamento reflexivo demonstrado e que se revelava de interesse para a compreensão do fenómeno, tendo sempre em mente o desiderato de compreender a experiência vivida de doença.

As entrevistas foram gravadas em suporte digital e a sua duração mediou-se entre os 31,34 e os 54,55 minutos, tendo sido elaboradas durante o período compreendido entre 19 de Junho de 8 de Setembro de 2009. O término das mesmas deveu-se sobretudo ao cansaço demonstrado pelos participantes, à dificuldade revelada para desenvolver determinados aspectos constituintes da sua experiência vivida de doença e quando se percebeu que estes não teriam mais nenhum dado a acrescentar, adoptando uma postura redundante e repetitiva.

No final da entrevista foi solicitado a cada participante a redacção de um documento simples, que desse visibilidade à experiência vivenciada. Este documento seria redigido no período de uma semana e procurou, sobretudo, validar a informação acedida durante a entrevista. Da parte do investigador procurou-se elaborar uma análise pessoal imediata, redigindo-se um

pequeno texto onde se documentaram as condições em que decorreu a entrevista, os aspectos mais significativos e emergentes do conteúdo da mesma, de acordo com a postura adoptada e os sentimentos revelados pelo participante.

As entrevistas foram transcritas na íntegra pelo investigador e analisadas à luz das etapas do método fenomenológico de Giorgi, com conseqüente identificação das Unidades de Significado, complementadas com as respectivas citações dos participantes após selecção das mais significativas para o processo de compreensão do fenómeno de experiência vivida de doença.

1.2.5 - Critérios de validade e rigor na investigação fenomenológica

A fenomenologia contribui para o desenvolvimento de trabalhos de investigação, na medida em que possibilita ao investigador compreender experiências e sentimentos dos participantes, segundo a sua perspectiva. Na opinião de Merleau-Ponty (1999), visa sobretudo alcançar o conhecimento da verdade através do conhecimento das experiências vividas no mundo, descrevendo, analisando e interpretando os fenómenos, procurando conhecer e compreender o que é essencial e invariável, que se traduz pela estrutura do fenómeno.

Na perspectiva de Holanda (2006) o facto de se analisar e compreender um fenómeno humano possibilita a criação de um modelo organizado que permita a compreensão de um fenómeno igual ou semelhante, num momento distinto.

No entanto, apesar da sua utilidade para o conhecimento de aspectos subjectivos, característicos dos fenómenos sociais e humanos decorrentes em contextos naturais, sempre se constatou alguma dificuldade ou relutância em aceitar a investigação qualitativa como credível e fiável, alegando o facto de se basear numa avaliação subjectiva em oposição à objectividade dos métodos integrantes do paradigma de investigação quantitativa.

Para Giorgi (2000b) a fenomenologia em enfermagem oferece a possibilidade de solucionar algumas questões relacionadas com os seres humanos, tendo em conta os seus limites e o contexto em que ocorrem. Por outro lado exige a adopção de uma metodologia precisa, o que vem contrariar a ideia de que a fenomenologia é, muitas vezes, utilizada como um “Chapéu-de-chuva” sob o qual várias disciplinas humanas trabalham, quando não querem seguir os procedimentos estabelecidos no paradigma das ciências naturais.

A fenomenologia, como método de investigação, permite ao investigador descrever com rigor um determinado fenómeno, procurando descobrir a sua estrutura essencial. O seu foco central são as experiências das pessoas e o seu objectivo compreender determinados fenómenos vivenciados. Para os tentar compreender, o investigador deve suspender todos os seus preconceitos e abster-se de recorrer às teorias existentes, no sentido de obter resposta para as interrogações formuladas acerca do mesmo, encarando-o de forma livre e isenta. Giorgi (2000b) considera que o investigador deve minimizar a sua participação quando procura a descrição de um determinado fenómeno, uma vez que é a experiência do outro que está a ser investigada.

Neste contexto, o método de Giorgi permite descobrir características essenciais de um determinado fenómeno sob o ponto de vista do participante. O objectivo é dedicar atenção ao *conhecimento indígena*, ou seja, livre de qualquer juízo de valor pré - estabelecido por parte do investigador, procurando compreender a realidade pela análise da sua lógica interna (Van Zanten, 2004). Desta forma, existe uma grande distância entre *conhecimento indígena e científico*, pois se assim não fosse, não se justificariam investigações científicas, traduzindo a ideia da autora aludida ao referir “...se cada um é seu próprio investigador, a investigação não teria razão de existir” (2004:32).

A investigação qualitativa é bastante valiosa, na medida em que permite a ingerência de vários contributos, de acordo com pontos de vista complementares. Para Laperrière (2008) os investigadores que optam pelas metodologias de investigação qualitativa pretendem aprofundar os aspectos subjectivos que caracterizam uma experiência vivida ou um fenómeno, procurando analisá-los no seu contexto natural. Para tal devem ser objectivos, prendendo-se esta objectividade com a qualidade dos dados, o que implica que o investigador se distancie, no que respeita às suas crenças e valores, do objecto em estudo.

Qualquer investigador pretende, ao dedicar o seu tempo no estudo de algo, obter dados credíveis e que possam ser aceites pela comunidade científica. Como tal, e agindo de acordo com este pressuposto, todos os investigadores procuram desenvolver o seu trabalho com base nos critérios de rigor estabelecidos para as investigações científicas integradas no paradigma de investigação qualitativa. Para Loureiro (2006), os dados a obter devem ser rigorosos, traduzindo a realidade tal como foi vivida e visando saber como é que os indivíduos constroem o mundo e o experienciam de forma consciente.

Deste modo, a investigação qualitativa pode e deve ser rigorosa, o que exige um processo de validação contínuo de todo o percurso de investigação. A fidelidade de um estudo qualitativo está directamente relacionada com a forma como o investigador descreve a estrutura do trabalho, como foi capaz de dar a conhecer as técnicas e procedimentos que desenvolveu e o percurso de análise e interpretação efectuados, na medida em que traduz "... se um estudo ou trabalho vai ao encontro de padrões e expectativas especificadas" (Leininger, 2007:104). Assim, torna possível uma comparação do mesmo, embora com algum cuidado no que diz respeito à subjectividade característica de cada ser humano.

Em termos de análise qualitativa a fenómenos humanos, não é correcto falar em replicações, pois o comportamento humano varia de pessoa para pessoa, sendo quase impossível a repetição de um mesmo comportamento, mesmo que em circunstâncias muito similares, pelo que é mais aceitável e compreensível falar em comparações de diferentes estudos. Na opinião de Van Zanten (2004:40) "A comparação permite construir a generalização dos processos internos e estabelecer comparações em relação aos externos". Os resultados não têm obrigatoriamente que ser iguais, não devendo ser, de todo, contrários ou incompatíveis.

Na opinião de Loureiro (2006) em termos fenomenologia, pode dar-se ênfase a vários critérios, nomeadamente: credibilidade, transferibilidade, dependência e confirmabilidade. Leininger (2007), considera a existência de seis critérios de avaliação, incluindo: credibilidade, confirmabilidade, significado, padronização; saturação e transferibilidade.

A *credibilidade* traduz a adequabilidade entre a interpretação do investigador e do próprio participante, pois o que se pretende é conhecer a realidade tal como foi vivida, dando a conhecer precisamente aquilo que os participantes descreveram (Loureiro, 2006). Segundo Leininger (2007), traduz a verdade conhecida ou sentida pelos participantes, em resultado da interpretação realizada aos achados que revelem evidência científica.

A questão da confirmação da validade de um estudo resulta da confrontação da informação recolhida por parte do investigador ao participante, para verificar se traduz o que queria dizer e propor correcções, que devem ser adendadas ao estudo. Este procedimento está incluído, por exemplo, no método defendido por Collaizi, só devendo ser aplicado quando se utiliza esta metodologia. Leininger (2007) considera que a confirmabilidade traduz a obtenção de evidências através dos informantes perante o que foi identificado e interpretado pelo investigador.

Giorgi (2006) defende que existem duas razões para não se usar este método, nomeadamente: os participantes descrevem as suas experiências segundo a sua perspectiva de vida e de uma forma natural e o investigador analisa os dados segundo uma abordagem fenomenológica, devendo ser verificados de acordo com os procedimentos fenomenológicos utilizados, ou seja, para os participantes conta como descreveram e para o investigador o interesse reside no significado atribuído, constatando-se, muitas vezes, que os participantes não têm noção desse facto. Neste sentido, a análise ou verificação por parte dos participantes não se prende com uma perspectiva de investigação rigorosa, mas com uma perspectiva pessoal que pode tornar a investigação duvidosa em termos de validade da informação recolhida. Isto leva Giorgi (2000b) a reafirmar que o verdadeiro sentido de uma experiência só pode ser atribuído pela própria que a vivenciou, no entanto, a perspectiva da disciplina é diferente da perspectiva da pessoa, pelo que se pode dar a conhecer os resultados do estudo mas sem procurar a sua validação, uma vez que os objectivos e pressupostos diferem.

A *confirmabilidade* corresponde ao conceito de objectividade característico dos estudos quantitativos, traduzindo em que medida os achados do estudo resultam da investigação em si ou são resultado de uma interpretação do investigador, de acordo com um quadro de referência ou valores (Loureiro, 2006). Para Leininger (2007) a confirmabilidade traduz a obtenção da informação verdadeira, através da interpretação do investigador à informação cedida pelas fontes primárias.

A *transferibilidade* pode considerar-se como paralela à validade externa. Ao estudarmos um determinado fenómeno e ao se seleccionar intencionalmente uma amostra de participantes que vivenciaram esse fenómeno, podem obter-se informações valiosas sobre o mesmo. Como forma de facilitar a compreensão acerca da estrutura do fenómeno deve recorrer-se a uma representação esquemática objectiva e clara (Loureiro, 2006). De acordo com Leininger (2007) o objectivo é transferir os achados obtidos para outro contexto similar, preservando os significados e interpretações, contribuindo para aumentar o conhecimento pela compreensão de um determinado fenómeno.

A *dependência* surge em paralelo com o conceito de fidedignidade, traduzindo a estabilidade do estudo. Para tal é necessário que o método de investigação se encontre bem descrito, de forma clara e perceptível, possibilitando que outros investigadores possam, ao estudar um fenómeno similar, desenvolver um estudo semelhante. Uma das formas de testar estes critérios é realizar auditorias, expondo o processo de elaboração do estudo à avaliação de um outro investigador (Loureiro, 2006).

O *significado* surge como resultado da compreensão dos fenómenos pelos participantes, tendo em conta o contexto específico em que se desenvolvem (Leininger, 2007).

A *padronização* resulta das interpretações realizadas a experiências repetidas, que ocorrem em determinados meios, com contextos similares ou não (Leininger, 2007).

A *saturação* traduz o estado de completo e pleno conhecimento de um fenómeno, em resultado de uma pesquisa exaustiva e permite ao investigador afirmar que não foram encontradas mais explicações sobre o mesmo (Leininger, 2007). Na opinião de Laperrrière (2008), a saturação cumpre duas funções, nomeadamente a de indicar quando o investigador deve suspender a recolha de dados e a de generalizar, do ponto de vista metodológico, os resultados ao grupo de participantes em estudo (generalização empírico-analítica).

A investigação qualitativa, na sua vertente fenomenológica, procura conhecer o invariante, o essencial ou estrutural de um determinado fenómeno, estabelecendo teorias conceptuais que possibilitem a generalização da informação recolhida pelas comparações em diferentes contextos, com o intuito de produzir conhecimento científico. Consequentemente e partindo da premissa que os dados analisados é que permitem construir a teoria, compreende-se que a linha de acção do investigador siga uma conduta que rumo à descoberta, o que exige o desenvolvimento e implementação de estratégias criativas e subjectivas (Giorgi e Sousa, 2010). Esta descoberta não é no sentido positivista, visando explicar um determinado fenómeno, mas antes no sentido da compreensão do mesmo.

Segundo Craig e Smith, “ a finalidade da investigação qualitativa é produzir compreensão do mundo social, dentro dos contextos naturais dando ênfase aos significados, experiências, práticas e pontos de vista dos que nele estão envolvidos” (2004:137).

Ao longo do desenvolvimento deste trabalho procurou-se suspender alguns preconceitos ou ideias pré-formadas sobre a temática em estudo, tendo-se elaborado uma checklist (Anexo II) que serviu de orientação prévia à realização das entrevistas. Neste sentido pretende-se unicamente dar voz aos participantes, fomentando uma descrição fidedigna da experiência vivida de um fenómeno.

A selecção dos participantes seguiu um método de “bola de neve” pois a Comissão de Ética do Hospital, onde se pretendia fazer o recrutamento, não autorizou a pesquisa. Deste modo foi possível, por transmissão de informação e de sucessivos conhecimentos, solicitar a colaboração de diversos participantes, tendo em conta os critérios de selecção pré-definidos.

Em termos de fidelidade do trabalho, procurou-se descrever todos os passos metodológicos, com toda a transparência necessária para possibilitar uma comparação do estudo.

Houve um esforço acrescido da parte do investigador, no sentido de ser fiel no processo de transcrição das entrevistas e análise rigorosa do seu conteúdo, não se procurando validar a interpretação dos dados com os participantes, pelas razões defendidas anteriormente por Giorgi. No entanto, após a elaboração das entrevistas foi solicitado aos participantes a realização de um relato escrito que validasse o conteúdo da entrevista.

Os achados deste trabalho resultam da análise e interpretação do que foi verbalizado pelos participantes, tendo em conta o seu quadro de referência, procurando obter-se uma estrutura essencial do fenómeno, de acordo com as diferentes etapas constituintes do método fenomenológico de Giorgi. O seu cumprimento permitiu analisar as descrições dos participantes, enunciar as unidades de significado segundo a linguagem dos mesmos e transformá-las em unidades de significado transformadas tendo em conta a disciplina em que se enquadra o estudo.

Ao se optar por uma metodologia qualitativa, nomeadamente pela fenomenologia descritiva, pretendeu-se sobretudo descrever a estrutura completa de um fenómeno ou experiência vivida, associado ao significado que a mesma tem para aqueles que a experienciaram.

A constatação de que os dados obtidos já não ofereciam nada de novo ao processo de compreensão do fenómeno de experiência de doença própria por parte dos enfermeiros, conduziu à elaboração da estrutura essencial constituída por quatro componentes, que será desenvolvida e apresentada posteriormente.

1.2.6 - Considerações éticas

Qualquer elaboração de trabalhos científicos e de investigação exige o cumprimento e o respeito por um conjunto de princípios éticos, que rumam no sentido da protecção do indivíduo como ser digno que é, exigindo a adopção de comportamentos considerados bons, dos quais resulta o benefício para o outro e não o seu prejuízo.

Neste sentido, compreende-se que um comportamento ético se enquadra na dualidade entre os direitos e deveres dos homens, tornando-se a investigação nas áreas sociais e humanas um campo melindroso de trabalhar, na medida em que o seu “objecto” de investigação são as

peessoas doentes, que se encontram extremamente debilitadas, fragilizadas e com uma vulnerabilidade muito acentuada (Lopes, 2003).

A realização de qualquer investigação exige o cumprimento e o respeito por um determinado conjunto de normas e procedimentos considerados adequados. Para tal é necessária a elaboração do Termo de Consentimento Livre e Informado (Anexo III), onde seja descrita a finalidade do estudo, o que se pretende com os resultados obtidos e outras informações pertinentes. Este documento deve identificar o investigador e apresentar um espaço destinado à assinatura dos participantes, que servirá como prova do seu consentimento informado.

Existiram alguns aspectos a ter em conta, nomeadamente: o respeito pela identidade e privacidade dos participantes – garantindo o anonimato; esclarecimento de todos os aspectos relacionados com a elaboração do trabalho, procurando obter a cooperação voluntária dos participantes e o respeito pelas regras intrínsecas ao preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Informado. A garantia de não associação dos participantes aos dados obtidos, através da codificação das entrevistas por letras e números, foi assegurada, protegendo a sua confidencialidade. Estas foram guardadas em formato digital (áudio) e em suporte de papel, tendo o cuidado de se ter respeitado a autenticidade na descrição e análise dos dados, demonstrando uma atitude de fidelização para com os mesmos.

Para além da solicitação do consentimento informado aos participantes do estudo, teve-se em conta o pedido de autorização à Comissão de Ética da Instituição onde seriam, hipoteticamente, seleccionados os participantes. No entanto, após contacto de solicitação de autorização à Comissão supra citada e à Comissão Nacional de Protecção de Dados, este foi indeferido o que conduziu a um outro método de selecção de participantes, nomeadamente o uso do método de “Bola de neve”, em que os mesmos foram sendo identificados e sugeridos pelos que obedeciam aos critérios propostos e que já eram conhecidos.

Os participantes deste estudo aceitaram participar no estudo, tendo sido devidamente esclarecidos dos objectivos delineados, dos instrumentos a utilizar e das condições propostas, assinando livremente o Termo de Consentimento Livre e Informado.

2 – Análise dos discursos

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos pela análise da transcrição das entrevistas e dos relatos dos participantes, tendo como ponto de partida a questão norteadora deste estudo, seguindo a conduta de análise fenomenológica defendida por Giorgi.

De acordo com o que foi dito e seguindo as orientações proferidas pelo referido autor, este capítulo será constituído pelas unidades de significado emergentes do discurso dos participantes deste estudo, ilustrando as descrições textuais obtidas e o seu significado, com posterior construção da estrutura essencial do fenómeno (Giorgi e Sousa, 2010).

O processo de demarcação das diferentes unidades de significado emergentes da análise do conteúdo das entrevistas e dos relatos dos participantes, revelou-se uma fase morosa e exigente na medida em que implicou a leitura e releitura das diferentes transcrições, objectivando apreender o sentido geral do todo. Posteriormente procedeu-se à transformação das unidades de significado identificadas, procurando fazer uso da redução fenomenológica e da variação livre imaginativa, visando facilitar o processo de determinação dos diferentes constituintes-chave e, conseqüente, determinação da estrutura essencial do fenómeno.

Na apresentação das unidades de significado utilizou-se a designação de cada entrevista com a letra E e dos relatos a letra R, variando o seu número de acordo a ordem de participação de cada participante, respeitando, deste modo, a confidencialidade dos dados e o anonimato dos mesmos.

Ao longo da transcrição das entrevistas fez-se uso de alguns símbolos para caracterizar algumas situações específicas, nomeadamente:

[...] – excerto da transcrição original sem relevância para a análise em estudo;

... - pausas no discurso dos participantes.

2.1– Estrutura essencial e componentes da experiência vivida

A identificação da estrutura essencial do fenómeno permite ao investigador compreender, de forma metódica e sistemática, os dados empíricos resultantes da análise das entrevistas realizadas com os participantes e dos seus relatos escritos. Ao se apresentarem os diferentes constituintes-chave procura-se aprofundar a compreensão do fenómeno, nos diversos contextos e tendo em conta os quatro componentes que constituem a sua estrutura.

Da análise dos dados surge então uma estrutura essencial que traduz a experiência vivida do enfermeiro que se torna doente, englobando quatro componentes, nomeadamente Estar Doente; Ser Doente; Repensar o Mundo Profissional e Significação Vital e Consolidação Profissional, tendo em conta os diferentes contextos percebidos, especificamente o pessoal, relacional e profissional. A experiência vivida de doença tem tendência para se repercutir na vida da própria pessoa, nas relações que estabelece consigo, com os outros e com o mundo, podendo delongar-se ao seu contexto profissional, na medida em que o seu impacto pessoal se vai reflectir no seu desempenho profissional.

Pode verificar-se que os quatro componentes não se encontram isolados entre si, mas sim interligados. A percepção da vivência do fenómeno de doença própria pelos enfermeiros revela-se de modo contínuo, iniciando-se pela percepção da doença em termos físicos e objectivos e sendo conduzida por um processo de interiorização e construção subjectiva e pessoal, que se irá espelhar em termos pessoais e profissionais. Por outras palavras, a pessoa confronta-se com uma situação de doença e com todas as manifestações físicas e psíquicas inerentes, o que a faz perceber que não se encontrava totalmente preparada para este tipo de vivência. Esta experiência vivida vai reflectir-se a nível pessoal, relacional e profissional e, nesta sequência, vai conduzir a pessoa a reconhecer e procurar interiorizar o seu papel de doente e todas as repercussões que este facto implica.

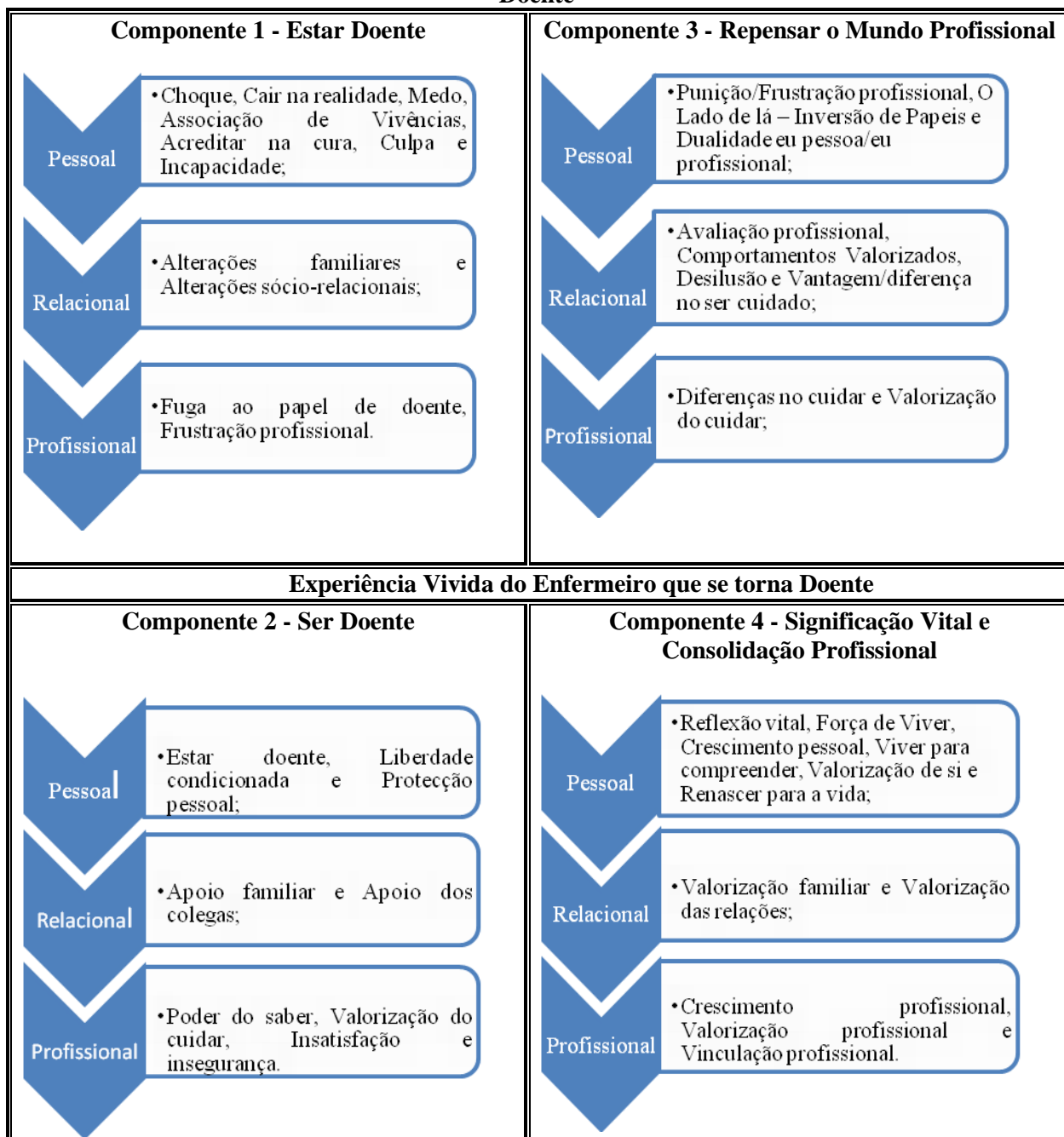
Neste processo de interiorização e assumpção do que é ser e estar doente, tendo em conta os vários contextos considerados, a pessoa que vivencia o fenómeno e que é profissional de saúde vai analisar e repensar o seu mundo profissional, confrontando-se com a dualidade de ser enfermeiro e ser doente, compreendendo o que sente uma pessoa doente e analisando e avaliando a prestação dos seus homólogos. Esta avaliação assume um cariz profissional e pessoal na medida em que a pessoa sente as necessidades e preocupações de estar doente e pode avaliar o comportamento dos seus pares, com base num corpo de conhecimentos sólido e cientificamente estruturado. Na continuidade deste processo avaliativo e de interiorização pessoal do que é ser e estar doente, a pessoa tende a reflectir sobre os desígnios e valor da vida, a importância dos outros, sejam familiares, amigos ou profissionais, associado a uma construção e valorização do seu papel profissional junto dos que dela dependem para recuperar o seu equilíbrio e promoverem a sua independência.

Pensa-se ser mais facilmente compreensível a apresentação dos dados iniciando pela descrição dos diferentes componentes, seguindo-se a identificação e desenvolvimento dos

constituintes-chaves enunciados, com consequente apresentação das unidades de significado emergentes e das unidades de significado transformadas.

Neste sentido, faz-se seguidamente a apresentação esquemática dos componentes identificados na estrutura essencial e dos respectivos constituintes-chaves emergentes de acordo com os contextos identificados, nomeadamente: pessoal, relacional e profissional.

Quadro 3 – Estrutura Essencial do fenómeno de experiência vivida do Enfermeiro que se torna Doente



Após a apresentação dos diferentes componentes da estrutura essencial do fenómeno em estudo, procede-se à sua descrição narrativa com enfoque na ligação entre os diferentes constituintes-chave enunciados.

Quadro 4 – Componente 1: Estar Doente

A vivência da doença condiciona as pessoas a experienciarem um conjunto de sentimentos particularmente complexos e dificilmente entendíveis pelo prisma da acção quotidiana, emergindo desde logo a fragilidade e vulnerabilidade da condição humana.

Regra geral as pessoas manifestam alguma dificuldade no processo de aceitação da doença, crendo-se ser um desejo comum a manutenção de um estado de saúde, independência e autonomia, de forma a se assegurar uma vida livre e sem qualquer tipo de condicionamentos. Como tal, as pessoas desconhecem qual será a sua reacção perante uma situação de doença, assumindo um carácter ansiogénico e incógnito.

A reacção à doença pode englobar diferentes fases incluindo: negação, revolta, negociação, depressão e aceitação. A forma como a pessoa vivencia estas diferentes fases e as estratégias de *coping* que desenvolve vão influenciar a sua capacidade de reacção perante a doença.

No caso particular dos Enfermeiros constata-se que, para além de um conjunto de sentimentos comuns a todas as pessoas que englobam o medo, a sensação de incapacidade e a confrontação com a realidade, existem alguns que assumem um carácter específico neste grupo de indivíduos. Sentimentos como a associação desta vivência com outras situações vividas com familiares próximos ou com os doentes com quem lidam no seu contexto profissional, podem exercer influência na forma como encaram e vivenciam o seu processo de doença. Por outro lado, também é evidente um sentimento de culpabilização, na medida em que, como profissionais de saúde que possuem um corpo de conhecimentos e de saberes específico, consideram que deveriam estar mais atentos e despertos para o seu estado de saúde, identificando atempadamente qualquer alteração e contribuindo pro-activamente para a promoção e manutenção do seu estado de saúde.

Em termos relacionais verificaram-se alterações familiares e sócio-relacionais, uma vez que a doença pode condicionar a pessoa na manutenção do seu estilo de vida, conduzindo a algum afastamento social e isolamento pessoal. Neste sentido, pode ser reveladora de mal-estar e desconforto, que se traduz directamente na forma de ser e estar consigo mesmo, com os outros e com o mundo.

No contexto profissional é facilmente percebida uma constante fuga ao papel de doente, pois não se encontram devidamente preparados para vivenciar uma transição situacional, do que cuida para aquele que necessita de ser cuidado. Esta inversão de papéis torna esta vivência um processo ainda mais doloroso, na medida em que assume um carácter muito mais abrangente, englobando diferentes áreas intrínsecas ao bem-estar da pessoa. Por outro lado, as consequências do processo de doença podem revelar-se condicionadoras do seu desenvolvimento profissional, numa fase posterior da mesma, uma vez que podem limitar o desempenho de algumas funções e conduzir a mudanças profissionais marcantes, temporárias ou permanentes, com influência directa na sua satisfação profissional.

Quadro 5 – Componente 2: Ser Doente

A pessoa perante uma situação de doença pronuncia-se de forma particular, vivenciando-a de acordo com um conjunto de crenças e valores previamente definidos, tendo em conta o seu contexto pessoal, social e cultural.

Ao estar doente confronta-se com alguns sentimentos para os quais poderia ou não estar preparada. A forma como a enfrenta está relacionada com a capacidade e habituação no lidar com a doença. No caso dos enfermeiros, que estão muito habituados a lidar com a doença do outro e possuem muitos conhecimentos acerca da mesma, a vivência do papel de doente revela-se difícil, traduzindo alguma humilhação e frustração, na medida em que possuem saber mas não o podem aplicar directamente como profissionais ou porque tendem a sofrer por antecipação, imaginando quadros mais negativos e uma evolução pouco favorável. Como doentes e sendo conhecedores das rotinas que caracterizam o ambiente hospitalar, sentem que a obrigatoriedade de cumprir pressupostos inerentes ao internamento condicionam a sensação de liberdade do indivíduo, reflectindo sobre as mudanças que este processo implica na vida de uma pessoa.

Há também alguma tendência para se remeterem ao silêncio ou para falarem o menos possível acerca da sua situação e de como a estão a viver, procurando sobretudo proteger-se da invasão de terceiros e de exporem as suas fragilidades como seres humanos.

No contexto relacional revela-se de fundamental importância o apoio dos familiares, atribuindo uma valorização especial à necessidade do acompanhamento familiar na vivência de todo o processo de doença. Também os colegas de trabalho e outros profissionais se revelam uma mais-valia no processo de vivência da doença, fazendo com que a pessoa sinta que não se encontra sozinha e que há sempre alguém do outro lado, preocupado com ela e com o seu bem-estar.

Em termos profissionais destaca-se o poder do saber, na medida em que pode exercer um papel favorável ou não na evolução da vivência do processo de doença, uma vez que é difícil fazer uma separação do ser profissional para o ser doente.

Sendo receptores de cuidados, os enfermeiros irão estar mais despertos para o nível de cuidados de que são alvo, focalizando-se no seu grau de satisfação ou insatisfação com os mesmos. Como pares, alguns consideram que são alvo de uma atenção particular, enquanto outros sentem que são tratados igualmente, aflorando uma sensação de insegurança em alguns contextos.

Todos estes sentimentos estão também relacionados com as expectativas existentes acerca dos cuidados de enfermagem e com a sua forma própria de a exercer, revelando-se a experiência pessoal muito útil para perceber como deve ser desenvolvida a profissão.

Quadro 6 – Componente 3: Repensar o Mundo Profissional

Perante uma situação de doença, o enfermeiro encara a angústia associada à doença em si e à troca de papéis inerente. Este deixa de ser aquele que cuida dos outros para passar a ser aquele que é cuidado, considerando esta mudança como algo pouco agradável de experienciar. Neste contexto também se torna penoso e difícil saber como agir, denotando-se alguma ambiguidade em assumir o papel de doente sem o relacionar com o seu

papel de profissional de saúde, não se revelando tarefa fácil fazer esta separação de forma linear.

Num contexto relacional constata-se que os enfermeiros, enquanto doentes, revelam desconforto com a avaliação de que são alvo por parte dos seus pares, adoptando uma postura de constante avaliação dos cuidados desenvolvidos, com conseqüente valorização de alguns comportamentos em detrimento de outros. Sendo doentes, mas profissionais de saúde, sentem também algumas diferenças na forma como são cuidados, embora alguns revelem alguma desilusão, relacionada com a percepção do impacto que algumas exigências institucionais exercem na quantidade e qualidade dos cuidados prestados.

O assumir do papel de doente possibilita a aquisição de uma noção mais clara do que é a enfermagem e da qualidade dos cuidados prestados, aprendendo a valorizar alguns cuidados e comportamentos e a compreender melhor o que sente uma pessoa na situação de dependência de cuidados por parte de outrem.

Toda esta aprendizagem poderá exercer influência no desenvolvimento da profissão, no momento de regressar ao contexto da prática de cuidados, podendo condicionar algumas mudanças e uma nova concepção e valorização do cuidar em enfermagem.

Quadro 7 – Componente 4: Significação Vital e Consolidação Profissional

Pela confrontação com uma situação de doença a pessoa percebe que a vida não é eterna, exacerbando-se a ideia da finitude. Perante tal sentimento e ao vivenciar uma situação que, de alguma forma desvela a fragilidade humana, o enfermeiro desenvolve um percurso reflexivo sobre a sua vida, o que foi e o que poderá vir a ser. Associada a esta reflexão irão emergir alguns sentimentos de luta e de determinação, na medida em que se procuram estratégias e argumentos reveladores de vontade de viver, que promovem no indivíduo um crescimento pessoal importante para se conseguir responder efectivamente a este desafio particular.

Assumindo o papel de doente, o enfermeiro compreende o que passam os doentes com quem lidam quotidianamente no seu contexto profissional, as dúvidas que sentem e o que valorizam, facilitando o processo de compreensão do outro e promovendo uma prática de cuidados realmente centrada nas necessidades daquelas pessoas.

Ao se confrontarem com a ideia de morte ou de viver uma vida condicionada, também aprendem a valorizar-se como pessoas e a sentirem-se motivados a renascer para uma nova vida, em que irão valorizar determinados aspectos e reaprender a viver, sentindo que a vida lhes está a facultar uma nova oportunidade, que não devem desperdiçar.

Em termos relacionais constata-se uma maior motivação e interesse em valorizar as relações, aos vários níveis: pessoal, familiar e profissional, enaltecendo a ideia de que o ser humano é um ser gregário e que sozinho, nada será neste mundo.

No contexto profissional é notório o crescimento e desenvolvimento de laços vincuativos mais fortes com a profissão, valorizando as intervenções de enfermagem como contribuintes para a melhoria do bem-estar dos outros, preocupando-se com eles e respeitando-os como pessoas que são.

Na continuidade da apresentação dos diferentes componentes da estrutura essencial do fenómeno da experiência vivida de doença própria pelos enfermeiros prossegue-se com a descrição exaustiva de cada constituinte-chave enunciado. Complementarmente, apresentam-se as unidades de significado emergentes e as unidades de significado transformadas, seleccionadas pelo investigador, com o intuito de explicitar descritivamente os significados atribuídos pelos participantes à luz de uma linguagem que supere o senso comum e que se revele mais rigorosa e científica, tendo em conta o contexto da disciplina que integra o estudo e a perspectiva fenomenológica. As restantes unidades de significado e unidades de significado transformadas encontram-se em anexo (Anexo IV).

2.2 – Estar doente

No que concerne ao componente 1 – **Estar Doente**, foram enunciados onze constituintes-chave enquadrados nos três contextos identificados, nomeadamente: Choque, Cair na Realidade, Medo, Associação de Vivências, Acreditar na Cura, Culpa e Incapacidade integrados no contexto pessoal; Alterações Familiares e Alterações Sócio-relacionais no contexto relacional e Fuga ao papel de doente e Frustração Profissional no contexto profissional, que são desenvolvidos seguidamente.

Choque

A subestimação da possibilidade de ocorrência de eventos negativos na vida pode conduzir as pessoas à difícil preparação para lidar com determinadas situações. No caso das doenças, as pessoas demonstram dificuldades em aceitar a sua vulnerabilidade e fragilidade, iludindo-se de que permanecerão jovens e saudáveis por muito tempo, sendo que irão desvelar-se de forma singular, adoptando atitudes que podem ser mais ou menos ajustadas àquela situação particular.

Sabendo-se da dificuldade demonstrada pelas pessoas perante o processo de adoecimento e sendo os participantes deste estudo profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, é compreensível que estes revelem alguma capacidade para lidar com a doença do outro, o que não invalida que, quando a vivenciam na primeira pessoa, passem por um conjunto de reacções específicas características deste fenómeno.

Ao serem confrontados com uma situação de doença própria, as pessoas tendem a demonstrar sentimentos como o choque, pois o contacto com um diagnóstico de doença assume um forte impacto, relacionado com a percepção do seu estado de saúde e da sua própria vida.

E 4 – “quando ele diz que tinha um nódulo, fiquei branca porque a colega que estava comigo disse que e fiquei sem cor, assustei-me porque não tinha queixas, não se palpava nada, visível também não mas ele lá diagnosticou um nódulo [...] A verdade é que, quando veio o diagnóstico, foi pavoroso! [...] quando me diz papilar, variante folicular... eu sabia que o folicular era um bocadinho pior que o papilar, pronto e andei muito assustada.”

E 13- “... essa PET é que confirmou que tinha uma malformação com actividade maligna. Então, pronto, fui chamada, foi-me dito tudo na consulta, foi um choque na altura, para mim, não estava à espera daquilo e... e disse-me logo que a única hipótese era fazer cirurgia...”

Cair na realidade

Assumir que se está doente e que se pode necessitar de cuidados de outrem não se revela tarefa grata para ninguém, na medida em que todos procuram ser independentes e autónomos na tomada de decisões e na adopção de comportamentos promotores de saúde. Na sociedade actual, maioritariamente consumista e fomentadora do prazer e satisfação, a doença é interiorizada como algo incómodo e inaceitável, questionando o valor da vida humana e condicionando sentimentos de vergonha, hostilidade e de rejeição.

Em muitos casos, as pessoas revelam muita dificuldade em aceitar a sua nova condição de vida, lutando constantemente contra esta. E, se para qualquer pessoa este processo é difícil presume-se que, para os enfermeiros, não seja de todo agradável esta constatação, pois exige a interiorização de que não se encontram num estado de saúde que lhes permita ajudar o outro e que serão eles a necessitar de ajuda alheia, visando a solução dos seus problemas e o restabelecimento, se possível, de um estado de equilíbrio e bem-estar necessário para que se sintam bem.

E 15 – “... eu nunca pensei que isto me acontecesse a mim, nunca pensei...”

As pessoas revelam muita dificuldade e pudor em se expor, principalmente quando se conhece de antemão a que tipo de exposição irão estar sujeitos, sentindo-se muito mais fragilizadas. Há que tomar consciência da realidade, reconhecendo as suas limitações humildemente e aceitando os desígnios da vida de cada um.

E 11 – “... quando entrei na enfermaria, ia de cadeira de rodas, não conseguia andar mesmo, então aí é que eu disse ‘vá façam comigo o que quiserem, porque estou doente; vá façam comigo o que quiserem’...”

Medo

Ao se confrontar com um diagnóstico de doença o enfermeiro sente o seu perímetro de segurança e a sua vida ameaçada, revelando a vulnerabilidade que caracteriza o ser humano e a sua incapacidade no que concerne ao domínio da vida. O medo pode emergir de forma diversa, estando directamente relacionado com a dificuldade que a pessoa apresenta ao lidar com os diferentes constrangimentos associados à vivência de uma situação de doença.

E 1 – “Programei a minha conta bancária, falei ao meu marido aonde é que estavam as coisas, porque ocorre-nos sempre o medo ou aquela coisinha lá no fundo de que pode alguma coisa correr menos bem, e a gente não voltar para casa ou voltar em condições menos boas, não é?”

Perante um diagnóstico de doença grave, especificamente a oncológica e todos os tratamentos acoplados é natural que a pessoa sinta medo, quer pelo sofrimento que irá passar, pela perda que vai viver, pelas mutilações com que tem que aprender a viver e com o medo da incerteza de términos de todo esse sofrimento.

E 1 – “... vi-me logo como os olhos a saírem-me das órbitas...”

E 3 - “O medo de ficar dependente ou de ficar totalmente dependente...”

E 8 – “... esses medos, esses sentimentos de impotência, de não conseguir lidar com a situação, não é de lidar, é de ser eu a resolver as coisas, pronto a resolução destas situações estava fora do meu domínio, do meu domínio.”

Associação de Vivências

Como profissionais de saúde lidam constantemente com a doença do outro e com a pessoa doente, enriquecendo o seu corpo de conhecimentos sobre aspectos característicos das doenças e sobre as diferentes atitudes reactivas de cada um. Ao serem confrontados com a doença própria, revêem muitas situações vivenciadas em contexto profissional e familiar, percebendo o real sentido de alguns sentimentos e emoções presenciados.

E 8 – “... senti-me extremamente angustiada porque me revi naquela doente e que, durante o momento da intervenção, em que estamos sob anestesia, estamos dependentes dos outros, completamente dependentes dos outros, se houver uma falha nós não podemos fazer nada pois está tudo fora do nosso controle e essa dependência, [...], assustou-me imenso, pronto.”

E 3 – “talvez por comparar um pouco a situação ... porque a minha mãe também faleceu de AVC e eu vi-me um bocado [...] fez-me alguma confusão porque, fez-me assemelhar muito à minha mãe, e a gente não se consegue desligar dos sentimentos [...] a nível familiar, a umas vivências que já passaram, ...”

Acreditar na Cura

Similarmente às outras pessoas, o enfermeiro, que se confronta com uma situação de doença própria, desenvolve diferentes estratégias comportamentais para enfrentar a doença e os seus condicionalismos. Uma delas passa por acreditar que é possível enfrentar esta situação particular e superá-la, restabelecendo o seu estado de equilíbrio e a sua saúde.

E 15 – “eu acho que a minha reacção foi sempre lutar e sempre acreditar que ia conseguir e que dava a volta por cima, sempre, acho que sempre mantive essa atitude durante ... positiva, mantive essa atitude: sim, eu consigo”

E 4 – “eu nunca perdi a esperança de que eu não recuperasse! [...] acreditei sempre que ia recuperar!”

Alguns participantes fazem referência ao facto de considerarem útil e facilitador não ter noção do que pode vir a acontecer e apegarem-se a outras crenças e valores importantes para si.

E 7 – “‘Feliz é aquele que não sabe para onde vai!’, porque acredita sempre, porque acredita sempre! Porque acredita, porque pensa, está sempre a pensar que o dia seguinte é melhor que o de hoje e que isto tem cura e [...] apegam-se à religião, apegam-se a outras coisas, que eles vão valorizando, que lhes dão um suporte sentimental para eles se agarrarem”

Culpa

Apesar de todas as pessoas saberem que podem vir a adoecer e terem conhecimento do que fazer para evitar a doença ou para minimizar os seus efeitos, nem sempre são cumpridos os pressupostos inerentes. Como profissionais de saúde, os enfermeiros consideram que possuem um vasto corpo de conhecimentos científicos, a vários níveis, que lhes permite estar alerta e atentos para sinais evidentes ou subtis da doença e agir no sentido de proceder a um diagnóstico “informal” de qualquer alteração. Quando, por diversos motivos, não assumem esta postura atenta e protelam a identificação de determinada situação assumem um sentimento de culpabilização pessoal.

E 1 – “... temos formação médica - farmacologia, fisiologia, e eu se calhar não estive desperta atempadamente para os sinais que me foram enviados, ou que eu própria ... e deixei arrastar um pouco a doença. Porque senti que negligenciei um pouco os sintomas [...] então mas eu não fui ao médico, até sou enfermeira, não valorizei isto!!.”

E 2 – “O que é que eu andei a fazer durante dois anos, a fazer uma palpação mal feita e a fazer ensinamentos bem feitos. [...] questionava-me se, de certa forma também, se a culpa não era minha?!! Por ter feito uma palpação mal feita!”

R1 – “...instalou-se a culpa por ter “permitido” que isto me acontecesse sem ter dado a devida atenção”.

Incapacidade

Os enfermeiros ao serem confrontados com uma situação de doença própria sentem-se desorientados como qualquer outra pessoa, identificando as dificuldades e constrangimentos inerentes. A assumpção do papel de doente revela-se difícil, na medida em que há um conjunto de informação para interiorizar sem preparação prévia para tal. O seu corpo de conhecimentos não se revela útil e, muitas vezes, parece que não traduz o que sabem, demonstrando lacunas momentâneas, o que promove um sentimento de incapacidade e de impotência.

E 9 – “Fica-se mais burro do que o próprio doente da rua. Eu senti isso na pele. [...] em quantas partes se divide o coração, muitas vezes ... a gente fica assim (????), tal era o stress, tal era a revolta de lá estar internado, porque, pronto, não havia razão que justificasse eu estar internado, fiquei mais burro; há coisas que, às vezes, as pessoas dizem e que um indivíduo não consegue raciocinar, não consegue dizer assim; como enfermeiro, que estamos do lado de fora, penso, mas lá dentro uma pessoa não pensa...”

E 14 – “Quando se está lá não se sabe nada, nós sabemos mas não sabemos porque o nosso corpo, a cabeça diz uma coisa, o corpo está a dizer outra, não é?, a cabeça diz olhe isto é a gente até sabe, é desta maneira, é daquela.... Mas o meu corpo está-me a trair, está-me a reagir de outra maneira, completamente diferente, e a minha cabeça não tem domínio no meu corpo, não consigo, não é?”

R11 - O facto de além de enfermeiros somos pessoas adquire maior relevância quando doentes, é importante receber toda a informação (técnicas, procedimentos) porque o estado de doença provoca brancas e a capacidade de raciocínio vê-se afectada.

Para além da sensação de incapacidade em termos de dar resposta às dúvidas emergentes, os enfermeiros referenciam a sensação desconfortável relacionada com a incapacidade de serem autónomos no processo de tomada de decisão sobre aspectos importantes e que podem influenciar directamente a sua vida.

E 8 – “... ali é uma dependência completamente diferente, é a dependência da decisão, não é dos actos, mas é da decisão dos outros, aquilo que eles fazem interfere ou pode interferir com a nossa vida...”

Alterações Familiares

Quando uma pessoa adoece é natural que todos os membros constituintes da sua família sofram o impacto das alterações inerentes. A doença pode condicionar alterações físicas e psíquicas que se manifestam no seio familiar, fomentando mudanças nas relações afectivas estabelecidas entre os diferentes membros.

E 10 – “... olha no fundo, é também uma incapacidade, uma certa impotência, porque deixamos de controlar aquilo que anteriormente controlávamos bem e, pronto, sentimo-nos impotentes pelo facto de não conseguirmos controlar nem as nossas coisas nem aquilo que deixámos em casa...”

E 3 – “...os filhos, irem para a escola e a mãe não... ficar incapacitada; aquela sensação de incapacidade perante os filhos, perante as minhas filhas ... em termos físicos e também psicológicos...”

E 1 – “Porque este sofrimento reflectiu-se na minha família, porque eu chegava a casa e deitava-me, não colaborava em nada lá em casa, não interagía e até mesmo com a relação com o meu marido, porque a gente não falava; eu não tinha forças para lhe falar, nem para comer.”

Alterações Sócio-relacionais

A vivência da doença implica a alteração de um conjunto de rotinas sociais, na medida em que pode condicionar o estabelecimento de contactos entre as pessoas e a realização de determinadas actividades promotoras de uma vida social saudável.

E 11 – “E eu tenho cartas escritas, para toda a gente, se me acontecer alguma coisa. Tem que ser!”

E 11 – “...deixei de ir jantar com amigos e tal, porque não dá mesmo, porque estou cheia de dores, porque no fim do dia já não consigo quase me mexer.”

E 14 – “Senti debilidade, sou uma pessoa que vou nadar, com as minhas amigas, duas ou três vezes por semana, vou à piscina, vou fazer o meu exercício e não ia, não podia ir; os outros iam e eu não ia, na altura.”

Fuga ao papel de Doente

Vivendo numa sociedade que preza sobretudo o belo e o saudável não se revela tarefa fácil assumir o papel de doente. Poucos se encontram preparados para tal facto e, particularmente no caso dos enfermeiros, esta assumpção exige a aceitação da mudança de papéis, do que ajuda e cuida dos doentes para aquele que passa a ser ajudado na condição de doente. Como

tal, é frequente a constatação de que estas pessoas não estão preparadas para se assumirem como doentes, adoptando comportamentos de fuga e, por vezes, de recusa perante tal facto.

E 1 – “... a senhora estava com uma hemorragia e tanto eu como a H. [...] deixámos logo o nosso papel de doente e intervimos logo como enfermeiras, a ajudar os colegas, a chamar a equipa do bloco, a puncionar a doente enfim, passámos logo [...] Deixámos logo de ser doentes!”

E 4 – “Que estava no papel errado (afirmativa) e que estava boa era para ir trabalhar [...] Não me estava a ver no papel de doente ou a recusar ver-me no papel de doente, talvez, era mesmo ...!”

E 9 – “... tenho o hospital como uma situação horrível, pronto. Eu tenho uma fobia ao hospital! Como doente! Como utilizador! Não me sinto bem cá dentro.”

No entanto, muitos há que procuram realizar determinados procedimentos que lhes transmitam a ideia de que, mesmo doentes, podem assumir o papel de profissional de saúde.

E 5 – “... acabei por fazer coisas, embora não me sendo destinadas a mim, mas pelos conhecimentos que tinha acabei, acabei por os executar, os procedimentos mais simples; no sentido de talvez de tentar ser o mais independente, mas depois, por outro lado, porque não me conseguia afastar do meu lado, mesmo como utente, do meu lado profissional...”

Frustração Profissional

A vivência de uma situação de doença assume um carácter momentâneo, que pode implicar uma mudança temporária ou permanente, a curto ou longo prazo. A confrontação com as limitações decorrentes deste processo anuncia a dificuldade inerente à mudança marcante e às implicações permanentes, o que pode facilitar o surgimento de sentimentos de frustração.

E 15 – “... eu gostava de tirar a especialidade de reabilitação, no ano antes de ficar doente eu tinha concorrido pela primeira vez, acabou, não posso! É uma coisa que eu não posso fazer ... mais. Também não quero fazer mais nenhuma. Estar a fazer por fazer, não quero!!”

E 15 – “... eu agora penso, quer dizer, vou pedir transferência; vou pedir transferência para onde?, ortopedia – não posso prestar os cuidados que prestava, não posso e tenho consciência de que não posso, porque são os aparelhos gessados, são não sei quê, são dos doentes com prótese que é preciso mobilizar e não sei quê, não se pode... não posso! Hoje estou consciente de que não posso!”

Com o objectivo de tornar mais claras as diferentes fases do método de Giorgi, apresenta-se na tabela 1 o componente 1 da estrutura essencial do fenómeno - **Estar Doente**, onde consta um exemplo de cada unidade de significado delimitada e, conseqüentemente, enunciação dos

diferentes constituintes-chave, bem como as respectivas unidades de significado transformadas, encontrando-se as restantes em anexo (Anexo IV).

Tabela 1 – Síntese relativa a Estar Doente nos contextos Pessoal, Relacional e Profissional

Contexto	Constituintes-chave	Unidades de Significado Transformadas	Unidades de significado
Pessoal	Choque	O participante, após a realização de um exame complementar de diagnóstico específico, recebe a confirmação de que é portador de uma malformação, com actividade maligna. Foi contactado para uma consulta, onde lhe foi explicada a situação e proposto o tratamento indicado (Cirurgia), tendo sido um choque para ele, uma vez que não se encontrava mentalizado e preparado para um diagnóstico tão agressivo.	E 13- "... essa PET é que confirmou que tinha uma malformação com actividade maligna. Então, pronto, fui chamada, foi-me dito tudo na consulta, foi um choque na altura, para mim, não estava à espera daquilo e... e disse-me logo que a única hipótese era fazer cirurgia..."
	Cair na Realidade	Por mais que os participantes reconheçam que qualquer pessoa pode adoecer, em qualquer momento da sua vida, existe uma certa tendência para acreditar que consigo irá ser diferente e que não irá adoecer, pelo que, quando confrontados com a situação real apresentam desiludidos e com alguma dificuldade em a aceitar.	E 15 – "... eu nunca pensei que isto me acontecesse a mim, nunca pensei..."
	Medo	Perante o medo de algo não correr bem e de a morte poder estar eminente, o participante procurou informar o seu cônjuge de alguns aspectos importantes da sua vida.	E 1 – "Programei a minha conta bancária, falei ao meu marido aonde é que estavam as coisas, porque ocorre-nos sempre o medo ou aquela coisinha lá no fundo de que pode alguma coisa correr menos bem, e a gente não voltar para casa ou voltar em condições menos boas, não é?"

	<p>Associação de Vivências</p>	<p>O participante reflectiu, ao olhar para uma doente, que no momento da intervenção, em que a pessoa se encontra sob o efeito anestésico, esta se encontra completamente dependente dos outros, no que concerne à manutenção da sua vida, sentindo que, perante uma intercorrência, não pode actuar em seu próprio benefício. A sensação de perder o controlo sobre a sua própria vida é causadora de angústia e ansiedade.</p>	<p>E 8 – “... senti-me extremamente angustiada porque me revi naquela doente e que, durante o momento da intervenção, em que estamos sob anestesia, estamos dependentes dos outros, completamente dependentes dos outros, se houver uma falha nós não podemos fazer nada pois está tudo fora do nosso controlo e essa dependência, [...], assustou-me imenso, pronto.”</p>
	<p>Acreditar na Cura</p>	<p>O participante acreditou, desde -sempre, que iria recuperar adoptando uma atitude de esperança.</p>	<p>E 4 – “eu nunca perdi a esperança de que eu não recuperasse! [...] acreditei sempre que ia recuperar!”</p>
	<p>Culpa</p>	<p>O facto de o participante ser possuidor de um corpo de conhecimentos técnicos e científicos na área da saúde conduz a que o mesmo se sinta culpado pelo facto de não ter estado desperto para os sintomas apresentados e para os sinais que o seu próprio corpo lhe foi enviando. Como profissional de saúde deveria ter identificado a sua situação de doença o mais precocemente possível, valorizando toda a sintomatologia, evitando a evolução da doença.</p>	<p>E 1 – “... temos formação médica - farmacologia, fisiologia, e eu se calhar não estive desperta atempadamente para os sinais que me foram enviados, ou que eu própria ... e deixei arrastar um pouco a doença. Porque senti que negligenciei um pouco os sintomas [...] então mas eu não fui ao médico, até sou enfermeira, não valorizei isto!!.”</p>
	<p>Incapacidade</p>	<p>O participante considera que estar doente é estar dependente dos outros e dos seus cuidados, considerando que se trata de uma dependência a um nível mais importante e decisivo, pois relaciona-se com processos de tomada de decisão acerca de algo</p>	<p>E 8 – “... ali é uma dependência completamente diferente, é a dependência da decisão, não é dos actos, mas é da decisão dos outros, aquilo que eles fazem interfere ou pode interferir com a nossa vida...”</p>

		que vai interferir directamente com a sua vida.	
Relacio- nal	Alterações Familiare	A doença alterou por completo a vida do participante, condicionando a sua interacção familiar e conjugal, na medida em que este se sentia sem forças para interagir e colaborar nas actividades familiares e domésticas, verificando-se um impacto a nível dos outros membros da família.	E 1 – “Porque este sofrimento reflectiu-se na minha família, porque eu chegava a casa e deitava-me, não colaborava em nada lá em casa, não interagia e até mesmo com a relação com o meu marido, porque a gente não falava; eu não tinha forças para lhe falar, nem para comer.”
	Alterações Sócio- relacionais	A doença condicionou ao participante alterações a nível sócio-relacional na medida em que, associada à intensidade do quadro algico subjacente, a impossibilita de sair e de se relacionar com os amigos num ambiente mais descontraído.	E 11 – “deixei de ir jantar com amigos e tal, porque não dá mesmo, porque estou cheia de dores, porque no fim do dia já não consigo quase me mexer”
Profis- sional	Fuga ao papel de Doente	Perante a necessidade de estar internado, embora se sentisse bem, o participante demonstrava alguma renitência ou recusa em assumir o papel de doente, considerando que o ideal seria estar autónomo e ser prestador de cuidados, em vez de ser alvo desses mesmos cuidados.	E 4 – “Que estava no papel errado (afirmativa) e que estava boa era para ir trabalhar [...] Não me estava a ver no papel de doente ou a recusar ver-me no papel de doente, talvez, era mesmo ...!”
	Frustração Profissional	O participante toma consciência da sua incapacidade para desenvolver determinado tipo de funções, pelo esforço físico que implicam, tendo em conta as limitações físicas que sofreu com a doença, interiorizando que solicitar um pedido de transferência de serviço se revela complicado para a sua situação.	E 15 – “... eu gostava de tirar a especialidade de reabilitação, no ano antes de ficar doente eu tinha concorrido pela primeira vez, acabou, não posso! É uma coisa que eu não posso fazer ... mais. Também não quero fazer mais nenhuma. Estar a fazer por fazer, não quero!!”

2.3- Ser doente

No que concerne ao Componente 2, denominado de **Ser Doente**, foram enunciados nove constituintes-chave enquadrados nos três contextos identificados, nomeadamente: Estar Doente, Liberdade Condicionada, Protecção Pessoal integrados no contexto pessoal; Apoio Familiar e Apoio dos Colegas no contexto relacional e Poder do Saber, Valorização do Cuidar, Insatisfação e Insegurança no contexto profissional que se passam a descrever.

Estar Doente

É frequente que as pessoas se sintam humilhadas, pela condição de estarem doentes, como se a saúde pudesse perpetuar na ideia de que os profissionais de saúde não adoecem e não passam por processos de fragilidade e vulnerabilidade acentuada.

E 1 – “...eu quase que diria uma humilhação, a gente sente-se ali assim um bocadinho diminuídos...”

E 13 – “... sempre disse ‘bem, se um dia for, já sei, as coisas não hão-de ser tão pesadas’ mas quer saiba, quer não saiba, quando nos toca a gente nunca sabe como é que vai reagir...”

Poucos se encontram verdadeiramente preparados para adoecer nem imaginam como vão reagir numa situação de doença. Percepcionar que se está doente e que se tem de permutar de lugar, passando a adoptar uma atitude mais receptiva e menos interventiva causa alguma angústia e humilhação no enfermeiro.

E 5 – “É óbvio que estar do outro lado não é bom, eu não gostei da experiência como penso que é lógico, penso que ninguém gosta de estar doente, sobretudo não sabendo o seu diagnóstico e não sabendo quando é que aquilo iria parar e ver a angústia dos outros e a nossa própria angústia não conseguimos dar a volta por cima, é bastante desagradável.”

R5 – “...angústia essa que aumentava com sentimento de incerteza e impotência devido à dor difícil de controlar farmacologicamente (...), à dificuldade de adaptação como doente às rotinas hospitalares e horários, à alimentação para mim insuficiente e sem a qualidade necessária a quem se encontra nauseado, mas sobretudo devido à incerteza diagnóstica e perspectivas de tratamento e de futuro”.

Liberdade Condicionada

A necessidade de se cumprirem rotinas e de se terem em atenção os deveres dos doentes gera nos enfermeiros a sensação de que não são livres e de que têm de se sujeitar a um conjunto de regras pré-definidas.

E 3 – “... a sensação de estar internado é uma sensação de que tu não podes ir para lado nenhum, nós não podemos ir para lado nenhum, que não tenhamos que dizer para onde vamos...”

E 5 – “... há rotinas estabelecidas e pré-definidas, hospitalares, em internamento, em que a pessoa que está internada tem que obedecer a essas rotinas e de facto é um bocado duro...”

Quando a doença provoca limitações a longo prazo repercute-se em termos de ambiente familiar e contexto social, verificando-se que a sensação de que não se podem realizar determinadas actividades é vivenciada com algum desagrado e é percebida como limitadora da interacção anteriormente estabelecida com o que os rodeia.

E 14 – “... senti tristeza, porque eu sou uma pessoa que gosto muito de sair e de passear, de ir tomar um café à esplanada e de ler o meu jornal na esplanada e não podia ir.”

Protecção Pessoal

Perante o contacto com os outros, sejam profissionais de saúde ou não, os enfermeiros tendem a adoptar uma atitude silenciosa e de reserva, procurando evitar o estabelecimento de ligações com outras experiências vivenciadas pessoal ou profissionalmente.

E 8 – “... a partir daí, eu acho que me remeti um bocadinho para longe daquilo que se estava a passar comigo, tentei racionalizar um pouco em termos de, pode ser de ideia minha, estou a fazer uma crise de paludismo, pode ser uma intoxicação alimentar, e tentei isolar-me, depois de ter chorado naquele bocadinho das massas abdominais, acho que cortei, desliguei, não tentei voltar a identificar com situações que a gente passa aqui a nível profissional, pronto, não sei se é uma defesa ou não, se calhar é uma estratégia que a gente tem ou que eu tive para resolver, para ultrapassar a situação.”

Noutras situações, muitos procuram esconder o que realmente sentem, demonstrando que tudo está bem, apenas desabafando e sendo sinceros num contexto mais íntimo e familiar.

E 13 – “Aqui, em público, aparentemente diziam ‘está tudo bem? tens um bom aspecto, ninguém diz que estás doente!, mas eu chegava a casa e desatava a chorar, não conseguia fazer mais nada.”

Como profissionais de saúde depreende-se que sejam detentores de alguns conhecimentos técnicos, o que pode constrangê-los de questionar as suas dúvidas. Se por um lado alguns optam por não perguntar, com receio da avaliação de que possam ser alvo, outros assumem, desde logo, que estão ali como doentes e que não dominam profundamente todos os assuntos de enfermagem, reservando-se o direito a ter dúvidas e a ser devidamente esclarecidos pelos profissionais.

E 14 – “... salvaguardo a minha posição, porque como isto passa tudo pela minha cabeça, vou e salvaguardo logo a minha posição, digo ‘olha vocês, eu peço desculpa, se estou a fazer perguntas, mas vocês entendam que eu disto não percebo nada ou rigorosamente nada, tenho as mesmas luzes que vocês tiveram no curso de mas que já lá vão há muito anos, e agora eu aqui sou a doente da cama 27, por exemplo...”

R8 - “... penso que no fundo nos comportamos como todas as pessoas: os nossos conhecimentos técnicos e prática são esquecidos ou ultrapassados”

Apoio Familiar

Todos os seres humanos necessitam de apoio e de se sentirem acompanhados em várias fases da vida, nomeadamente numa situação de doença, pela fragilidade e vulnerabilidade inerentes. A família revela-se o maior suporte para o doente, pois conhecem o seu familiar de forma mais profunda, sabendo o que fazer para o ajudar.

E 13 – “acho que foi melhor fazê-la em ambulatório do que internada, porque tive o apoio de família, que é muito importante e que no meu caso foi muito, muito importante o apoio da família.”

E 14 – “uma das coisas que se havia de mudar era efectivamente essa política das visitas, porque é fundamental, para mim; para mim, eu enquanto doente, ter as minhas pessoas de família ao pé de mim, para me ajudarem a fazer tudo porque são elas que me conhecem, elas é que sabem os meus hábitos, elas é que devem estar comigo, não é?”

E 15 – “o meu marido acompanhou-me sempre, nunca me deixou ir, nem a uma consulta, desde que fiquei doente, nunca me deixou ir sozinha a lado nenhum, sempre me acompanhou, sempre. Nunca deixou de estar ao pé de mim e o que eu decidisse para ele estava bem.”

Apoio dos Colegas

Os amigos e colegas de trabalho assumem um papel importantíssimo no enfrentamento do processo de doença pois procuram, com a sua presença, minimizar o desconforto de estar doente, contornando a sensação de solidão que possa estar eminente.

E 1 – “se calhar não vivenciei plenamente, este tormento porque, eu praticamente como estava com tanta gente à roda conhecida, quase que me sentia em casa.”

E 7 – “... no início eu queria paz e sossego, mas é lógico que ficava feliz quando via lá aqueles bandidos todos a moerem-me o juízo.”

E 15 – “a equipa, os meus colegas foram excepcionais, excepcionais, apoiaram-me, todos os dias eu tinha a casa cheia de gente, nunca me deixavam sozinha, vinham-me buscar para lanchar, nunca, nunca me deixavam ora uns ora outros, foram, pronto, deram-me mais apoio eles que quase a minha família. É verdade, é verdade, foram, foram cinco estrelas, pronto, todos, os colegas sempre, sempre, sempre aqui.”

Poder do Saber

A interiorização de um determinado corpo de conhecimentos vai exercer um forte impacto na forma como se vivencia a doença. Este pode assumir-se como vantajoso ou não, na medida em que fomenta no doente maior ou menor grau de ansiedade e preocupação. O saber pode facilitar o processo, pela adopção de estratégias adaptativas ou dificultá-lo, pelo desenvolvimento de um sentimento de impotência, originando bloqueios no enfrentamento da doença.

E 2 – “O facto de vivenciarmos a doença muito à frente é exactamente isso, passamos do papel de enfermeiro ao papel de doente, mas muito mais à frente. Normalmente somos doentes mais complicados, exactamente porque conhecemos, e sabemos quais os passos para chegar ali, e normalmente o nosso ponto é ali e não aqui! É muito mais à frente. [...] porque temos conhecimentos, eu acho que, nesse aspecto, dá-nos, não sei se é uma mais-valia, mas já que temos os conhecimentos colocamo-los sempre, sempre em prática.”

E 6 – “... não consegues assumir o papel de doente total, porque tu estás sempre ..., porque com os conhecimentos que tu tens tu não consegues ser doente, só!”

E 13 – “O saber para mim é facilitador numa situação de não entrar em ansiedade, para mim a ignorância ou a expectativa é que me causa uma grande ansiedade.”

R11 – “Tão longe, tão perto ... os conhecimentos adquiridos nem sempre nos é favorável”.

E 14 – “... quando uma pessoa está dentro do... do ramo, não é e percebe das coisas, quando caiem assim estas coisas uma pessoa fica completamente assustada, então não é?, porque sabe muito e isto é uma faca de dois gumes, tanto dá para ajudar como dá para desajudar, não é?”

Valorização do Cuidar

Em termos profissionais os enfermeiros atribuem valor à forma como são tratados, considerando que o facto de serem profissionais possibilita um tratamento diferente, com

maior proximidade. Dessa experiência emergem comportamentos que passam a ser mais valorizados que outros, dando especial ênfase à forma como são tratados e respeitados enquanto doentes que, por acaso, são enfermeiros.

E 5 – “... fiquei também sempre com a ideia de que nunca tive a experiência que um utente, dito normal, portanto um utente que não seja da área da saúde, passará; porque mesmo assim, a experiência do profissional de saúde internado acho que é sempre um bocadinho melhor ou mais aliviada do que se for outro... [...] ... no meu caso senti claramente que era uma relação de proximidade muito grande, que ultrapassava a relação de utente internado para profissional de saúde.”

E 12 – “... em termos profissionais uma pessoa dá valor, fica a dar valor a pequenas coisas que não dá enquanto não passa pelo outro lado...”

E 15 – “... eu não me senti como doente, eu estava ali, eu sabia que estava doente mas acho que as pessoas continuavam-me a tratar, pronto, até pela maneira de ... chamavam-me colega...”

Insatisfação

Ao se tratar de relações humanas há sempre aspectos que não são bem aceites, tendo-se em conta a relação que se estabelece com os outros. Alguns participantes identificam algum reducionismo e desumanização na forma como as pessoas são tratadas.

E 9 – “... chegar à urgência, um colega meu, uma colega até por acaso (...) dar-me, em questão de prioridade, uma bracelete amarela, com um enfarte...” [...] “... humanização, isso é mentira.”

E 11 – “... uma das coisas que também sinto quando vou ao hospital lá, de urgência ou assim, é que me tratam como uma doença; eu não sou uma doença, sou uma pessoa [...] É um bocado falta de ter uma visão holística, que nós temos, alguns nem, vêm, por exemplo, vêm-me tirar sangue, nem sabem qual é o meu nome, também não deve ser importante...”

Perante pares os enfermeiros anseiam algum profissionalismo e simpatia no processo de prestação de cuidados.

E 14 – “... fui operada na ortopedia [...], horrível, péssimo, péssimo, deixaram-me a vomitar uma noite inteira, ninguém me deu nada para os vómitos, no dia a seguir apanhei uma greve dos enfermeiros, pedi à colega que me acompanhasse ao banho disse que não, recusou acompanhar-me ao banho porque estava de greve e eu não precisava que ela me desse banho, só precisava que ela me acompanhasse à porta, negou-se o que eu acho que é de uma falta de profissionalismo, quanto mais não seja, pela simpatia de pares, de uns pelos outros.”

Insegurança

Alguns participantes confessam que se sentem inseguros no hospital, valendo a presença de alguns elementos que auxiliam o doente e facilitam a vivência do processo de doença, amenizando alguns sentimentos menos confortáveis.

E 6 – “... tu estás à espera de entrar num hospital, tens pessoal treinado e de te sentires segura, não é? é o sítio onde te devias sentir mais segura, não é? e isso foi coisa que eu raramente senti.”

E 9 – “... o que nos vai salvando neste trajecto é aparecendo alguém que nos vai pondo umas bóias de salvação, de salvamento, para nós nos podermos salvar no percurso. Porque se não é isso, então é que é a desgraça completa.”

Da Componente 2 – **Ser Doente**, identifica-se na tabela 2 um exemplo dos seguintes constituintes-chave, com as correspondentes Unidades de Significado e Unidades de Significado Transformadas, encontrando-se as restantes em anexo (Anexo IV).

Tabela 2 – Síntese relativa a Ser Doente, nos contextos Pessoal, Relacional e Profissional

Contexto	Constituintes-chave	Unidades de Significado Transformadas	Unidades de significado
Pessoal	Estar doente	O participante considera que ninguém gosta de se sentir doente, afirmando que a sua experiência foi bastante desagradável, na medida em que se viu num papel invertido e sem conseguir ter conhecimento do seu diagnóstico. Esta situação foi condicionadora de angústia em si próprio e nos outros, pela incerteza de quando é que se iria resolver a situação e se seria ou não com sucesso.	E 5 – “É óbvio que estar do outro lado não é bom, eu não gostei da experiência como penso que é lógico, penso que ninguém gosta de estar doente, sobretudo não sabendo o seu diagnóstico e não sabendo quando é que aquilo iria parar e ver a angústia dos outros e a nossa própria angústia não conseguimos dar a volta por cima, é bastante desagradável.”
	Liberdade Condicionada	Para o participante a sensação de estar internado traduz a sensação de não poder sair daquele espaço hospitalar ou, para o fazer, ter de solicitar autorização e de comunicar o que se vai fazer.	E 3 – “... a sensação de estar internado é uma sensação de que tu não podes ir para lado nenhum, nós não podemos ir para lado nenhum, que não tenhamos que dizer para onde vamos...”
	Protecção Pessoal	O participante refere que perante as pessoas,	E 13 – “Aqui, em público, aparentemente diziam ‘está

		<p>especificamente em contexto profissional, procurava manter uma postura forte e lutadora, aparentando que tudo estava bem. No entanto, em contexto familiar, desarmava o seu escudo e desabafava, chorando copiosamente e sentindo-se sem forças para fazer o que quer que fosse.</p>	<p>tudo bem? tens um bom aspecto, ninguém diz que estás doente!, mas eu chegava a casa e desatava a chorar, não conseguia fazer mais nada.”</p>
Relacio- nal	Apoio Familiar	<p>O participante considera que a possibilidade de realizar tratamentos em ambulatório se revelou muito benéfica para a sua situação, na medida em que pode contar com o apoio incondicional da sua família.</p>	<p>E 13 – “acho que foi melhor fazê-la em ambulatório do que internada, porque tive o apoio de família, que é muito importante e que no meu caso foi muito, muito importante o apoio da família.”</p>
	Apoio dos Colegas	<p>O participante considera o apoio prestado pelos seus colegas de trabalho muito importante, referindo que estes foram excepcionais e que estiveram sempre presentes, procurando que ele nunca estivesse sozinho e distraí-lo. Na sua opinião foram tão ou mais importantes que os seus familiares.</p>	<p>E 15 – “a equipa, os meus colegas foram excepcionais, excepcionais, apoiaram-me, todos os dias eu tinha a casa cheia de gente, nunca me deixavam sozinha, vinham-me buscar para lanchar, nunca, nunca me deixavam ora uns ora outros, foram, pronto, deram-me mais apoio eles que quase a minha família. É verdade, é verdade, foram, foram cinco estrelas, pronto, todos, os colegas sempre, sempre, sempre aqui.”</p>
Profis- sional	Poder do saber	<p>Perante uma situação de doença, o profissional tem dificuldade em olhar para a situação no ponto em que se apresenta, tendendo a encará-la numa fase mais adiantada, associando todos os conhecimentos que possui. Para o participante os enfermeiros são doentes mais complicados, na medida em que conhecem e tendem a colocar estes</p>	<p>E 2 – “O facto de vivenciarmos a doença muito à frente é exactamente isso, passamos do papel de enfermeiro ao papel de doente, mas muito mais à frente. Normalmente somos doentes mais complicados, exactamente porque conhecemos, e sabemos quais os passos para chegar ali, e normalmente o nosso</p>

		conhecimentos em prática, adoptando uma atitude antecipatória e nem sempre favorável.	ponto é ali e não aqui! É muito mais à frente.[...] porque temos conhecimentos, eu acho que, nesse aspecto, dá-nos, não sei se é uma mais-valia, mas já que temos os conhecimentos colocamos sempre, sempre em prática.”
	Valorização do Cuidar	Relativamente à valorização dos comportamentos de cuidar dos enfermeiros, o participante considera que passou a valorizar alguns aspectos em detrimento de outros, em consequência da sua experiência e vivência como doente.	E 12 – “... em termos profissionais uma pessoa dá valor, fica a dar valor a pequenas coisas que não dá enquanto não passa pelo outro lado...”
	Insatisfação	O participante revela o seu desagrado pela forma como é tratado, especialmente em contexto de urgência, sentindo que é alvo de um tratamento desumano e impessoal, em que apenas se preocupam com a doença e não com a sua pessoa. Refere, especificamente, a situação de não ser tratado pelo seu nome, quando solicitado para a realização de exames auxiliares de diagnóstico, sentindo que a sua pessoa é desvalorizada e não importante no processo de prestação de cuidados.	E 11 – “... uma das coisas que também sinto quando vou ao hospital lá, de urgência ou assim, é que me tratam como uma doença; eu não sou uma doença, sou uma pessoa [...] É um bocado falta de ter uma visão holística, que nós temos, alguns nem, vêm, por exemplo, vêm-me tirar sangue, nem sabem qual é o meu nome, também não deve ser importante...”
	Insegurança	O participante refere que, apesar de ter a noção clara de que os profissionais de saúde devem estar devidamente preparados para actuar no sentido de promover segurança e de zelar pela vida dos doentes que se encontram internados e sob os seus	E 6 – “... tu estás à espera de entrar num hospital, tens pessoal treinado e de te sentires segura, não é? é o sítio onde te devias sentir mais segura, não é? e isso foi coisa que eu raramente senti.”

		cuidados e vigilância, não se sentiu seguro no papel de doente.	
--	--	---	--

2.4 – Repensar o mundo profissional

No que concerne ao Componente 3 - **Repensar o Mundo Profissional** foram enunciados nove constituintes-chave enquadrados nos três contextos identificados, nomeadamente: Punição/Frustração Profissional, O Lado de Lá – Inversão de Papéis e Dualidade eu pessoa/eu profissional integrados no contexto pessoal; Avaliação Profissional, Comportamentos Valorizados, Desilusão e Vantagem/Diferença no Ser Cuidado no contexto relacional e Diferenças no Cuidar e Valorização do Cuidar no contexto profissional.

Punição/Frustração Profissional

A doença pode anunciar determinadas consequências em termos profissionais, que condicionam algumas limitações no desempenho a que a pessoa estava habituada. Estas alterações profissionais nem sempre são bem aceites, traduzindo algum grau de insatisfação ou mesmo até, para alguns, de frustração a este nível.

E 15 – “... o que mais me custou, foi o facto de me terem mudado de serviço. [...] ... pode até ser muito válido o trabalho que eu faço, é muito válido, é muito bom ouvir dizer que não sei quê, que a consulta que mudou muito desde que a outra colega foi embora, que eu sou uma pessoa completamente diferente, que as senhoras se abrem muito mais, falam muito mais, que não sei quê, não sei quantos mais, mas eu não me sinto realizada, eu não estou a fazer aquilo que eu gosto, eu não estou a cuidar dos outros, não estou ali, pronto, porque era o que eu gostava, pronto é o doente e a enfermeira de cabeceira, eu para mim ... é esse o meu papel.”

E 15 – “... deixo-me estar onde estou, embora contrafeita, insatisfeita, é claro que as utentes e isso, acho que ninguém nota, mas eu não me sinto realizada, não me sinto bem a fazer o que estou a fazer.”

O Lado de Lá – Inversão de Papéis

A inversão de papéis condiciona um abalo na identidade pessoal e profissional do enfermeiro, exigindo a compreensão e adopção de determinados comportamentos, normalmente prescritos e sugeridos e que, agora, deverão ser aceites e cumpridos. Esta mudança causa algum desconforto e constrangimento, levando os enfermeiros a sentir que estão a ocupar o lugar

errado e a desempenhar um papel completamente inesperado e, para o qual, não se sentem preparados.

E 5 – “É significativa a diferença de papéis, sabes que é muito diferente e muito desagradável estar na situação de cuidado, sobretudo quando tu és cuidador.”

A oportunidade de perceber os cuidados que são prestados pelo cuidador, assumindo o papel de ser cuidado, possibilita a interiorização de todos os aspectos que se assimilam na componente teórica do curso de enfermagem e a constatação própria do seu impacto na prática.

E 5 – “... é natural que muda a nossa forma de ver as coisas, primeiro porque estamos do lado de lá, porque não temos, às vezes, a percepção de como profissionais de saúde cuidadores o que é ser cuidado...”

E 14 – “Mas depois a gente vem, num estado sabe lá Deus como, cheias de dores, ‘epá, isto afinal nos livros é uma coisa mas quando... a gente agora aqui a passar por isto, isto não é bem assim, isto é outra coisa’...”

Dualidade Eu Pessoa/Eu Profissional

Por norma as pessoas são detentoras de uma profissão, construindo ao longo da sua vida a sua identidade profissional. O facto de estarem doentes não lhes altera o que são nem o que fazem. Tendo em conta a profissão de enfermagem torna-se difícil fazer a distinção entre ser enfermeiro e ser doente, na medida em que o desempenho do primeiro papel implica o estabelecimento de uma relação com os doentes e, no momento do enfermeiro vivenciar o segundo papel, este demonstra dificuldades em se desligar de tudo o que sabe sobre a interacção profissional de saúde – doente e a vivência do processo de doença.

E 14 – “... nós somos duas pessoas ali, é o eu profissional e é o eu doente, e é uma luta entre os dois. Pronto, é uma luta entre os dois, porque por um lado temos medo do juízo dos nossos colegas, porque não sabemos como é que eles vão reagir, não é?, se se chama muitas vezes, se se queixa muitas vezes, se dá muito trabalho, se... não é?; por outro lado temos a nossa própria experiência enquanto profissionais de sermos sobrecarregados de trabalhos, com pessoas a chamarem por nós e os nossos próprios problemas de casa, e estarmos sempre a ser solicitados ... [...] agora ainda vamos sobrecarregar os nossos colegas, quando nós devíamos até saber o que é que se passa com eles [...] e isto é uma luta titânica. É uma luta titânica!”

E 14 – “...à partida, se eu entro dentro num hospital, para ser intervencionada, eu sou uma doente, sou uma doente que a minha profissão é ser enfermeira, como o outro é engenheiro e outra é não sei quê, e o outro é trabalhador das obras, é tudo igual, não é?, pronto, mas nós não conseguimos fazer essa distinção, eu não consigo!, pode haver quem consiga, eu não sou capaz, não sou capaz.”

Avaliação Profissional

A possibilidade de experienciar o ambiente hospitalar, assumindo o lugar de doente, permite ao enfermeiro avaliar a postura dos profissionais, a forma como os doentes são tratados e respeitados enquanto cidadãos e pessoas, reflectindo sobre os actos que caracterizam aquela classe profissional e atribuindo-lhe a importância devida, à luz de alguém que necessita dos seus cuidados.

E 5 – “... somos colocados de uma forma, como utentes, utentes gerais, de um forma que, para mim, eu não encaro muito bem, sobretudo a nível de urgência nacional, as coisas como se passam, quer dizer, as pessoas são ostracizadas, são imputadas quase a um canto, são analisadas pelas várias especialidades que a triagem entende que devemos ser avaliados mas, quer dizer, com uma grande impessoalidade.”

E 9 – “o facto de ter estado internado só possibilitou analisar o que é um enfermeiro, eu estar deitado e ver o que é a vida de um enfermeiro; foi essa situação que me deu, nunca tinha tido a oportunidade de estar deitado e poder analisar o que é um enfermeiro.”

Perante a observação do desempenho dos seus pares, os enfermeiros conseguem avaliar os seus comportamentos e analisar a sua conduta segundo a perspectiva de quem é cuidado.

E 14 – “... o que eu retirei mais do estar do lado de lá foram, são determinadas atitudes que nós às vezes temos, como enfermeiros, que não conseguimos avaliar enquanto não estamos do lado de lá.”

Comportamentos Valorizados

No papel de doente os enfermeiros avaliam os diferentes comportamentos dos profissionais e os cuidados que foram prestados, valorizando sobretudo a forma como se planeiam os cuidados, o carinho com que são prestados e o afecto dispensado na relação estabelecida, enaltecendo o facto de serem encarados como seres únicos e respeitados como doentes que evidenciam queixas específicas e como profissionais que são e que não deixam de ser por estarem doentes.

E 1 – “...o carinho, foi a organização [...] preocupação com o meu bem-estar, a comunicação, a preocupação com a dor.”

E 7 – “... a importância ... que eles estavam a dar ao acto de me ir visitar, de me fazerem, durante a noite aparecerem lá e acordarem-me, de me molharem com álcool, de isto e daquilo, é, opa, é, é a manifestação de querer estar, do contactar, de se sentir próximo da outra pessoa, é uma manifestação, como todas as outras, de carinho...”

E 15 – “... eu acho que também o facto de as colegas chegarem e dizer ‘oh colega tem aqui o comprimido para tomar, não sei quê’, acho que era agradável...”

Desilusão

O facto de terem conhecimento de um determinado padrão de qualidade, no que concerne à prestação de cuidados de enfermagem, conduz à criação de expectativas que podem ou não ser alcançadas. Ante algumas situações verifica-se algum descontentamento quanto à qualidade de cuidados prestados e à postura de alguns profissionais.

E 6 – “... a minha expectativa é que foi grande, em relação ao que eu costumo fazer, em relação ao que fazem ali! não sei mas, mas pronto... não, eu acho que não fui cuidada!”

E 9 – “... aquilo que eu conheço da profissão, de há longos anos para cá, a autonomia que eu via que era anunciada em burocracia, em parte da informação, da teoria, do que é dito, acabei por ver que na realidade não corresponde [...] A continuar com este tipo de enfermagem em que nós estamos a caminhar, estamos a caminhar para o abismo, sinto-me cada vez mais triste, mais triste, pronto, de ser enfermeiro ao fim de trinta e tal anos de profissão, sinto-me mais triste.”

E 12 – “...efectivamente, às vezes, há comentários que são tecidos e há maneiras de actuar que eu acho, que se a pessoa já tivesse estado na pele de doente não fazia assim...”

Vantagem/Diferença no Ser Cuidado

Tendo em conta as contingências organizacionais do sistema de saúde vigente verifica-se que os enfermeiros, assumindo o papel de doente, apresentam maior facilidade em contornar alguns obstáculos existentes, sendo-lhes permitido adoptar alguns comportamentos considerados inaceitáveis para outros doentes.

R3 – “Lembro-me bem de não existirem regras para mim em relação ao número de visitas, nem às horas de visita, nem ao número de vezes que me ausentava do serviço (com conhecimento dos colegas) para visitar o serviço onde trabalhei anteriormente.”

E 8 – “Tem-se vantagem de ser enfermeiro, tem-se vantagem de ser referenciado directamente ao director da urgência, portanto nós, às vezes, como profissionais de saúde conseguimos passar ou ultrapassar algumas situações de stress, que é ‘quando é que me vão ver?; quem é que me vai ver?’ e eu nesse aspecto estava descansada, porque sabia perfeitamente que ia ser bem atendida, rapidamente atendida e que tentariam resolver a situação...”

E 12 – “... se calhar efectivamente por ser enfermeira e conhecer bem a chefe do serviço, tive o privilégio de ficar num quarto sozinha [...] tive essa sorte e realmente acho que fui, em termos de enfermagem e mesmo médicos, muito bem acompanhada e com alguma diferenciação.”

Os cuidados recebidos, da parte dos diversos grupos profissionais, podem assumir alguma diferenciação por respeito ao facto de pertencerem à mesma classe profissional.

E 7 – “Senti um tratamento claramente diferente de outro doente qualquer, isso senti, não tenho dúvidas nenhuma.”

E 3 – “... eu acho que, se eu precisasse de uma garrafa de água e o vizinho do lado precisasse e a copeira dissesse que só havia uma, se calhar a garrafa da água era para mim!”

Diferenças no Cuidar

A vivência da experiência de ser e estar doente condicionou nos enfermeiros um novo olhar sobre a enfermagem e sobre a relação que se deve estabelecer com os doentes, com alguma diferenciação na forma como passam a prestar cuidados.

E 3 – “Mas sinto essa proximidade ... sinto-me assim igual ao doente, consigo, consigo pôr-me, sentir-me muito bem no lugar dele, consigo saber o que é que ele está a sentir ou, pelo menos, perceber ...”

E 12 – “... depois de ter estado internada, uma das coisas que eu dou muito valor, neste momento, é à dor.”

Esta vivência fez perceber a alguns participantes que, na enfermagem e na relação que se estabelece com o doente, há que ter em conta a sua unicidade e adaptar os cuidados, de acordo com um padrão de cuidar defendido, mas sem rigidez ou intransigência.

E 14 – “...A mim, a minha própria experiência fez-me ver isto, fez-me entender e eu sei que hoje, passados dez anos do diagnóstico da minha doença, eu não sou a mesma enfermeira que era antes de ter este diagnóstico; eu via as coisas todas muito certinhas, muito encaixadinhas ..., e hoje vejo as coisas completamente diferente, completamente diferente!”

Valorização do Cuidar

Depois de terem estado doentes e assumirem o papel de receptores de cuidados, os enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados, alteram o seu padrão de valorização e de atribuição de importância a determinados cuidados, passando a enaltecer uns em detrimento de outros. Esta mudança na forma de encarar os cuidados também se reflecte na forma como se prestam e na relação que se estabelece com o doente.

E 12 – “... em termos profissionais uma pessoa dá valor, fica a dar valor a pequenas coisas que não dá enquanto não passa pelo outro lado...”

E 10 – “... mudou um bocadinho nesse aspecto, em pensar melhor o que dizer e como dizer às doentes.”

E 14 – “... eu acho que esta experiência toda, enquanto eu profissional, mudou muito a minha vida, muito, a minha maneira de estar, a minha maneira de ser, a minha maneira de actuar, os meus cuidados, como é que eu hoje vejo os cuidados de enfermagem.”

R7 – “Quando uma pessoa se encontra dependente e em sofrimento, está vulnerável e é neste estado que os profissionais de saúde devem interagir com todos os conhecimentos e técnicas, com o objectivo de obviar os momentos de sofrimento.”

Do Componente 3 da estrutura essencial do fenómeno – **Repensar o Mundo Profissional**, identifica-se na Tabela 3 um exemplo dos seguintes constituintes-chave, com as correspondentes Unidades de Significado e Unidades de Significado Transformadas, encontrando-se as restantes em anexo (Anexo IV).

Tabela 3 – Síntese relativa a Repensar o Mundo profissional, nos contextos Pessoal, Relacional e Profissional

Contexto	Constituintes-chave	Unidades de Significado Transformadas	Unidades de significado
Pessoal	Punição/Frustração Profissional	Perante as limitações condicionadas pela doença, o informante foi forçado a mudar de local de trabalho que, embora o considere muito válido e tenha um excelente feedback dos colegas e dos doentes acerca da sua prestação, não corresponde às suas expectativas sobre o que é ser enfermeiro. Atendendo a que não pode exercer funções numa enfermaria, sendo enfermeiro de cabeceira e a cuidar directamente dos outros, sente-se frustrado considerando que esse não é o seu papel.	E 15 – “... o que mais me custou, foi o facto de me terem mudado de serviço. [...] ... pode até ser muito válido o trabalho que eu faço, é muito válido, é muito bom ouvir dizer que não sei quê, que a consulta que mudou muito desde que a outra colega foi embora, que eu sou uma pessoa completamente diferente, que as senhoras se abrem muito mais, falam muito mais, que não sei quê, não sei quantos mais, mas eu não me sinto realizada, eu não estou a fazer aquilo que eu gosto, eu não estou a cuidar dos outros, não estou ali, pronto, porque era o que eu gostava, pronto é o doente e a enfermeira de cabeceira, eu para mim ... é esse o meu papel.”
	O lado de lá – Inversão de	O participante considera que a transição do papel de	E 5 – “É significativa a diferença de papéis, sabes

	<p>Papéis</p> <p>Dualidade eu pessoa/eu profissional</p>	<p>prestador de cuidados para o papel de receptor de cuidados é desagradável, na medida em que é uma mudança significativa, deixando se ser o profissional autónomo que presta para passar a ser o doente vulnerável e dependente que recebe os cuidados.</p> <p>O participante considera que é notória uma luta entre o eu profissional e o eu doente, na medida em que como doentes sabe quais os direitos que lhe assistem, mas como profissionais também se tem conhecimento das condições de trabalho existentes e do desgaste que sofrem a vários níveis. O seu comportamento como doente é um pouco condicionado pelo receio da avaliação dos pares, pois como profissional que é, tem conhecimento de todos os condicionalismos inerentes ao desempenho das suas funções.</p>	<p>que é muito diferente e muito desagradável estar na situação de cuidado, sobretudo quando tu és cuidador.”</p> <p>E 14 – “... nós somos duas pessoas ali, é o eu profissional e é o eu doente, e é uma luta entre os dois. Pronto, é uma luta entre os dois, porque por um lado temos medo do juízo dos nossos colegas, porque não sabemos como é que eles vão reagir, não é?, se se chama muitas vezes, se se queixa muitas vezes, se dá muito trabalho, se.. não é?; por outro lado temos a nossa própria experiência enquanto profissionais de sermos sobrecarregados de trabalhos, com pessoas a chamarem por nós e os nossos próprios problemas de casa, e estarmos sempre a ser solicitados ... e nós próprios colegas, agora ainda vamos sobrecarregar os nossos colegas, quando nós devíamos até saber o que é que se passa com eles [...] e isto é uma luta titânica. É uma luta titânica!”</p>
Relacio- nal	Avaliação Profissional	<p>A oportunidade de estar internado possibilitou ao participante avaliar os enfermeiros no desempenho das suas funções, permitindo-lhe ter uma noção real do que representa um enfermeiro para o doente.</p>	<p>E 9 – “o facto de ter estado internado só possibilitou analisar o que é um enfermeiro, eu estar deitado e ver o que é a vida de um enfermeiro; foi essa situação que me deu, nunca tinha tido a oportunidade de estar deitado e poder analisar o que é um enfermeiro.”</p>

	<p>Comportamentos Valorizados</p> <p>Desilusão</p> <p>Vantagem/Diferença no ser cuidado</p>	<p>O participante considera como importantes e de valorizar os comportamentos dos enfermeiros enquadrados na área relacional do cuidar, em que se tem em conta o bem-estar do doente, o respeito pelas suas queixas e o estabelecimento de uma comunicação terapêutica aberta e funcional.</p> <p>O participante revela alguma desilusão pela forma como lhe foram prestados cuidados de enfermagem, considerando mesmo que não foi cuidado, assumindo que tinha criado expectativas elevadas, tendo em conta a sua própria experiência como profissional, que resultaram num padrão de comparação dispar.</p> <p>O facto de ser enfermeira e de conhecer a Enfermeira responsável pelo serviço influenciou a forma como foi cuidada, tendo o participante sentido que foi alvo de um tratamento diferenciado, uma vez que lhe foram proporcionados alguns privilégios subjacentes a estas condicionantes.</p>	<p>E 1 – “...o carinho, foi a organização [...] preocupação com o meu bem-estar, a comunicação, a preocupação com a dor.”</p> <p>E 6 – “... a minha expectativa é que foi grande, em relação ao que eu costumo fazer, em relação ao que fazem ali! não sei mas, mas pronto ... não, eu acho que não fui cuidada!”</p> <p>E 12 – “... se calhar efectivamente por ser enfermeira e conhecer bem a chefe do serviço, tive o privilégio de ficar num quarto sozinha [...] tive essa sorte e realmente acho que fui, em termos de enfermagem e mesmo médicos, muito bem acompanhada e com alguma diferenciação.”</p>
<p>Profissional</p>	<p>Diferenças no Cuidar</p> <p>Valorização do Cuidar</p>	<p>Após a sua experiência de doença, o participante sente uma maior facilidade em compreender o que o doente está a passar, conseguindo colocar-se bem no seu lugar e sentir uma maior proximidade.</p> <p>Perante a experiência de doença, o participante considera ter sofrido</p>	<p>E 3 – “Mas sinto essa proximidade ... sinto-me assim igual ao doente, consigo, consigo pôr-me, sentir-me muito bem no lugar dele, consigo saber o que é que ele está a sentir ou, pelo menos, perceber ...”</p> <p>E 14 – “... eu acho que esta experiência toda, enquanto eu profissional,</p>

		mudanças a vários níveis: pessoal, relacional e profissional, culminando numa nova forma de encarar e de prestar cuidados, aliada a uma nova forma de ser e estar perante o mundo.	mudou muito a minha vida, muito, a minha maneira de estar, a minha maneira de ser, a minha maneira de actuar, os meus cuidados, como é que eu hoje vejo os cuidados de enfermagem.”
--	--	--	---

2.5 – Significação vital e consolidação profissional

No que concerne ao componente 4 – **Significação Vital e Consolidação Profissional**, foram enunciados doze constituintes-chave enquadrados nos três contextos identificados, nomeadamente: Reflexão Vital, Força de Viver, Crescimento Pessoal, Viver para Compreender, Valorização de Si, Fragilidade Humana e Renascer para a Vida integrados no contexto pessoal; Valorização Familiar e Valorização das Relações no contexto relacional e Crescimento Profissional, Valorização Profissional e Vinculação Profissional no contexto profissional.

Reflexão Vital

A confrontação directa e íntima com uma situação de doença pode conduzir as pessoas a elaborarem uma nova visão sobre a vida e a reflectirem um pouco sobre o que tem caracterizado o seu percurso vital. De certo modo, a vivência de situações que possam assumir um carácter ameaçador da vida, levam-nas a pensar mais sobre o que têm feito, o que as move e o que, realmente, consideram importante para si.

E 7 – “...fiz ali um julgamento de todo o meu percurso de vida até ali [...] fiz uma análise da vida e do ritmo de vida que levo e tudo, se vale a pena ou não!”

E 14 – “Ninguém consegue acrescentar um segundo à sua vida se tiver destinado que vai morrer, que não vai viver mais. Não há ninguém, nem o mais rico do mundo, que tenha o dinheiro todo, ninguém consegue acrescentar um segundo à vida! [...] A vida acaba-se num segundo, o que nós temos é que aproveitar tudo aquilo que temos, porque as coisas ... há coisas que a gente só as vive uma vez e se não viver naquela altura já não volta a viver...”

R4 – “São experiências que não queremos que surjam, mas que de certo modo foram enriquecedoras, ajudando no significado que se atribui à vida”.

Força de Viver

A vida é bela e nem sempre se dá conta disso. A existência de uma situação de doença gera nas pessoas a potenciação de sentimentos de luta e de coragem associados à determinação de querer viver. Ninguém quer perder perante a doença e todos procuram em si a força necessária para enfrentar a doença, lutando para melhorar e conseguir desenvolver estratégias adaptativas eficazes.

E 11 – “... não quero deixar de viver, senão, era só o que faltava. Tenho que conseguir, conseguir andar para a frente senão já estava deitada numa cama. [...] foi uma fase muito complicada, que eu me levantava e não sabia onde é que ia cair, quando é que ia cair, mas nunca parei, nunca parei.”

E 13 – “... lembro-me do último dia, o último dia que fiz tratamento, tive uma colega minha que me foi visitar a casa, eu sentia-me mal, já era um sacrifício ter que vir fazer o tratamento e eu dizia ‘não, este é o último, eu vou conseguir ir fazer o último.’”

E 15 – “... o meu objectivo era lutar, era e continua a ser, lutar e conseguir vencer [...] e conseguir manter a minha saúde e criar os meus filhos e aquela ideia de, que eu tinha antes, de que não conseguia aguentar, eu acho que isso passou.”

Crescimento Pessoal

O contacto directo com a doença e as eminentes perdas levam as pessoas a interiorizar qual o valor da vida e a importância das pequenas coisas que a constituem, encarando-a de uma forma mais real e profunda. Esta alteração também é promotora de crescimento pessoal na medida em que promove novas correntes de pensamento, conducentes e novas formas de agir perante o mundo.

E 1 – “Eu tenho aprendido um bocado...tenho aprendido e ficado mais rica [...] estas coisas fazem-nos ver a vida de outra maneira! A gente vai aprendendo...”

E 10 – “... é outro tipo de situações, tornam-nos um bocadinho mais adultas, mais, não é que eu seja ou me sinta uma criança, mas é um outro tipo de maturidade e um outro tipo de situações que, de alguma maneira, pronto, mexe connosco, na nossa maneira de pensar.”

E 11 – “... é uma experiência de conhecer-se a si próprio, isto não tem... não dá para descrever. É incrível.”

Viver para Compreender

A compreensão empática exige da pessoa a faculdade de identificar, sentir e vivenciar um conjunto de sentimentos característicos de uma determinada situação. A compreensão do que

é ser e estar doente exige a vivência e a assumpção desse papel, pois só interiorizando determinados aspectos se pode perceber o que o outro sente e compreender as atitudes comportamentais adoptadas.

E 6 – “... a gente pensa que sabe ou que se consegue pôr no lugar do outro, mas a gente não se consegue pôr no lugar do outro (alguma mágoa), por isso eu ... estão a ser simpáticas, eu entendo, mas é compreender o outro, não é, não se consegue nunca estar no lugar do outro. Por mais que digam, não consegues, seja em que tipo de situação, tu podes imaginar como é que o outro se sente...”

E 12 – “... eu acho que me consegui colocar na pele de doente perfeitamente, para já infelizmente também não foi a minha primeira vez de doente, e eu costumo dizer que a maior parte dos enfermeiros, efectivamente, devia saber o que era ser doente, porque acho que dá-se importância a coisas que nunca estando doente não se dá. [...] também compreendemos ou aceitamos melhor a dor do outro se já a vivenciamos. E enquanto não formos doentes não conseguimos vivenciá-la, não é?”

E 14 – “... digo ‘o dia que vocês estejam do lado de lá, doentes, cansados, numa cama, vocês depois vão dar valor ao que é querer dormir e as pessoas a fazer barulho e a bater com as portas, e com os rádios ligados, e com as televisões ligadas e a falar do fundo do corredor cá para baixo, e nós com a cabeça completamente esvaída e querer sossegar e descansar e não conseguir, depois vocês vão dar valor!’.”

Valorização de Si

Após a identificação de uma doença a pessoa procura estar mais atenta a si mesma, ao seu corpo físico e psíquico, adoptando comportamentos de protecção para a sua saúde, no sentido de poder viver mais e melhores anos.

E 8 – “... passei a ser muito; muito rigorosa, muito, muito rigorosa, porque é assim, a idade vai avançando e a gente tem que pensar que efectivamente as coisas vão-se alterando e podem surgir...”

O medo de perder perante a doença faz com que a pessoa possa valorizar mais a vida e o ser humano em si, mudando muitas vezes a sua forma de estar perante si mesmo, os outros e o mundo.

E 11 – “É na perspectiva de não perder perante a doença, porque eu não sou uma doença sou uma pessoa.”

E 14 – “Nós não somos todos iguais, isto é, nós não somos todos iguais e eu respeito realmente a posição de cada um; agora que eu digo que nunca mais voltei a ser a mesma mulher, desde aquela experiência e não sou, hoje sou uma pessoa completamente diferente.”

Fragilidade Humana

O ser humano é realmente um ser frágil que vive em interacção com os outros e com o mundo, estando à mercê das relações que se estabelecem entre eles. Ninguém é forte o suficiente para se bastar a si próprio na medida em que todos precisam da ajuda do outro em algum momento da sua vida. A confrontação com a doença e a eminência de que a vida é finita leva à constatação de que são seres frágeis e, muitas vezes, indefesos.

E 8 – “... foi o sentimento de que efectivamente não somos indestrutíveis não é? e que não estamos acima dos outros, portanto adoecemos da mesma forma e está tudo muito bem connosco e de um momento para o outro não está nada bem connosco...”

E 14 – “... a vida, as coisas, a fronteira entre o estar cá e o não estar é tão, tão estreita e nós não temos nenhum domínio sobre isso, porque não conseguimos, por mais que uma pessoa tente e queira, não consegue.”

R8 - “... aí fui confrontada com a possibilidade de morrer e que os meus conhecimentos e o facto de ser profissional de saúde não me valiam de nada – era igual a todos os outros e iria depender completamente de terceiros.

Renascer para a Vida

A percepção da finitude da vida e das fragilidades do ser humano conduz a alterações na vida das pessoas, com vista à valorização de tudo aquilo que anteriormente poderia parecer banal e irrelevante. A experiência de doença revela-se, frequentemente, como uma oportunidade para encarar a vida como algo único e maravilhoso, podendo promover mudanças existenciais significativas nas pessoas.

E 14 – “... como eu passei essa fronteira, daqui para lá, hoje vejo a vida de uma maneira diferente, não ligo a mesquinhices, não ligo, não ligo a coisas pequenas, porque acho que não vale a pena [...] não somos as mesmas pessoas, ficamos pessoas diferentes, não ficamos iguais”.

E 5 – “...tinha uma necessidade muito grande de conviver com espaço aberto, com liberdade, LIBERDADE; sensação de voltar a reconquistar o mundo, de voltar a reconquistar a natureza, de espaço aberto, de sair de um lugar claustrofóbico...”

E 11 – “... é que nós não sabemos o que é que temos, realmente, o que é que perdemos, não é?! eu para mim, olhar para o céu e ver um entardecer bonito, eu para mim enche-me a alma, porque já senti que podia perder isso [...] é um impacto grande, uma mudança muito grande, de pensamento.”

R14 – “A doença é, por vezes, uma ponte que nos oferece a possibilidade de conhecer duas margens distintas da vida”.

Valorização Familiar

Apesar de as pessoas doentes pensarem em si mesmas e reflectirem sobre a sua vida e experiência, verifica-se uma constante preocupação para com os seus familiares, especialmente quando estes estão dependentes dos seus cuidados e atenção.

E 8 – “...pensei na pessoa que mais me preocupava e a quem eu estava mais ligada, que é a minha mãe...”

E 15 – “... eu acho que sempre me preocupei mais com os outros do que comigo, os outros eram mais importantes, que eles não sofressem, que eles não sentissem o problema era mais importante para mim do que tudo o que eu passasse...”

Valorização das Relações

A doença revela-se uma oportunidade para fortalecer relações, tanto as já existentes como as que poderiam estar mais enfraquecidas e debilitadas. Passa a valorizar-se mais a presença do outro na vida de cada um e a vantagem de se poder contar com o seu apoio e compreensão, como ajuda imprescindível para enfrentar o processo de doença instalado.

E 1 – “... dou mais valor à vida, às coisas mais pequenas da vida; não às coisas materiais mas às coisas humanas, aprendi um bocado a desligar-me dos problemas exteriores... [...] Quero mesmo é ser feliz!’, dou muito mais valor às coisas pequenas da vida, tanto para com os doentes como para mim, como para a minha família.”

E 3 – “Em termos de amizade foram ... fortalecidas algumas, muitas amizades; foram renovadas outras, que pareciam esquecidas, já ultrapassadas ...”

E 7 – “... queria estar sozinho, não queria estar com ninguém ao pé de mim, achava que me sentiria melhor se estivesse sozinho mas é mentira!”

Crescimento Profissional

A assumpção do papel de doente e a experiência de estar num hospital para ser receptor de cuidados de enfermagem pode revelar-se uma mais-valia para a identificação de mudanças necessárias e para a sua operacionalização prática, valorizando os comportamentos tradutores de um cuidar autêntico e desejável.

E 14 – “... acho que aprendi, o que eu aprendi mesmo foi a pôr o doente no centro dos cuidados, porque fala-se muito em pôr o doente no centro dos cuidados, mas depois o doente é que anda à volta daquilo tudo, é que anda ali à volta, do horário, disto, daquilo ... o colega tem muitos doentes, tem muito trabalho, tem isto, não tem tempo para ouvir o doente nem para falar com ele, nem para se sentar com ele, nem para estar com ele, não é, e, muitas vezes, eu

mesmo, enquanto enfermeira, muitas vezes senti-me perdida, à espera que alguém me viesse falar e me viesse dizer qualquer coisa e que explicasse, e eu é que ia buscar as explicações a mim porque as tenho...”

E 14 – “o facto de estarmos dentro da profissão, para mim; olhe isto para mim trouxe-me muita coisa boa, mesmo até para a minha prática do dia-a-dia, porque o estar do outro lado é muito bom ... é muito bom de várias maneiras, olhe, primeiro, para nós testarmos até a nossa capacidade enquanto profissionais e como prestadores de cuidados e os cuidados que nos prestam, primeiro, é certo que nem todos os serviços são iguais, nem todas as pessoas são iguais, mas há um padrão comum de cuidados, não é?”

Valorização Profissional

A experiência como receptor de cuidados permite perceber qual o grau de valorização que é atribuído à profissão de enfermagem. Os participantes consideram que as características do profissional excedem a vertente profissional, na medida em que se revelam úteis para a vida em geral, superando o valor salarial que lhe é atribuído. O relacionamento com o outro, especificamente em situações de grande fragilidade, revela-se uma experiência única e fortemente compensadora.

E 5 – “... vai para além daquilo que te pagam, tu não estás a fazer aquilo porque te estão simplesmente a pagar, tu chegas a um ponto de envolvimento às vezes com a outra pessoa e não é com o indivíduo em si, é com o ser humano, portanto com o Homem, homem com H grande; há um envolvimento com o ser humano, que se pode mesmo, realmente, falar em missão...”

E 5 – “... é uma profissão que nos trás um conjunto e um manancial de informação e de necessidade de organização que, às vezes, as pessoas conseguem tirar para a sua vida prática esses ensinamentos: organização e contacto humano, porque o contacto humano é sempre extraordinário mas contacto com outro humano que está com um grau de fragilidade muito grande ou muito elevado é, é do mais puro e é do mais complicado que pode existir...”

E 11 – “... eu adoro enfermagem, adoro o que eu faço, é a minha opção, porque também podia não trabalhar e deixava de trabalhar e o que é que eu ia fazer?! Eu sou feliz a trabalhar, como enfermeira.”

Vinculação Profissional

A ligação pessoal à profissão de enfermagem é muito forte e reveladora de vínculos efectivos, que vão dificultar a assumpção do papel de doente de forma individualista, verificando-se uma relação contínua entre o ser pessoa e profissional. Verifica-se que é difícil separar o corpo de conhecimentos interiorizados e que se aplicam diariamente no contexto profissional

da vivência de estar doente, pois a identidade profissional é sempre co-existente com a pessoal.

E 2 – “... ‘a partir do momento em que és enfermeira, nunca mais deixas de ser enfermeira; és enfermeira 24 horas por dia, mesmo fora do teu local de trabalho’ ...”

E 7 – “... o doente não consegue ser despegado do enfermeiro, não é?, porque todas as vivências, todos os conhecimentos e tudo é o doente carregado com toda a estrutura do enfermeiro, não é? é o somatório, é o somatório porque tu não consegues, nunca, separar as duas coisas.”

E 12 – “... ao mesmo tempo, que tentava isolar o ser enfermeira e pôr-me só no lugar de doente, as situações iam evoluindo de maneira que é impensável nós não conseguirmos, não misturarmos, embora respeitando, logicamente, os profissionais que estão a trabalhar connosco e tentei [...] quer dizer, ao mesmo tempo que se tenta deixar o colega trabalhar à vontade, mesmo que não se opine nada, pensa-se! Isso é difícil não se fazer, porque ninguém consegue parar o pensamento, não é?”

Do componente 4 da estrutura essencial do fenómeno – **Significação Vital e Consolidação Profissional**, identifica-se na Tabela 5 um exemplo dos seguintes constituintes-chave, com as correspondentes Unidades de Significado e Unidades de Significado Transformadas, encontrando-se as restantes em anexo (Anexo IV).

Tabela 4 – Síntese relativa à Significação Vital e Consolidação Profissional, nos contextos Pessoal, Relacional e Profissional

Contexto	Constituintes-chave	Unidades de Significado Transformadas	Unidades de significado
Pessoal	Reflexão Vital	Perante uma situação de doença grave em que a vida pode ser ameaçada e se sente a morte de perto, o participante valorizou tudo o tinha tido, vivido e sentido, tomando consciência de que determinadas coisas são para ser vividas na hora certa e que não se devem adiar, pois corre-se o risco de perder a oportunidade de o fazer, uma vez que a vida tem um fim anunciado que ninguém, por mais rico que seja, consegue modificar.	E 14 – “Ninguém consegue acrescentar um segundo à sua vida se tiver destinado que vai morrer, que não vai viver mais. Não há ninguém, nem o mais rico do mundo, que tenha o dinheiro todo, ninguém consegue acrescentar um segundo à vida! [...] A vida acaba-se num segundo, o que nós temos é que aproveitar tudo aquilo que temos, porque as coisas ... há coisas que a gente só as vive uma vez e se não viver naquela altura já não volta a viver...”
	Força de Viver	Apesar do desconforto	E 13 – “... lembro-me do

	<p>Crescimento Pessoal</p> <p>Viver para Compreender</p> <p>Valorização de Si</p> <p>Fragilidade Humana</p>	<p>físico e do sofrimento inerente à realização dos tratamentos exigidos para resolver o processo de doença, o participante demonstrou uma grande força de vontade e espírito de sacrifício, decidindo ir fazer o último tratamento.</p> <p>O participante considera a experiência de ter estado doente como um momento de aprendizagem a nível pessoal.</p> <p>O participante considera que todos os profissionais de enfermagem deveriam saber o que é ser doente, pois seria mais fácil compreender o que o doente sente, na medida em que ao vivenciarem uma situação de doença iriam valorizar determinados aspectos, que noutras circunstâncias não lhes mereciam tanta atenção. Na sua opinião deve-se vivenciar e sentir para poder compreender.</p> <p>Numa situação de doença o participante passa a valorizar a sua pessoa, lutando para enfrentar a doença e não se entregar a ela, pois a sua pessoa na totalidade é mais importante que uma doença.</p> <p>Como qualquer ser humano, os enfermeiros estão expostos à doença e não conseguem perpetuar um estado de saúde</p>	<p>último dia, o último dia que fiz tratamento, tive uma colega minha que me foi visitar a casa, eu sentia-me mal, já era um sacrifício ter que vir fazer o tratamento e eu dizia ‘não, este é o último, eu vou conseguir ir fazer o último’”</p> <p>E 3 – “Como pessoa acho que foi um momento de aprendizagem.”</p> <p>E 12 – “... eu acho que me consegui colocar na pele de doente perfeitamente, para já infelizmente também não foi a minha primeira vez de doente, e eu costumo dizer que a maior parte dos enfermeiros, efectivamente, devia saber o que era ser doente, porque acho que dá-se importância a coisas que nunca estando doente não se dá. [...] também compreendemos ou aceitamos melhor a dor do outro se já a vivenciamos. E enquanto não formos doentes não conseguimos vivenciá-la, não é?”</p> <p>E 11 – “É na perspectiva de não perder perante a doença, porque eu não sou uma doença sou uma pessoa.”</p> <p>E 8 – “... foi o sentimento de que efectivamente não somos indestrutíveis não é? e que não estamos acima dos outros, portanto</p>
--	---	--	--

	Renascer para a Vida	<p>desejável, acabando por ser acometidos pela doença como qualquer outra pessoa, revelando a sua igualdade e os condicionalismos e fragilidade inerentes.</p> <p>A doença, em que o risco de perder a vida foi real, causa um grande impacto na pessoa, condicionando uma mudança significativa em termos de pensamento e a valorização de alguns aspectos da vida. Perante a eminência da morte, dá-se valor ao que se tem e se pode perder, passando a valorizar-se aspectos simples da vida, mas que detêm uma beleza inebriante e um valor inestimável.</p>	<p>adoecemos da mesma forma e está tudo muito bem connosco e de um momento para o outro não está nada bem connosco...”</p> <p>E 11 – “... é que nós não sabemos o que é que temos, realmente, o que é que perdemos, não é?! eu para mim, olhar para o céu e ver um entardecer bonito, eu para mim enche-me a alma, porque já senti que podia perder isso [...] é um impacto grande, uma mudança muito grande, de pensamento.”</p>
Relacio- nal	Valorização Familiar Valorização das Relações	<p>O participante preocupava-se mais com o sofrimento que a sua doença condicionava nos seus familiares do que em si próprio, valorizando-os acima de tudo. De alguma forma, tentava protegê-los de qualquer sofrimento, independentemente do sofrimento que ele próprio vivenciasse.</p> <p>A doença torna as pessoas mais vulneráveis e carentes, verificando-se a importância das amizades e constatando-se, muitas vezes, que algumas são fortalecidas e outras renovadas, atribuindo-se um valor especial aos amigos e ao seu papel no processo de enfrentar e superar a doença.</p>	<p>E 15 – “... eu acho que sempre me preocupei mais com os outros do que comigo, os outros eram mais importantes, que eles não sofressem, que eles não sentissem o problema era mais importante para mim do que tudo o que eu passasse...”</p> <p>E 3 – “Em termos de amizade foram ... fortalecidas algumas, muitas amizades; foram renovadas outras, que pareciam esquecidas, já ultrapassadas ...”</p>
Profis- sional	Crescimento Profissional	Ao longo da experiência de doença e da assumpção do papel de doente, o participante considera que aprendeu sobretudo a	E 14 – “... acho que aprendi, o que eu aprendi mesmo foi a pôr o doente no centro dos cuidados, porque fala-se muito em

		colocar o doente no papel central da prestação de cuidados, pois, na sua experiência sentiu o oposto, tendo tido necessidade de procurar diversas explicações em vez de lhe terem sido transmitidas pelos profissionais.	pôr o doente no centro dos cuidados, mas depois o doente é que anda à volta daquilo tudo, é que anda ali à volta, do horário, disto, daquilo ... o colega tem muitos doentes, tem muito trabalho, tem isto, não tem tempo para ouvir o doente nem para falar com ele, nem para se sentar com ele, nem para estar com ele, não é, e, muitas vezes, eu mesmo, enquanto enfermeira, muitas vezes senti-me perdida, à espera que alguém me viesse falar e me viesse dizer qualquer coisa e que explicasse, e eu é que ia buscar as explicações a mim porque as tenho...”
	Valorização Profissional	A profissão de Enfermagem é encarada pelo participante como uma missão, pois no seu entender, exige um envolvimento profundo com o Ser Humano na sua totalidade, o que transcende o simples valor monetário atribuído à sua prestação.	E 5 – “... vai para além daquilo que te pagam, tu não estás a fazer aquilo porque te estão simplesmente a pagar, tu chegas a um ponto de envolvimento às vezes com a outra pessoa e não é com o indivíduo em si, é com o ser humano, portanto com o Homem, homem com H grande; há um envolvimento com o ser humano, que se pode mesmo, realmente, falar em missão...”
	Vinculação Profissional	O enfermeiro numa situação de doença e vivenciando o papel de doente, não consegue assumi-lo de forma livre e isenta pois possui um corpo de conhecimentos de enfermagem que estão sempre presentes e nunca separados da pessoa, sendo sempre encarado o somatório do ser doente com o ser enfermeiro.	E 7 – “... o doente não consegue ser despegado do enfermeiro, não é?, porque todas as vivências, todos os conhecimentos e tudo é o doente carregado com toda a estrutura do enfermeiro, não é? é o somatório, é o somatório porque tu não consegues, nunca, separar as duas coisas.”

Finaliza-se, desta forma a apresentação dos resultados obtidos da análise do conteúdo das entrevistas, identificando-se os diferentes constituintes-chave com base nas orientações do método fenomenológico de Giorgi.

3 – Discursos próprios em diálogo com a literatura

No decurso da vida as pessoas tendem naturalmente a procurar aquilo que lhes dá prazer e lhes confere felicidade, não sendo necessário reflectir muito para se compreender que tudo fazem no sentido de evitar o sofrimento.

A confrontação com uma situação de doença própria origina nas pessoas sofrimento e angústia, na medida em que sentem o impacto da fragilidade e vulnerabilidade no seu estado de equilíbrio vital.

Neste sentido, compreende-se que a assumpção do papel ou estatuto de doente não se revele tarefa fácil, pois são evidentes algumas dificuldades no processo de aceitação e interiorização da doença. No dizer de Morrison, esta adaptação é problemática e delicada pois,

“Estar no hospital é uma experiência assustadora. Os doentes ficam cheios de incertezas e confusos sobre o que lhes irá acontecer. O ambiente desconhecido aumenta a sua incapacidade de predizer até os aspectos mais triviais da sua vida de doente. A existência é muitas vezes estruturada à volta do trabalho da enfermagem. Em termos de doença, é especialmente difícil a adaptação a um ambiente destes” (2001:67).

Na condição de doente, a pessoa passa a existir em circunstâncias de dependência, quer física quer psíquica ou emocional, necessitando de ajuda para a realização de algumas actividades humanas básicas. Esta condição de dependência gera muita angústia na pessoa mas, não menos importante, a mudança do seu ambiente e a subjugação a um novo conjunto de regras pré-definidas condicionam sentimentos de privação de si, dos seus hábitos e da sua forma de ser e de estar no mundo. Sendo uma situação difícil de vivenciar para qualquer pessoa procurou-se saber qual seria o impacto da doença nos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros.

Este capítulo procura sobretudo discutir os resultados obtidos da análise das entrevistas e dos relatos escritos dos participantes, tendo em conta os significados atribuídos por estes à experiência vivida de doença própria. Neste sentido, é desenvolvido com base na emergência da estrutura essencial do fenómeno em estudo, seguindo uma orientação de acordo com os quatro componentes que a constituem, enquadrados no contexto pessoal, relacional e profissional identificados.

Esta discussão resulta da confrontação dos resultados obtidos com os provenientes de outros trabalhos desenvolvidos no âmbito e do diálogo com a literatura conduzido para este estudo em particular.

Estar doente

A doença apresenta-se como uma ameaça à vida, revelando uma imagem da pessoa que ela mesma desconhecia. As consequências podem ser de várias ordens, quer físicas, psíquicas ou emocionais. Surge como uma experiência não escolhida, um acontecimento imposto que exige um tratamento específico.

A confrontação inicial com um diagnóstico de doença exerce um impacto significativo na vida da pessoa, na medida em que esta não se encontra verdadeiramente preparada para tal facto, estando o processo de aceitação da doença relacionado com a percepção que a pessoa tem de si e da sua vida, aliada à força de vontade para enfrentar os desafios e viver.

A evolução técnica e científica na área da saúde vai também influenciar a forma como o doente e família enfrentam a situação. Deste modo, o papel que estes adoptam para lidar com a doença vai definir a forma como estes irão participar no desenrolar de todo o processo, verificando-se uma série de sentimentos diferentes em cada pessoa, embora se enquadrem num grupo de sentimentos menos positivos como angústia, depressão, perda de auto-estima, revolta, choque, etc.

E 11 – “... como doente foi uma negação total no início, custa aceitar tudo”.

Algumas pessoas recebem o diagnóstico de doença como um choque, uma vez que não foram capazes de diagnosticar ou reconhecer os sintomas apresentados (Kralik, Brown e Koch, 2001).

Numa fase de não-aceitação da doença, a pessoa tem tendência para questionar o porquê de lhe ter sucedido tal facto, revoltando-se, muitas vezes, contra tudo e todos. Wright (2005) dizia que a sua prática clínica lhe permitiu descobrir que a pessoa doente, em sofrimento, nas suas conversas internas, procura incessantemente por respostas para a sua situação, questionando tudo, pois tudo lhe parece incrédulo e estranho.

E 1 – “... a revolta de porque é que isto estava a acontecer comigo...”

E 13 – “... sempre lutei contra aqueles que fumavam para deixarem de fumar, depois fiquei afectada; porque tinha que ser eu?!”

O processo de aceitação da doença passa pela aceitação pessoal – adaptação do eu e aceitação do eu em relação ao outro. Para que a pessoa enfrente eficazmente a doença deve começar por a aceitar. Este processo não está isento de dificuldades, uma vez que aceitar a sua nova condição implica um reajustamento da sua forma de ser e estar perante si e os outros (Martins, Cunha e Coelho, 2005).

Verifica-se que a aceitação da doença do foro oncológico tem sofrido algumas alterações ao longo das últimas décadas, deixando de ser encarada como um castigo, associada a maus hábitos alimentares e comportamentais para ser encarada como uma doença complexa ligada a variadíssimos factores condicionantes. Independentemente da sua causalidade, desde sempre foi temida e exerce um grande poder negativista sobre os doentes e seus familiares, sendo muitas vezes considerada como uma doença ambígua que oscila entre a possibilidade de cura e a de morte eminente, encarando-se o processo mediador entre estas possibilidades, carregado de dor, sofrimento e apreensão. (Oliveira e Monteiro, 2004; Rodrigues *et al.*, 2000).

E 15 – “acho que como todas as pessoas é difícil aceitar um problema destes, um problema, uma doença oncológica é difícil de aceitar em qualquer situação, acho que sendo nós enfermeiros ou não sendo é muito difícil.”

Oliveira e Monteiro consideram que “Quando o ser humano se depara com um acontecimento inesperado, muitas vezes sente-se despreparado para lidar com ele, e quando este acontecimento é a notícia de uma doença maligna com o estigma do câncer, isto se torna mais temeroso e ameaçador” (2004:404).

E 13 – “não tinha nenhum caso de doença, tanto do lado do meu pai como da minha mãe, fui eu o... fui eu o primeiro caso, por outro lado, ser do pulmão, nunca fui fumadora, não tenho ninguém fumador, nem de um lado nem de outro, nem amigos, não tenho ninguém.”

Num estudo elaborado por Albuquerque *et al.* (2009), referente à vivência de uma pessoa ostomizada verifica-se que a aceitação de uma doença grave e oncológica mexe com a estabilidade psicológica do indivíduo, causando sentimentos de tristeza e de revolta, que acabam por ser superados, pois outros valores mais importantes se impõem.

Quando se trata de uma pessoa que já teve outras experiências de doença, podem constatar-se outras formas de estar perante uma nova situação, pois ao longo das suas vivências puderam desenvolver estratégias de adaptação e enfrentamento facilitadoras deste processo. Muitas vezes as pessoas não demonstram revolta, resignando-se ao reconhecimento da sua condição e demonstrando alguma determinação para aceitar o que tiver de acontecer, evitando sofrer por antecipação.

E 14 – “eu não me revolto nada, não me revolto nada, deixa andar, deixa correr, vamos ver, não vale a pena estar a sofrer por antecipação, e nós vamos ser capazes de levar o barco a bom porto.”

Quando se trata de uma situação de doença aguda, a reacção da pessoa pode variar entre o choque inicial e a dificuldade em perceber a real situação, demonstrando renitência em aceitar a sua condição e as incertezas sobre a veracidade dos factos.

E 15 – “Depois disse-lhe ‘o que é que se passa?’, ele disse ‘és tu, o que tens, o que tu tens na tua mama é maligno’ e eu, a minha reacção foi ‘mas é maligno como?, o que é? Quem é que te disse?, como é que sabes?. ‘telefonaram-me’ - ‘quem é que te telefonou?’, eu preciso de saber quem é que te telefonou?, porque eu quero telefonar e quero saber o que se passa; e ele depois deu-me o número de telefone mas isto foi tudo assim... eu acho que reagi assim muito inconscientemente, acho que não estava a perceber bem a... acho que não estava a valorizar, não é valorizar, acho que não estava a interiorizar muito bem, acho que não... no fundo acho que não acreditava que poderia ser tão mau, estava naquela ainda de, de uma... de ver as coisas positivamente, a pensar que ‘não, isto não vai, isto não vai ser assim tão grave, não vai ser...’”

Esta fase inicial de choque perante a confrontação com uma situação de doença faz com que a pessoa interiorize a sua real situação. A consciencialização da realidade, conduz a pessoa doente a aceitar que de nada vale revoltar-se com a sua situação e a procurar estratégias, que facilitem a sua adaptação a uma nova condição de vida. No dizer de Gadamer “...A tarefa que se nos impõe como seres humanos consiste em encontrar o nosso caminho nesse mundo vital e em aceitar os nossos condicionamentos” (2009:118).

E 3 – “... o que me assustou foi a informação sobre o tratamento, que eu não estava a contar, nem sequer sabia que se fazia imunossupressão a doentes com problemas vasculares...” e aí “... é que eu tomei consciência do tipo de tratamento a que eu iria estar submetida e que estive submetida em hospital dia durante seis meses, durante seis meses a fazer ciclos mensais, portanto um dia em hospital, um de dia cada mês e depois, posteriormente, três em três meses.”

Apesar da dificuldade que as pessoas demonstram em aceitar a sua situação de doença, tem-se verificado ao longo destes últimos tempos, que estas revelam uma mudança na sua forma de estar perante a sua saúde e a sua condição de doente. Cada vez mais se enfatiza o papel autónomo e fundamental das pessoas no seu processo de saúde-doença, adoptando uma abordagem salutogénica, com preocupação em estabelecer princípios de vida saudável e prevenir a doença. Paralelamente a esta mudança, também se pode enaltecer a postura das mesmas, no sentido em que passam a exercer um papel activo e preponderante neste processo (Ribeiro, 2006).

Como se sabe, a doença provoca uma ‘convulsão’ no ser humano, condicionando-o a agir de uma forma mais espontânea, uma vez que o sofrimento não tolera a representação ou dissimulação mas fomenta a transparência. A sua acção visa a manutenção da sua independência e da sua dignidade humana, contando para isso com a preciosa colaboração dos profissionais de saúde e com a mobilização dos seus recursos pessoais no enfrentamento da mesma.

Depreende-se então que a doença se encontra associada a sentimentos de medo, quer pela situação em si como também pelas circunstâncias inerentes, nomeadamente o sofrimento, a dependência e a morte.

E 11 – “E eu tenho cartas escritas, para toda a gente, se me acontecer alguma coisa. Tem que ser!”

O medo é a emoção primordial do Homem. Damásio (2008) considera-o como uma emoção enquadrada nas emoções primárias ou universais, em conjunto com a tristeza, cólera, surpresa, alegria e aversão. Na sua perspectiva este sentimento tem razão de existir e até utilidade, na medida em que serve como alerta para o organismo, relativamente ao problema que o gere.

Tudo muda no mundo e na natureza, não passando a estabilidade de uma ilusão. A mudança faz parte da vida assim como o nascimento e a morte, embora o ser humano tenha facilidade em aceitar o primeiro e dificuldade em aceitar o segundo, apesar de ter consciência de que são fenómenos reais. A primeira grande perda que se sofre ocorre com o nascimento, pois deixa-se de estar num ambiente confortável, quente e com os nutrientes que se necessitam e que o protege de agressões externas. Quando se nasce sofre-se uma separação do corpo da mãe e a pessoa tende a desenvolver-se no sentido da autonomia e independência.

Neste contexto quando confrontadas com uma situação que pode conduzir à dependência, as pessoas sentem-se extremamente desconfortáveis e inseguras, como se regredissem no seu processo de evolução enquanto seres humanos e perdessem o controlo de si mesmas e da sua vida.

E 8 – “... esses medos, esses sentimentos de impotência, de não conseguir lidar com a situação, não é de lidar, é de ser eu a resolver as coisas, pronto a resolução destas situações estava fora do meu domínio, do meu domínio.”

E 5 – “... senti-me muito desconfortável com a noção ou com a percepção de que poderia tornar-me mais dependente, ainda do que o que estava.”

Sendo a doença uma situação que promove a emergência de sentimentos intensos relacionados com a perda de algo bom e agradável como é a saúde, é compreensível que incuta na pessoa o medo de sofrer e de morrer.

E 4 – “Para já faz-se um filme negro sempre, que se vai morrer...”; “... andei muito assustada! Muito mesmo!! Pensando sempre, perder os filhos acima de tudo, pronto não os via ver crescer...”

A morte traduz a existência humana que expira. Ninguém pode modificar o facto de um dia morrer, mas pode, se assim o entender, mudar a forma como se relaciona com esse facto, ao longo da vida.

Na cultura ocidental o processo de envelhecer é encarado como um percurso para a decrepitude, em que a morte se revela como o vértice dessa degeneração. Como forma de negar esse facto, as pessoas tendem a viver a vida segundo uma perspectiva consumista e não de auto-conhecimento, o que conduz ao implementar de atitudes que visam usufruir de tudo o que têm e que conquistam, não se preparando minimamente para o momento da perda, seja de saúde ou, mesmo, da vida.

A eminência de morte e a percepção real do perigo podem exercer um papel diferente na pessoa: por um lado pode fomentar medo e pânico e conduzi-los a negá-la veemente; por outro lado, pode surgir como um despertar para a vida, condicionando-os a agir e a lutar pela mesma, não desistindo perante a doença.

Infante (2006:23) referia que “todos nós temos medo do desconhecido e por isso é natural temer a morte”, seja o momento em si como também todo o sofrimento associado. No entanto, é a confrontação com momentos de sofrimento que permite às pessoas desenvolverem estratégias e capacidade de luta outrora desconhecidas e, até, inexistentes.

Para que uma pessoa atribua algum sentido à morte, pelo seu reconhecimento como certeza, é importante que se atribua também significado à própria vida, pois vida e morte estão intimamente relacionadas. Para Pacheco «... a vida humana é inexoravelmente finita. O homem é um ser mortal, dada a sua condição corpórea, e do ponto de vista biológico estamos condenados “à morte”» (2004:3, *aspas originais*).

Pensar na morte faz repensar em como é bom viver e ajuda a atribuir significado à vida, reflectindo sobre como se vive e age perante o mundo e os outros.

E 14 – “Ninguém consegue acrescentar um segundo à sua vida se tiver destinado que vai morrer, que não vai viver mais. Não há ninguém, nem o mais rico do mundo, que tenha o dinheiro todo, ninguém consegue acrescentar um segundo à vida! [...] A vida acaba-se num

segundo, o que nós temos é que aproveitar tudo aquilo que temos, porque as coisas...há coisas que a gente só as vive uma vez e se não viver naquela altura já não volta a viver...”

Nas palavras de Gadamer (2009:117) “Aprender a aceitar o nosso destino mais certo é a suprema tarefa do homem”, o que não se coaduna com os princípios da sociedade actual, em que se desenvolve uma cultura de ‘negação da morte’, idealizando que a saúde se pode manter e que a doença pode ser controlada por diversos meios. A morte é encarada como uma derrota e um falhanço dos profissionais e das ciências da saúde (Neto, Aitken e Paldrön, 2004).

Apesar de ser um acontecimento que fará, indubitavelmente, parte do percurso de vida das pessoas, ninguém se encontra verdadeiramente preparado para ela, demonstrando alguma relutância em falar dela e em assumi-la como um facto inegável. Sempre que se lida com a morte de alguém que é próximo e querido ou de algum dos doentes a quem se presta cuidados, apercebe-se da sua real facticidade e encara-se como algo presente no quotidiano, embora com data marcada mas desconhecida (Pacheco, 2004).

No fundo, ninguém consegue saber o que é morrer ou estar morto pois, como refere o filósofo Adorno, falta o mais essencial que é, precisamente, o sujeito. Por tudo isso, a morte permanece como um mistério para a própria vida. Pegogaro considera que “... a morte é a “possibilidade da impossibilidade” do *Dasein*” (2009:139, itálico e aspas originais).

A morte é uma experiência central na vida dos seres humanos, no entanto continua inexplicável e insolúvel. O homem é um ser que caminha diariamente para a morte, procurando sempre chegar a ser consigo, com os outros e com o mundo. Apesar de não quererem falar da morte e, ao mesmo tempo que anseiam viver, sabem que vão morrer, mas evitam demonstrar a consciência desse facto, uma vez que é reveladora de sofrimento.

E 2 – “Tu pensas na agonia, na morte e muitas vezes, como é que tu vais ocupar o tempo até lá.”

O famoso escritor e médico António Lobo Antunes, que sobreviveu a um cancro nos intestinos, revela que a eminência da morte é difícil de gerir, proferindo a seguinte expressão “tenho a morte dentro de mim e é horrível estar grávido da morte”, o que espelha bem a sua magnitude e impacto.

A morte, actualmente, é considerada como um escândalo pois desmascara a ilusão de que se vive eternamente (Morris, 2000). Apesar de se ter a noção da mortalidade, importa realmente é encarar a vida como bem supremo, interiorizando que tanto o nascimento como a morte

traduzem a chegada e partida dos seres, que num constante movimento se revelam únicos, singulares e irrepetíveis (Arendt, 2001).

Deste modo, a morte relaciona-se com a vida de forma paradoxal pois, apesar de serem coexistentes, há medida que uma avança e se desenvolve, caminha-se ao encontro da outra (morte), estreitando-se o espaço para se poder viver. Como refere Scheler “... com o aumento da quantidade de vida que é dada em cada momento como vivida e com a sua efectividade posterior, *diminui* a quantidade do poder viver...” (1993:25, itálico original).

Neste percurso, que medeia o nascimento e a morte, as pessoas procuram viver de forma agradável e livres de qualquer sofrimento. Ao serem acometidas por uma experiência de doença reflectem sobre uma série de aspectos importantes na sua vida. Para além do medo da morte já espelhado, as pessoas denunciam o medo de existirem em circunstâncias específicas, dependendo dos cuidados de outrem e de se sentirem sós, tudo isto em associação com o medo do prognóstico e diagnóstico da sua situação clínica.

E 8 – “... penso que ainda aumentou mais esse medo da dependência, de um dia mais tarde, eu vou estar dependente, eu vou estar só, como é que vai ser?”

Assim, a família exerce um papel fundamental no processo de adaptação à doença por parte do doente, uma vez que funciona como o grupo principal de interações e como ponto de apoio contínuo. No caso de a doença provocar limitações ou dificuldades que impossibilitem a pessoa de sair e de se envolver socialmente, a família tem um papel acrescido, na medida em que se torna um dos únicos elos de ligação do doente com o mundo (Pereira e Lopes, 2002).

Como refere Pangrazzi (2008:16) “ A linfa da nossa vida são as nossas relações com os outros”, o que retrata o papel essencial que os familiares e amigos exercem na vida das pessoas.

O Homem, como ser gregário e de relação que é, sabe que sozinho nada pode neste mundo. No entanto, enquanto saudável e perfeitamente autónomo, nem sempre tem consciência de que necessita dos outros e que a sua vida passa pelo relacionamento e partilha na sua coexistência com o outro, fomentando que a sua vida só faz sentido no âmbito do *ser com*. Na opinião de Sanches e Boemer “Nenhuma pessoa existe se não for *com* algo ou alguém” (2002:390, itálico original).

Na trajectória de uma situação de doença, a pessoa sente necessidade de apoio por parte dos que lhes são próximos, revelando medo da solidão. Este medo é relativo ao período de doença

aguda, em que se encontram hospitalizados e também relativo ao período posterior de recuperação, demonstrando que as pessoas sentem necessidade de se relacionarem entre si, protegendo-se e apoiando-se em todas as circunstâncias da vida.

E 8 – “... uma das coisas que me assusta na vida é ficar só, gosto muito de estar sozinha, mas não gosto de me sentir só e saber que não tenho uma rede de apoio.”

As pessoas receiam a solidão pelo facto de se isolarem do mundo social, pela incapacidade para participar nas actividades lúdicas e culturais e pelo, conseqüente, afastamento do seu grupo de amigos. Por outro lado receiam não se adaptar à sua situação de doença, não conseguindo reassumir as suas funções sociais e familiares, sentindo-se desajustadas e sós, muitas vezes mesmo acompanhadas. Este tipo de solidão denomina-se ontológica, própria do ser enquanto ser (Moreira e Callou, 2006).

Deste modo, a família exerce um papel fundamental no enfrentamento de uma situação de doença, particularmente quando se trata de uma doença crónica, com uma durabilidade prolongada e com todas as incertezas subjacentes. Os familiares irão ajudar o seu ente querido a descobrir novas estratégias para lidar com a doença e com as suas implicações.

Compreende-se então, que o confronto directo com um diagnóstico de uma doença grave e com implicações futuras e permanentes fomenta nas pessoas sentimentos de desespero e de angústia, reveladores da preocupação sentida e do seu efeito em todo o processo de aceitação e resolução da mesma.

E 5 – “... a minha maior ansiedade tinha a ver com o diagnóstico, tinha a ver com a tentativa de perceber o que é que me estava a acontecer. Essa era realmente a minha maior preocupação...”

E 8 – “As massas era por ser uma entidade tão, tão pouco definida, e eu penso que tem mais a ver, teve mais a ver com isso, porque quando falaram do quisto não ... pronto, quer dizer, é um quisto ali, as massas abdominais é algo mais, mais indefinido e isso assustou-me imenso.”

E 7- “Eu não tenho capacidade de sofrimento, não tenho! Não consigo! Não consigo suportar o sofrimento assim, não é aquele sofrimento de hoje, é o sofrimento de amanhã...”

Paralelamente ao impacto associado ao prognóstico e diagnóstico, a pessoa doente tende a sentir-se triste com a sua situação. Como pessoa, encara a doença como uma situação difícil de vivenciar e como profissional, que possui um corpo de conhecimentos científicos, tende a apresentar dificuldades em se desligar do mesmo. Campos (2010:50), médica endocrinologista frisa esta ideia ao referir “Porque sou eu que tenho a doença, porque sou

médica e o meu raciocínio é de certeza, excessivo e pessimista e perturba as decisões terapêuticas.”

No entanto, também é frequente fazerem-se interligações com experiências vivenciadas no cuidado de outros em contexto profissional ou, até mesmo, dos seus familiares ou amigos.

E 14 – “eu andava a fazer fisioterapia e comigo uma rapariga que tinha feito uma paragem cardíaca consequente a uma cirurgia e ficou numa cadeira de rodas [...] quando fui operada a primeira vez disse assim ‘oh meu Deus, se isto me acontece’, lá está o saber!, porque uma pessoa sabe, ‘com um raio, se eu vou ficar assim como ela, estou desgraçada da minha vida’...”

Por outro lado, os seus familiares podem, por ingenuidade ou por identificação de outras situações vivenciadas, fazer paralelismos, o que nem sempre se revela muito profícuo na relação de apoio estabelecida com a pessoa doente.

E 4 – “veio falar comigo, assim muito carinhoso, que tinha perdido a mãe com a doença que tinha tido (oncológica) e que eu tinha que lutar pelas coisas, olha falou como se eu tivesse uma coisa tão má, tão má, tão má, tão má que é assim, se ele está do meu lado, está-me a ajudar mas eu não sei se me estava a ajudar...”

Para Kralik, Brown e Koch (2001) o facto de se receber o diagnóstico de uma doença crónica ser difícil, é considerado importante para os doentes, na medida em que deixam de viver na dúvida sobre qual a doença de que padecem, assumindo um carácter real e sendo reconhecida e validada por um corpo técnico e científico, passível de intervenção com base num tratamento ajustado.

No confronto com uma situação de doença a pessoa deve desenvolver estratégias de adaptação eficazes que facilitem o processo de aceitação da mesma.

Concomitante a todo o processo de aceitação da doença surge, implicitamente, o medo da dor e do sofrimento. Muitas vezes a dor é encarada de forma negativa, como a causa de um problema na vida. No entanto, ela não é o problema ou causa em si, mas a sua consequência e é tanto mais forte, quanto mais grave ou urgente for a situação. A sua função é de mensagem, procurando dar a conhecer ao indivíduo que algo não está bem.

A dor e o sofrimento são conceitos distintos mas que se relacionam. A primeira é avaliada de forma subjectiva mas sempre se pode atribuir uma causa objectiva, sendo passível de ser tratada terapêuticamente. O segundo conceito é avaliado de forma subjectiva e dependente de factores também subjectivos, não se podendo atribuir uma causa objectiva passível de intervenção. No entanto, a dor também é sofrimento, o que nos leva a distinguir, dentro do sofrimento intrapessoal da pessoa humana, o sofrimento interior e exterior. No exterior há

sempre a possibilidade de actuar para o minimizar ou erradicar, como é o caso da dor; o interior exige um outro tipo de tratamento ou cuidado, mais direccionado para as apetências comunicacionais das pessoas e para a sua atenção e presença efectiva (Torralba i Roselló, 2009).

E 5 – “... tive muita dificuldade em lidar: primeiro com a dor, porque de facto tinha dores muito intensas e nem os analgésicos mais poderosos que nós temos ou que nós tínhamos ao nosso alcance à altura, endovenosos, me faziam qualquer efeito...”

E 8 – “... tenho a noção de que tinha uma maior tolerância à dor do que tenho actualmente; agora tenho muito medo de ter dor! [...] A dor, acho que neste conjunto todo foi o que, foi o que mais me marcou!”

Quando a dor existe, a relação que a pessoa estabelece com o seu corpo vai modificar-se, imperando uma ansiedade e mal-estar constante que condicionam algum afastamento e isolamento social. Estes sentimentos também se podem associar ao medo de possíveis recaídas ou reincidência da doença, podendo estar relacionados com experiências anteriores, pessoais ou de pessoas próximas ou familiares e com os pressupostos sociais e culturais existentes.

E 13 – “... foi uma situação que eles diziam o diagnóstico é atípico, é raro acontecer; esperemos, como foi apanhado de início, que não volte a ter uma recidiva. No fundo diz-se que estamos curados ou com ausência de doença, mas estamos sempre com a expectativa ou eu estou sempre ‘será que daqui a uns anos não tenho uma recaída’...”

Para Rodrigues *et al.* (2000:62) “o fim do tratamento permite aliviar a preocupação e a ansiedade mas, apesar disso, permanece a dúvida acerca da cura, o receio do surgimento de eventuais lesões resultantes do tratamento e o medo da recaída”.

Mesmo sendo profissionais de saúde, os enfermeiros, mediante o tipo de doença existente, revelam maior ou menor incerteza quanto à cura ou recuperação. O estigma social de cada doença influencia directamente este sentimento e pode condicionar a capacidade de resposta ao problema vivenciado.

R14 – “O facto de ser enfermeira teve pouca influência em termos de ajuda. O eu enfermeira de pouco valeu ao eu doente. Como diz o velho ditado “Em casa de ferreiro o espeto é de pau”, e também na minha situação em concreto é igual.”

Como refere Epicuro “Nunca nos devemos esquecer de que o futuro não é totalmente nosso, nem totalmente não-nosso, para não sermos obrigados a esperá-lo como se estivesse por vir com toda a certeza, nem nos desesperarmos como se não estivesse por vir jamais” (2008:31).

Muitas pessoas se sentem fragilizadas perante uma situação de doença, percebendo a sensação de que nada é eterno. Algumas delas irão sentir-se sempre angustiadas, pois terão de se confrontar com as consequências de viver com a incerteza da doença e reaprender a viver como *ser-no-mundo* condicionado. Já Sêneca afirmava que a experiência de doença não se revela fácil, enfatizando que “...aqueles que depois de ficarem livres de uma longa e grave doença, têm medo de leves e ligeiros acessos de febre e mesmo depois de afastarem sequelas da doença ficam em sobressalto e mesmo já depois de curados, chamam por médicos...”, traduz o receio pelo futuro (2004:23).

Desde muito cedo na vida se sabe ou se toma consciência de que o corpo dá a conhecer constantemente as suas necessidades. No entanto, por motivos vários, constata-se uma certa tendência para se negar a sua escuta e, até mesmo, a ignorar todos os sinais que vão sendo transmitidos. Como refere Gawain (2004:111), “...o corpo depressa aprende que só com a doença ou um acidente pode conseguir a nossa atenção. Mesmo nesse caso, a atenção que lhe damos pode limitar-se a procurar um meio de mascarar ou eliminar os sintomas tão depressa quando possível, para podermos retomar o nosso irresponsável estilo de vida”.

Ao se viver numa sociedade que cultiva a beleza física, os corpos fantásticos e uma aparência incrível, a doença e a possibilidade eminente de se sofrer de alguma mutilação corporal, abalam muito o interior das pessoas. Mesmo para aquelas que não vivem obcecadas pelo físico e que se preocupam mais com o seu lado interior e espiritual, a ameaça da alteração do corpo físico causa muita apreensão e ansiedade.

Segundo Fernandes e Lopes “...é no corpo da pessoa que os fenómenos saúde/doença acontecem, pois o nosso corpo é o nosso modo de estar no mundo, é o terreno privilegiado da nossa experiência de viver” (2002:5).

E 15 – “... a quimioterapia, assustava-me, assustava-me não... acho que a única coisa que eu tinha medo na quimioterapia, era realmente a queda do cabelo, acho que foi a coisa que mais me preocupou, é uma estupidez mas era o que mais me preocupou, eu hoje digo assim ‘francamente, com tantas outras coisas e eu só, só me preocupava ficar sem cabelo... preocupava-me’, pronto, era o que me, o que mais me custava.”

O corpo traduz a própria imagem que o indivíduo tem de si próprio e é através dele que marca a sua posição, abrindo-se ou negando-se ao relacionamento com o outro. A pessoa tem o seu corpo mas, por outro lado, é um corpo, implicando a experiência de corpo vivido. Assume um carácter privado e pessoal na medida em que é da pessoa, pertence-lhe, mas também assume um carácter público, pois é com ele que se dá aos outros, nos processos relacionais.

E 3 – “... com um bocado de medo em saber como é que seriam depois os tratamentos, se seria tanto fisicamente, porque são, porque estes tratamentos são à base de grandes doses de corticoides, o que me preocupava mais era a minha imagem perante as minhas filhas, o não andar, portanto o não poder, o arrastar da perna, o arrastar da perna sem força, todo aquele edema e todo aquele fâcies característico dos doentes com impregnação em corticoides...”

O corpo físico é extremamente elaborado e complexo, embora extremamente vulnerável. É através dele que a pessoa interage com o exterior, adaptando-se e expressando-se de acordo com a sua identidade. Para Merleau-Ponty (1999) o corpo humano exerce um papel mediador de toda e qualquer experiência possível, permitindo à pessoa ser no mundo, não diante do seu corpo mas no seu corpo.

Ele é o veículo mediador entre nós mesmos e os outros ou o mundo. Quando se é afectado pela doença, com repercussões visíveis a nível físico, esta capacidade de interacção sofre algumas alterações, na medida em que não se consegue dar resposta satisfatória às necessidades sentidas, considerando-se limitado a vários níveis.

Pelo corpo a pessoa pode interagir com o meio exterior, permitindo adaptar-se e defender a sua própria identidade e expressividade. Se para os homens este aspecto é importante, para as mulheres assume uma magnitude superior, uma vez que, o seu corpo está muito ligado ao conceito de reprodução, amamentação e maternidade (Serrano e Pires, 2008).

O impacto da cirurgia à mama na alteração da imagem corporal é mais evidente quando não se realiza a reconstrução imediata, o que condiciona no doente angústia ao se ver ao espelho após uma cirurgia tão mutilante. Para aquelas mulheres que têm de esperar pela reconstrução, a consciente confrontação com a sua nova imagem pode exercer impactos diferentes; por um lado pode conduzir a alterações importantes na auto-imagem mas, por outro, pode conduzir a uma reestruturação da sua identidade corporal e pessoal, integrando a mudança na sua nova vida. Para tal é muito importante, o apoio dos familiares e uma personalidade específica.

Segundo Vieira, Lopes e Shimo (2007), as mulheres acometidas pela doença oncológica de mama, ao retornarem à sua vida não o farão de forma normal, pois está implícita uma mudança de identidade relacionada com a alteração da imagem corporal e com a forma como interagem com os outros e com o mundo.

No estudo de Bredin (1999) as mulheres sentem a amputação da mama como uma experiência que se traduz por uma série de sentimentos desagradáveis, quer físicos como psicológicos. Ao olharem para a cicatriz sentem-se desconfortáveis e recorrem a estratégias para minimizar o

sofrimento, como a utilização de próteses ou o uso de roupas adequadas que as ajuda a melhorar a sensação de desagrado quanto à sua imagem corporal.

E 15 – “ao princípio custava-me até entrar para o chuveiro e tomar banho, ver-me assim, é difícil, era difícil, agora vou aceitando mas é difícil, eu gostava de me vestir de maneira diferente mas não posso...”

A pessoa existe num determinado corpo, possuindo vida. Como refere Honoré (2004:102) “Existindo, nós vivemos na corporeidade”. O corpo sujeito a diferentes manipulações e mesmo até a amputações não deixa de ser o corpo que traduz a existência daquela pessoa, pois estas também existem quando em sofrimento. Também Ferreira frisa esta ideia quando refere “Não sou menos «eu» com o corpo que sou eu, se esse corpo for mutilado. A mutilação limita-me a minha coordenação com o mundo, mas não a minha coordenação comigo, ou seja a minha total presença a mim através do corpo que sou” (1994:259, *aspas originais*).

Quando se tem saúde tem-se tendência para olhar para o espelho e gostar do que se vê, apaixonando-se pelo corpo de uma forma narcísica. Quando a doença surge e, com esta, as alterações físicas são evidentes, é notória a desilusão. A pessoa olha para o espelho e deixa de ver o seu reflexo como ser que era, olhando para um ser estranho, que lhe causa dor e sofrimento.

E 15 – “... é claro que foi complicado a primeira vez que me destaparam o penso, mas quis ver!, quis ver, disse ‘não, eu quero ver; tenho de me habituar!’... “se eu te disser que agora me custa mais ver-me assim do que naquele dia isso é verdade, sofro mais agora do que... sofro, é muito mais complicado agora do que naquela altura (emoção); naquela altura eu tinha um problema na mama, eu sabia que tinha que tirar qualquer coisa, para ficar bem e agora é mais complicado, é mais complicado.”

Num mundo que preza cada vez mais os corpos saudáveis e bonitos, lidar com as fraquezas e vulnerabilidade física e psíquica não se anuncia tarefa dócil. Em termos de relação com os outros, no que concerne ao conceito de identidade criado, é-se muitas vezes confrontado com alterações evidentes que condicionam esse relacionamento e a interacção com o mundo, o que pode conduzir ao afastamento social e ao sofrimento interior.

Ao longo dos anos e tendo em conta a exclusão social de que os doentes acabam por ser alvo, as pessoas tendem a descurar alguns dos sinais e sintomas que o seu corpo vai manifestando, adoptando uma postura de corpo saudável e apto para o trabalho. Neste sentido, é relativamente frequente que não valorizem o que sentem ou as manifestações do seu corpo, tendendo a culpabilizar-se no momento da confrontação com um diagnóstico de doença, sentindo-se responsáveis pelo seu desenvolvimento e aparecimento.

O sentimento de culpa pode ostentar dois sentidos diferentes, tendo em conta o contexto em que surge. Assim, sempre que emerge no sentido de que se fez algo que poderia ter sido feito de uma forma melhor e mais eficaz deve servir como incentivo ao aperfeiçoamento. Por outro lado, sempre que surge com o objectivo de aniquilar ou paralisar as capacidades da pessoa deve ser encarado como negativo e ser abolido.

Apesar de se viver numa sociedade em que a informação é veiculada de uma forma facilitada e constante, não se pode culpabilizar as pessoas pelo surgimento de determinada patologia. A vida é feita de riscos e não se pode, nem deve, julgar os outros e os seus comportamentos.

Para Gawain (2004) ninguém se deve culpabilizar por algo que lhe aconteça mas antes encarar essa experiência como uma oportunidade de aprendizagem, evitando adoptar uma atitude estática que o imobilize e impeça de responder eficazmente.

Na maioria das vezes as pessoas sentem-se responsabilizadas pela doença, tendo tendência a culpabilizar-se por terem permitido, por descuido talvez, que a sua saúde fosse abalada e não estarem despertas para as ameaças de que foram alvo. O facto de se ser acometido por uma doença, que se sabe capaz de ser evitada, pode condicionar na pessoa a sensação de culpa e punição por ter andado pouco atenta à sua saúde.

No entanto, quando se trata de doentes que não se encontram ligados à saúde, há uma certa tendência para culpabilizar os outros, especificamente os profissionais de saúde, tentando desresponsabilizar-se a si próprios como agentes incumbidos pela sua saúde. Ao contrário, no caso dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, a procura de resposta é auto-dirigida, recaindo sobre si próprios de forma punitiva e incisiva, na medida em que o seu corpo de saberes exerce um papel preponderante.

E 1- "... e em que é que eu tinha contribuído para que isso estivesse a acontecer. Não saber se eu tinha deixado passar alguma coisa em vão, que me tivesse provocado, que tivesse dado asas a esta doença."

Como referem Venâncio e Olivier (1999:108), "... a doença obriga o sujeito a dar-se atenção...", constatando-se que, no caso particular das mulheres, o surgimento de cancro da mama é, muitas vezes, associado à descurarização dos cuidados consigo mesma. No estudo de Almeida *et al.* (2001:66), as mulheres "...deixam transparecer sentimentos de culpa decorrentes da falta de cuidados consigo mesmas".

E 8 – "... houve coisas que eu se calhar, eu deveria ter-me preocupado e deveria ter sido mais cuidadosa e, de alguma forma, tentei camuflar, pronto."

Sendo profissionais de saúde, com conhecimentos específicos sobre as doenças e com habilitações e competências que lhes possibilitam fazer um diagnóstico diferencial da situação, a desatenção ou o protelar de procura de ajuda especializada também podem potencializar sentimentos de culpabilização.

E 1 – “... então mas eu não fui ao médico, até sou enfermeira, não valorizei isto.”

Inicialmente há sempre tendência para desvalorizar os sintomas, tentando associá-los a qualquer acontecimento ou facto vivenciado. Dificilmente as pessoas se encontram preparadas para sofrer e, muito menos, para relacionar os sintomas com algo mais sério. Frequentemente, só pela persistência e agravamento dos sintomas decidem procurar ajuda clínica.

E 1 – “... nós também temos sempre aquela coisa de atribuir, arranjar sempre uma desculpa para aquilo que nos está a acontecer e arranjar assim uma: ah tenho isto porque não durmo, tenho isto porque fiz um esforço...”

A vantagem que se tira de um processo de culpabilização tem a ver com a aprendizagem de que se deve estar mais atento e ser mais cauteloso em situações futuras. O sentimento de culpa irá ser solucionado ou minimizado através da disponibilidade demonstrada pela pessoa em se perdoar e aceitar as suas limitações (Pangrazzi, 2010).

Como consequência da doença surge, muitas vezes, a debilidade e, com ela, os seus limites inerentes. Torna-se necessário aceitar as limitações e admitir a fragilidade humana, agindo no sentido de enfrentar os estímulos potenciadores da ruptura da integridade humana e de se proteger, encarando a doença “...como um fenómeno natural que embora perturbe a rotina normal prévia e anteriormente diferente, é outra forma de estar na vida.” (Campos, 2010:33).

E 15 – “... agora penso, penso, olho mais friamente para as coisas, vejo...vejo que tenho limitações, pronto, que não sou a mesma pessoa, não sou, não consigo, não consigo fazer o que fazia...”

A sensação de vulnerabilidade que caracteriza as pessoas consegue ser mais intensa e aniquiladora do que a própria morte, pois mais sofredora que a cessação da vida com a morte é a morte quotidiana que sentem, pela constante alienação de si e a sua desintegração enquanto ser consigo, com os outros e com o mundo. Para Bonino (2007: 150) “... ser confrontado com o papel de quem precisa de ajuda e não é mais o apoio dos filhos pode ser fonte de sentimentos de culpa e de grande sofrimento.”

E 3 – “...os filhos, irem para a escola e a mãe não, não... ficar incapacitada; aquela sensação de incapacidade perante os filhos, perante as minhas filhas, não em termos de ... em termos físicos só, e também psicológicos...”

O facto de os sintomas e sinais começarem a ser perceptíveis aos olhos dos outros condiciona na pessoa um maior sentimento de vulnerabilidade, pois esta sente que as suas fragilidades estão ao alcance dos olhos daqueles que se encontram saudáveis e a ocupar ou exercer um papel que lhes é intrínseco e que faz parte da sua vida pessoal e profissional. Para Sampaio, “... a doença põe a nu o barro que é o homem, a sua radical insuficiência, a vulnerabilidade e a fragilidade humana...” (2009:129).

E 10 – “... olha no fundo, é também uma incapacidade, uma certa impotência, porque deixamos de controlar aquilo que anteriormente controlávamos bem e, pronto, sentimo-nos impotentes pelo facto de não conseguirmos controlar nem as nossas coisas nem aquilo que deixámos em casa...”

Mesmo doentes, muitas pessoas, procuram disfarçar o seu sofrimento para poderem proteger os que amam de sofrer, evitando causar-lhes qualquer tipo de desconforto. Esta postura exige muito trabalho emocional, para poder controlar as suas dores físicas, sendo revelador de grande generosidade e carinho pelos seus próximos. Nas palavras de Ribeiro (2005:28) há pessoas que “...escondem dos outros a sua preocupação, procurando salvar as aparências; outras, ao contrário tendem a abrir-se aos outros, em busca de solidariedade. A atitude de quem guarda para si o sofrimento é, evidentemente, mais perigosa que a de quem o faz partilhar por outrem”

E 11 – “Se eu dissesse que estou doente, como eu sempre fui assim, introvertida e reservada, eles pensariam que eu estava a morrer mesmo. Não, não vale a pena; eu acho que não vale a pena. Também não ia aguentar. Eu é que não ia aguentar o sofrimento deles! Não, não ia mesmo!”

Toda a existência humana é pautada pela possibilidade de morrer ou ser ferido de morte, pelo que as pessoas devem viver a vida como um processo de crescimento e enriquecimento pessoal. No dizer de Borges, “É preciso aprender a viver, a conviver com a morte. Porque isto faz parte da vida. É preciso conviver com a morte para retomar a sabedoria de viver” (2010:9).

A sociedade não está preparada para aceitar os fracos, vulneráveis e indefesos. A vitalidade, a saúde e a pujança são aspectos cada vez mais valorizados e quem não se sente e mostra assim não se sente bem na sociedade. Como refere Albisetti (2008b:31), “Não quer que nos mostremos fracos, não quer que nos descubramos na nossa fragilidade nua, não quer que peçamos ajuda quando estamos mal”.

As participantes do estudo de Kralik, Brown e Koch (2001), referem sentir-se vulneráveis e perdidas aquando do processo de compreensão e interiorização do diagnóstico atribuído e das consequências advindas para o presente e futuro.

Todas as limitações sentidas e a sensação de incapacidade inerente fazem com que a pessoa se sinta menos confortável na sua posição de doente, a nível pessoal e profissional. Muitas vezes estas limitações implicam a transferência de local de trabalho e, nem sempre, as pessoas aceitam essa condicionante e o fazem.

No trabalho de Sanches e Boemer (2002), sobre a vivência da dor por parte dos doentes, foca-se o aspecto de a doença condicionar algumas limitações e, embora se certifique vontade e esforço por parte destes, denota-se a incapacidade para realizar as mesmas funções que faziam anteriormente e a obtenção do mesmo nível de resultados. No entanto, a possibilidade de se manterem no mesmo local de trabalho é um estímulo positivo, pois potencia os sentimentos de auto-estima e contribui para a adopção de uma postura activa e menos frustrante e limitadora.

No estudo de Leite, Merighi e Silva (2007:4) as enfermeiras, apesar de sentirem muitas dores osteoarticulares, mantêm-se no local de trabalho, procurando manter as suas funções, resistindo e lutando contra a dor, para não se afastarem do que gostam de fazer, pois consideram que o afastamento traduz a exposição máxima da sua vulnerabilidade, dizendo que "...estar afastada do trabalho significa muito mais que admitir sua doença, significando aceitar e tornar público a sua incapacidade", admitindo que a confrontação com a doença lhes permite encarar a vida com as suas limitações e lhes oferece a possibilidade de atribuírem um novo significado à sua existência.

No entanto, em alguns casos, a tomada de consciência das limitações pode facilitar a compreensão da necessidade de alterar o tipo de funções desempenhadas em contexto profissional, o que se revela difícil, na medida em que "...com o agravamento da doença, surge a sensação de que jamais poderia exercer a sua profissão novamente, o que gerou sentimento intenso de incapacidade." (Leite, Merighi e Silva, 2007:5).

E 15 – "... eu agora penso, quer dizer vou pedir transferência, vou pedir transferência para onde?, ortopedia - não posso prestar os cuidados que prestava, não posso e tenho consciência de que não posso, porque são os aparelhos gessados, são não sei quê, são os doentes com prótese que é preciso mobilizar e não sei quê, não se pode ... não posso! Hoje estou consciente de que não posso."

Sendo a doença um acontecimento do corpo, humanamente falando, é um acontecimento doloroso, uma vez que a pessoa sofre perdas em diferentes graus. Cada uma vivencia a experiência de doença de forma única e singular, sendo também singular o sofrimento vivenciado.

No entanto, a doença e todo o sofrimento inerente não atinge somente a própria pessoa, alargando-se à sua família e amigos, onde todos são influenciados e podem contribuir para um processo de adaptação à mesma e, conseqüentemente, recuperação e cura. Deste modo não é um acontecimento puramente individual, podendo ter repercussões familiares, sociais e culturais.

E 3 – “em termos também, de ambiente familiar, portanto, foi também uma aprendizagem, acho que todos aprendemos a ter um bocado mais a noção... a ter um bocado mais a noção da divisão de tarefas, de ter mais um bocado a noção do apoio que precisamos todos uns dos outros, acho que há mais atenção”

E 5 – “a preocupação dos familiares mais directos também era uma preocupação para mim; como utente internado, a preocupação que os outros tinham para comigo, de fora e, às vezes, tentava transparecer que as coisas iriam ficar bem, até para tranquilizar as pessoas de fora”

Nas palavras de Castro e Dias “...a situação de doença, com suas perdas e as mudanças de hábito na vida dos pacientes, é um fato difícil a ser enfrentado, uma vez que causa sofrimento e possíveis rupturas de vínculo com a família, os amigos e o meio social” (2008:9)

A confrontação com a doença conduz a pessoa a um afastamento da sua vida social pela exigência de adaptação a uma série de comportamentos e rotinas impostas pelo contexto hospitalar. Como referem Venâncio e Olivier (1999), se por um lado a doença promove maiores e mais fecundos encontros e reencontros com os familiares e amigos, por outro lado pode enfatizar a ideia de separação do mundo dos doentes em relação aos sãos, constatando-se alguma tendência para os doentes se sentirem humilhados, na medida em que sentem que as capacidades, outrora mantidas e demonstradas, sofreram um abalo e não se revelam satisfatoriamente eficazes.

E 6 – “Quando tu estás do outro lado inibes-te um bocadinho...”

E 8 – “... foi o significado de nós, efectivamente, pensarmos que não somos indestrutíveis, que estamos acima da carne seca, como se costuma dizer...”

A doença impõe uma mudança no ritmo de vida da pessoa revelando-se como uma ameaça à sua própria existência. Para Torralba i Roselló (2009:70) a doença traduz uma “alteração global da estrutura pluridimensional e plurirelacional da pessoa”, tratando-se de “...uma

mutação transcendental do ser humano que altera globalmente seu ser e sua estrutura, tanto do ponto de vista exterior como do ponto de vista interior”.

Neste contexto, pode ser limitadora das possibilidades de realização humana uma vez que o doente é confrontado com uma situação de limitações físicas que o impedem, muitas vezes, de se cuidar sozinho e vai necessitar de ser sujeito a determinado tratamento, tornando-se menos livre.

A doença também condiciona muitas alterações a nível social, na medida em que pode suscitar inúmeros constrangimentos. No estudo de Albuquerque *et al.* (2009) a participante revela que não passa os seus fins-de-semana em casa de ninguém, mesmo de amigos, pois receia que possa surgir alguma complicação, não se sentindo à-vontade para usar a casa de banho dos outros numa tarefa tão delicada e pessoal como é o caso de substituir um saco de ostomia de eliminação.

Bonino considera que

“...a condição de doença tende a afastar os outros: a parca mobilidade limita os encontros, o cansaço impede a frequência dos amigos e a participação nos habituais momentos que ritmam a vida social, as recaídas impedem a manutenção de relações contínuas e a imprevisibilidade tão acentuada em algumas patologias põe à prova as relações sociais porque nem sempre permite que se faça o previamente combinado” (2007:146).

E 11 – “deixei de ir jantar com amigos e tal, porque não dá mesmo, porque estou cheia de dores, porque no fim do dia já não consigo quase me mexer”

Para Bolander, “A vida dos doentes crónicos e dos outros significativos tem que ser reordenada, por vezes drasticamente, de forma a que os sintomas possam ser controlados, permitindo assim um estilo de vida o mais normal possível” (1998:467).

E 14 – “Senti debilidade, sou uma pessoa que vou nadar, com as minhas amigas, duas ou três vezes por semana, vou à piscina, vou fazer o meu exercício e não ia, não podia ir; os outros iam e eu não ia, na altura.”

Por outro lado, a doença pode revelar alguns benefícios, na medida em que o doente passa a ser o centro das atenções, quer por parte dos familiares como dos amigos. Segundo Venâncio e Olivier (1999:103, *aspas originais*), “O doente é cercado de cuidados, os familiares se preocupam, os amigos vão visitá-los, há um interesse genuíno pelo doente, todos querem saber «como ele está» e fazem votos para o seu «pronto restabelecimento»”.

No entanto, estes benefícios nem sempre são interiorizados de forma consciente pelo doente, especificamente quando este não vivencia a experiência como uma oportunidade de melhorar os seus relacionamentos e de sentir quão importante é para os seus próximos. Por outro lado, a doença pode ser encarada como um fracasso pois, para além, das alterações físicas e psicológicas que padece, sem ser de sua vontade, fá-lo sentir mais vulnerável e frágil e pensar que só é aceite e sujeito aos cuidados e preocupação por parte dos outros, pela doença que sofre e não por si próprio e pela pessoa que é e que foi, não interiorizando a sua vivência de doença como propícia ao centralismo da atenção sobre a sua pessoa.

Como tal, e para Albuquerque e Oliveira (2002:1), "... a presença ou ausência de doença é um problema pessoal e social. É pessoal, porque a capacidade individual para trabalhar, ser produtivo, amar e divertir-se está relacionada com a saúde física e mental da pessoa. E social, pois a doença de uma pessoa pode afectar outras pessoas significativas..."

Tendo consciência deste facto, os enfermeiros, enquanto doentes, revelam algum constrangimento em assumir o seu papel de doente, adoptando estratégias de *coping* que passam muitas vezes pela fuga à assumpção do referido papel. Encaram a fuga como uma alternativa para diminuir o desconforto causado pela hospitalização e pela inversão de papéis, distanciando-se do problema e procurando minimizar as ameaças à sua integridade individual, na tentativa de conservarem o seu equilíbrio.

E 1 – “A senhora estava mal! e nós, a H. punctionou mais eu, e agimos como se estivéssemos, nós com os nossos frasquinhos de redy-vac no bolso do robe, agimos como se estivéssemos a trabalhar. Nitidamente a trabalhar! Esquecemo-nos que éramos umas doentes.”

E 11 – “... há dias, quando tenho muitas dores, muitas dores, às vezes nem consigo dormir e eu também sou uma anti-medicamentos, porque só há dois ou três anos é que me estou a comportar bem. Dantes não fazia, não fazia mesmo. Não fazia o que os médicos diziam.” (...) “Até eu dizer ‘estou doente’, tenho que parar, demorei quase dois ou três anos...”

Dráuzio Varela (2009), como médico, considera humilhante a tendência que o indivíduo doente tem para obedecer cordialmente a todas as ordens e pedidos emitidos por parte de outrem, sejam profissionais ou familiares, alegando que se trata de uma regressão ao período de fragilidade e dependência dos cuidados maternos.

Para um indivíduo adulto que sempre foi autónomo, precisar de ajuda para a satisfação das suas necessidades humanas básicas condiciona alguma apreensão e angústia, podendo mesmo manifestar-se com atitudes de revolta. O autor supracitado, ao desabafar por si próprio as implicações de necessitar de ajuda para tomar banho, comenta: “Que perguntas e comentários maldosos não fariam aquelas mentes pérfidas? Aceitar ajuda era dar munição ao inimigo, uma

reputação construída ao longo de sessenta anos não seria atirada aos lobos a troco de um mísero banho de chuveiro” (2009:44,5).

A percepção da vivência da doença pelos enfermeiros é única e subjectiva, em que cada um vai encarar e perceber a sua experiência vivida de acordo com as suas referências, influenciando a realidade observada.

Sendo profissionais que se dedicam exclusivamente ao cuidado do outro, o facto de estarem doentes e de necessitarem do cuidado dos seus homólogos pode condicionar sentimentos de frustração profissional, na medida em que serão eles o alvo de cuidados, assumindo um papel oposto ao que estavam habituados.

E 5 – “... sendo cuidador, quer dizer, à partida tens um manancial de informação e de capacidade para te entenderes como cuidado mas eu não vejo as coisas assim, ou pelo menos não as senti assim; eu como cuidado, senti-me num papel... um pouco desconfortável.”

Estes sentimentos estão muitas vezes relacionados com o agravamento da sua situação e com a progressiva incapacitação para desempenhar as suas funções, condicionando-lhe a sensação de improdutividade. O trabalho é muito importante para as pessoas e o facto de se encontrarem impossibilitadas de o desempenharem causa uma sensação de perda, nomeadamente, das suas capacidades e competências, que se revela difícil de ser ultrapassada, o que lhes pode afectar o estado de ânimo (Castro e Dias, 2008).

E 15 – “... embora eu estivesse ali sabia que não podia fazer o que eles estavam a fazer, estava do outro lado, como se diz, ...”

E 5 – “Eu acho que quando tu és cuidador ainda é mais difícil estares na situação de cuidado, porque é um hábito enraizado em ti o estares a cuidar de outrem...”

O facto de se estar doente e não poder desempenhar as suas funções laborais da mesma forma condiciona muita angústia, pois agrava os sentimentos de incapacidade e leva à quebra do silêncio e do carácter sigiloso do seu problema de saúde.

Deste modo, a vivência de um papel com o qual não se identificam e que contraria, de algum modo, o objectivo do seu agir quotidiano, leva o enfermeiro a ansiar, com expectativa, pela cura, para que o tempo de internamento passe depressa e possam ter alta, deixando aquele ambiente que, apesar de familiar, lhe causa momentaneamente, tanto desconforto.

E 4 – “... desertinha de me ir embora. Era um local de passagem, só!”

E 4 – “... é estar num sítio onde não queria estar, não é propriamente por estar dependente daquilo que me estavam a fazer, porque eu não queria estar era doente, pronto.”

A assumpção do papel de doente aliada à aceitação de todas as manifestações que lhes estão inerentes não se revela tarefa fácil, exigindo de todas as pessoas capacidades de adaptação à sua condição de doente.

Ser doente

A experiência de doença vai ter implicações a vários níveis, nomeadamente físicos, psicológicos, sociais e espirituais. A nível físico foram focadas as principais reacções que caracterizam o estar doente complementando-se com os sentimentos e emoções associados ao ser doente. Este conceito é mais abrangente e traduz o que está implícito na experiência pessoal de estar doente, em que a pessoa se confronta com as alterações inerentes à mudança no seu estado de saúde e interioriza o que sente ao viver condicionado por essas circunstâncias.

Vive-se numa sociedade que preza sobretudo a saúde e a beleza física, em associação com o sucesso e a eficácia. A subestimação da possibilidade de ocorrência de eventos negativos na vida das pessoas leva-as a não se encontrarem totalmente preparadas para lidar com determinadas situações. No caso das doenças, as pessoas demonstram dificuldades em aceitar a sua vulnerabilidade e fragilidade, demonstrando alguma ilusão de que permanecerão jovens e saudáveis por muito tempo.

As pessoas vivem a sua vida com este propósito essencial, demonstrando muita dificuldade em lidar com as alterações inerentes à doença. Se se revela complicado enfrentar e aceitar as alterações físicas e mais evidentes de estar doente, não é descabido pensar que a interiorização e assumpção do papel de doente se revelem extremamente delicadas, uma vez que envolvem aspectos mais íntimos, subjectivos e pessoais, característicos de cada pessoa.

A vulnerabilidade está presente em toda a vida do ser humano, embora inconscientemente este adopte medidas para lidar com ela, no sentido de se proteger dos diversos perigos a que se encontra exposto. Como refere Torralba i Roselló (2009:57) “A experiência da vulnerabilidade está intimamente arraigada na humanidade...vulnerabilidade significa fragilidade, precariedade. O ser humano está exposto a múltiplos perigos: o perigo de adoecer, o perigo de ser agredido, o perigo de fracassar, o perigo de morrer. Viver humanamente significa, pois, viver na vulnerabilidade”. Neste sentido existe uma relação antropológica entre a doença e a vulnerabilidade, pois quando o indivíduo se encontra vulnerável está muito mais exposto à doença. Concomitantemente, quando adoecer toma realmente consciência da

sua vulnerabilidade, pois o seu estado nunca é neutro, variando sempre na dialéctica são-doente.

Sendo a doença um acontecimento marcante na vida de uma pessoa é compreensível que a sua vivência seja acompanhada de sentimentos específicos, que enaltecem as referidas sensações de fragilidade e de vulnerabilidade humana. Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, habituados a viver e conviver com a doença do outro e assumindo um papel imprescindível no processo de aceitação e resolução da doença, no papel de doentes sentem-se desconfortáveis e humilhados.

Nas palavras de Campos, na sua luta contra a doença oncológica, a sensação de dependência dos outros foi uma experiência humilhante, referindo que:

“Tinha vontade de urinar em cada três minutos. Às tantas pedi um resguardo, uma fralda, tal era a frequência da vontade. Que sensação horrível, que desumanidade a que se chega pela condição de doente, que vergonha, que tudo! Eu não sabia que se sofria assim, que se chegava tão perto do nada, que estar doente era tão duro, se afastava tanto da normalidade” (2010:114,5).

Esta sensação de humilhação prende-se com a alteração na sua rotina de vida diária, em que se encontravam preparados e aptos para cuidar dos outros e sentem que, naquele momento, necessitam de ser cuidados pelos seus pares e outros profissionais de saúde.

Há situações em que os doentes se sentem inferiorizados pelo facto de serem submissos aos cuidados de outrem, estando este sentimento de inferioridade directamente relacionado com a perda de autonomia e com a dependência (Campos, 2005).

E 5 – “Dependente ao ponto de as minhas necessidades humanas básicas serem postas, postas em causa e ter que ser cuidado por pessoas com quem eu trabalhava diariamente, e isso causou-me bastante angústia.”

Esta sensação desconfortável está também relacionada com as alterações sofridas a nível familiar e social, e não só a nível físico e pessoal. “Uma pessoa hospitalizada não tem sempre como primeira preocupação a sua dor e a perturbação do seu corpo. Ela pode estar sobretudo preocupada com aquilo que, no imediato, está interrompido na sua vida, aquilo de que ela própria cuidava” (Honoré, 2004:106).

E 3 – “o ser nova e ter filhos novos, ter crianças ainda para educar e viver [...] era altura de aulas, toda a gente sai de casa, os filhos, o marido, e eu ficava em casa fechada, e isso foi muito difícil!”

Compreende-se a importância do apoio demonstrado pelos familiares e amigos, revelando-se muito útil na minimização da angústia e sofrimento inerentes a um processo de hospitalização. Como refere Graças (1997:23), “O vazio deixado pela separação dos parentes e amigos e a preocupação de não poder cumprir com as responsabilidades perante a família são problemas vivenciados com acentuada ansiedade durante a hospitalização”.

E 1 – “há sempre a angústia de um internamento, de dormir fora de casa, de comer fora de casa, de ter os nossos filhos não sabemos muito bem onde, a nossa família, os nossos amigos, a nossa vida.”

Torna-se então significativo que a pessoa doente sinta necessidade de saber como estão os seus familiares e perceber que, mesmo afastada, consegue apoiá-los e demonstrar a sua preocupação. Para tal é importante que mantenham um contacto próximo e de acompanhamento contínuo, o que pode ser possível em resultado das visitas efectuadas durante o período de internamento.

No entanto, as visitas podem assumir dois papéis: a) proporcionando bem-estar e procurando apoiar o outro, minimizando o seu sofrimento e b) fomentando sentimentos de tristeza quer pela sua ausência posterior ou pelo facto de irem confrontar-se com o outro no papel de doente, com todas as condições de vulnerabilidade e fragilidade inerentes (Graças, 1997).

E 10 – “... dolorosa toda esta situação da vida de casa, do sentimento, de um bocadinho de ignorância, de angústia, de um bocadinho da impotência que a gente sente e que sabe que tem que estar ali...”

Apesar de serem detentores de conhecimentos científicos na área da saúde e do ambiente hospitalar, a sua estadia não está isenta de receios, na medida em que compreendem que não dominam todos os assuntos e que também têm dúvidas, como qualquer outra pessoa. Por outro lado, o facto de estarem numa posição desconfortável e com pouca preparação pessoal para assumirem aquele papel, leva-os a se confrontarem com imensas dúvidas e a revelar incerteza e insegurança quanto ao que sabem, pois a sua aplicação na situação de outrem não é tão perturbadora quanto a aplicação à sua situação particular.

E 9 – “... como eu sou enfermeiro sei tudo, é tudo mentira, quando estou deitado acaba por se perder conhecimentos, por mais inteligente que as pessoas sejam e que façam ideia de que são um crânio, são barras, acabam por se esquecer e depois tentam dizer sempre eu sou o enfermeiro, para tentar colher benefícios...”

Séneca encarava o homem como um “cidadão do mundo, um ser independente, com uma visão alargada de conjunto, que pode ser útil a si e aos outros” (2004:10). Sendo um ser

individual, com capacidades de acção, responsabilidade e domínio sobre si e sobre os seus actos, desde cedo se habituou a reflectir sobre eles e a agir de forma livre.

A doença pode também ser encarada como uma perda, na medida em que condiciona o indivíduo a uma situação nova e para a qual não se encontra preparado, podendo tornar-se limitadora de novas oportunidades. Existem muitos condicionalismos e muitas restrições que conduzem a uma sensação de aprisionamento consentido, em que a sensação de liberdade se esvai de forma consciente ou, pelo menos, legalmente documentada. Ao estar doente e sujeito a um número de princípios e direitos, o indivíduo sente a sua liberdade de escolha limitada, sujeitando-se muitas vezes, aos conselhos e decisões de quem o trata e cuida.

Sendo a liberdade uma característica essencial dos seres inteligentes e racionais, que os distingue dos demais, traduz voluntariedade, substancial aos actos humanos, não se revelando uma característica absoluta, na medida em que é influenciada por um conjunto de limitações específicas da corporeidade do ser humano, que podem condicionar o seu agir.

Para Torralba i Roselló, “Se a autonomia é a capacidade de reger-se por si só, ou seja, a faculdade de pensar e de decidir segundo suas próprias convicções, a perda de autonomia significa a perda de liberdade, a capacidade electiva, o que supõe um incremento de dependência, de heteronomia” (2009:105).

A experiência de estar internado e de sofrer alterações nos seus hábitos e rotinas de vida diária condiciona muita apreensão por parte de qualquer pessoa, na medida em que limita, de alguma forma, a sua sensação de liberdade. No caso dos enfermeiros, este impacto pode ser minimizado, na medida em que são conhecedores do ambiente hospitalar e das rotinas instituídas.

No entanto, este conhecimento é interiorizado de forma natural, enquanto profissionais, pelo facto de trabalharem numa instituição hospitalar e lidarem com um conjunto de regras que se sabem facilitadoras do desempenho das suas funções. No papel de doentes, os enfermeiros revelam algum desconforto com a necessidade de cumprirem as referidas regras.

Perante uma situação de doença e toda a angústia e incerteza que a caracteriza, a pessoa vê-se limitada no seu *vir a ser* pois tem de lidar com todas as alterações associadas e responder efectivamente às solicitações e princípios protocolados na instituição onde se encontram. A necessidade de se cumprirem horários rígidos e o impedimento de saírem da instituição, quer por impossibilidade física ou imposta pelo regime institucional, condiciona na pessoa

frustrações e sensação de restrição das suas possibilidades de *vir a ser*, na sua relação consigo próprio, com os outros e com o mundo, que outrora a caracterizava.

Graças refere que “...as pessoas hospitalizadas sofrem por sentirem-se condenadas ao exílio, por terem os seus desejos coibidos, e por estarem subordinados às normas burocráticas que regem o espaço hospitalar” (1997:241).

E 10 – “... o ter que estar ali, não poder sair e não poder ir fazer aquilo que achamos que tem que ser feito, não é, porque temos de, ninguém nos está a prender, mas sabemos que temos de estar ali porque não estamos bem para ir para outro lado.”

Por outro lado, ao terem conhecimento das actividades a desenvolver pelos profissionais de saúde, sentem uma curiosidade acrescida em saber o que estarão a dizer sobre a sua situação clínica; o que imaginam que seja, no caso de haver dúvidas quanto ao diagnóstico; o que irão decidir e fazer posteriormente; qual o prognóstico e o que é esperado em termos de evolução.

E 3 – “... tudo aquilo que é feito fora da nossa presença, que nós sabemos como enfermeiros, que as passagens de turno, o que se passa, havia uma curiosidade imensa em saber o que é que diziam, saber se realmente era o que o médico dizia, se estava realmente melhor e se aquilo ia passar, que ia tomar isto ou que ia tomar aquilo ...”

A sua postura enquanto doentes também vai ser influenciada pelo facto de serem profissionais de saúde e de possuírem um saber específico. As pessoas revelam alguma dificuldade em aceitar que têm limites e que não dominam todos os assuntos da mesma forma. O facto de serem enfermeiros não traduz que possuam conhecimentos globais acerca de toda e qualquer doença e, muito menos, que se encontrem preparados para confrontar a doença, o que pode levá-los a desvalorizar os sintomas como qualquer outra pessoa.

E 13 – “... havia uma dor que eu sentia a nível do pulmão mas que não valorizava, pensei que fosse mais uma contractura muscular...”

Sabe-se que os profissionais de saúde enveredam por áreas de profissionalização diferentes, especializando-se nalgumas áreas em prejuízo de outras. Neste contexto, percebe-se que não dominem todos os assuntos da mesma forma e que demonstrem dúvidas e dificuldades em compreender algumas situações específicas.

Desta forma é compreensível que alguns anunciem atitudes de reserva e de protecção, procurando demonstrar a sua receptividade em serem devidamente informados pelos profissionais que desempenham as suas funções naquele contexto particular, assumindo as suas limitações.

E 14 - "... eu agora, por exemplo, quando estou internada e sou operada, digo isto 'você desculpem-me porque eu percebo muito de meios quilos e por aí, agora eu destas coisas não percebo nada, isto para mim é tudo novo', salvaguardo-me assim um bocado, a posição e é verdade!, é verdade e não deixa de ser mentira, porque as colegas sabem muito mais disso do que eu, quem lá está a trabalhar percebe muito mais disso do que eu..."

O facto de serem detentores de um algum conhecimento sobre a sua situação pode revelar-se benéfico ou prejudicial, na medida em que pode facilitar ou não o processo de interiorização da situação e o desenvolvimento de estratégias adequadas face à mesma. O profissional de saúde tem tendência para encarar a sua situação actual e futura na vertente da aplicação do seu saber, o que pode conduzir a algum sofrimento antecipatório.

Campos, na sua vivência do processo de doença, refere que

"Tomei, desde cedo uma atitude que penso ser inteligente e sensata que foi procurar não informar-me muito sobre a doença. Como disse há pouco, por ser médica, tinha alguns privilégios mas também um grande inconveniente. Não vivemos na escuridão do conhecimento. Sabemos melhor que ninguém o que temos, o que nos espera e, conseqüentemente, sofremos muito mais em comparação com o doente comum" (2010:26).

E 14 – "Ter conhecimentos é uma faca de dois gumes, é de dois, até de três ou quatro!"

A preocupação constante conduz a pessoa a sofrer antecipadamente, valorizando aspectos ainda ou até inexistentes, o que lhes causa sofrimento. Para Paldrön (2006:59), "Infligimo-nos constantemente sofrimentos terríveis e desnecessários com esta tendência para antecipar problemas".

E 15 – "Não facilita. É mais difícil para nós, eu acho que o não sabermos, a ignorância é muito boa na... para este tipo de doenças; acho que o facto de uma pessoa não saber e eu, é como te digo, depois quando fui fazer quimio, optei por isso, deixei porque eu fui operada em Julho, eu passei o mês de Agosto naquela fase em que a médica ainda me disse, pode ser que não precise de fazer quimio, pode ser que não sei quê; aquele... aquele mês, eu passei aqui nesta sala com livros, com o computador à procura de coisas e não sei quê, e não sei quantos mais e foi uma loucura..."

Também Varela, na sua condição de médico, avaliava a sua situação e possível evolução no sentido do agravamento e da necessidade de procedimentos mais invasivos e menos toleráveis, pensando implicitamente no pior, quando refere "... começa com o CPAP, depois entra em fadiga respiratória, desce para a UTI e termina com uma sonda traqueal ligada ao aparelho de ventilação. Daí em diante, quem pode saber?" (2009:49)

E 10 – "... por exemplo, fizeram-me por exemplo o teste da tuberculina e eu comecei a fazer logo reacção e eu... 'será que é tuberculose?!', 'será que é isso?', uma pessoa começa logo a fazer múltiplos diagnósticos..."

A ignorância ou a diminuição temporária das faculdades mentais pode ser um reflexo de máxima vulnerabilidade do ser humano, pois deixa-o muito mais exposto ao abuso de poder por parte dos outros que estão mais bem informados e que dominam a situação. No dizer de Varela “O sofrimento físico tem o dom de igualar estudiosos e iletrados” (2009:35).

Numa situação normal a relação que se estabelece entre enfermeiro e doente torna-se sempre desigual, pois um indivíduo saudável e com conhecimento está a prestar cuidados e ao serviço de outro indivíduo que se encontra vulnerável e dependente dos seus cuidados. Embora se devam cumprir os direitos e deveres de ambos os envolvidos neste processo, é notória alguma desigualdade de poder, nomeadamente na actuação dos profissionais, no sentido de ajudar a melhorar o estado de saúde do ser cuidado.

Quanto à assimetria em termos de informação, é frequente verificar-se que o doente sabe menos da sua situação que o profissional, o que até pode ser compreensível. Estas diferenças quanto ao saber podem causar ansiedade nos doentes, pelo que os profissionais têm o dever de os informar e esclarecer. No caso de os doentes serem detentores de um corpo de conhecimentos técnicos e científicos na área da saúde, minimiza-se essa assimetria do saber, o que se pode revelar facilitador ou não na vivência desta experiência ansiogénica.

E 12 – “Efectivamente que, se calhar, se nós não tivéssemos conhecimentos de nada, eu nem sabia o que é que era um íleo paralítico e ficava naquela - os vómitos serão normais, é devido à anestesia, é... pronto, é o que muitos doentes dizem.”

Esta desigualdade de poder não é tão notória quando se cuida de um profissional de saúde, uma vez que este também possui conhecimentos na área e, por norma, está informado do seu quadro clínico e do seu estado de saúde. Por outro lado, esta aproximação na relação também pode ser causadora de ansiedade, pois o cumprimento dos seus deveres, especificamente, o da informação, é mais exigente e pode ser desgastante.

E 4 – “Em termos de prestação de cuidados a um enfermeiro, eu presto de igual modo em termos daquilo que é preciso fazer e a explicar o que vou fazer; procuro talvez um vocabulário: em vez de dizer que vou mudar aqui um adesivosito, sou capaz de dizer que vou fazer o penso de cateter...”

O saber pode ser vantajoso na medida em que permite desenvolver estratégias para enfrentar os diferentes procedimentos e os sintomas ou desconfortos a eles associados. A procura de informação é comum nos doentes, pois estes sentem necessidade de saber e de controlar, pelo menos intelectualmente, a sua situação, visando diminuir o sentimento de dúvida e incerteza quanto ao seu estado e a ansiedade associada à sua ameaça à vida.

Para Bolander (1998:457), “O conhecimento dá-lhes uma sensação de poder para combater a fraqueza que frequentemente ocorre... Conhecer-se a doença e o seu tratamento permite igualmente ao doente participar mais conscientemente nas decisões relativas às alternativas de tratamento e às opções, como o estabelecimento de cuidados”.

Quanto mais informação mais poder. O enfermeiro ao estar doente pode fazer uso do seu conhecimento científico, dotando-se dos instrumentos básicos para poder gerir a sua situação e adoptar uma atitude responsável e pró-activa nos diferentes processos de decisão com que se confronta.

E 3 – “... aliás essa punção lombar foi adiada por mim propositadamente, por ser enfermeira, por conhecer e por me ter sido informado que a partir do momento em que me fizessem essa punção, que eu teria, correria o risco de perder a força muscular em que o sistema imunitário, em termos de lúpus, em termos de doença, que iria exacerbar-se e portanto, poderia vir a fazer complicações...”

Esta informação existente pode atribuir-lhe uma sensação de poder ou, por outro lado, ser um inconveniente pois pode não traduzir um conhecimento fundamentado e levar as pessoas a omitir dúvidas ou a agir de forma pouco esclarecida.

E 3 – “... tive um bocado a preocupação, que eu acho que todos nós temos, como enfermeiros, é não querer mostrar ao colega que estamos inseguros...”

E 9 – “... uma pessoa não fala para não sofrer represálias. Isto é natural.”

Segundo Pereira (2007), na relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os doentes, podem verificar-se dois tipos de comportamentos: alguma superioridade dos profissionais face à falta de domínio de alguns conhecimentos por parte dos doentes ou alguma ‘arrogância’ da parte dos doentes, impondo o seu saber e discutindo, por vezes irrazoavelmente, o que é dito e feito.

Num determinado sentido a transmissão de informação pode condicionar no doente a sensação de independência, pois estando informados podem agir de forma mais autónoma e consciente ou pode, fomentar a sensação de dependência, pelo facto de terem sido informados mas não dominarem o assunto e não se sentirem seguros para adoptar uma atitude pró-activa.

Muitas vezes, apesar de bem informados e de serem detentores de conhecimentos científicos, não podem intervir de forma activa no processo de tomada de decisão sobre aspectos directamente relacionados com a sua pessoa, levando-os a sentir falta de liberdade e alguma anulação ao seu ser pessoa, como ser auto-determinado que é (Graças, 1997).

E 11 – “... por exemplo o *tilt*, que é aquele exame que avalia a pulsação para avaliar a hipotensão ortostática e eu nem sabia o que é que me iam fazer, eu cheguei lá, fui amarrada à maca e pronto, senti-me mal.”[...] “Ser informado, é sobretudo ser informado. Eu acho que os nossos colegas deviam informar mais as pessoas, porque nós não estamos ali... é o que eu digo, eu não sou uma doença, sou uma pessoa e é assim.”

O saber pode assumir o papel de ‘faca de dois gumes’ na medida em que pode ajudar a pessoa a viver o que tem de viver ou, por outro lado, pode condicionar sofrimentos suplementares.

E 5 – “... considero que às vezes e em determinados casos, não só no meu, às vezes a ignorância também é um ponto interessante, porque o sabermos demais, muitas vezes, também pode ser prejudicial ao nosso, ao nosso internamento e até ao nosso tratamento, porque nos causa uma ansiedade suplementar...”

Qualquer pessoa perante uma adversidade na vida, tem tendência para adoptar uma atitude egocêntrica mas compreensível, na medida em que se questiona o porquê de ter sido acometida com tal fatalidade, seja a presença de uma doença, seja a morte ou separação de alguém querido, seja um simples acidente, etc. Quando se diz compreensível é no sentido de que a pessoa procura obter uma resposta para o que lhe está a acontecer, apresentando alguma dificuldade em aceitar o sucedido, pois a ideia de dor e sofrimento está sempre inerente ao facto de acontecer somente aos outros, vivendo na ilusão de que se encontra imune e protegida.

Neste sentido é comum verificar-se da parte dos doentes a adopção de posturas de reserva e de ocultação da verdade, procurando minimizar a sua exposição pessoal e esconder todo o sofrimento associado, com vista a não revelar a sua faceta de ser vulnerável e frágil.

E 11 – “... eu aproveitava a minha hora de almoço para tomar banho com água bem quente para conseguir chegar à tarde, conseguir trabalhar durante a tarde e aliás, eu aproveitava as minhas folgas para estar internada. Só souberam no serviço quando tive que meter o *pacemaker*, que aquilo já não deu para esconder (risos).”

E 15 – “... não me deixo ir abaixo assim à frente de qualquer pessoa, mas o facto é que, às vezes, é difícil pensar, pensar no que me aconteceu.”

O facto de estarem doentes e sujeitos a um processo de hospitalização também exacerba a sua vulnerabilidade, pelo que alguns adoptam comportamentos específicos para se auto-protegerem. Ao estarem doentes as pessoas sentem necessidade de se afastar, pela vergonha que sentem e pela dificuldade em aceitar que estejam dependentes ou sujeitas aos cuidados dos outros.

E 5 – “... é um bocado estranho ter pessoas com quem trabalhamos diariamente a cuidar de nós, na inversão dos papéis; chega mesmo a ser um pouco angustiante...”

No estudo de Almeida *et al.* as mulheres mastectomizadas tendem a se afastar das pessoas com quem socialmente conviviam, tentando encobrir a doença e escondendo informação importante sobre o seu estado de evolução, frisando que “...o conhecimento dos outros sobre o seu diagnóstico funciona como um símbolo de estigma de doença, destinado a transmitir a informação social decorrente, ou seja, a iminência de morte” (2001:68).

E 2 – “... mas não queria que muita gente soubesse, até porque também não tinha certezas do que era e não queria estar a dizer que era aquilo ou que não era, ou o que era isto, porque não sabia, não tinha a certeza e também não tinha grande vontade de falar sobre o que poderia ou não ser.”

Perante o diagnóstico de uma doença, criam-se determinadas desigualdades entre os colegas de trabalho, constatando-se alterações, mais ou menos marcantes, no quotidiano laboral da pessoa com doença, que podem influenciar a forma como se vivencia a situação e se procura resolvê-la e ultrapassá-la.

Reconhecendo a importância do apoio dos colegas no enfrentamento do processo de doença, a relação que se estabelece deve ser agradável e promissora. Infelizmente nem sempre se cultivam relações de amizade entre colegas de trabalho, notando-se que cada vez é mais frequente a exibição de sentimentos de inveja, egoísmo e pouca colaboração.

Segundo Leite, Merighi e Silva (2007), a pouca preocupação e a impessoalidade demonstradas, por parte dos colegas de trabalho, no que concerne ao seu sofrimento, fazem com que a pessoa se sinta obrigada a distanciar-se dos outros e das relações estabelecidas no seu quotidiano.

Este ambiente de trabalho não se revela muito profícuo para os profissionais e, muito menos, para aqueles que são acometidos pela doença e que irão sofrer limitações e consequências permanentes, que podem ou não ter visibilidade e implicação no seu desempenho.

E 11 – “Por muito estranho que pareça, as pessoas são muito, muito más com os diferentes. São mesmo muito más, não ... aliás, eu sentia-me melhor, é o que eu digo, eu trabalhei 5 anos doente, ninguém sabia e sentia-me melhor do que agora que sabem, porque a maldade das pessoas é ... dá para escrever um livro, mesmo! Já me têm chamado deficiente e limitada.”

O facto de os enfermeiros serem conhecedores do que caracteriza o ambiente hospitalar e das equipas de enfermagem pode facilitar todo o processo de aceitação da doença e sua recuperação, na medida em que lhes permite estar mais à-vontade e dirigir-se com mais

coragem aos seus pares, na procura de melhores esclarecimentos ou na partilha das dúvidas sentidas.

E 4 – “... se eu tivesse num serviço que não me dissesse nada, as coisas melhor não tinham sido, pela certa era mais estar recolhida ao leito e, se uma coisa que eu gosto de fazer é falar, eu pude fazê-lo e até estava a contribuir para a minha recuperação da voz, sem saber. Num serviço estranho não era nada disto, limitava-me a receber as visitas à hora da visita e pronto...”

Por outro lado e associado ao facto de vivenciarem a sua experiência numa instituição conhecida, onde desempenham ou já desempenharam funções, em que encontram antigos colegas de curso ou apenas porque irão ser cuidados pelos seus pares, podem sentir algum tratamento especial, com efeito marcante no processo de vivência de doença. Campos (2010) considera que, apesar do seu sofrimento atroz, foi sujeita a um tratamento especial, com mordomias associadas ao facto de ser uma pessoa conhecida e pertencer ao mundo médico.

E 1 – “alguns miminhos que eu tive no serviço, nomeadamente um recadinho de uma auxiliar debaixo da almofada, pronto e tudo isso me fez, me mimou um bocadinho”

E 13 – “As colegas foram impecáveis, visitavam-me, porque era conhecida, todos me iam visitar, mesmo nossas colegas que são do meu ano e estão espalhados, tudo se soube rapidamente”

Durante esta vivência é importante que a pessoa se sinta apoiada pelos seus familiares e amigos no contexto mais próximo. Como é enaltecido por Oliveira e Monteiro, “Não é só a vida da pessoa que muda ao receber um diagnóstico de câncer, esta descoberta tem também um impacto em toda a rede de relações de que faz parte, principalmente a família” (2004:405).

A família, por norma, é um representante muito importante no percurso de vida de alguém que está doente. A sua acção transcende a colaboração na prestação de cuidados pela sensibilidade, carinho e qualidade afectiva que depositam nas tarefas que desenvolvem.

Quando uma pessoa se sente apoiada pela família ou amigos sente-se acolhida e mais capaz de se adaptar à sua condição de doente, promovendo um incremento na sua auto-estima e no sentimento de auto-confiança (Campos, 2005).

O apoio dos familiares e amigos revela-se de extrema importância para que a pessoa consiga desenvolver respostas ajustadas e adequadas, verificando-se que a sua existência se revela essencial para a sobrevivência.

No entanto, para que este apoio seja mesmo efectivo, a amizade deve ser pautada por sentimentos nobres e pela preocupação e intenção de fazer o bem, possibilitando que o outro exista por si mesmo, com a sua dignidade própria, sendo exactamente aquilo que é e se torne naquilo que pode vir a ser (Reis e Rodrigues, 2002).

E 14 – “o acompanhamento, por pessoas amigas, familiares, para estarem connosco, porque por muito à-vontade que nós tenhamos com os colegas, e sabemos que são da mesma classe, não é?, à partida deviam entender o que é que se passa, os nossos familiares e os nossos amigos são quem nos conhece melhor e quem deve estar connosco, não é?”

O apoio social consiste num compromisso entre uma pessoa ou um grupo e um doente, de carácter intencional e que possibilita ajudar alguém no processo de lidar com a sobrecarga de uma determinada situação ou vivência.

Referindo-se ao apoio sentido por todos os amigos que consultam e escrevem no seu blogue, Salvador Vaz Silva enaltece o apoio da sua Catedral, considerando que é lá que encontra respostas para enfrentar o seu Inimigo, como chama ao seu cancro e alegando que:

“A Catedral responde, em cada segundo de cada dia, a todas as apreensões, estados de espírito em que me encontre, dando-me Ânimo quando o estou a perder, Força quando ela me falta, Esperança quando a sinto mais distante, mais fé, lembrando-me constantemente que a minha Fé é a soma e aglutinação de todas as VOSSAS FÉES, e que é justamente essa a garantia e a certeza da Vitória Final sobre o Inimigo” (2008:82).

No contexto profissional também se revela muito útil o apoio dos colegas. Para a pessoa doente a disponibilidade dos outros para si e a preocupação com o seu problema pode ter um efeito benéfico no seu processo de recuperação.

E 7 – “os nossos colegas preocuparam-se, preocuparam-se muito comigo, preocuparam-se em informar a minha família, preocuparam-se em termos de... em termos de saber como é que ia ser a minha vida, o que é que, que turnos é que eu tinha para fazer”

Para além de todo o apoio oferecido por parte dos familiares e amigos, a relação que se estabelece entre o doente e os profissionais de saúde exerce uma influência significativa na forma como o doente irá reagir e enfrentar a sua situação de doença.

No contacto criado entre estes, o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz exige da equipa de profissionais uma preocupação em serem claros e empáticos, procurando satisfazer as necessidades de informação do doente e esclarecer-lhe as suas dúvidas. Como refere Pereira e Lopes (2002:17), “A comunicação acaba por ser uma fonte de suporte e actuar como um meio de desmitificação do estigma associado à doença”.

Apesar de estarem a lidar com pares e homólogos, os enfermeiros têm consciência de que a forma como se encara o sujeito (doente), no papel de ‘objecto’ de cuidados, varia especialmente pela forma como expressam o cuidar.

Na relação estabelecida entre o profissional e o doente há uma regra de ouro, muito simples e que se baseia em tratar os outros como gostaria de ser tratado, compreendendo os outros como gostaria de ser compreendido. Para Reis e Rodrigues “... a experiência quotidiana do diálogo indica-me que outrem é uma pessoa como também eu o sou. Logo, devo tratá-lo como a mim mesmo, atitude fundamental que reside no: amor do próximo como de si mesmo” (2002:40).

No estudo de Silva, Campos e Pereira (2011) os entrevistados revelam que constataram uma ausência de cuidados individualizados, enfatizando-se os cuidados técnicos em detrimento dos emocionais e espirituais.

Sobre a percepção significativa dos cuidados de enfermagem, por parte dos utentes hospitalizados, conclui-se no estudo elaborado por Marques (2000), que as situações mais apreciadas foram as agradáveis, baseadas em sentimentos de confiança, na relação de ajuda estabelecida e na comunicação funcional.

Cada pessoa cria uma determinada expectativa relativamente aos cuidados de saúde, que pode estar relacionada com referências pessoais, culturais e profissionais. Os enfermeiros vão estar à espera de serem cuidados à luz dos cuidados que prestam no papel de profissionais. Por vezes a expectativa que se tem, relativamente ao ser cuidado, é superior à qualidade dos cuidados recebidos, o que gera sentimentos de desilusão e tristeza.

Segundo Graças “...as expectativas das pessoas doentes vão além dos cuidados para a cura do corpo orgânico e a manutenção da vida, ampliam-se no desejo de que sejam tratadas e acolhidas como corpo vivido, que tem uma significação imanente” (1997:24,5).

E 9 – “... eu tive que me levantar e dizer ‘eu vou-me embora!’; ‘saio do hospital’; ‘não estou para estar aqui feito palhaço’. Isto é que se chama humanização. É assim? Eu digo, isto não é humanização.”

E 14 – “Eu fui aberta na sala de pensos da clínica, pelo Dr. T a sangue frio. Pronto, aquilo foi às tesouradas, trás, trás, trás, trás, toca a abrir, a alargar, tirar aquela porcaria toda que estava lá e ficou assim, fiquei internada. Foi assim, portanto se eu aguentei isto vou aguentar tudo...”

Em associação com estes sentimentos surge a insegurança, pois se a pessoa não sente que foi efectivamente cuidada demonstra receios, muitas vezes fundamentados com a sua própria experiência profissional.

E 6 – “Eu juro-te, eu estava mortinha para vir para casa, porque eu sentia-me mais segura aqui do que lá, eu vim para casa com um dreno.”; “.... o que marcou mais foi mesmo a insegurança. Foi uma coisa que ficou mesmo. Não estava à espera de me sentir tão insegura!”

No estudo de Graças (1997), os doentes sentiam que os aspectos de relacionamento e atenção não se revelam desenvolvidos e implementados como gostariam. Alguns reconheciam o esforço dos profissionais, outros sentiam que estes eram impacientes e não se envolviam com os doentes, focalizando-se a sua atenção nas tarefas a fazer.

E 6 – “Há coisas que se calhar, era falta de motivação das pessoas que lá trabalham, mas outras também era a impossibilidade, porque não havia pessoal.”

Os doentes hospitalizados avaliam os cuidados prestados com alguma insatisfação, nomeadamente em termos relacionais e afectivos, verificando-se no relatório do Gabinete do Utente, referente ao ano de 2010, que as suas principais queixas se prendem com problemas de atendimento e “cuidados desadequados”. Em termos técnicos consideram que os profissionais procuram executar os procedimentos de forma correcta mas falta algum envolvimento, preocupação e carinho demonstrado para com o doente, tornando-se notório o descuidar da vertente relacional do cuidar em detrimento de outras dimensões do mesmo.

E 14 – “... fui operada na ortopedia de [...], horrível, péssimo, péssimo, deixaram-me a vomitar uma noite inteira, ninguém me deu nada para os vómitos, no dia a seguir apanhei uma greve dos enfermeiros, pedi à colega que me acompanhasse ao banho disse que não, recusou acompanhar-me ao banho porque estava de greve e eu não precisava que ela me desse banho, só precisava que ela me acompanhasse à porta, negou-se o que eu acho que é de uma falta de profissionalismo, quanto mais não seja, pela simpatia de pares, de uns pelos outros, né, porque se nós não vamos a ser uns para os outros, não É?”

Qualquer doente ambiciona que o tratem como pessoa que é, respeitando os princípios éticos e da dignidade humana. “Cuidar de alguém é, pois, singularizá-la (...) chamar pelo seu nome, porque o nome é a expressão mais potente da singularidade humana” (Torralba i Roselló, 2009:126).

Em ambiente hospitalar as pessoas devem ser tratadas pelo seu nome, evitando as objectificações associadas a um número de cama ou processo e/ou uma patologia existente, pois não se trata do ‘epiléptico’ ou ‘diabético’ mas sim da pessoa X que sofre de epilepsia ou diabetes. A forma como o doente deve ser tratado, em termos de identidade, deve ser acordada com a própria pessoa, pois para alguns basta serem tratados pelo nome próprio que lhe foi atribuído ao nascimento. Para outros, a possibilidade de serem tratados pelo apelido ou segundo o seu título profissional pode minimizar os efeitos da hospitalização, no sentido em

que sentem que ainda mantêm alguma da sua dignidade e do estatuto previamente conquistado, não se sentindo tão vulnerabilizados e humilhados na sua condição de doentes.

Alguns enfermeiros, no papel de doentes sentiram que não foram verdadeiramente cuidados pelos seus pares, o que potenciou a sensação de desagrado perante a actuação profissional dos seus homólogos. Esta sensação de desagrado aumenta na medida em que a pessoa descreve o que sente e o que a leva a procurar ajuda dos profissionais de saúde, não sentido receptividade por parte dos colegas. Esta falta de receptividade leva a que as pessoas sintam insatisfação pela imagem do seu trabalho e pela capacidade demonstrada no relacionamento com pessoas vulneráveis e frágeis, que procuram ultrapassar aquele momento difícil, questionando o verdadeiro valor da humanização, tão enfatizado pelos responsáveis da saúde.

E 9 – “... descrevi-lhe tudo no concreto e a colega, pura e simplesmente, não teve o cuidado...” [...] “... humanização, isso é mentira.”

A humanização de cuidados exige a adopção de uma postura séria, baseada na inter-relação entre os diferentes envolvidos, como seres humanos que são. Para cuidar com humanidade é necessário que o cuidador se cuide, se trate individualmente e dos outros com humanização, imperando valores como o respeito, fraternidade, justiça, etc. (Neves, 2010).

Na relação profissional-doente, verifica-se alguma diferença em termos de poder, no sentido em que o profissional se encontra menos vulnerável e com capacidade para cuidar. No entanto, a vulnerabilidade atinge tudo e todos se encontram susceptíveis ao sofrimento, pelo que se revela oportuno a tomada de consciência desse facto, no sentido de possibilitar a compreensão empática do sofrimento do outro.

Repensar o mundo profissional

Ao vivenciarem uma situação de doença própria, os enfermeiros vêm-se confrontados com a premente necessidade de assumirem o papel de doentes. Este processo de aceitação da doença não é facilitado, na medida em que, associado a todos os acontecimentos inerentes ao ser e estar doente, ocupam uma posição antagónica no que concerne ao papel desempenhado no contexto profissional.

Ao encarem o ambiente hospitalar como o seu contexto da prática de cuidados, em que cuidam do outro, a assumpção do papel de doente, que necessita de ser cuidado por outrem, condiciona sentimentos desarmoniosos. No contexto profissional também se verificam

ambiguidades no tratamento, constatando-se uma atenção redobrada ou um certo desprezo ou falta de compreensão.

No estudo de Nätterlund e Ahlström (1999), os participantes referem ter sentido apoio dos profissionais, em que estes disponibilizaram tempo para os ouvir. Os enfermeiros estavam bem informados da sua patologia e demonstraram-se sensíveis às suas necessidades e desejos, concluindo que lhes foi prestado maior apoio e ajuda do que previamente esperado.

E 15 – “... foi complicado mas nós somos sempre um bocado mais privilegiados que os outros, acho eu.”; “Acho que temos sempre mais um bocadinho mais de atenção que as outras pessoas, acho eu...”

Existem circunstâncias em que, de modo possivelmente inconsciente, os profissionais saudáveis e no activo revelam alguma prepotência em relação aos doentes, demonstrando maior capacidade, autonomia e domínio sobre si e sobre as coisas. Infelizmente, por vezes, transmite-se a sensação de que o essencial da enfermagem passa pela resposta quantitativa aos objectivos traçados e não pelo cariz qualitativo que os deve orientar. Nas palavras de Ferreira e Valle “Embora o projeto, a princípio, fosse o da inserção no mundo das *preocupações*, a enfermagem perdeu-se no mundo das *ocupações*” (2005:359).

E 11 – “a única coisa que me fazem é dizer ‘olha, a bateria está boa!’, nem perguntam mais nada, nem como é que tenho estado, se tenho sentido alguma coisa, nada. E eu já cheguei a ir lá, momentos a seguir a um desmaio, que desmaiei lá na casa de banho e o coração estava a 140 ou não sei e eles assim ‘realmente, está um bocadinho acelerado’ e eu, ‘pois e estou a sentir-me mal’ - ‘ah, mas a bateria está boa!’. A bateria está boa, volta daqui a 6 meses”.

Estes sentimentos também se relacionam com o facto de os profissionais de saúde não terem em conta que o doente, com quem estabelecem uma relação, possui conhecimentos na área da saúde, gerando desagrado e insatisfação. A pessoa que entra numa instituição de saúde requer, para além de cuidados técnicos específicos, um tratamento humano respeitador da sua dignidade enquanto ser humano, em que os profissionais colaboram no seu processo de recuperação.

E 5 – “Senti isso, senti que havia uma grande impessoalidade e senti menosprezo pela situação e mais, senti menosprezo também pela minha opinião, até como profissional de saúde.”

Sendo a função dos enfermeiros cuidar dos que se encontram doentes e colaborar para que recuperem, a confrontação com a mudança de papéis pode obstaculizar o processo de assumpção do papel de doente. Mesmo sabendo que “...o desempenho digno e consciente da enfermagem coloca inevitavelmente em confronto a individualidade de dois seres, de duas

peças, cada uma delas em situações de poder e autonomia totalmente opostas” (Augusto *et al.*, 2004:29), os enfermeiros revelam dificuldade em aceitar o seu novo papel.

Ao se assumirem como pessoas devidamente informadas no que concerne a aspectos relacionados com a saúde, o facto de adoecerem é por muitos encarados como um castigo ou penalização, pois quando saudáveis pensam e imaginam que dificilmente estarão doentes.

E 3 – “...não gostei dessa experiência e achei que, que ... para mim foi um castigo!!”

Associado a este sentimento de punição, muitos enfermeiros sentiram directamente na ‘pele’ as consequências do seu processo de doença. Em termos laborais foram confrontados com a imposição de terem de ser transferidos para outro serviço, o que originou alguns sentimentos de tristeza e de revolta. Para além de terem de passar por um processo tão doloroso são incitados a se incorporarem numa nova equipa, com elementos pouco conhecidos e a sofrer o impacto de uma nova integração, adaptando-se a um novo ritmo e forma de trabalhar, a um serviço diferente e para qual podem não apresentar afinidades, em associação com o abalo nas relações estabelecidas com os anteriores colegas de trabalho e, conseqüente, quebra no apoio disponibilizado por estes.

E 15 – “Custou-me imenso!! Porque as pessoas todas que me ajudaram naquela altura, naquela fase eu ia deixar de estar com eles e ia ... pronto e, ia para uma equipa completamente diferente, para um serviço que eu não gostava, que eu não gosto!”

No estudo de Leite, Merighi e Silva (2007), os enfermeiros com doença de Quervain revelam ser difícil conviver com a dor e, também, com a confrontação das limitações e dificuldades em desempenhar as suas funções do quotidiano, mesmo as mais simples. No entanto, consideram que a possibilidade de manterem a sua ocupação as fará sentir mais úteis e valorizadas, na medida em que exercitam o seu saber e o podem colocar em prática.

O facto de se sentirem com algumas limitações para o desempenho de determinadas funções leva os enfermeiros a vivenciarem sentimentos de frustração pessoal e de improdutividade. A necessidade de reaprenderem algumas técnicas novas, de se ajustarem a um novo tipo de horário e a inclusão num novo grupo de colegas condiciona muita tristeza e insatisfação, o que não se revela benéfico no processo de aceitação da doença.

E 3 – “...esse afastamento, o eu ir trabalhar não para o sítio, para junto das pessoas de quem eu, de quem eu me sentia mais próxima, e que por muito que me sentisse inferior no desenvolvimento da minha ... das minhas funções, saberia que poderia contar com eles com muito mais facilidade do que com pessoas que eu não conhecia, e para um tipo de serviço que eu não também não conhecia, com uma especialidade completamente diferente e com um tipo de serviço que... que não, que não, eh pá, não posso dizer que ... detesto...”

E 15 – “... não tenho o tempo que tinha, pronto, também por o horário, não tenho tempo que tinha para mim, nem para os outros, não tenho, tiraram-me isso também, estou à vontade delas.”

O apoio disponibilizado pelos colegas de trabalho revela-se muito importante no processo de enfrentamento de todas as consequências da doença. No estudo de Leite, Merighi e Silva (2007), algumas participantes referem ter sentido muito apoio dos colegas de trabalho, na adaptação às novas tarefas e à adopção de posturas ergonómicas adequadas ao seu problema de distrofia muscular. No entanto, outras há que referem ter sido alvo de sentimentos de desprezo ou des-cuidado, originando um afastamento consequente à desvalorização das queixas apresentadas e pela impessoalidade incutida na relação estabelecida.

No caso de a equipa não se demonstrar muito receptiva à pessoa doente e a todas as limitações inerentes, o vínculo de amizade estabelecido torna-se ténue, o que pode dificultar a resolução do processo de doença.

Como seres gregários que são, todos os seres humanos necessitam de se sentir apoiados em qualquer situação. No caso de doença essa necessidade de apoio torna-se mais evidente e exerce um forte impacto na mobilização dos diferentes recursos de cada pessoa. É importante que a pessoa sinta o apoio dos seus congéneres, especialmente dos seus superiores hierárquicos, demonstrando preocupação e cuidado para com o bem-estar dos seus colaboradores. Nem sempre esse cuidado é patente, o que pode fomentar ainda mais tristeza e desilusão, com implicação directa na sua capacidade de enfrentar a doença e suas condicionantes.

Como referem os autores supracitados, “O preconceito e a discriminação estendem-se também aos próprios colegas de equipe de enfermagem, evidenciando o descuido nas relações do cotidiano” (2007:5).

E 11 – “eu tenho faltado ao serviço por alguma queda mais grave e ninguém aqui, a responsável, não me ligou nunca, nem para saber quando; nem para saber como é que estava nem para saber quando é que eu vinha, é assim ... e eu fico triste!”

Se é difícil lidar com a doença e vivenciar todas as limitações inerentes, mais difícil se torna enfrentar tudo isso sem o apoio dos que são tecnicamente preparados para ajudar as pessoas nos processos de vivências de situações similares.

O cuidar é inerente a todas as pessoas e está presente em toda a sua vida. Os enfermeiros, como profissionais de saúde, devem encarar o cuidar como a essência da sua profissão, olhando o doente no seu todo e preocupando-se com o seu bem-estar.

Sendo o cuidar a verdadeira essência da enfermagem, procura-se conhecer o outro na sua plenitude, na sua forma de ser e estar perante si mesmo, os outros e o mundo. Desta forma o cuidado revela-se como uma expressão da humanidade e do desenvolvimento das pessoas. “Sem o cuidado – dado e recebido, o sofrimento isola-nos irremediavelmente dos outros e do mundo. Pelo cuidado, o sofrimento, acede à alegria de existir ainda, com e pelos outros “ (Honoré, 2004:126).

Apesar de ser um processo que envolve actos humanos baseados na humanidade e em conteúdos científicos, com o intuito de assistir as pessoas que necessitam de ajuda, verifica-se que com a evolução tecnológica presenciada o cuidado tende a ser mais mecanizado, deixando-se a questão humanitária para segundo plano (Silva, Campos e Pereira, 2011).

Infelizmente ainda se constata que alguns profissionais de saúde agem de forma redutora, encarando o corpo do doente como uma patologia e não como biografia, o que conduz ao afastamento do ser pessoa em prol da doença que o doente apresenta (Botelho, 2004).

E 5 – “como utente não conhecia e deu-me realmente uma perspectiva diferente sobre uma ou outra pessoa, se houve pessoas que se calhar até têm um raciocínio lógico, muito interessante, e até os consideramos pessoas de referência a nível técnico - profissional, mas depois a nível humano têm muita dificuldade em lidar com as situações, quer dizer, as referências que tu tens, das pessoas com quem trabalhas, técnicas e emocionais e de relação, modificam-se ou tens uma percepção diferente. Algumas confirma-las mas outras, são radicalmente, até diferentes, curiosamente.”

Ao assumirem o papel de doentes, os enfermeiros vivenciam uma transição de papéis. Esta experiência conduz os enfermeiros a um processo de reflexão sobre conhecimentos e atitudes interiorizadas, encarando-as sob um olhar a que não estavam habituados.

E 12 – “...efectivamente, às vezes, há comentários que são tecidos e há maneiras de actuar que eu acho, que se a pessoa já tivesse estado na pele de doente não fazia assim...”

Como pessoas que são, os enfermeiros também adoecem e sofrem com o processo de doença. No papel de doentes revelam-se mais compreensivos e tolerantes, percebendo o comportamento das pessoas que são sujeitas a um internamento.

O facto de ocuparem uma posição diferente, em que podem observar e valorizar alguns comportamentos em detrimento de outros leva-os a serem mais receptivos para o outro, escutando-o e auxiliando-o. Infelizmente ainda é comum que esta percepção ocorra em resultado de uma experiência pessoal, enfatizando a ideia de Campos ao dizer que “...só damos valor ao sofrimento quando passamos por ele e devíamos valorizá-lo quando o vemos” (2010:115).

E 6 – “... quando os doentes dizem alguma coisa - ‘que a sonda, a sonda vesical, aquilo tens sempre vontade de urinar, ponto, eles dizem e é verdade, é a sensação que tens sempre!’”

Os enfermeiros, como qualquer outro profissional de saúde, devem encarar o doente como um ser humano, à sua luz e semelhança, cuidando-o da mesma forma que gostariam de ser cuidados. Séneca (2004) considera que se todas as pessoas pensassem e interiorizassem o que acontece aos outros também lhes pode acontecer um dia, estariam mais preparados para enfrentar problemas semelhantes e demonstrariam habilidades mais humanas no contacto estabelecido com os outros.

E 15 – “...acho que não é questão de haver diferença entre as pessoas, porque eu acho que nós somos todos iguais, não somos, mas eu penso que sim.”

A facilidade com que se adaptam às rotinas hospitalares, pelo conhecimento previamente adquirido da sua experiência profissional, pode revelar-se fácil ou difícil de gerir, na medida em que terão de entregar e confiar a sua vida, o seu corpo e intimidade nas mãos de pares ou de outros profissionais de saúde, muitas vezes, conhecidos, o que não se demonstra mais fácil do que fazê-lo perante estranhos.

E 5 – “Não me sentia bem, acho que até me sentiria melhor (...), por pessoas que não, que não conhecesse, embora, embora soubessem que eu era profissional de saúde, porque penso que teriam sempre um cuidado extra, mas por pessoas que conhecesse sentia-me um bocado desconfortável com essa ideia...”

E 11 – “... quando, tenho ficado inconsciente e tenho que ser algaliada, é difícil não é?, vou ser algaliada pelos meus colegas; acho que é diferente, seria muito melhor não saber, eu acho!, era melhor não saber!!Ignorar o que é que me vão fazer...”

Neste contexto, é importante que se estabeleça uma relação de confiança com vista a minimizar os efeitos menos positivos do internamento.

E 1 – “O facto de já conhecer, de estar com as pessoas que conheci Isso amenizou porque eu tinha muita confiança na equipa, em toda a gente, e isso realmente tranquilizou-me.”

Apesar de possuírem um corpo de conhecimentos específico, a inversão de papéis induz, nalgumas pessoas, a sensação de falta de conhecimentos ou de insegurança. Alguns adoptam comportamentos de reserva e não procuram esclarecer as suas dúvidas com receio da avaliação por parte dos colegas, outros porém procuram esquecer o que sabem e adoptar uma postura de desconhecimento, procurando esclarecer todas as dúvidas surgidas como se nada soubessem sobre aquele assunto particular.

E 15 – “... o que as colegas em diziam também, era para eu nunca... porque houve, na primeira fase, eu procurava muita coisa, muita informação e então via muita coisa e isto era

uma confusão, e as colegas diziam-me sempre que perguntasse a elas quando tivesse dúvidas e que não andasse, porque cada caso é um caso, cada pessoa é uma pessoa, e às vezes o que está nos livros não é tudo o que se passa e então, eu realmente fazia perguntas às colegas, deixei de ver livros, deixei de ver internet, de procurar na internet, deixei de tudo e quando tinha dúvidas perguntava, ou à minha médica ou às colegas. Sempre me responderam, eram sempre, pronto acho que sempre me explicaram tudo o que eu perguntava”

Paralelamente à assumpção do papel de doente, os enfermeiros revelam muita dificuldade em se desligarem do seu papel de profissionais. O seu processo de construção pessoal encontra-se aliado ao da construção da identidade profissional, o que os leva a enfrentar obstáculos na separação destas duas facetas.

Como profissionais de saúde os enfermeiros devem desenvolver as suas capacidades e competências e aplicar o que aprenderam no processo de cuidar do outro. Procurar agir em função do bem, aperfeiçoando-se a sua acção e incutindo-lhes valores nobres, pois como em tudo na vida “Não há ladrão que roube o conhecimento e as nossas virtudes. Não há morte que os transforme. Eles pertencem-nos definitivamente e individualmente. Quando morrermos, deixamos atrás de nós tudo o que possuímos e levamos tudo o que somos” (Infante, 2006:27).

Após a construção da identidade profissional do enfermeiro, que deve ter em conta princípios éticos e morais implícitos na relação que se estabelece com o outro, torna-se difícil que a pessoa demonstre capacidades para se afastar de um corpo de conhecimentos fundamentado e interiorizado, directamente ligado ao cuidado do bem mais precioso de qualquer ser humano, a sua vida. Neste sentido, é compreensível que o enfermeiro enfrente sérias dificuldades na separação do seu ser pessoa com o seu ser profissional, identificando-se alguma dualidade inerente.

E 14 – “...à partida, se eu entro dentro de um hospital, para ser intervencionada, eu sou uma doente, sou uma doente que a minha profissão é ser enfermeira, como o outro é engenheiro e outra é não sei quê, e o outro é trabalhador das obras, é tudo igual, não é?, pronto, mas nós não conseguimos fazer essa distinção, eu não consigo!, pode haver quem consiga, eu não sou capaz, não sou capaz.”

Alguns profissionais de saúde sentem que é muito penosa a tentativa de separação de papéis, considerando que ainda se encontram menos preparados que os outros para enfrentar episódios de doença e de alteração das suas rotinas diárias, nomeadamente, as profissionais, deixando de ser a pessoa que cuida para passar a ser a que necessita de ser cuidada.

E 9 – “Não é fácil mesmo, por mais que as pessoas digam que é fácil, não é. Está sempre, o enfermeiro está sempre acima do doente, está sempre à frente, com o pensamento como

doente, só que ele tenta sobrepor-se como doente, há uma diferença, porque ele não sabe ser doente.”

No papel de doentes os profissionais acabam por se aperceber do que realmente sente um doente que se encontra à mercê dos cuidados de outrem. A sua vulnerabilidade e fragilidade emergem e expõem as vicissitudes inerentes à condição humana, passando a compreender alguns comportamentos apresentados por alguns doentes e a perceber que, muitas vezes, se fazem juízos de valor ou se emitem determinadas opiniões que, num contexto de vivência pessoal, se revelariam desajustados e desfasados dos sentimentos vivenciados pelos mesmos.

R7 – “Um dos procedimentos que eu sabia que teria de ser feito e que inicialmente não me causava qualquer preocupação, veio a tornar-se um pesadelo! Quem diria que seriam precisas 4 tentativas para me arranjam um acesso venoso permeável?!”

E 14 – “... eu, enquanto enfermeira internada, deitada numa cama, senti a dualidade do ser enfermeira profissional e ser enfermeira doente, e às vezes dos juízos de valor que se fazem dos doentes e depois, eu própria, com as minhas fraquezas, até as fraquezas que, às vezes, nós criticamos...”

Nestas circunstâncias conseguem percepcionar a diferença de poder demonstrada pelos profissionais na relação que estabelecem com os doentes. Na opinião de Morris “A distribuição do poder dentro do tradicional par médico/paciente é manifestamente desigual. Um sabe, o outro sente; um prescreve, o outro cumpre; um é pago, o outro paga” (2000:50).

Numa situação de doença, em que a pessoa se revela vulnerável, é importante que todas as pessoas sejam cuidadas da mesma forma, pelo simples facto de ser humanas e detentoras da sua dignidade. A prestação de cuidados por parte dos profissionais deve ter isto em conta, enfatizando o respeito que cada ser merece.

E 15 – “... não é o facto de, se calhar de chamarmos colega ou chamarmos Sr. Padre ou chamarmos, sei lá, Sr. Professor ou outra coisa, acho que não ... acho que isso não tem nada de maior, acho que as pessoas são o que são, por estarem internadas não deixa de ser professor, não deixa de ser enfermeiro, não deixa de ser padre, não deixa de ... é um ser humano que está ali, que está a viver uma situação de doença mas que não deixa de... não é descaracterizado da sua profissão.”

Apesar de se encontrarem numa posição mais favorável, é imprescindível que os cuidadores encarem a pessoa doente como um ser livre e igual a si próprios. Esta sensação de liberdade é necessária para a atribuição de um sentido à vida e às suas acções. Para Scheler (1993) a liberdade está relacionada com a consciência que cada pessoa tem do poder, quer em termos de capacidade de decisão como possibilidade de agir correctamente, de forma autónoma. Para

se ser livre é imperativo que se faça uso correcto da inteligência humana, agindo correctamente e de acordo com os valores que regem a humanidade.

Nas palavras de Paldrön “O que procuramos fazer é ajudar os outros a ajudarem-se a si próprios e não a privá-los da sua dignidade humana, mantendo-nos na servidão. A única ajuda verdadeira é torná-los independentes” (2006:133).

No papel de doentes, os enfermeiros, avaliam os comportamentos dos seus homólogos e a sua acção enquanto prestadores de cuidados. Sabendo que a sua prática promove o estabelecimento de uma relação profícua com o outro, auxiliando-o na resolução dos seus problemas e na satisfação das suas necessidades fundamentais, é de extrema importância que se desenvolvam práticas de cuidar efectivas e abrangentes, encarando o doente numa vertente holística.

E 10 – “...foi uma perspectiva diferente de eu aperceber-me das rotinas do serviço, daquilo que os colegas, dos cuidados que prestavam, ...”

E 9 – “eu tenho o cuidado de não me identificar e ficar de forma [...] anónima, sem que ninguém se aperceba, eu estou sentado a um cantinho e a ver toda a enfermagem a trabalhar...”

Por outro lado e sendo também profissionais de saúde, os enfermeiros que vivenciam uma situação de doença própria tendem a sentir algum desconforto relacionado com o facto de serem avaliados pelos seus colegas.

Enquanto profissionais confrontam-se com situações em que fazem juízos de valor sobre a postura dos doentes. Na posição de doentes vão estar receosos de serem o alvo dessa apreciação crítica, procurando adoptar comportamentos e atitudes pensadas e reflectidas no sentido de a evitar. Como refere Morrison “...os doentes estão mais preocupados com o que os técnicos os considerem «bons» doentes do que em participar nas tomadas de decisão sobre os respectivos cuidados e tratamentos” (2001:49, *aspas originais*)

E 14 – “...uma pessoa está ali ‘epá, eu até chamava mas eu vou sozinha, vou fazer isto e tal, eu não vou chamar, eu vou aguentar, vou aguentar e tal; eles têm tanto trabalho, agora estar aqui a chamar e tal não, não, vou aguentar, isto é uma luta, é uma luta muito grande, porque o viver as coisas não é o mesmo que lê-las, não é?”

O receio de serem avaliados pelos seus pares pode condicionar a pessoa ao desvio do seu caminho, facilitando a recusa à aceitação da doença e do seu papel de doente e, conseqüente, ajustamento a essa situação com vista a elaborar as respostas adequadas para lhe fazer face.

Para Morrison (2001) os bons doentes são todos aqueles que tendem a obedecer ao que lhes é dito, não questionando a postura ou as atitudes dos profissionais, ocupando, de certa forma, um papel submisso. Por outro lado, os maus doentes são considerados aqueles que procuram toda a atenção dos profissionais, verificando-se no seu estudo que os doentes impopulares, como os do foro psiquiátrico ou os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros e médicos, eram evitados ou ignorados.

A relação específica que se estabelece entre os profissionais de saúde e os enfermeiros, no papel de doentes, pode variar consoante o conhecimento prévio existente. Quando a pessoa doente do enfermeiro se encontra hospitalizada numa instituição conhecida ou mesmo na sequência da sua identificação como profissional de saúde, o comportamento dos seus pares pode ser diferente.

E 1 – “Aliás eu até tenho uma experiência em que, a partir do momento em que a equipa de enfermagem soube que era enfermeira, mudou o comportamento completamente. Até aí tinha havido um comportamento de alguma agressividade...”; “... deixaram estar sempre o meu marido comigo, o que não é muito habitual. E isso foi muito importante, o acompanhamento dele, ele estar comigo, na urgência. Eu sei que foi pelo facto de eu ser enfermeira e ele ser funcionário do hospital.”

No entanto também se verificam alguns comportamentos menos correctos ou agradáveis da parte dos prestadores de cuidados, reveladores de alguma falta de respeito e consideração pelo sofrimento do outro.

E 9 – “nós dizemos abandono é que pronto, aquilo que é pedido à enfermagem e que deve ser um momento de saber ouvir, de saber estar, de acompanhar o doente... pode-me dizer assim ‘ai mas eu não fiz o curso para empurrar camas!’, ninguém está a dizer isso, é acompanhar o doente; então mas para isso, era necessário um enfermeiro para cada doente mas se estiver o enfermeiro um bocado, depois a seguir um técnico, depois a seguir um auxiliar, a pessoa tem sempre alguém a passar e a conversar, quanto mais não seja a perguntar ‘está bem?’ ; é preciso alguma coisa?.”

E 8 – “...incomodou a enfermaria toda por causa de um célebre porta minas!”; “...as pessoas não respeitam os outros, não respeitam os horários e não respeitam as outras pessoas que estão internadas, o que é um bocadinho de falta de respeito por os outros doentes...”

Nas palavras de Sarmiento e Festas (2002:221):

“...um primeiro e grande esforço dos diferentes grupos profissionais envolvidos no cuidado à pessoa é o de conhecerem, com algum pormenor, os saberes próprios de cada profissão, que envolvem um saber teórico que é cognitivamente aprendido, um saber prático que é demonstrado com perícia e arte e um saber ser que conduz à excelência de cuidados e a um agir profissional assertivo”

Assim sendo, torna-se evidente que, vivendo numa época em que tanto se fala de humanização de cuidados, seja importante a existência de um maior investimento nessa área, pois o cuidar de alguém que vivencia algo em circunstâncias particulares, consideradas como potenciadoras de vulnerabilidade e angústia, deve ser pautado pelos sentimentos mais nobres que existem, no sentido do respeito pela dignidade e pela condição humana de cada ser.

E 3 – “... a parte da humanização dos cuidados, acho que, com esta experiência, para mim já era importante, e com esta experiência, acho que, acho que é uma parte, acho que é uma área que cada vez é mais necessária, é urgente que as pessoas não pensem em números mas pensem em humanizar os cuidados...”

Os enfermeiros ao cuidarem dos doentes, sejam pares ou não, devem procurar alargar a sua actuação desde o plano físico do corpo à sua existência humana, estabelecendo relações intersubjectivas de troca contínua, falando e escutando, partilhando e respeitando o poder de decisão de cada um e adoptando uma postura mais humanizada.

Segundo Graças:

“...para cuidar, é preciso compreender e partilhar da experiência do outro, o que se torna possível quando se entra em contacto com a sua subjectividade e se decide fazer uso terapêutico de si mesmo, utilizando a própria habilidade, o conhecimento, a disponibilidade para comunicar-se e relacionar-se afectivamente com aquele que se vai assistir” (1997:25).

Todas as pessoas são iguais e merecem ser tratadas da mesma forma, vendo respeitada a sua condição de pessoa doente, que necessita de apoio e de ser cuidada pelos profissionais de saúde, no sentido da sua recuperação. É óbvio que se os profissionais de saúde cuidam dos seus pares, pode esperar-se algum cuidado mais específico, principalmente no que concerne ao vocabulário utilizado, uma vez que este é comum e do domínio de ambos os intervenientes no processo de cuidar.

E 2 – “... eu achei que ali havia muito bons profissionais, e como bons profissionais cuidam tão bem de uns como de outros. É lógico que nós temos um conhecimento diferente, logo têm de ter algum cuidado no traquejo, na linguagem utilizada, mas além disso não creio, porque o que fizeram a mim, eu vi que fizeram a outros, portanto não tive tratamento especial e fui muito bem cuidada.”

Como profissionais que são, os enfermeiros, na condição de doentes, sentiram algumas vantagens ou diferenças na forma como foram cuidados. O facto de serem conhecidos por alguns profissionais, fazerem parte integrante da mesma classe ou desempenharem funções na instituição onde se encontraram hospitalizados condicionou o tipo ou a qualidade de cuidados de que foram alvo.

Não se trata de se prestarem cuidados totalmente diferentes, pois há uma tendência para se uniformizarem práticas de cuidados, mas a dedicação ou o envolvimento demonstrado pelos profissionais pode ter sido diferente.

E 5 – “... no meu caso senti claramente que era uma relação de proximidade muito grande, que ultrapassava a relação de utente internado para profissional de saúde.”

Na condição de doentes, as pessoas anunciam maior valorização e interesse pelas áreas menos objectivas do cuidar, nomeadamente as dimensões ética, comunicacional e relacional, traduzindo a ideia de que mais importante do que o que é realizado é a forma e o cuidado dedicado nesse processo.

E 5 – “... quando passamos por situações deste género, às vezes ligamos a determinado tipo de pormenores que antes não ligávamos...”

Para Simões, Rodrigues e Salgueiro:

“No limite do sofrimento humano, o enfermeiro eleva-se a uma acção prática complexa e organizada, onde o corpo e a mente do cuidador e da pessoa cuidada, confluem para uma dinâmica harmoniosa, metódica e respeitadora. Nesta oferta mútua, o mais pequeno detalhe é valorizado, de modo que quanto mais vulnerável e dependente é a pessoa doente, mais delicado, fino e leve é o gesto, o olhar, o movimento, a voz e o contacto do enfermeiro cuidador” (2008:98,9).

E 12 – “... aquelas coisitas de que enquanto não passamos lá não lhe damos importância, mas que o doente dá e faz, às vezes, a diferença de ... de se estar a actuar só com uma boa técnica ou ser uma boa parte humana e técnico.”

Todos estes aspectos vêm realçar a importância do cuidar na enfermagem, encarando-o como a sua essência. Na relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o doente deve imperar sobretudo o respeito pela sua dignidade e condição humana, pautada por sentimentos e comportamentos nobres que enaltecem a pessoa no seu ser consigo, com o mundo e com os outros.

Para Pegoraro “... o cuidado é, pois, uma atitude de respeito e carinho com o qual o único ser inteligente trata todas as realidades cósmicas. Heidegger define “o ente que somos” como “ser cuidadoso”. Este é o nome e a essência do homem” (2009:138, *aspas originais*).

A presença dos profissionais de saúde deve ser sentida pelos doentes como um medicamento para a pessoa que sofre, actuando como um bálsamo que minimiza o seu sofrimento e desconforto. Devem ajudar os doentes a realizar determinadas actividades, tendo em conta as

suas capacidades para as fazer, não forçando a algo para as quais as pessoas se sentem incapacitadas ou limitadas.

Com a vivência de uma situação de doença, os enfermeiros têm uma melhor noção das fragilidades de ser e estar doente, adoptando uma postura mais flexível e compreensiva perante o doente e as suas limitações.

E 13 – “... se calhar, eu era assim mais radical, mais exigente e não ser agora; nalgumas coisas continuo a sê-lo, porque acho que não tem nada a ver, mas noutras que eu acho que impliquem realmente, o esforço físico, aí acabo por ser mais tolerante porque vi até que ponto uma limitação pode condicionar bastante as atitudes de uma pessoa...”

Se cuidar exige contacto e relação, não é difícil perceber que a comunicação é uma área muito importante na enfermagem e na sua arte de cuidar dos outros, encarando-se este como um processo eminentemente comunicativo e interactivo.

A comunicação é então considerada como a pedra angular dos cuidados de enfermagem e é a área onde os enfermeiros dedicam grande parte do seu tempo. É essencial que esta seja calorosa e adaptada à situação particular do doente, pois é muito mais que a simples transmissão de informação, revelando-se o fulcro dos cuidados de enfermagem.

A informação que se transmite tem que ser interiorizada e compreendida numa perspectiva terapêutica, tendo em conta as barreiras existentes e agindo de forma a minimizá-las, atendendo à personalidade dos intervenientes, à linguagem que se utiliza e ao contexto onde decorre a interacção. O facto de se lidar com profissionais de saúde não é indicativo de que estes possuam todos os conhecimentos necessários e relativos à sua situação clínica, devendo estes ser informados de forma objectiva e esclarecedora como qualquer outro doente.

E 6 – “estava à espera de outro tipo de informação por parte das pessoas que me fizeram o acolhimento! Normalmente os enfermeiros é que fazem o acolhimento e ... e o que eu senti é que se não tivesse me preparado antes, iria ter dificuldades em passar por o período de internamento e da cirurgia...”

Para Torralba i Roselló, “O cuidado é uma modalidade comunicativa, na qual a linguagem não-verbal ocupa um papel central. Não há cuidado sem comunicação, mas nem toda a comunicação se identifica com o cuidar, pois o cuidar é um modo de comunicação na qual a verbalidade e não-verbalidade se encontram intrinsecamente unidas” (2009:151).

A pessoa, na condição de doente, mostra-se extremamente sensível à linguagem dos profissionais de saúde, apreendendo facilmente o seu estado de ânimo e a sua construção em termos humanos.

Múrias confessa no seu testemunho, enquanto doente oncológico, que “Ontem li o meu futuro nos olhos de uma médica. Ainda antes de ela me dizer que eu tinha um tumor já o olhar dela o denunciava” (2010:17), o que revela o poder da comunicação não-verbal.

Para além do que se diz, há que ter em conta a forma como se diz e o que se pretendia dizer. Nem sempre o profissional consegue adoptar uma postura que se coadune com aquilo que diz ou pretende dizer, pelo que se revela de extrema importância a comunicação não-verbal em todo o processo de cuidar.

Neste contexto, a comunicação não-verbal assume um carácter muito valioso, na medida em que permite exprimir mensagens que as palavras, só por si, não conseguem. Tem um valor simbólico especial, na medida em que exprime atitudes sobre a imagem corporal, apoiando e completando a comunicação verbal e desempenhando uma função metacomunicativa que facilita a interpretação do seu significado. Permite transmitir ou reforçar sentimentos, emoções e atitudes, sendo reveladoras da cultura e crenças de cada um.

E 8 – “... aquela mão que se pôs na minha testa quando estava a tremer no bloco, pronto, foi um aspecto importante porque acho que me sossegou, acalmou, porque estava-me a sentir um bocado só e exposta...”

Ao assumirem o papel de doentes, os enfermeiros puderam avaliar os cuidados de enfermagem de que foram alvos, valorizando alguns aspectos em detrimento de outros. No que concerne a uma das áreas essenciais dos cuidados de enfermagem, nomeadamente a comunicação que se estabelece entre quem cuida e quem é cuidado, verificou-se uma tendência para a mudança.

E 3 – “... desde que o doente esteja assim a olhar para mim, quando eu estou a dar um medicamento, é a mesma sensação que eu tenho, vejo-me a mim própria, vejo-me a mim própria quando estava no hospital, que o doente levanta a cabeça quando se aproximamos do cateter com a seringa, e fica assim, a gente ... eu aí digo sempre: Olhe não se assuste, venho dar-lhe um antibiótico, dar um medicamento para o estômago, tento sempre explicar quando é possível”

Esta mudança surge pela associação que o enfermeiro faz com o que sentiu quando vivenciou uma situação semelhante, procurando minimizar os efeitos negativos que sentiu em igual circunstâncias.

E 5 – “... eu tive este e este sentimento nesta circunstância, vou tentar e não vou menosprezar isto, vou tentar fazer com que a pessoa se sinta melhor porque eu senti isto...”

É muito importante que o doente sinta, da parte do enfermeiro, o cuidado em ouvir e aceitar as suas queixas e lamentações, procurando compreendê-lo. Para Arendt, “A presença de outros

que vêem o que vemos e ouvem o que ouvimos garante-nos a realidade do mundo e de nós mesmos...” (2001:65).

E 3 – “... estabeleço uma relação empática com facilidade, pronto, com os doentes. Mas acho que melhorou, acho que tento estabelecer esta relação, esforço-me por, se vir doentes que às vezes são menos comunicativos e que se calhar passavam um pouco ao lado, não quer falar não quer, eu agora, às vezes, sinto que, que devo falar, que devo ... sinto mais necessidade de conversar, de os apoiar, de os ajudar...”

Sendo a enfermagem uma profissão de ajuda ao outro é admissível que se estabeleça uma relação de ajuda entre os que cuidam e os que necessitam de ser cuidados. Esta relação deve incidir numa vertente de ajuda ao outro e não de substituição, enaltecendo as suas capacidades e potencialidades no sentido de incentivar o outro a encarar os seus problemas e procurar agir activamente na sua resolução.

Para que se estabeleça uma relação de ajuda eficaz entre o doente e o profissional é necessário que entre estes exista muito respeito. O profissional deve encarar o doente como ser digno e único, que atravessa um período menos bom da sua vida e que a ‘entrega’ nas suas mãos, pelo que é essencial que se estabeleça uma relação baseada na confiança e na lealdade, com vista a humanizar o cuidar.

Significação vital e consolidação profissional

A vida humana é constituída por um conjunto de experiências a vários níveis que irão condicionar a postura e o comportamento das pessoas. Para Arendt (2001) os homens são seres condicionados, pois tudo aquilo com que interagem vai influenciar a sua condição existencial.

A pessoa como ser concreto e único apresenta capacidades para distinguir o que é, o que foi, o que faz e o que pode fazer, tendo em conta as suas experiências e a relação que estabelece com os outros e com o mundo.

O processo de construção pessoal tem em conta o que a pessoa foi e a pessoa em que se transforma ao experienciar e enfrentar determinadas situações. De acordo com Pegoraro (2009), as pessoas são seres viventes com um passado, um presente e um futuro; desta forma a sua existência passa pelo “por-vir” que só tem razão de ser tendo em conta o “ter-sido”.

A condição de saúde oferece à pessoa uma sensação agradável de bem-estar e segurança que, muitas vezes, lhes incute a ideia de que se trata de uma característica inabalável. Enquanto

saudáveis as pessoas sentem, como refere Honoré (2004) que possuem, no seu expoente máximo, o potencial de realização na existência. De facto, a saúde permite ao ser humano desenvolver todas as suas capacidades e tornar-se num ser pró-activo, contribuindo activamente para o seu processo de evolução.

No entanto, a saúde e a doença são dois conceitos intimamente ligados, traduzindo dois pólos diferentes mas complementares da realidade humana. No dizer de Borges (2004), a saúde está em conexão directa com a doença, assumindo um carácter paradoxal, na medida em que só se reflecte sobre ela quando se perde. Neste sentido é comum que as pessoas aprendam a (re)construir a sua identidade pessoal e a identificar qual o quadro de valores e de referência que deve servir de base para a sua existência.

Perante a confrontação de uma perda ou de uma situação de sofrimento, como é o caso da vivência de uma doença, parece que o tempo tende a aumentar e as pessoas têm tendência para pensar mais e sobre muitas coisas. Estes pensamentos levam a pessoa a procurar uma razão para as coisas, atribuindo-lhe sentido e significado, valorizando aspectos ou valores que pareciam, há muito, esquecidos ou preteridos diante de outros (Ribeiro e Cardoso, 2008).

Este aspecto é reforçado por Pangrazzi ao dizer:

“Quando uma pessoa está de cama, embora o seu corpo esteja imóvel, a sua mente e o seu coração movem-se mais do que antes. Tem tempo para reflectir, para revistar o passado, para avaliar o futuro. Uma hospitalização pode facilitar mudanças radicais e tornar-se uma ocasião de transformação interior donde o indivíduo parte com novas prioridades e iluminado por valores mais profundos” (2010:57).

Também as relações e o envolvimento pessoal e social são pensados, vendo-se a pessoa sujeita a reflectir sobre o seu passado, sobre a sua vida e sobre o que realmente é importante. No dizer de Campos (2010:49) “Só se dá o devido valor ao que se tem, quando se perde ou quando se está na eminência de perder. Não podemos perder tempo em desvalorizar a preciosidade da vida. Só assim se consegue ser feliz.”

E 14 – “...essa experiência para mim, veio-me, trouxe-me à minha vista muita coisa, muita coisa, também tinha muito tempo para pensar, não é?, estava aqui sozinha (risos), estava deitada (...) mas essa experiência fez-me ver muita coisa, nomeadamente, o que também é muito importante, que é: quem são os nossos amigos; quem é que são os meus amigos, quem é que foram os meus amigos, quem é que esteve comigo, quem é que não se esquecia de me vir ver...”

Este processo de análise e de introspecção conduz a pessoa numa viagem alucinante pelo seu interior, procurando respostas para uma série de questões que se auto-colocam. Hacpille

(2000:189) referia que “A doença marca a hora para uma revisão dos valores”, deixando implícito que, num momento em que tudo o que se considerava certo e imutável, podem sofrer-se alterações, emergindo a ideia de que nada é eterno e que se impõe uma revisão de princípios e valores, no sentido de tomar real consciência das limitações que caracterizam os seres humanos e procurar atribuir significados válidos para a sua existência. Na perspectiva de Wright, “As doenças graves abalam muitas vezes as formas de estar no mundo tidas como garantidas. Tais abalos conduzem frequentemente ao sofrimento, por isso, podem desencadear uma busca pelo significado” (2005:119).

A interiorização da doença exige um processo de construção de significados, sobre o que é a doença. Neste processo, o indivíduo tende a fazer uma revisão sobre o que viveu anteriormente, sobre si e a relação que estabelece e estabeleceu com os outros, estando dependente dos seus recursos internos e externos.

E 2 – “Acima de tudo faz-nos reflectir sobre o que queremos, e sobre como estamos a utilizar a nossa vida.”

Paldrön considera que “...não é raro que os momentos de maior sofrimento sejam também os mais ricos em tomadas de consciência...” e, neste sentido, o sofrimento “...pode ter um efeito salutar e um papel muito importante na nossa vida” (2006:14).

Uma das formas de as pessoas lidarem com a doença e sofrimento é através da colocação constante de perguntas a si mesmas, muitas vezes banais, mas para as quais se torna importantíssimo obter uma resposta, com o intuito de perceber o sentido das coisas. O que se procura é preencher o vazio interior que a doença condiciona.

Quando os participantes se questionam “Porquê eu?”; “Porquê a mim?”, sentem alguma dificuldade em aceitar o seu destino e os desígnios da sua vida. Esta visão está muito relacionada com o medo do sofrimento e da morte, pois poucas são as pessoas que se encontram preparadas para enfrentar o sofrimento e para lidar com a morte na primeira pessoa, aceitando-a como um facto natural e inerente à vida do Homem. Por outro lado, nas pessoas que talvez se possam caracterizar como mais evoluídas, ou seja, que se preocupam com estes aspectos e vivem a sua vida de forma plena, pela consciência da facticidade de alguns acontecimentos, nomeadamente a morte, esta questão pode ser colocada de outra forma: “Porquê não eu?”; “Se fui o escolhido é porque tenho potencial para a enfrentar”, encarando todas as adversidades como desafios e oportunidades de continuar a valorizar a vida.

E 2 – “Eu acho que todas as experiências são importantes e não há nenhuma que seja de banalizar. Não há nenhuma que seja de se colocar de lado, porque todas elas nos ensinam, é aquilo que te dizia há bocado, todas elas nos ensinam alguma coisa, e o que é que conseguimos tirar delas é a parte importante!”

Após a vivência de doença e o processo de recuperação, os doentes podem assumir dois tipos de postura: uma postura positiva de quem superou toda a situação e conseguiu desenvolver estratégias adequadas e competências que os tornam mais fortes e capazes de enfrentar e lidar com situações semelhantes no futuro ou uma postura negativa, quando não conseguem lidar com as perdas sofridas e com o impacto emocional causado pelas mesmas, adotando uma atitude de recusa e medo que os condiciona em comportamentos futuros (Pereira e Lopes, 2002).

A doença pode assumir-se como um episódio crítico na vida. Esta crise pode adoptar duas vertentes – perigo e oportunidade, na medida em que ameaça a integridade do ser humano e a sua sobrevivência, mas pode também ser uma oportunidade para abertura de novas perspectivas de vida.

No estudo de Sarlo, Barreto e Domingues (2008:633) conclui-se que a doença modificou as pessoas, tornando-as “pessoas melhores, menos estressadas, mais alegres, mais corajosas para lutar contra os problemas, mais felizes em suas famílias e com os seus amigos e mais saudáveis”, promovendo comportamentos mais ajustados como uma maior preocupação com a saúde, o corpo, o auto-cuidado e a procura de novas informações.

Perante uma doença a pessoa pode sentir-se enfraquecida e menos poderosa. No entanto, Díaz (2001) considera que o poder pode renascer não só das capacidades próprias e inatas de cada um, mas também da força que lhes conferem e incutem os que os amam, enaltecendo a ideia de que este é fomentado à medida que é partilhado.

E 15 – “... depois agarrei-me de todas as maneiras à vida, agarrei-me, agarrei-me a tudo, agarrei-me aos meus filhos”

A doença como oportunidade possibilita a aquisição de uma nova atitude perante a própria vida, traduzindo uma focalização de atenção para o corpo físico e psíquico e, também, para a sua existência enquanto ser humano. O retomar da vida anterior pode não se revelar muito fácil, pois a sua identidade tende a sofrer uma alteração, muitas vezes profunda, que conduz a uma nova visão do mundo (Vieira, Lopes e Shimo, 2007).

No estudo de Serrano e Pires (2008) sobre as mulheres mastectomizadas concluiu-se que estas apresentam grande vontade de viver e de lutar para manterem a sua qualidade de vida, valorizando mais a vida que a perda da mama.

E 14 – “... mas temos que aproveitar a vida, a vida só se vive uma vez, não é?, temos que aproveitar!”

A fé pode ser extremamente útil para enfrentar a doença, na medida em que a aproximação a Deus ajuda a suportar as vicissitudes vivenciadas. Há mulheres que se ligam à fé e à religião ou ao facto de terem familiares, filhos ou outros, a seu encargo e dependência.

No estudo de Santos e Gonçalves (2006), sobre as mulheres mastectomizadas que necessitam de repetir tratamento de quimioterapia por agravamento da doença, concluiu-se que o medo da morte é de tal modo angustiante, que condiciona nas mulheres uma reflexão diferente sobre a sua existência, favorecendo, muitas vezes, uma aproximação à fé e à religião.

Perante uma situação de sofrimento verifica-se que a fé das pessoas pode seguir dois rumos: se as pessoas aprofundarem a sua fé e se apegarem às suas convicções na confrontação das adversidades, a sua fé sai fomentada. Se, por outro lado, as pessoas desanimam e se revoltam contra as suas convicções e princípios a sua fé enfraquece, não as ajudando a suportar o sofrimento (Grün, 2009).

Para Frank (1991) a pessoa deve procurar o sentido da sua existência, com base na fé e na responsabilidade com os outros e consigo, valorizando as suas potencialidades.

E 14 – “eu acho que se Deus nos dá determinadas coisas, é porque acha que nós temos capacidades para as suplantar e é por elas que a gente vê outras coisas, descobre outros mundos até...”

A fé auxilia as pessoas no processo de aceitação da doença, fomentando a esperança e a sua capacidade de acreditar que serão capazes de enfrentar o desafio que lhes é colocado e assumir o seu destino, interiorizando a ideia de que vale a pena lutar pela vida.

As palavras de uma jovem médica acometida com cancro da mama revelam esta ideia ao enaltecer que “Foi neste episódio de morte pensada, embora desacreditada, que reavivei o meu pensamento e a minha vida espiritual. Foi a partir daqui que me aproximei de Deus, que resolvi gritar em seu auxílio, que consumí a minha fé na vida e na minha cura” (Campos, 2010: 116).

Na eminência de que algo pior possa ocorrer na sua vida, as pessoas tendem a encarar as situações de outra forma, analisando-as e tentando perceber de que modo as podem enfrentar

e solucionar. Estes processos exigem das pessoas um forte empenhamento e uma grande capacidade de adaptação e aceitação, procurando fazer face a todas as vicissitudes inerentes.

Na perspectiva de Rojas, “A vida é como uma aventura náutica. O mar nem sempre está sereno e calmo, mas como um ser vivo em movimento, tem altos e baixos, tempestades e dias de horizontes claros” (2002:13). A capacidade demonstrada pelas pessoas para se ajustarem a estas mudanças conduz ao seu crescimento pessoal, tornando-as mais maduras e resistentes.

E 10 – “... é outro tipo de situações, tornam-nos um bocadinho mais adultas, mais, não é que eu seja ou me sinta uma criança, mas é um outro tipo de maturidade e um outro tipo de situações que, de alguma maneira, pronto, mexe connosco, na nossa maneira de pensar.”

Arthur Frank (1991), ao padecer de um tumor nos testículos, que lhe causou um quadro de dor crónica, procurou analisar a sua experiência e atribuir-lhe um significado ou propósito. Para ele os acontecimentos não são por acaso, ocorrem no momento certo e promovem a transformação das pessoas no que concerne à sua humanidade.

Por norma a doença implica a transformação da pessoa em doente, revelando-se uma oportunidade desde que a mesma se revele motivada para enfrentar esse desafio e se demonstre receptiva para aprender uma nova forma de coexistir no mundo, reconhecendo-se na sua própria existência.

Branco (2008) considera que a doença se revela uma oportunidade de reencontrar o sentido de vida, frisando que a tarefa do ser humano passa por aproveitar o seu tempo, esforçando-se por ser autor de uma obra singular que espelhe a sua vivência existencial.

A vida, ao longo do seu percurso, apresenta muitas situações de sofrimento e de dor. São estes momentos que testam os limites dos seres humanos e que lhes possibilitam oportunidades de transformação, desafiando-se e desenvolvendo-se tendo em conta a sua existência no mundo.

Na perspectiva de Paldrön:

“Quando a intensidade do sofrimento está de acordo com as nossas capacidades e conseguimos manter uma atitude positiva, o sofrimento é um excelente mestre. É ele que lima as nossas arestas, nos dá um pouco mais de humanidade e nos prova que não sabemos tudo sobre a vida. O ser humano que foi polido pelo sofrimento ganha profundidade, calor de sentimento ou sensibilidade. Quando conseguimos manter uma atitude positiva, o sofrimento faz de nós verdadeiros seres humanos” (2006:91).

E 2 – “ Sabes que eu acho que nada acontece por acaso, e todos nós temos que tirar, se algo nos acontece, temos de tirar dali alguma coisa de bom, porque se aconteceu é para nós aprendermos. Nem sempre é negativo, nem sempre tem que ser uma coisa negativa!”

No papel de doentes, os enfermeiros percebem o que estes sentem, as angústias, os medos, as transformações e a atribuição de um novo significado à vida. Para se compreender o outro é importante que se aceite a sua condição existencial, que se respeite o seu quadro de referência e a sua dignidade.

Para Herzlich (2004), a experiência de doença traduz uma ‘interrupção biográfica’, passível de condicionar a sensação de autodescoberta de si próprio e a interiorização das mudanças inerentes, no sentido de promover no doente a possibilidade de responder eficazmente às circunstâncias vivenciadas.

E 11 – “... é uma experiência de conhecer-se a si próprio, isto não tem... não dá para descrever. É incrível.”

Gozar de boa saúde é um desejo universal de todas as pessoas e transversal à sua existência humana. Todos a procuram mas, tal como com o prazer, só se sente a sua necessidade quando se sofre pela sua ausência, pois quando não se sofre por tal facto é sinal que essa necessidade se faz sentir de forma natural (Epicuro, 2008).

As pessoas tendem a dar mais valor à sua condição de saúde quando vivenciam uma situação de doença. A sua acção desenrola-se no sentido de alcançar um estado de saúde que lhes condicione equilíbrio; quando o têm ou alcançam sentem-se bem e quando o perdem ou sentem essa ameaça, tudo fazem para o procurar alcançar.

Com a experiência de doença e do sofrimento associado, os enfermeiros, como qualquer outra pessoa, sentem que se modificam, adoptando melhores atitudes, mais compreensivas e respeitadoras do valor do outro. A exposição das suas fragilidades e o sentimento vivenciado nessas circunstâncias leva-os à real interiorização do termo empatia, tão sobejamente defendido na enfermagem.

E 6 - “... entendo melhor as queixas dos doentes...”

Ao vivenciarem pessoalmente a condição de doentes percebem o que está associado a uma experiência tão pessoal e incómoda, reconhecem a verdadeira importância dos profissionais se demonstrarem solícitos e dispostos a ajudar o outro e aceitam as suas limitações, revelando uma atitude compreensiva. Desta forma, reforçam a noção de que a enfermagem é uma profissão que permite reconhecer, no sofrimento do outro, a contingência do próprio sofrimento e humanidade.

E 13 – “... quando a gente vê um doente que está acamado, está deitado, não se quer levantar, nós estamos constantemente a dizer ‘tem que levantar-se, tem que ir dar uma volta, tem que

espevitado, não pode estar sempre na cama'; a partir daí nunca mais exigi isso aos doentes, posso dizer uma vez ou outra mas não vou insistir, porque tenho aquela minha experiência de que, realmente, quando a gente está debilitado e não consegue levantar-se, não tem mesmo condições ou o corpo está-nos a exigir mesmo descanso, não... a partir daí não exijo mais, tenho sempre essa minha experiência.”

A experiência de uma situação semelhante facilita a compreensão do que o outro sente e pode levar a pessoa a agir de uma forma mais pensada e centrada nas suas necessidades, não só porque as reconhece mas porque já as vivenciou e lhes atribuiu um significado específico. No dizer de Pangrazzi “Uma doença ou uma perda podem levar a olhar para dentro com mais profundidade, para depois dirigir-se ao próximo mais autenticamente” (2010:99).

Para Kralik, Brown e Koch (2001), a experiência de doença e a confrontação com a necessidade de lidar com um diagnóstico de doença crónica promove nos profissionais de saúde um incremento na sua sensibilidade para entender e compreender o outro, ao vivenciar um processo semelhante.

E 12 – “... às vezes faz-nos bem, faz bem passarmos por lá, assim como um doente pede uma arrastadeira e uma pessoa diz ‘vai já’, mas às vezes o ‘vai já’ para nós foi rápido e para quem está a precisar não foi. Se já tivermos lá passado percebemos esse tipo de coisas, são coisas simples mas percebemos.”

Ao estar doente e vivenciar todas as fases da doença, o enfermeiro tem oportunidade de se transformar, interiorizando o significado da palavra compaixão pois, para além de saber o que é estar junto do doente, pode enaltecer a ideia de que se é capaz de reconhecer e valorizar o sofrimento do outro, acompanhando-o e valorizando-o como pessoa que é.

E 14 – “... acho que aprendi, o que eu aprendi mesmo foi a pôr o doente no centro dos cuidados, porque fala-se muito em pôr o doente no centro dos cuidados, mas depois o doente é que anda à volta daquilo tudo, é que anda ali à volta, do horário, disto, daquilo...”

E 11 – “Até as minhas colegas dizem ‘tu mimas muito os utentes!’, eu não mimo, eu só trato como gosto que me tratem a mim ou gostava que me tratassem...”

Broyard (1993) compara o seu cancro da próstata com o seu sonho recorrente de que, um dia, iria cometer um crime e iria ser julgado, renunciando ao trabalho de um advogado e procurando elaborar a sua própria defesa. Para ele, na realidade, o seu crime do sonho traduziu-se no cancro que o acometeu, em que a sua elaboração da defesa passa por gostar de estar vivo, procurando com tenacidade sobreviver a esta provação da vida.

A doença não deve ser condicionadora do viver e as pessoas devem encará-la de forma determinada, não se deixando vencer por ela.

E 11 – “Eu saía de casa e não sabia onde é que ia acabar o dia. Eu quando chego a casa, ao fim do dia, penso ‘olha que bom, mais um dia que cheguei a casa!’”

Perante uma situação que condicione fragilidades e potencie a sensação de vulnerabilidade na pessoa, é frequente que a mesma reflecta sobre o seu percurso de vida e atribua um valor e significado diferente à sua vida e à forma como a vive. Castro e Dias (2008) consideram que as pessoas, perante uma situação de doença, tendem a rever tudo o que viveram anteriormente, conduzindo a um processo de revisão de si, das relações que estabelecem com os outros, com o mundo e com a sua própria vida.

E 11 – “... para mim, poder ir dar um passeio, assim ao fim do dia é... não há coisa melhor, porque já senti que perdi isso e posso perder. Posso cair amanhã ou daqui a um bocadinho e isso vai-se tudo, não é?”

A experiência de doença incute na pessoa o medo de morrer, pois ao abalar ou atingir a vida no seu decurso ‘normal’, leva-a a pensar e reflectir sobre o mistério que a envolve, o seu desenvolvimento e percurso no sentido da morte. No papel de autor da sua própria vida, cada pessoa deve procurar usufruir de todos os instantes, de forma plena e intensa, evitando os sentimentos de inibição de viver pelo medo inerente de morrer.

Bonino frisa que a vida deve ser valorizada pelas suas pequenas subtilezas, assumindo que “Pessoalmente nada me consegue transmitir tanto o sentido de fazer parte do universo do que estar na serra e olhar para o céu repleto de estrelas. Longe de outras luzes, milhares de estrelas tornam-se visíveis e fazem-me pensar que a minha existência faz parte de uma aventura antiquíssima e misteriosa que teve início muito antes da própria vida” (2007:157).

É comum verificar-se que a saúde e a vida são encaradas como bens adquiridos, não sendo estimadas e encaradas como dons e dádivas. É importante que as pessoas tenham consciência disso e que procurem, no seu percurso existencial, atribuir o real sentido e significado à sua vida.

O facto de se vivenciar uma experiência dolorosa, que possa colocar em causa a vida, fazer sentir e temer a dor ou o sofrimento e enaltecer a ideia de finitude, pode conduzir a pessoa a mudar, muitas vezes, os seus pensamentos sobre a vida e sobre o seu valor, apreciando-a com maior intensidade. Para Múrias “E ninguém imagina o valor que se passa a dar à vida, quando um exame médico nos decreta um possível fim de vida” (2010:74).

E 12 – “... dá-se sem sombra de dúvida valor à vida...”

Muitas vezes, após uma situação de doença, os indivíduos redescobrem o verdadeiro sentido das suas vidas e das suas vivências, valorizando aspectos e relações outrora desvalorizadas (Sampaio, 2009).

E 11 – “É uma mudança espiritual também; é bastante... valorizo mais, valorizo mais a vida...”

Actualmente, as pessoas não demonstram grande disponibilidade para pensar na vida, pois no dizer de Pangrazzi, “...no mundo ocidental, o homem está tão atormentado e preso por mil preocupações que a única ocasião que tem para reflectir e meditar é quando está doente.” (2010:57). Também Wright (2005) considera que o sofrimento conduz a pessoa num processo de pensamento profundo e de reflexão no sentido da mudança.

E 11 – “... é um impacto grande, uma mudança muito grande, de pensamento.”

R11 – “Nada é simples... nem transcrever para palavras as pegadas que a doença deixa dentro de nós.”

Assim, o facto de estarem doentes e sofrerem uma alteração nos seus hábitos diários, leva-os a terem mais tempo para pensar na vida e noutros aspectos com ela relacionados, podendo conduzir a mudanças na forma como esta se encara e as prioridades que se estabelecem. No dizer de Grün e Dufner (2008), a doença deve ser um chamado para a vida, despertando o interesse em a viver plenamente.

E 12 – “... lembro-me que... de olhar para a janela e era uma altura do ano que eu gosto imenso de andar na rua, que é a primavera e, portanto, nós estávamos em plena primavera, vínhamos de um inverno rigoroso e uma das coisas que eu tinha era saudade de andar a passear na rua, saudades de estar com o meu filho, saudades de estar com os amigos e com a família...”

Para Frank (1991), a atribuição de sentido ao sofrimento é importante pois a pessoa, na confrontação com uma situação sofredora, investe pessoalmente com o intuito de alcançar um propósito ou objectivo bem definido. Neste sentido pode condicionar a pessoa a viver uma nova vida ou a viver uma nova versão da sua antiga vida.

Kraus, Rodrigues e Dixe (2009), no seu trabalho de revisão sistemática de literatura sobre o conceito global – sentido de vida na dor, enfatizam que existe uma relação entre o sentido de vida e a melhoria da saúde e do desenvolvimento humano, o que leva a referir que a atribuição do sentido de vida promove a adaptação do indivíduo à sua condição de doente e ao desenvolvimento de estratégias de adaptação ou *coping* mais eficazes.

A forma como cada pessoa reage à doença é única, constatando-se que uns enfrentam o sofrimento com afinco e lutam para não se deixarem controlar por ele.

E 15 – “... trabalhei até ao dia em que fiz... saí de vela na quarta-feira, na quinta-feira fui internada, preferi estar sempre a trabalhar, sempre ocupada; havia pessoas, porque depois as coisas sabem-se, acho que me conseguia manter sempre optimista...”

Outros há que demonstram mais fragilidades e sofrem, física e emocionalmente, o que pode condicionar a estimulação e desencadeamento de respostas e atitudes que influenciam os processos de enfrentamento da doença e sua recuperação.

E 13 – “... em termos emocionais, estava muito em baixo, fiz logo uma depressão, ainda me custa a falar (emoção e choro), fico logo (pausa) isto custa mesmo! Mesmo só o recordar!”

Para Pangrazzi, a pessoa é livre de escolher o comportamento a adoptar perante o sofrimento: “...há quem se resigne passivamente e quem o aceite criativamente; quem se afaste e quem proteste; quem regrida e quem progrida; quem desespere e quem se apoie na esperança; quem se refugie no passado e quem confie no futuro” (2010:97,8).

A experiência de doença e todo o sofrimento que lhe possa ser inerente conduz a pessoa numa viagem alucinante pelo seu mundo interior. O importante é perceber que vale a pena viver e lutar, no sentido de encontrar o que de melhor em si existe e se tornar mais forte.

Como enfatiza Campos,

“A vida é uma sucessão de desequilíbrios equilibrados e de equilíbrios desequilibrados. São mais felizes aqueles que se equilibram nos desequilíbrios. Tropeçam mas não caem, magoam-se mas não choram, batem-lhes mas não lhes dói, gostam do que é simples, desvalorizam o negativo, facilitam o complicado, sorriem porque nada é razão para estar triste. Basta estar-se vivo para se ser feliz” (2010:18).

Em todo o processo de vivência de doença, a pessoa procura obter respostas para as suas interrogações. Ao procurá-las vai encontrar-se consigo mesmo e despoletar em si os recursos necessários para enfrentar este novo desafio, aceitando a sua fragilidade, vulnerabilidade e a ajuda dos que lhe estão mais próximos e daqueles com quem afectivamente se encontram ligados.

Como ser relacional que é, interage continuamente com os outros e com o mundo, existindo como ser para e com os outros. Para Arendt (2001) qualquer vida humana exige a presença de outros seres e a relação entre estes. O verdadeiro sentido da existência humana prende-se com

a capacidade que as pessoas apresentam para se dar aos outros, relacionando-se e interagindo. Só desta forma, a pessoa pode partilhar a sua existência, enaltecendo a sua humanidade.

Varela considera que a sua experiência de doença lhe fez perceber que, “Infelizmente, em meu caso a ameaça de perder a vida não trouxe transformações filosóficas, iluminações espirituais, nem mudanças práticas significativas. Exceto uma: a decisão de começar o atendimento no consultório pela manhã, para não voltar mais para casa às nove ou dez da noite, como era usual” (2009:121).

Ao longo dos tempos a visão do mundo tem sofrido alterações constantes, passando a encarar-se de forma avassaladora a importância do ter sobre o ser. A maior parte das pessoas não se conhece verdadeiramente, vivendo de tal forma ancoradas a ‘verdades’ tidas como absolutas que as transformam em seres completamente alienados e estranhos a si próprios. Tende-se para uma sociedade individualista e, por consequência, solitária, conduzindo os homens a focar a sua atenção em aspectos banais e sem interesse, existindo numa utopia incoerente. Cada indivíduo deve abstrair-se de alguns estímulos externos, recorrer ao silêncio e comunicar consigo próprio.

A experiência de doença pode revelar-se uma oportunidade de aprendizagem, no sentido de prestar maior atenção a si próprio e ao seu corpo, de valorizar todos os momentos da vida, os amigos e os momentos de interacção com estes, ou seja, pode encarar-se como a hipótese de considerar outros valores na vida e valorizar o que realmente é importante (Grün, 2009).

E 4 – “... tentei fazer mais coisas aos meus filhos, nomeadamente, a dar mais importância a determinadas coisas que não dava anteriormente.”

O apoio dos que são queridos, sejam familiares ou colegas de trabalho, revela-se muito útil para ajudar a pessoa a adaptar-se e aceitar a sua situação de doença, verificando-se que “...a presença carinhosa dos outros é fundamental em todas as circunstâncias da vida, particularmente nos momentos difíceis” (Paldrön, 2006:80).

É nestas situações que muitas amizades se fortalecem e outras se recomeçam, fazendo emergir a ideia de que os laços afectivos são muito importantes e essenciais para a resolução de problemas difíceis de vivenciar ao longo da vida. Para Venâncio e Olivier (1999), a doença também pode servir para reaproximar as pessoas e para incrementar as relações interpessoais existentes, na medida em que tanto os familiares como os amigos se preocupam com o doente, apoiando-o e procurando sistematicamente saber como está e se sente e agindo no sentido de promover a sua recuperação.

E 14 – “... eu sempre que estive internada preferi que os colegas não me tratassem de forma diferente do que tratavam as outras pessoas, mas também gostei que eles, ao saberem que eu era colega, não que eu dissesse mas porque me conheciam, também tive assim algum afecto e carinho por mim, porque isso também é importante que a gente saiba que os nossos colegas também demonstram afecto e carinho por nós.”

No caso de se tratar de doença crónica, o apoio dos familiares e amigos ainda se revela mais importante, pois associado à cronicidade da doença está também o receio de serem hostilizados e ostracizados em termos sociais, na medida em que sofrem constantemente e vivem num equilíbrio desequilibrado, em que a alguns dias melhores se sucedem outros piores, com alterações nas suas rotinas diárias e comportamentais.

Segundo Pontes e Araújo, “A pessoa com doença crónica vive frequentemente o medo do abandono social devido à insegurança em relação à degradação das suas capacidades e às restrições impostas pela sua doença” (2010: 312).

A confrontação com uma situação de doença que ameace a vida leva as pessoas a reflectirem sobre o que têm sido e feito. Constata-se alguma tendência para se alterarem comportamentos e formas de pensar e estar, como oportunidade de viver uma vida diferente, atribuindo-lhe um novo significado, valorizando o bem-estar e as coisas mais simples da vida como um bem mais verdadeiro.

E 2 – “... a todos os níveis, dentro da profissão e fora, na minha vida pessoal, passei a fazê-lo exactamente, a valorizar tudo, entendes? Porque, uma das coisas que eu via é que eu cheguei a um ponto em que eu trabalhava muito e depois nunca temos tempo para mais nada. E vale a pena?!! E viver fica onde?!!”

E 11 – “Valorizo tudo e não dou importância à maior parte das coisas que são banais...”

A forma como a pessoa encara a vida e os seus desígnios vai-se alterando pela acção ou efeito das experiências vividas. Tendo em conta que a tarefa do ser humano é tornar-se pessoa, mais do que simples ser é tornar-se, numa perspectiva do vir-a-ser, a sua evolução vai ser o resultado de um agir constante, com base num quadro de referência e valores por ela definido. Para Scheler (1993) a pessoa é um ser dinâmico, que participa activamente no mundo e que, pelas suas experiências, vai construindo o valor da sua identidade humana.

E 14 – “... como eu passei essa fronteira, daqui para lá, hoje vejo a vida de uma maneira diferente, não ligo a mesquinhas, não ligo, não ligo a coisas pequenas, porque acho que não vale a pena [...] não somos as mesmas pessoas, ficamos pessoas diferentes, não ficamos iguais”.

Múrias (2010) é um jornalista que foi confrontado com o diagnóstico de cancro do intestino, tendo sido submetido a cirurgia e tratamentos, e que passou a valorizar a vida de outra forma, utilizando o seu humor inteligente para tentar minimizar o seu sofrimento. Passou a dar mais valor aos afectos, sentindo que a energia que lhes advém é como um bálsamo, referindo que, “O cancro é um clube com mais sócios do que um clube de futebol, ao qual ninguém gosta de pertencer, mas onde todos se ajudam, nem que seja com simples palavras, garanto-vos” e enfatizando a ideia de que: “Quero que saibam que este cancro mudou a minha vida para sempre, e mudou-me para melhor. Porque senti algo que nunca sentira antes. Senti o afecto, um enorme afecto por parte das pessoas que me ouviram, que me escreveram, que choraram por mim. Isso fez de mim um homem melhor.” (2010:128, 151).

Esta ideia é enfatizada por Simões (2009) ao referir que a amizade e amor entre as pessoas, possibilita uma tomada de consciência de si próprio e da sua dignidade humana.

E 3 – “graças a Deus, tenho muitas pessoas amigas e que me vieram, que me vinham buscar a casa de propósito para sair de casa e para eu ir passear e almoçar e, outras vezes, vinham ter comigo a casa.”

E 8 – “nunca me senti só, nesse aspecto, acho que senti que as pessoas estavam sempre presentes.”

O facto de as pessoas viverem uma experiência de doença com hospitalização permite-lhes observar e estabelecer uma ideia acerca do desempenho dos profissionais de saúde. No caso de serem, eles próprios, enfermeiros, poderão manter ou construir uma nova ideia acerca dos seus homólogos e da sua prestação.

Segundo Gineste e Pellisier, “Um prestador de cuidados é um profissional que cuida de uma pessoa (ou de um grupo de pessoas) com preocupações ou problemas de saúde, para a ajudar a melhorar ou a manter a saúde, ou para acompanhar essa pessoa até à morte.” (2007:247).

O doente, ao contrário do que se possa pensar, exerce um papel activo na relação que estabelece com o cuidador, na medida em que estabelece questões, colabora nos cuidados, interage com os elementos da equipa, devendo ser ele o controlador do desenvolvimento da relação ao se adaptar a um ritmo adequado para as suas limitações. Sendo doentes crónicos, estabelecem com os profissionais uma relação duradoura que ultrapassa a vertente biomédica de apoio técnico, envolvendo uma dimensão afectiva, de compreensão e amizade.

E 11 – “Nem imaginam as pessoas, psicologicamente para nós, os doentes crónicos, tão importante que é termos os mesmos a, as mesmas pessoas a cuidar, é que nem fazem ideia. É que fazem parte da nossa vida, eles nem imaginam! São quase da família, e se os perdermos é mesmo quase uma perda, não digo uma perda familiar, mas é muito importante”

E 11 – “... cada vez que fico doente, eu só quero ir à neurologia lá dos HUC porque já me conhecem e sabem que quando me queixo, é mesmo porque aconteceu alguma coisa.”

A enfermagem dirige-se essencialmente às pessoas e a forma de agir de cada profissional é única e traduz a relação interpessoal estabelecida com o doente. Como profissão e ciência humana deve encarar o doente como pessoa, que possui liberdade de expressão, sentimentos e dignidade humana, demonstrando sensibilidade e capacidade para o estabelecimento de uma relação verdadeira, impedindo a banalização da sua condição e a sua redução a um mero caso a tratar.

A relação de cuidar, que se instaura entre o profissional e o doente, não passa de uma actividade intencional que resulta da consciência da necessidade de algo, para se obter ou recuperar o bem-estar do outro. Esta aproximação deve ser pautada por sentimentos positivos que traduzam uma experiência benéfica e altruísta.

Os profissionais devem ser solícitos e, ao mesmo tempo, respeitar o outro, estabelecendo uma relação intersubjectiva com cumprimento das regras éticas e morais definidas socialmente.

E 5 – “... sinto-me um privilegiado por realmente ter a profissão que tenho, porque me abriu muitos horizontes a esse nível e fez-me crescer muito como pessoa individualmente e a nível de personalidade...”

A profissão de enfermagem exige vocação e dedicação contínua perante o outro, que existe sob circunstâncias particulares de saúde-doença. A aquisição de conhecimentos específicos e científicos assume-se como um bem adquirido e, perante o qual, o enfermeiro demonstra sérias dificuldades de separação, considerando-os interiorizados para toda a vida.

E 8 – “... nem o doente dissociado do papel de enfermeiro, nem ser enfermeiro dissociado de outro papel qualquer, pronto, acho que nós temos assim uma certa bitola...”

A separação do ser doente para o ser enfermeiro não se revela tarefa fácil, na medida em que as pessoas sentem que não podem suspender o seu conhecimento, notando-se alguma tendência para o recurso aos saberes interiorizados no sentido de procurar obter ou dar resposta para as dúvidas surgidas, seja em contexto pessoal ou de outras pessoas que se encontrem a vivenciar um processo semelhante.

E 6 – “Não consegues despir do papel de enfermeiro; estás sempre preocupada: estás a ver o dreno - isto hoje deitou mais, estás sempre a ver as características do dreno [...] estás sempre preocupada com a punção, estás sempre, estás sempre preocupada com tudo.”

E 15 – “... embora estejamos doentes não deixamos de ser enfermeiros.”

Os profissionais de enfermagem revelam uma construção de identidade profissional contínua e constante na sua vida, não se limitando ao contexto e local de trabalho, o que fomenta o sentimento de vinculação profissional.

E 2 – “... ‘a partir do momento em que és enfermeira, nunca mais deixas de ser enfermeira; és enfermeira 24 horas por dia, mesmo fora do teu local de trabalho’ ...”

E 13 – “... em termos de internamento, na sala que estava, na enfermaria que estava, ajudava as outras doentes que perguntavam e se apercebiam que era enfermeira...”

Este sentimento de vinculação é tão forte que leva as pessoas a encarar a profissão de enfermagem como uma nobre missão, uma vez que as pessoas exercem as suas funções com o intuito de aliviar o sofrimento do outro, partilhando e acompanhando a pessoa em todo esse processo.

E 5 – “... eu acho que a nossa profissão é extraordinária, não é só uma profissão. Eu não a encaro só como uma profissão [...] eu encaro-a também um pouco como missão, muitas vezes!”

Para Carvalho a enfermagem é uma ciência e arte, que se define pela assistência ao ser humano, em que “O que é exigido para além dos saberes são os dotes ou qualidades morais e únicos inerentes à própria pessoa” (1996:26). Também Frei Bernardo (2001) reforça a ideia de que a excelência dos cuidados se prende com o saber ser, estar, decidir e fazer, atempadamente e com base no respeito pelo que a pessoa é e vai sendo, adoptando a máxima do ser bom para agir bem.

Nas palavras de médico, Varela ilustra:

“O Ofício da enfermagem exige mais altruísmo que o nosso. Por mais atenção que dediquemos aos pacientes, quanto tempo passamos com eles? Nossas visitas duram minutos, enquanto esses profissionais ficam encarregados de administrar-lhes os medicamentos prescritos, puncionar veias invisíveis, fazer curativos, cuidar da higiene, ouvir reclamações, incitá-los a reagir e a enfrentar o desconforto, consolá-los, orientar e amparar os familiares, tarefas que requerem competência profissional, empatia e desprendimento” (2009:101).

Os enfermeiros estabelecem continuamente uma relação com o outro, dando-se a conhecer na medida em que revelam o seu ser pessoa e a sua relação com os outros e com o mundo. A percepção que os enfermeiros têm da sua profissão e da essência dos cuidados de enfermagem está muito relacionada com o paradigma com que se identificam, determinando fortemente o desenvolvimento da sua prática (Basto e Portilheiro, 2003).

Desta forma, compreende-se que o seu desempenho se prenda com um correcto desenvolvimento de relações interpessoais com todos os envolvidos no processo de cuidar, o que subentende a necessidade de se estar desperto para as suas próprias necessidades e para o auto-conhecimento de si próprios, nas mais diversas situações. Só desta forma se encontram preparados para compreender o outro nas suas vivências e para estabelecer uma interacção ajustada.

3.1- Síntese compreensiva geral

Tendo em conta a relação de intersubjectividade estabelecida entre o investigador e os dados resultantes da análise do discurso dos participantes deste estudo, no sentido de se enunciar a estrutura essencial do fenómeno de experiência vivida do enfermeiro que se torna doente e de acordo com o significado por eles atribuídos à referida experiência, foi possível construir uma síntese geral da sua vivência.

De acordo com a subjectividade que caracteriza cada participante e com a forma particular como descreve o que sentiu e viveu foi possível, pela análise das entrevistas e relatos realizados, identificar a estrutura essencial do fenómeno de experiência vivida de doença.

A análise dos dados torna visível que, para além de serem detentores do título profissional são, antes de mais, pessoas e, como tal, sentem a fragilidade e vulnerabilidade inerentes à sua condição de seres humanos. Perante a confrontação com uma situação de doença sentem-se ameaçados e indefesos, reagindo com choque e descrença e estando sujeitos a um conjunto de sentimentos característicos de qualquer pessoa perante tal acontecimento, nomeadamente o medo da dependência, sofrimento e morte; a sensação de incapacidade confrontada com o desejo e crença na cura e sentimentos relacionados com as alterações familiares e sócio-relacionais inerentes.

Quando procuram aliar-se ao corpo de saberes adquiridos e interiorizados ao longo da sua vida profissional, vivem sentimentos paradoxais na medida em que o seu saber nem sempre se revela facilitador da vivência de tal experiência. É comum o surgimento de sentimentos de culpabilização pessoal, pelo facto de serem possuidores de conhecimentos e de não os aplicarem à sua própria condição, enquanto saudáveis ou doentes, e da adopção de comportamentos de reserva, por receio do tipo de avaliação que irão ser alvo ao exporem as suas dúvidas e as suas ‘lacunas’ em termos de conhecimentos.

O facto de se ser conhecedor de algumas patologias e do seu desenvolvimento também se acompanha de alguma ansiedade extra na pessoa doente do enfermeiro, pois percepção-se uma certa tendência para adoptar pensamentos negativistas e que podem influenciar pouco positivamente o processo de adaptação à doença.

A facticidade de estar doente e de assumir o papel de doente num contexto contrário ao habitual, em que se lida com a doença do outro e com a assumpção do papel de doente por parte do outro, incita no enfermeiro alguns sentimentos ambíguos e desconfortáveis, pois assumir o papel de cuidado em vez de cuidador não se revela tarefa fácil e apaziguadora. É notória a demonstração de comportamentos evasivos e de fuga à condição de ser doente, pelo desconforto vivenciado.

Ao ser cuidado, o enfermeiro aprecia as subtilezas que constituem os cuidados de saúde e identifica o que é essencial no cuidar em enfermagem. Este processo de avaliação da prestação de cuidados de enfermagem por parte dos seus pares e a tomada de consciência do que, efectivamente, caracteriza uma prática de excelência pode contribuir para uma mudança, nos termos do seu agir profissional.

Ao assumir o papel de doente, sujeito aos cuidados e à atenção dos outros, neste caso seus pares, tem acesso em primeira mão à visibilidade dos cuidados de enfermagem prestados e do cuidado e envolvimento demonstrados perante um ser digno e merecedor de respeito, tendo noção do que realmente dignifica a profissão de enfermagem.

Como qualquer outra pessoa, também os enfermeiros, ao vivenciarem uma experiência de doença, tomam real conhecimento do seu papel profissional e da importância para o doente e família, no processo de adaptação à doença e recuperação e promoção da saúde. No caso de, como doentes, terem sentido o calor humano por parte dos enfermeiros e o verdadeiro cuidar, não será ilícito pensar que se sentirão satisfeitos com os seus pares e com o seu contributo para o enaltecimento da sua profissão. No entanto, nem sempre tudo se desenrola conforme esperado e, por vezes, as expectativas criadas são superiores ao constatado, podendo surgir sentimentos de tristeza e desilusão. De uma forma ou de outra sempre se aprende, ou a manter e honrar o compromisso de uma prática de enfermagem de excelência ou a escusar agir da forma como viram agir, evitando causar sentimentos nos outros como sentiram numa situação semelhante.

Apesar de, na condição de doentes, poderem ser alvo de alguma diferenciação no processo de prestação de cuidados, a inversão de papéis e a transição a que foram sujeitos pode dificultar a

sua experiência, na medida em que se revela difícil a separação do ser enfermeiro e ser doente.

Por outro lado a confrontação com a doença e com situações de excessiva vulnerabilidade levam a pessoa a pensar na vida que viveu, na pessoa que foi para consigo própria, para com os outros e para com o mundo. Verifica-se uma certa tendência para se reflectir sobre a vida, o que se foi e as possibilidades de vir a ser, atribuindo um significado diferente para a sua existência, com maior valorização de si, das relações a estabelecer com os outros e com o mundo. Todo este processo poderá ser condutor de um crescimento pessoal e, inerentemente, profissional, pois a experiência vivida de doença revela-se uma oportunidade de compreender que a vida é só uma, que deve ser partilhada com aqueles que mais se ama e pautada por sentimentos nobres e atitudes louváveis que espelhem a magnitude de ser humano e de ser um ser de relação.

Esta experiência vivida foi analisada no sentido de se identificar a sua estrutura essencial, resultando na articulação de quatro componentes que revelaram uma sonância/eco diferente no enfermeiro, à medida que se foram desenvolvendo ao longo do tempo. Constatou-se uma conversão dos aspectos vivenciais mais negativos em aspectos vivenciais mais positivos, como se pode visualizar no esquema seguinte:

Positivo	Componente 1	Componente 2	Componente 3	Componente 4
Sonância/Eco	Acreditar na Cura	Valorização Cuidar	Valorização do cuidar	Valorização Profissional
	Fuga ao papel de doente	Apoio familiar e colegas	Vantagem/diferença no ser cuidado	Crescimento Prof./ Vinculação Prof. Crescimento pessoal
	Alterações Fam. e Sócio-rel.	Proteção Pessoal	Comportamentos valorizados	Valorização familiar e das relações
	Frustração	Poder do Saber	Diferenças no cuidar	Força de Viver
	Incapacidade	Insatisfação e Insegurança	O Lado de Lá	Viver para compreender
	Associação de Vivências	Inversão de Papéis	Dualidade eu pessoa/eu profissional	Renascer para a vida
	Culpa	Desilusão		Reflexão Vital
	Cair na Realidade			
	Medo			
	Choque			
Negativo				

4 – Conclusões

Todo o conhecimento passível de ser apreendido e compreendido resulta da própria vivência do homem e das suas experiências singulares e únicas. Estas experiências vividas e, posteriormente descritas, permitem conhecer os fenómenos, tornando-se por isso a base para o desenvolvimento de qualquer ciência, pois só é possível explicar e relacionar fenómenos depois destes serem percebidos pelos sujeitos que os vivenciam.

Neste sentido, compreende-se a afirmação de Zilles ao afirmar que “... a filosofia fenomenológica é, em todos os sentidos, a única ciência absolutamente rigorosa, pois fornece a si própria os seus fundamentos e os de todas as outras ciências” (2007: 219), na medida em que, como referem Giorgi e Sousa “o mundo da vida é prévio à actividade científica, é mais amplo e decisivamente mais complexo” (2010:31).

Tendo noção plena de que todo o saber resulta de um não saber, o interesse em perceber como é que os enfermeiros vivenciam a experiência de doença própria e a constatação da inexistência de trabalhos elaborados acerca desta temática conduziu o investigador na aventura da descoberta do que estes sentiram e perceberam num momento tão específico de suas vidas, procurando respostas facilitadoras do processo de compreensão deste fenómeno.

Ao descreverem a sua experiência vivida, as pessoas espelham a forma como a vivenciaram, o que sentiram e o que valorizaram. Atendendo ao objectivo que se pretende alcançar, nomeadamente a essência de um fenómeno específico, não se pode limitar a investigação à análise das teorias e factos existentes, sendo necessário proceder a uma análise mais profunda ao aspecto mais básico e primário que a sustenta, nomeadamente a experiência daquele acontecimento específico, permitindo obter o seu verdadeiro significado e analisar a sua influência na vida daquelas pessoas.

De acordo do Sadala e Adorno (2002), após a descrição pormenorizada de um fenómeno o pesquisador vai trabalhar no sentido de descobrir qual a essência subjacente ao mesmo, traduzindo a verdadeira natureza do que se pretende investigar, que vai estar dependente do tempo e do espaço onde se desenvolve e das percepções que o indivíduo tem do mundo, de si mesmo e dos outros e da percepção que os outros têm de si no mundo.

Deste modo, o estudo das experiências vividas revela-se muito útil em termos de obtenção de conhecimento científico, na medida em que é a partir dessa experiência e do mundo vivido

dos sujeitos que a ciência se determina e adquire sentido traduzindo que “o mundo é não aquilo que eu penso, mas aquilo que eu vivo...” (Merleau-Ponty, 1999:14).

No que concerne à enfermagem, os estudos elaborados a partir da experiência vivida das pessoas revelam-se muito úteis, pois permitem perceber e interiorizar o significado atribuído e perceber as reais necessidades sentidas, numa perspectiva de partilha e de existência com o outro, com vista a uma prestação de cuidados de qualidade.

Merighi, Gonçalves e Ferreira (2007:646) descrevem a metodologia qualitativa como uma metodologia que, “em sua natureza holística, descritiva e baseada em significações, enfatiza a importância de se conhecer, entender e interpretar as significações e eventos, sem considerar o tempo em que ocorrem, passado ou presente”, enfatizando que se adequa perfeitamente aos propósitos da enfermagem, tendo em conta primordialmente as experiências e perspectivas das pessoas, às quais se dirige a prestação de cuidados.

Ramalho também considera que

“O método fenomenológico de investigação “no seu retorno às coisas”, vai do irreflectido ao reflectido, busca o significado da experiência vivida, e contribui para a compreensão do homem, sujeito dos cuidados, pelo que vai de encontro aos propósitos dos enfermeiros, cuja tendência, na actualidade, é considerar a pessoa no seu todo, de modo holístico, no mundo de que faz parte integrante e não isolada de seus pares” (2011:189, aspas originais).

Encarando a enfermagem como profissão de relação, em que a interacção entre os profissionais e os doentes é condição *sine qua non*, a partilha de experiências, sentimentos e emoções é frequente. A qualidade dos cuidados prestados passa pelo respeito e interesse demonstrado pelos profissionais à experiência vivida dos doentes e pela receptividade e sensibilidade perante a forma de encarar a sua situação de doença.

Sendo o papel de enfermeiro definido como o papel de alguém devidamente credenciado em termos técnicos e científicos, que apresenta simultaneamente capacidades pessoais e relacionais que lhe possibilitem estabelecer uma relação exímia em termos éticos e deontológicos, visa sobretudo auxiliar o outro na satisfação das suas necessidades, objectivando o seu potencial máximo e a sua autonomia. A sua acção é muito vasta e exige envolvimento com aquele ser único que, naquele momento específico, vivencia uma situação delicada.

O cuidar de outro exige do profissional muita dedicação e empenho o que pode ser revelador de algum desgaste físico e psicológico, que leve o profissional a pensar na vida, no seu valor, na sua essência, na sua prestação enquanto profissional, na pertinência e adequabilidade de alguns comportamentos adotados, fazendo emergir a sua própria sensibilidade enquanto ser humano e existencial que é.

Quando o enfermeiro adoece e passa a ser alvo dos cuidados de enfermagem, que anteriormente defendia e aplicava no seu contexto profissional, assume o papel de doente e, em associação, todos os sentimentos de vulnerabilidade e fragilidade inerentes. A transição de enfermeiros para doentes, possibilita a descrição directa e real sobre uma situação tangível que é, frequentemente e por questões laborais, considerada como uma entidade do outro, traduzida por uma preocupação distante, transformando-a num assunto pessoal e próximo, contingente a si mesmos.

Neste contexto, com este trabalho pretendeu-se trazer para um 'mundo falado', em que as palavras imperam e espelham o sentido e o vivido, o significado atribuído à experiência vivida de doença própria por parte dos enfermeiros. Procurou-se ouvir os participantes de forma respeitosa, captando o sentido das suas palavras e adoptando uma atitude fiel e rigorosa na análise dos seus discursos e na compreensão do significado por eles atribuído.

A sua finalidade passa por dar voz aos enfermeiros enquanto pessoas doentes, no sentido de as ouvir e compreender o seu mundo vivido, neste caso particular, a sua experiência vivida de doença própria, tornando-se possível apreender a sua realidade vivida e revelada e compreender a sua perspectiva sobre o ser cuidado.

Considerando que a experiência vivida de doença se pauta por um conjunto de sentimentos paradoxais, constata-se a instabilidade entre a liberdade e a sensação de perda da mesma, a percepção de ser no mundo e a percepção de ser no mundo condicionado, o cuidar do outro e o ser cuidado, o ajudar e o ser ajudado, o poder e a vulnerabilidade, etc. A maneira como a pessoa encara as circunstâncias da vida poderá determinar a sua manifestação e a sua capacidade de as solucionar ou integrar na sua condição existencial.

Nas palavras de Ramalho

“O nosso existir é realmente cheio de incertezas, pois decorre num fluxo crivado de paradoxos e riscos que nos dificultam ter segurança para agir. A insegurança permanece mesmo quando procuramos apoiar-nos nas experiências passadas, agindo em termos do que já conhecemos, pois o presente também é abertura para o futuro e este sempre contém

imprevistos, que tanto nos aparecem em agradáveis surpresas como em tristes desapontamentos e, algumas vezes, até em infortúnios que podem abalar e transformar profundamente as nossas vidas.” (2011: 174)

A confrontação com uma situação particular de doença faz emergir na pessoa sentimentos únicos, levando-a a valorizar alguns aspectos de forma possivelmente diferente do que faziam anteriormente. Habitualmente as pessoas não valorizam o que têm e tendem a pensar no que não têm, o que pode originar alguma angústia. Nas palavras de Schopenhauer (2007), quando se vêem coisas que não se possuem pensa-se em como seria se as possuíssem, mas raramente se pára para pensar em como seria se se perdesse o que se possui. Talvez por isso, quando a pessoa se confronta com a perda da saúde se sinta pouco preparada para lidar com a situação e viva angustiada com a incerteza de viver subjugada a um conjunto de circunstâncias desconhecidas ou conhecidas, mas dificilmente aceitáveis.

Da análise dos dizeres dos participantes identifica-se uma estrutura essencial para o fenómeno de experiência vivida do enfermeiro que se torna doente, constituída por quatro componentes, nomeadamente *ser doente, estar doente, repensar o mundo profissional e significação vital e consolidação profissional*, enquadrada em três contextos: pessoal, relacional e profissional.

Os participantes revelaram que a confrontação com um diagnóstico de doença assume um carácter forte e abrupto, que faz emergir toda a fragilidade e vulnerabilidade humana. A experiência habitual de lidar com a doença do outro pode conduzir a pessoa a fazer associações de vivências, seja em contexto profissional ou familiar. É notório o sentimento de culpabilização pessoal pelo descuro na vigilância do seu estado de saúde e pelo atraso na identificação de alguns sintomas.

A doença por si gera sentimentos de tristeza e pode levar a pessoa a se afastar dos outros, com implicação directa na forma de estar no mundo, consigo e com os outros. Sendo enfermeiros, a dificuldade em aceitar e assumir o papel de doente é evidente, ocorrendo situações de fuga ao mesmo. A experiência de estar do lado de lá, sendo o ser cuidado em vez de cuidador gera angústia, na medida em que irão ocupar um lugar para o qual não se encontram totalmente preparados, pois ao longo da sua vida sempre interiorizaram que o seu papel era de cuidador, demonstrando alguma relutância em aceitar que necessitam de ser cuidados e alvo da intervenção dos seus pares.

Ao estar do lado de lá tomam real consciência do que sente o ser doente, dependente dos cuidados de profissionais habilitados e da vulnerabilidade e sensação de debilidade que

vivenciam no decorrer do seu processo de doença. A inversão de papéis vivenciada exige uma transição de profissional de enfermagem, saudável e apto para o desempenho de suas funções para o lugar do ser cuidado, que se revela fragilizado e dependente dos cuidados de outrem.

Apesar de se encontrarem num ambiente conhecido, o facto de o perceberem sob a perspectiva de um doente comum, permite-lhe olhar com outros olhos para o desempenho profissional dos seus pares e analisar o que caracteriza e dignifica a profissão de enfermagem, identificando aspectos e subtilezas agradáveis ou desagradáveis. No que concerne aos cuidados de enfermagem recebidos, estes também foram analisados de forma particular, interiorizando o que sentem os doentes em iguais circunstâncias e quando sujeitos ao mesmo tipo de tratamentos.

O sentir-se exposto aos profissionais de saúde condiciona sentimentos de humilhação e frustração, pois o seu propósito profissional prende-se com o cuidar dos outros, revelando-se o ser cuidado como um papel pouco estimulante a ser vivido, sentindo que se encontram ‘forçados’ a partilhar as suas fragilidades. Também o seu nível de conhecimentos pode exercer um papel facilitador ou não, uma vez que pode condicionar a solicitação de esclarecimentos assídua e oportunamente; a constante comparação com experiências vivenciadas com a doença do outro e a associação a processos de evolução menos positivos, podendo ter visibilidade no desenvolvimento e implementação das estratégias adequadas para a solucionar. Ao longo de toda a vivência de doença os enfermeiros valorizam o apoio sentido como uma ferramenta útil no enfrentamento deste processo.

Ao ocuparem uma cama de hospital, sendo alvo dos cuidados dos seus homólogos, os enfermeiros que se tornam doentes, têm possibilidade de lhes apreciar o desempenho profissional, identificando as áreas do cuidar mais valorizadas e as que carecem de maior investimento. Ao avaliarem o que traduz o ser enfermeiro e ao constatarem o que é realmente importante para o doente, podem também fazer uma reavaliação do seu desempenho pessoal e profissional, identificando aspectos que podem ser melhorados e as mudanças necessárias a implementar quando regressarem ao seu local de trabalho e reassumirem as suas funções de enfermeiros.

No entanto, não é só o seu desempenho profissional que é alvo de uma reavaliação ou, até, de uma mudança. O impacto da doença na pessoa evidencia a ideia de que a saúde não é eterna, que o ser humano é um ser frágil, sujeito a um conjunto de vicissitudes que lhe pode condicionar o seu estado de equilíbrio, tão veemente almejado.

É nestes momentos, perante a confrontação com as adversidades da vida que a mesma se revela frágil. A constatação deste facto conduz a pessoa a um processo de reflexão e valorização do que é essencial e do que realmente importa para se viver uma vida com sentido, podendo a pessoa emergir num percurso de crescimento pessoal único.

Sempre se disse que para compreender verdadeiramente o outro, deveria ter-se vivido uma situação semelhante. No caso de doença, foi notório o realce para a necessidade do enfermeiro vivenciar o papel de doente como um excelente contributo para a compreensão do que estes sentem e vivem. Desta forma, a empatia seria muito mais eficaz e a compreensão dos doentes muito diferente, real e fidedigna.

A vivência de uma situação de doença permite também apreender o autêntico papel dos enfermeiros enquanto cuidadores e seres preocupados com o bem-estar dos outros, engrandecendo desta forma o valor da profissão de enfermagem e proporcionando um forte enraizamento e vinculação profissional.

Ao se ter a noção de que a vida é para ser vivida e ao papel importante que exercem os familiares e amigos, aqueles que vivenciaram a doença e a puderam contar, segundo as suas palavras e sentimentos, adquirem uma noção diferente da experiência de poder viver e da valorização de determinados aspectos em prejuízo de outros.

Sabendo-se que a vida, ao longo do seu percurso, apresenta inúmeros acontecimentos significativos e, muitas vezes, inesperados, reveladores de grandes oportunidades de crescimento com influência no seu processo de consolidação do ser pessoa e a nível social, compreende-se que não é o homem que atribui um sentido à vida, mas esta é que fomenta no homem a exigência de um sentido.

Assim, a vida deve ser encarada como um percurso, nem sempre linear, mas que exige uma concentração no futuro, visando a contemplação dos seus desejos e intentos pela adopção de uma postura determinada e capaz de superar as dificuldades e contornar os obstáculos surgidos.

Neste contexto, vivenciar um processo de doença revela-se muito mais complexo do que sentir um conjunto de sintomas, traduzindo um processo de aprendizagem para lidar com um quotidiano diferente, que exige uma nova consciencialização de si próprio e de ser-no-mundo, com os outros.

Diante do exposto, pode aludir-se que a experiência vivida de doença, enquanto processo de transição do ser que cuida para o ser cuidado, por parte dos enfermeiros, se revela uma

experiência difícil, assumindo maior expressão nos seguintes aspectos: sentimentos de *culpabilização pessoal* pelo descuidar da sua saúde, na identificação oportuna dos sinais e sintomas e actuação eficiente perante os mesmos; adopção de comportamentos de *fuga à assumpção do papel de doente*, relacionados com a dificuldade em se encarar como ser cuidado e que necessita dos cuidados dos seus homólogos; a *inversão de papéis* é dolorosa e *estar do lado de lá* é uma experiência ansiogénica e denunciadora da vulnerabilidade e fragilidade humana, que pode ser potenciada pela constante *associação de vivências* ocorridas em contexto profissional e, até, familiar; o *poder do saber* exerce um papel ambíguo na medida em que pode ser facilitador ou não de todo o processo de vivência de doença, promovendo a implementação de estratégias adequadas ou o incremento de sentimentos de insegurança e de incapacidade no processo de enfrentamento da doença.

Sendo profissionais de saúde, no papel de doentes podem *avaliar o desempenho dos seus pares*, enfatizando e valorizando o que realmente deve caracterizar uma prática de cuidar de excelência, constatando pessoalmente o que traduz a enfermagem de hoje e identificando aspectos a melhorar e os bons cuidados a manter. Ao vivenciarem uma situação tão específica, compreendem mais facilmente o que sentem os doentes com quem lidam diariamente no seu contexto de trabalho, tendendo a alterar pensamentos e possíveis comportamentos, pois a sua experiência pessoal os fez sentir o que realmente interessa e deve ser valorizado em termos da relação instituída entre quem cuida e quem é cuidado.

Apesar de ser uma experiência dolorosa, que todos dispensam, a experiência vivida de doença revela-se como um potencial de descobrimento de si e de valorização da vida, das relações e da profissão de enfermagem, fazendo emergir a magnificência desta, como representante de uma actividade de excelência em termos de interacção humana. A sua vivência pode enaltecer o valor da vida humana, com valorização dos aspectos mais simples que a caracterizam, e fomentar nos participantes um *crescimento pessoal e profissional* significativo.

As pessoas são extraordinárias e como tal apresentam faculdades que lhes possibilitam encarar a vida e situações de doença com determinação, devendo interiorizar a ideia de Vidal (2006), ao referir que a saúde, desprendida do conceito pré-definido de ausência de doença, deve exigir uma contemplação única, com valorização do que as rodeia e permeia a sua existência. A compreensão de um fenómeno de doença deve servir sobretudo para se atribuir um significado à vida, para que esta seja encarada com um novo olhar, interiorizada como algo belo e desejado, que permite à pessoa humana crescer e enriquecer-se, em resultado de todas as oportunidades de aprendizagem e possibilidades de vir a ser proporcionadas a cada

momento vivido. Como tal é imperativo que cada pessoa se cuide, valorize a sua existência e interaja com os outros, no sentido de cumprir o desiderato de que, sendo um ser de relação e gregário, a vida só tem sentido quando partilhada com os outros, de forma contínua e harmoniosa.

5 – Limitações e sugestões

A elaboração de um trabalho de investigação é um desafio a que o investigador se propõe, procurando encontrar respostas para a sua inquietação inicial. O tema da experiência vivida de doença própria nos enfermeiros sempre lhe despertou interesse e o desejo de o desenvolver, no sentido de tentar compreender como vivenciam este fenómeno, e o significado que lhes atribuem, agiram como motor impulsionador para a sua consecução.

No entanto, sabe-se perfeitamente que a elaboração de um trabalho deste cariz se revela um processo exigente, na medida em que procura cumprir todos os desideratos inerentes à realização de trabalhos cientificamente correctos e que contribuam de forma positiva para a aquisição e desenvolvimento das evidências científicas que servem de base à ciência de enfermagem.

Neste processo de exigências é natural a confrontação com algumas limitações, que podem interferir, directa ou indirectamente, com o desenrolar do percurso metodológico definido e que exigem algumas adaptações por parte do investigador. A elaboração deste estudo não foi excepção, tendo sido enfrentados alguns condicionalismos, nomeadamente:

- ✓ A constituição do grupo de participantes revelou-se uma limitação inicial, uma vez que o investigador se deparou com alguns impedimentos em termos de selecção dos mesmos, relacionados com a recusa da Comissão de Ética da Instituição escolhida e da Comissão Nacional de Protecção de Dados, o que obrigou a um reajustar de estratégias metodológicas para a sua selecção e a um redireccionar o foco de estudo, inicialmente centrado na doença oncológica, para a doença em geral. Esta limitação apenas se declarou pelo facto de exigir o prolongamento do tempo destinado ao processo de selecção, não interferindo na qualidade dos depoimentos obtidos;
- ✓ O grande volume de informação obtida das entrevistas e dos relatos dos participantes, traduzido por uma riqueza significativa, exigiu um empenho e trabalho constante e árduo da parte do investigador com vista à sua profunda compreensão. Este processo possibilitou-lhe um desenvolvimento específico em termos de treino e perícia ao longo do percurso de análise, chegando-se ao fim com a ideia de que, se recomeçasse, muitos caminhos se repetiriam, embora com a certeza de que a sua capacidade de análise prática e de desenvolvimento de competências seria mais facilitada;

- ✓ Outro factor que se encontra relacionado com os anteriores, prende-se com o tempo disponível para a sua elaboração, pois os projectos de vida compõem-se de muitos desafios e de necessidades pessoais e profissionais, que exigem muita dedicação e perseverança, revelando-se que o tempo dedicado à sua elaboração pelo investigador, nem sempre é o desejável mas o possível e o concretizável tendo em conta as várias vertentes e solicitações da vida.

Perante as limitações referenciadas, é legítimo dizer que a elaboração deste trabalho traduz a realização de um desejo pessoal e profissional, que espelha o interesse e a dedicação do investigador pelo desenvolvimento do saber e do conhecimento na área da enfermagem, assumindo que tudo fez para que o seu culminar espelhe credibilidade e validade, adoptando uma conduta séria e de acordo com os pressupostos de investigação que se revelaram mais adequados ao propósito almejado.

Relativamente às sugestões para a elaboração de novos trabalhos neste âmbito, pensa-se que seria importante perceber se o impacto na forma de encarar os cuidados de enfermagem e a vida se revela temporário ou de carácter mais definitivo, ou seja, se a consolidação profissional e a significação vital resistem às provas da temporalidade ou se tem tendência para se diluir e esvair num mundo que se revela, tendencialmente, de afazeres ao invés de promotores de seres em relação consigo e com os outros.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, Manuel Viegas (2002). A complexidade bio-psico-sócio-axiológica da personalidade humana: Contributos para uma teoria integradora. *Psycologica*, (30), pp. 41-55
- Abreu, Wilson Jorge Correia (2008). *Transições e Contextos Multiculturais – contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda. 126p
- Albisetti, Valerio (2008a). *Amar a vida e as suas surpresas*. Prior Velho: Paulinas. 136p
- Albisetti, Valerio (2008b). *Rir com o coração*. 6ª Ed. Prior Velho: Paulinas. 163p
- Albisetti, Valerio (2009). *Como atravessar o sofrimento e sair mais forte dele*. Prior Velho: Paulinas. 151p
- Albuquerque, Carlos Manuel de Sousa; Oliveira, Cristina Paula Ferreira (2002). Saúde e Doença: Significações e Perspectivas em Mudança. *Revista Milenium*, (25) online em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19>, acedida em 2011.06.25
- Albuquerque, Maria Isabel Nunes *et al.* (2009). O domínio de Si – A experiência vivida nas palavras de uma ostomizada. *Referência*, II Série, (9), pp. 27-33
- Almeida, Vitória de Cássia F.; Lopes, Marcos V. de O.; Damasceno, Marta Maria C. (2005). Teoria das Relações Interpessoais de Peplau: Análise fundamentada em Barnum. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 39 (2), pp. 202-10
- Almeida, Ana Maria de *et al.* (2001). Construindo o Significado da Recorrência da Doença: A Experiência de Mulheres com Câncer de Mama. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 9 (5), pp. 63-9
- Alves, Paulo César (2006). A Fenomenologia e as abordagens sistémicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (8), pp. 1547-1554
- Arendt, Hannah (2001). *A Condição Humana*. Lisboa: Relógio D'Água Editores. 406p
- Augusto, Berta *et al.* (2004). *O Corpo e os Cuidados*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde. 175p
- Ayres, José Ricardo de Carvalho Mesquita (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13 (3), pp. 16 -29

- Basto, M. L.; Portilheiro, C. (2003). Concepções de cuidados de enfermagem: o que dizem os enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem*, (7), pp. 42-51.
- Benner, Patricia (2001). *De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editores. 294p
- Bernardo, Frei Op. (2001). É um dever promover, de modo justo, a saúde pessoal e a dos outros. *Enformar*, Ano VI (26), pp. 24-26
- Bonino; Sílvia (2007). *Mil Amarras me Prendem à Vida. (Con)Viver com a Doença*. Coimbra: Editora Quarteto, 169p.
- Bogdan, Roberto C.; Biklen, Sari Knopp (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora, Lda, 333p
- Borges, Anselmo (2004). *Religião – Opressão ou Libertação*. Campo das Letras. 230p
- Borges, Anselmo (2010). *A morte como problema: Medos e mitos. A morte como mistério – continuidade da vida*. Livro de resumos do simpósio (Com)viver com a Morte. 2010. Coimbra. Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa dos HUC; EPE. Coimbra. pp 5-10
- Bolander, Verolyn Rae (1998). *Enfermagem Fundamental – Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta. 1923p
- Botelho, Maria Antónia Rebelo (2004). A pessoa e os cuidados de saúde: compreensão ética e “sentido” fenomenológico. *Enfermagem*, Série 2, (35-36), pp. 8-12
- Boyd, Carolyn Oiler (2001). *Phenomenology: The Method* in Munhall, Patricia L. (2001) – *Nursing Research- A Qualitative Perspective*. 3ª Ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers. 672 p.
- Brandão da Luz, José Luis (2002). *Introdução à Epistemologia – Conhecimento, História e Verdade*. Lisboa: Imprensa Nacional da Casa da Moeda. 277p.
- Branco, José Luiz De Campos Castejón (2008). A Difícil Trajetória Humana: Habitar outros Modos de Ser online em <http://www.gestauniversitaria.com.br/index.php/17edicoes/137-175-a-dificil-trajetoria-humana-habitar-outros-modos-de-ser.html>, acessado em 25.10.2010
- Bredin, M (1999). Mastectomy, body image and therapeutic massage: a qualitative study of Women’s experience. *Journal of Advantaged Nursing*, 29 (5), pp. 1113-1120
- Brykczynski, Karen A. (2004). De Principiante a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. p. 185-207 in Tomey, Ann Marriner e Alligood, Martha Raile – *Teóricas de*

Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5ª Ed. Loures: Lusociência. 750p

Broyard, Paul Anatole (1993). *Intoxicated by my Illness: and other writings on life and death*. Random House Publishing Group. 135p

Capalbo, Creusa [s.d.]. A Fenomenologia como Método e como Filosofia online em <http://www.filoinfo.bem-vindo.net/filosofia/modules/articles/article.php?id=13>, acessado em 2009.09.13

Campinha-Bacote, Josepha (2010). The Process of Cultural Competence in the delivery of Healthcare Services online em http://www.transculturalcare.net/Cultural_Competence_Model.htm, acessado em 2010.06.19

Campos, Eugénio Paes (2005). *Quem cuida do Cuidador – Uma proposta para os profissionais de saúde*. 3ª Ed. Petrópolis: Editora Vozes. 148p

Campos, Maria Vítor (2010). *O Cancro é uma Nova Oportunidade de Vida*. 2ª Ed. Coimbra: Minerva. 165p

Carvalho, Mara Villas Boas de; Merighi, Miriam Aparecida Barbosa (2007). A Mulher com Câncer Fora da Possibilidade de Cura e as Diferentes Faces da Dor online em www.praticahospitalar.com.br/pratica%2035/paginas/materia%2012-35.html – 44k, acessado em 2007.12.22

Carvalho, Maria Dalva de Barros; Vale, Elizabeth Ranier Martins do (2002). A Pesquisa Fenomenológica e a Enfermagem. *Acta Scientiarum*, 24 (3), pp. 843-847

Carvalho, Maria Manuela Montezuma de (1996). *A Enfermagem e o Humanismo*. Loures: Lusociência. 420p

Cardoso, Carlos Mota (2007). Fenomenologia online em http://www.fpce.up.pt/docentes/cmota_cardoso/slides/psic_bases_filosoficas/1_introducao/1_2_fenomenologia/fenomenologia_1_14.pdf, acessado em 2009.04.22

Carvalho, Paulo (2010). *As oito dádivas eternas da vida – aprenda a encontrar a sua felicidade e harmonia na realidade das nossas vidas*. Cascais: Vogais e Companhia. 197p

Casanova, Marco António (2009). *Compreender Heidegger*. Petrópolis: Editora Vozes, Lda. 243 p

- Castro, Graciele Dotto; Dias, Ana Cristina Garcia (2008). Vivências de Portadores de Doença Renal Crônica. Online em http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/283.%20viv%CAncias%20de%20portadores%20de%20doen%C7a%20renal%20cr%D4nica.pdf, acessido em 2011.01.25
- Cerejo, Nazaré, *et al.* (2008). Vivências da Mulher Mastectomizada – relatos experienciais de mulheres mastectomizadas do “Movimento Vencer e Viver”. *Revista de Investigação em Enfermagem*, (18), pp.72-76
- Cobra, Rubem Queiroz (2001). Edmund Husserl online em <http://www.cobra.pages.nom.br/fcp-husserl.html>, acessido em 2009.03.26
- Cobra, Rubem Queiroz (2001). Martin Heidegger online em <http://www.cobra.pages.nom.br/fcp-heidegger.html>, acessido em 2009.03.26
- Cobra, Rubem Queiroz (2001). Fenomenologia online em <http://www.cobra.pages.nom.br/ftm-fenomeno.html>, acessido em 2009.09.13
- Coêlho, José Henrique (2009). A Questão do ser segundo Heidegger online em <http://pensamentoemporaneo.wordpress.com/tag/dasein/>, acessido em 2009.08.30
- Cohen, Marlene Zichi; *et al.* (2000). *Hermeneutic Phenomenological Research: A Pratical Guide for Nurse Researchers*. California: SAGE Publications, Inc. 105 p
- Cohen, Marlene Zichi; Omery, Anna (2007). *Escolas de Fenomenologia: Implicações para a Investigação* in Morse, Janice M.. *Aspectos Essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda. pp. 141-159
- Collière, M. Françoise (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Trad. Maria Leonor Braga Abecassis. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses
- Coltro, Alex (2000). A Fenomenologia: Um Enfoque Metodológico para além da Modernidade. *Caderno de Pesquisas em Administração*, 1 (11), pp. 37-45
- Corrêa, Adriana Katia (1997). Fenomenologia: uma alternativa para a pesquisa em enfermagem. *Revista Latino – Americana de Enfermagem*, 5 (1), pp. 83-88
- Correia, Edgar (2006). Uma visão fenomenológica-existencial em psicologia da saúde?!. *Análise Psicológica*, 3 (XXIV). pp. 337-341

- Craig, Jean V.; Smith, Rosalind L. (2004). *Prática baseada na Evidência. Manual para Enfermeiros*. Loures: Lucociência.
- Coutinho, Clara Pereira (2008). A qualidade da investigação científica de natureza qualitativa: questões relativas à fidelidade e validade. *Educação Unisinos*, 12 (1), pp. 5-15
- Damásio, António R. (2008). *O sentimento de Si – O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência*. 16ª Ed. Mem Martins: Publicações Europa-América. 424p
- Dantas, Paulo Manuel Ribeiro Farinha Nunes (2001). *A Intencionalidade do Corpo Próprio*. Lisboa: Instituto Piaget. 266p
- Davies, Sue (2005). Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (6), pp. 658-671
- Delmar, Charlotte, *et al.* (2006). "Independence/dependence – a contradictory relationship? Life with a chronic illness". *Scand Journal of Caring Science*, (20), pp. 261-268
- Diaz, Carlos (2001). *La Persona como don*. Bilbao: Editorial Desclet de Brouwer, SA. 280p
- Dreher, Melanie (2007). *Métodos de Investigação Qualitativa a Partir da Perspectiva do Crítico* in Morse, Janice M.; *et al.* (2007). *Aspectos Essenciais de Investigação Qualitativa*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda. pp.277-291
- Driessnack, Martha, *et al.* (2007). An overview of research designs relevant to nursing: part 2: qualitative research designs. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 15(4), pp. 684-688
- Duarte, Susana Filomena Cardoso (1998). Outros Saberes de Saúde e de Doença. *Referência*. (1), pp. 11-21
- Epicuro (2008). *Carta Sobre a Felicidade ou a conduta humana para a saúde do espírito*. Lisboa: Padrões Culturais Editora. 49p
- Faria, Paula Lobato (2007). A falsa inocência da linguagem ou a procura da metáfora certa em saúde. *Direito da Saúde*, 25 (1), pp. 101-103
- Fernandes, Isabel Maria Ribeiro (2007). *Factores Influenciadores da Percepção dos Comportamentos de Cuidar dos Enfermeiros*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda., ISBN: 978-972-8485-88-7, 166p
- Fernandes, Otilia Maria Teixeira; Lopes, Maria dos Anjos Pereira (2002). Corpo, Saúde e Doença: Que Representação Dos Enfermeiros? *Sinais Vitais*, (6), pp. 4-17

- Ferreira, Vergílio (1994). *Invocação ao meu corpo*. Venda Nova: Bertrand Editora. 354p
- Ferreira, Noeli Marchioro Liston Andrade; Valle, Elizabeth Ranier Martins do (2005). Ser-Com-O-Outro no Mundo do Cuidado em Enfermagem. *Revista de Enfermagem UERJ*, (13), pp. 354-60
- Frank, Arthur W. (1991) – *At the Will of The Body: Reflections on Illness*. Boston: Houghton Mifflin online me <http://books.google.ca/books?id=5KLXsi4Hh78C&printsec=frontcover&dq=arthur+frank&ei=cmJfS8roCivYNdbrodK&cd=1#v=onepage&q&f=false>, acessado em 2011.08.19
- Freitas, Genival Fernandes (2007). Uma Contribuição acerca da Fenomenologia e dos Cuidados de Enfermagem. *Cultura de los Cuidados*, Ano XI. (21). pp. 5-7
- Gadamer, Hans-Georg (2006). *O Caráter Oculto da Saúde*. Petrópolis: Editora Vozes, Lda., 176 p
- Gadamer, Hans-Georg (2009). *O Mistério da saúde – O Cuidado da Saúde e a Arte da Medicina*. 2ª Ed. Lisboa: Edições 70. 191p
- Galeffi, Dante Augusto (2000). O que é isto – A fenomenologia de Husserl?. *Ideação*, (5), pp. 13-36
- Garnica, Antonio Vicente Marafioti (1997). Algumas notas sobre Pesquisa Qualitativa e Fenomenologia. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, (1), pp. 109-122
- Gawain, Shakti (2004). *O caminho da transformação – mudar o mundo começando por si*. Lisboa: Pergaminho. 202p
- Gineste, Yves, Pellisier, Jérôme (2007). *Humanidade – Compreender a velhice, cuidar dos homens velhos*. Instituto Piaget. 354p
- Giorgi, Amedeo (1997). The Theory, practice and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), pp. 235-247
- Giorgi, Amedeo (2000a). The Status of Husserlian Phenomenology in Caring Research. *Scand Journal Caring Science*, (14), pp. 3-10
- Giorgi, Amedeo (2000b). Concerning the Application of Phenomenology to Caring Research. *Scand Journal Caring Science*, (14), pp. 11-15

- Giorgi, Amedeo (2006). Difficulties encountered in the application of the phenomenological method in the social sciences. *Análise Psicológica*, 3(XXIV), pp. 351-361
- Giorgi, Amedeo (2007). Concerning the Phenomenological Methods of Husserl and Heidegger and their Application in Psychology. *Colletion du Cirp*, I. pp. 63-78
- Giorgi, Amedeo (2008). Sobre o método fenomenológico utilizado como modo de pesquisa qualitativa nas ciências humanas: teoria, prática e avaliação in Poupart, Jean *et al.* (2008). *A Pesquisa Qualitativa Enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Editora Vozes. 403p
- Giorgi, Amedeo (2010a). Phenomenology and the Practice Science. *Existential Analysis*, 21 (1), pp. 3-22
- Giorgi, Amedeo (2010b). Phenomenological Psychology: A Brief History and its Challenges. *Journal of Phenomenological Psychology*, 41, pp. 145-179
- Giorgi, Amedeo (2011). The Importance of securing the Psychologically Impalpable: The Vicissitudes of the Perception of Expressiveness. *Journal of Phenomenological Psychology*, 42, pp. 26-45
- Giorgi, Amedeo; Sousa, Daniel (2010). Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia. Lisboa: Fim de Século – Edições, Sociedade Unipessoal, Lda. 279p
- Graham, I. W. *et al.* (2005). Mutual suffering: A nurse's story of caring for the living as they are dying. *International Journal of Nursing Practice*, (1), pp. 277-285
- Graças, Elizabeth Mendes das (1997). A Experiência da Hospitalização – Uma Abordagem Fenomenológica. *Rev. Min. Enf.*, 1 (1), pp. 21-25
- Groulx, Lionel-Henri (2008). Contribuição da pesquisa qualitativa à pesquisa social. in Poupart, Jean, *et al.* (2008). *A Pesquisa Qualitativa. Enfoques Epistemológicos e Metodológicos*. Petrópolis: Editora Vozes, Lda. 403p
- Grün, Anselm (2009). *Que fiz eu para merecer isto? A incompreensível justiça de Deus*. 2ª Ed. Prior Velho: Paulinas. 158p
- Grün, Anselm; Dufner, Meinrad (2008). *A Saúde como Tarefa Espiritual*. Petrópolis: Editora Vozes. 119p
- Guerra, Isabel Carvalho (2006). *Pesquisa Qualitativa Análise de Conteúdo. Sentido e formas de uso*. Estoril: Principia Editora, Lda. 95p

- Hacpille, Lucie (2000). *A dor cancerosa e o seu tratamento – abordagem global em cuidados paliativos*. Lisboa: Instituto Piaget. 223p
- Heidegger, Martin (2002). *Ser e Tempo*. Petrópolis: Editora Vozes. 269p
- Heidegger, Martin (2007). *Carta sobre o Humanismo*. 6ª Ed. Lisboa: Guimarães Editores. 110 p
- Heidegger, Martin (2009). *A Essência do Fundamento*. Lisboa: Edições 70, Lda. 127 p
- Hesbeen, Walter (2006). *Trabalho de fim de Curso, Trabalho de Humanidade – Emergir como autor do seu próprio pensamento*. Loures: Lusociência. 163p
- Herzlich, Claudine (2004). Saúde e Doença no Início do Sec. XXI. Entre a Experiência Privada e a Esfera Pública. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 14 (2), pp. 383-394
- Herzlich, Claudine (2005). A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 15 (Suplemento), pp. 57-70
- Holanda, Adriano (2006). Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. *Análise Psicológica*, 3 (XXIV), pp.363-372
- Honoré, Bernard (2004). *Cuidar – Persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência. 290p
- Howk, Chérie (2009). Enfermagem Psicodinâmica. in McEwen, Melaine; Wills, M. Evelyn (2009). *Bases teóricas para Enfermagem*. 2ª d. Porto Alegre: Artmed Editora, S. A. pp 423-444
- Hutchinson, Sally; Wilson, Holly (2007). Entrevistas de Investigação e Terapêuticas – Uma Perspectiva Pós-Estruturalista in Morse, Janice M. – *Aspectos Essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda. pp. 294-308
- Infante, Ana Catarina S. (2006). Os medos da morte. *Enfermagem Oncológica*, Ano 9, (36), pp. 23-28
- Jones, Sande Garcia (2003). Research Abstract: I Am Still a Nurse: The Lived Experience of HIV – Positive Nurses. *Alabama Nurse*, 30 (4), pp. 35
- Kim, Hesook Suzie (2010). *The nature of theoretical thinking in nursing*. 3ªEd. New York : Springer Pub. 340 p.

- Kralik *et al.* (2005). *Transition in Chronic illness – Understanding Transition*. Booklet 11. RDNS Research Unit. online em http://www.rdns.org.au/research_unit, acessado em 2009.02.20
- Kralik, Debbie; Brown, Marina; Koch, Tina (2001). Women's experiences of 'being diagnosed' with a long-term illness. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (5), pp. 594-602
- Kralik, Debbie *et al.* (2006). Transition: a literature review. *Journal Compilation*, pp. 320-329
- Kraus, Teresa; Rodrigues, Manuel; Dixe, Maria dos Anjos (2009). Sentido de vida, saúde e desenvolvimento humano. *Referência*, II Série. (10), pp. 77-88
- Koivisto, Kaisa; Janhonen, Sirpa; Vaisanen, Leena (2002). Applying a phenomenological method of analysis derived from Giorgi to a psychiatric nursing study. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (3), pp. 258-265
- Lalanda, Piedade (1998). Sobre a metodologia qualitativa na pesquisa sociológica. *Análise Social*, XXXIII (148), pp. 871-883
- Langdon, E. Jean (2001). A doença como experiência: o papel da narrativa na construção sociocultural da doença. *Etnográfica*, V (2), pp. 241-260
- Laperrière, Anne (2008). Os critérios de cientificidade dos métodos qualitativos. in Poupart, Jean *et al.* (2008). *A Pesquisa Qualitativa Enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Editora Vozes. 403p
- Laquinta, Monica L. (2004). Phenomenological Lived Experience of Patients With Rheumatoid Arthritis. *Journal of Nursing Care Quality*, 19 (3), pp. 280-289
- Leininger, Madeleine (2007). Critérios de Avaliação e de Crítica de Estudos de Investigação Qualitativa in Morse, Janice M.; *et al.* (2007). *Aspectos Essenciais de Investigação Qualitativa*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda. pp.102-122
- Leite, Patricia Campos; Merighi, Miriam Aparecida Barbosa; Silva, Arlete (2007). A Vivência de uma trabalhadora de enfermagem portadora de lesão de "Quervain". *Revista latino-americana de Enfermagem*, 15 (2), 7p online em www.eerp.usp.br/rlae, acessado em 2011.07.03
- Lessard-Hébert,Michelle; Goyette, Gabriel; Boutin, Gérald (2005). *Investigação Qualitativa – Fundamentos e Práticas*. 2ª Ed. Lisboa: Instituto Piaget. 184 p

- Lopes, Nuno (2003). Ética na Investigação em Enfermagem. Online em www.sep.pt, acessido em 2008.08.02
- Loureiro, Luis Manuel de Jesus (2002). Orientações Teórico-Metodológicas para Aplicação do Método Fenomenológico na Investigação em Enfermagem. *Referência*, (8), pp. 5-16
- Loureiro, Luis Manuel de Jesus (2006). Adequação e Rigor na Investigação Fenomenológica em Enfermagem – Crítica, Estratégias e Possibilidades. *Referência*, II Série. (2), pp. 21-32
- Lyotard, Jean-François (1999). *A Fenomenologia*. Lisboa: Edições 70, LDA. 119 p
- Machado, Luiz Alberto (2008). Husserl & A Fenomenologia online em <http://pesquisaecia.blogspot.com/2008/09/debate-husserl-fenomenologia.html>, acessido em 2009.09.14
- Martins, Gorete; Cunha, Susana, Coelho, Rui (2005). A Auto-actualização como motivação para a aceitação da doença. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7 (1/2), pp. 115-123
- McEwen, Melaine; Wills, M. Evelyn (2009). *Bases teóricas para Enfermagem*. 2ª d. Porto Alegre: Artmed Editora, S. A. 576p
- Meleis, Afaf Ibrahim e Transgenstein, Patricia A. (2010). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. in Meleis, Afaf I. (2010). *Transitions Theory – Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. 641p
- Meleis, Afaf Ibrahim *et al* (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*. 23 (1), pp. 12-28
- Meleis, Afaf Ibrahim *et al*. (2010). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-range Theory. in Meleis, Afaf I. (2010). *Transitions Theory – Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. 641p
- Mendes, Isabel Margarida (2009). *Ajustamento Materno e paterno: Experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Coimbra: Mar da Palavra – Edições, Lda. 305p
- Mendes, Anabela Pereira; Bastos, Fernanda; Paiva, Abel (2010). A pessoa com Insuficiência Cardíaca. Factores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. *Referência*, III Série. (2), pp. 7-16
- Merighi, Miriam Aparecida Barbosa, Gonçalves, R. ; Ferreira, F. C (2007). Estudo Bibliométrico sobre Dissertações e Teses em Enfermagem com Abordagem

Fenomenológica: Tendência e Perspectivas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15 (4), pp. 645-50

Merleau-Ponty, Maurice (1999). *Fenomenologia da Percepção*. 2ª Ed. São Paulo: Martins Fontes. 662p

Mitchell, Gail J. (2004). Tornar-se Humano. in Tomey, Ann Marriner e Alligood, Martha Raile. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Ed. Loures: Lusociência. pp. 593-628

Mora, José Ignácio Prats (2000). Entrevista a Eugenio Fizzoti. *NOUS: Boletim de Logoterapia y Análisis Existencial*. (4), pp. 25-31 online em http://manoblejas.eresmas.net/Nous04_03.rtf, acessado em 2009.09.25

Moreira, Virgínia; Callou, Virgínia (2006). Fenomenologia da Solidão na Depressão. *Mental*, IV (007), pp. 67-83

Morris, David B. (2000). *Doença e cultura na era pós-moderna*. Lisboa: Instituto Piaget. 357p

Morrison, Paul (2001). *Para compreender os doentes*. Lisboa: Climepsi Editores. 180p

Monsaraz, Maria Flávia (1998). *17 Entrevistas e um Poema*. Lisboa: Edições Pergaminho. 186p

Moustakas, Clark (1994). *Phenomenological Research Methods*. Califórnia. SAGE Publications, Inc. 192 p

Munhall, Patrícia L. (2001). *Nursing Research: A Qualitative Perspective*. 3ª Ed. National League for Nursing. 672p

Múrias, Pedro Beça (2010). *Crónicas de sala de espera – diário de uma luta contra o cancro*. Lisboa: Difel. 152p

Nascimento, Eliane Regina Pereira do; Trentini, Mercedes (2004). O Cuidado de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): Teoria Humanística de Paterson e Zderad. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 12 (2), pp. 250-257

Nätterlund, B., Ahlström, G. (1999). Experience of social support in rehabilitation: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 30. (6), pp. 1332- 1340.

- Neil, Ruth M. (2004). Filosofia e Ciência do Cuidar. in Tomey, Ann Marriner e Alligood, Martha Raile. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Ed. Loures: Lusociência. pp. 163-183
- Neto, Isabel Galriça, Aitken, Helena-Hermine; Tsering, Paldrön (2004). *A Dignidade e o Sentido da Vida – uma Reflexão sobre a Nossa Existência*. Cascais: Editora Pergaminho.
- Neves, Emília (2010). *Rosto de humanização nos Cuidados Paliativos*. Livro de resumos do simpósio (Com)viver com a Morte. 2010. Coimbra. Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa dos HUC; EPE. Coimbra. pp. 50-2
- Neves, M. Patrão (2002). *Educação Para a Saúde: O Doente Responsável* in Neves, do Céu Patrão (2002). *Comissões de Ética: Das Bases Teóricas à Actividade Quotidiana*. 2ª Ed. Coimbra: Gráfica de Coimbra. pp. 423 a 443
- Nijhoff, Martins (2008). Edmund Husserl – *A Ideia da Fenomenologia*. Lisboa: Edições 70, Lda. 133 p
- Nunes, Lucília; Amaral, Manuela; Gonçalves, Rogério (2005). *Código deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 456p
- Oliveira, Leonel de (2007). *Enciclopédia Larousse*. Porto Alto: Temas e Debates/Larousse/VUEF. 278p
- Oliveira, Márcia Melo de; Monteiro, Ana Ruth Macêdo (2004). Mulheres mastectomizadas: Ressignificação da Existência. *Texto & Contexto Enfermagem*, 13 (003), pp. 401-8
- Osswald, W. (2002). Humanização, ética, solidariedade. *Cadernos de Bioética*, (29), pp. 16-17
- Osswald, Walter (2005). Humanização em Saúde. *Servir*. 53 (1), pp. 74-78
- Pacheco, Susana (2004). *Cuidar a Pessoa em fase Terminal: perspectiva ética*. 2ª Ed. Loures: Lusociência. 152p
- Paldrön, Tsering (2006). *A Alquimia da Dor – Conselhos Budistas para Transformar o Sofrimento*. 3ª Ed. Cascais: Pergaminho. 171p
- Pangrazzi, Arnaldo (2008). *Conviver com a perda de uma pessoa querida*. 2º Ed. Prior velho: Paulinas. 173p
- Pangrazzi, Arnaldo (2010). *Porquê justamente a mim? Que fiz eu de mal? Porque permite Deus a dor?*. 6ª Ed. Prior Velho: Paulinas Editora. 114p

- Parse, Rosemarie Rizzo (2001). The Lived Experience of Contentment: A Study Using the Parse Research Method. *Nursing Science Quartely*, 14 (4), pp. 330-338
- Paulini, Marina Machado (2007). Reflexões sobre a postura fenomenológica diante do morrer. *Revista IGT na Rede*. 4 (6), p. 92-113 disponível em <http://www.igt.psc.br>, acessado em 2010.11.21
- Pegogaro, Olinto (2009). Existência humana é existência cuidadosa *O Mundo da Saúde*, 33 (2), pp. 136-142.
- Pereira, Fernando Micael (2007). A vulnerabilidade da Pessoa Humana. *Servir*, 55 (1-2), pp. 33- 36
- Pereira, João Paulo (2008). As Famílias e o Diagnóstico de Uma Doença Crónica. Online em <http://hohp.org>, acessado em 2010.06.24
- Pereira, Maria da Graça; Lopes, Cristiana (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores. 140p
- Pires, Álvaro P. (2008). Sobre algumas questões epistemológicas de uma metodologia geral para as ciências sociais in Poupart, Jean *et al.* (2008). *A Pesquisa Qualitativa Enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Editora Vozes. 403p
- Pires, Álvaro P. (2008). Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. in Poupart, Jean *et al.* (2008). *A Pesquisa Qualitativa Enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Editora Vozes. 403p
- Pontes, Maria Conceição Ferreira Silva (2009). Fenomenologia – Método de Investigação Qualitativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, (18), pp. 29-32
- Pontes, Manuela; Araújo, Domingos (2002). *Doenças Crónicas* in Neves, do Céu Patrão (2002). *Comissões de Ética: Das Bases Teóricas à Actividade Quotidiana*. 2ª Ed. Coimbra: Gráfica de Coimbra. pp. 301 a 319
- Poupart, Jean, *et al.* (2008). *A Pesquisa Qualitativa. Enfoques Epistemológicos e Metodológicos*. Petrópolis: Editora Vozes, Lda. 465p
- Queiroz, Ana Albuquerque, Meireles, Mara Amélia; Cunha, Sara Raquel (2007). *Investigar para Compreender*. Loures: Lusociência. 155p
- Radley, Aland (1994). *Making of Illness – The social psychology of health and disease*. London: Sage Publications. 232p

- Ramalho, Anabela (2011). *Trabalho de Parto no Hospital - A Experiência de Sentir-se Respeitada*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda. 206p
- Ray, Marilyn A. (2007). A Riqueza da Fenomenologia: Aspectos Filosóficos, Teóricos e Metodológicos. In Morse, Janice M.. *Aspectos Essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda. pp. 123-138
- Reis, Francisco Firmino; Rodrigues, Vítor Manuel C. P. (2002). *A axilogia dos valores e a sua comunicação no ensino de enfermagem*”. 1ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores. 148p
- Renaud, Isabel Carmelo Rosa (2007). Ser Pessoa: contributo para uma visão global da pessoa. *Servir*, vol 55, (3), pp. 91-99
- Ribeiro, Agostinho (2005). *O corpo que somos - Aparência, Sensualidade, Comunicação*. 2ª Ed. Cruz Quebrada: Casa das Letras. 303p
- Ribeiro, Diaulas Costa (2006). Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (8), pp. 1749-54
- Ribeiro, Ana Leonor; Cardoso, Alexandrina (2008). Olhar o Sofrimento e Luto sob o prisma da Espiritualidade. *Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncológica*. Ano 11 (43/44), pp. 8-18
- Roberto, Luciano da Silva (2009). Os modos de ser do “Daisen” a partir da analítica existencial Heideggeriana online em <http://pensamentoemporaneo.wordpress.com/tag/dasein/>, acedido em 2009.08.30
- Rodrigues, Maria Adelina, *et al.* (2000). Ajustamento Emocional, Estratégias de Coping e Percepção da Doença em Pais de Crianças com Doença do Foro Oncológico. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1 (1), pp. 61-8
- Rojas, Enrique (2002). *O Sonho de Viver – Instruções à Navegação rumo à Felicidade*. Coimbra: Gráfica de Coimbra. 199p
- Rosati, Maria Lisa (1991). Apreciações de uma doente que é enfermeira.... *Servir*. 39 (4), pp. 200-202
- Sadala, Maria Lúcia Araújo; Adorno, Rubens de Camargo Ferreira (2002). Phenomenology as a method to investigate the experience lived: a perspective from Husserl and Merleau Ponty’s thought. *Journal of Advanced Nursing*, 37 (3), pp. 282-293

- Sampaio, Fernando (2009). *A cura pela Fé – Dimensão terapêutica da união dos enfermos*. Prior Velho: Paulinas. 203p
- Sanches, Luciane Maximilliano; Boemer, Magali Rosena (2002). O convívio com a dor: enfoque existencial. *REV ESC Enferm USP*, 36 (4), pp. 386-393
- Santos, Gilmar Cruz dos; Gonçalves (2006). Mulheres Mastectomizadas com Recidiva de Câncer: O Significado do Novo Ciclo de Quimioterapia. *Revista de Enfermagem UERJ*, 14 (2), pp. 239-44
- Sarlo, Roberta Soares; Barreto, Carolina Ribeiro; Domingues, Tânia Arena Moreira (2008). Compreendendo a vivência do paciente portador de doença de Crohn. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21, (4), pp. 629-35
- Sarmiento, António; Festas, Constança (2002). *Relações entre os Diferentes Profissionais de Saúde: Exemplo da Unidade de Cuidados Intensivos* in Neves, do Céu Patrão (2002). *Comissões de Ética: Das Bases Teóricas à Actividade Quotidiana*. 2ª Ed. Coimbra: Gráfica de Coimbra. pp. 219 a 232
- Sartre, Jean-Paul; Ferreira, Vergílio (2004). *O Existencialismo é um Humanismo*. Chiado: Bertrand Editora. 258p
- Scheler, Max (1993). *Morte e Sobrevivência*. Lisboa. Edições 70. 103p
- Schopenhauer, A. (2007). *A arte de ser feliz*. 2ª Ed. Almargem do Bispo: Padrões Culturais Editora. 72p
- Schwind, Jasna Krmpotic (2004). When nurse-teachers become ill: A narrative inquiry into the personal illness experience of three nurse-teachers online em <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=766118021&sid=1&Fmt=2&clientId=83018&RQT=309&VName=PQD>, acessado em 2008.02.26
- Sêneca, L. (2004). *Sobre a tranquilidade da Alma e Sobre o Ócio*. Lisboa: Padrões Culturais Editora. 91p
- Serrano, Cláudia Marisa Pedro; Pires, Pedro Miguel Dias Ferreira (2008). Vivências da mulher mastectomizada. *Enformação*, (10), pp. 14-17
- Silva, Rudval Souza; Campos, Ana Emília Rosa; Pereira, Álvaro (2011). Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 45 (3), pp. 738-44

- Silva, Salvador Vaz (2008). *A Catedral*. Lisboa: Primebooks. 234p
- Simões, Maria Clara de Oliveira (2009). Pessoa como valor: leitura fenomenológica. *Enfermagem Oncológica*, Ano 11 (45/469), pp. 17-26
- Simões, Mário; Rodrigues, Manuel; Salgueiro, Nídia (2008). O significado da filosofia da humanidade no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável. *Referência*, II série. (7), pp. 97-105
- Streubert, Helen J.; Carpenter, Dona R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 2ª Ed. Loures: Lusociência. 383p.
- Tavares, Jeane Saskya; Trad, Lerry A. Bomfim (2005). Metáforas e significados do câncer da mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. *Cad. Saúde Pública*, 21 (2), pp. 426-435
- Terra, Marlene Gomes, *et al.* (2006). Na Trilha da Fenomenologia: Um Caminho Para a Pesquisa em Enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 15 (4), pp. 672-678
- Tomey, Ann Marriner (2004). Modelo de Relação Pessoa-a-Pessoa in Tomey, Ann Marriner e Alligood, Martha Raile. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Ed. Loures: Lusociência. pp. 467-479
- Torralba i Roselló, Francesc (2009). *Antropologia do cuidar*. Petrópolis: Editora Vozes. 195p
- Van Manen, Max (1990). *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. State University of New York Press, 202p
- Van Zanten, Agnès (2004). Pesquisa qualitativa em educação: pertinência, validade e generalização. *Perspectiva*. 22 (1), pp. 25-45 online em <http://ced.ufsc.br/nucleos/nup/perspectiva.html>, acessado em 2010.07.25
- Varella, Drauzio (2009). *O Médico Doente – A Experiência de um Médico como Paciente*. Alfragide: Oficina do Livro. 122p
- Venâncio, Silvana; Olivier, Giovanina Gomes de Freitas (1999). A Doença e o doente: uma abordagem através dos mitos. *Impulso- Revista de Ciências Sociais e Humanas*, 10 (22/23), pp. 99-110 online disponível em http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/impulso22_23.pdf, acessado em 2009.06.25
- Vidal, Aurora Karla de L. (2006). O Ser e o Estar Doente??!!Pequenos grandes eventos da vida!!!!*Odontologia. Clín.-Científ.*, 5 (2), pp. 97-98 online disponível em www.cro-pe.org.br

- Vieira, Carolina Pasquote; Lopes, Maria Helena Baena de Moraes; Shimo, Antonieta Keiko Kakuda (2007). Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 41 (2), pp. 311-6
- Watson, Jean (1992). Filosofia y Teoría de los cuidados humanos en enfermería de Watson. in Riehl-Sisca, J.. *Modelos Conceptuales de Enfermería*. Barcelona: Ediciones Doyma, S. A., pp. 179-192
- Watson, Jean (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência. 182p
- Wills, M. Evelyn (2009). Grandes Teorias da Enfermagem. in McEwen, Melaine; Wills, M. Evelyn (2009). *Bases teóricas para Enfermagem*. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, S. A. pp. 423-444
- Welch, Alice Z. (2004). Cuidar Cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade. in Tomey, Ann Marriner e Alligood, Martha Raile. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Ed. Loures: Lusociência. pp. 563-591
- Wright, Lorraine M. (2005). *Espiritualidade, Sofrimento e Doença*. Coimbra: Ariadne Editora. 127p
- Zilles, Urbano (2007). Fenomenologia e Teoria do Conhecimento em Husserl. *Revista de Abordagem Gestáltica*, XIII (2), pp. 216-221

Anexos

Anexo 1 - Guião de Entrevista

Guião da Entrevista

Entrevista nº _____ Data _____ Hora de Início _____ Términus _____

Identificação do Participante:

Idade ___ Género ___ Est.Civil _____ Categoria na Profissão _____

Objectivos	Questões	Observações
<p>Gerais:</p> <p>Compreender como é que os enfermeiros vivenciam o fenómeno de doença;</p> <p>Compreender o significado atribuído à passagem do papel de enfermeiro para o papel de doente;</p> <p>Específicos:</p> <p>Contribuir para a compreensão do discurso dos enfermeiros, como representativo da forma de encarar a doença e o processo de hospitalização, descrevendo como vivenciam esse fenómeno em termos físicos, psíquicos e emocionais;</p> <p>Compreender se a experiência de doença influencia o crescimento pessoal e profissional dos enfermeiros</p>	<p>Fale-me da sua experiência vivida de doença?</p> <p>Questões Orientadoras:</p> <p>O que sentiu quando lhe foi diagnosticada a doença?</p> <p>Como vivenciou a sua experiência de doença?</p> <p>Qual o significado que atribui à experiência de ter estado hospitalizado?</p> <p>Ser enfermeiro/doente – que sentimentos despertou em si?</p> <p>Considera que esta experiência se reflectiu na sua forma de ser e de estar perante si mesmo, os outros e o mundo?</p>	

Anexo 2 – Cheklist

CHECKLIST

Sendo enfermeira há quase de doze anos, em que cerca de onze se destinaram ao desempenho de funções em área oncológica, é natural que se construam conceitos pré-concebidos, resultantes da troca de experiências com colegas de trabalho; consulta de literatura necessária e pertinente para a realização de trabalhos e para a prática de cuidar e da própria experiência de cuidar.

Para a elaboração deste trabalho, devo ter em atenção estas ideias ou conceitos pré-concebidos, devendo ter o cuidado de não me deixar influenciar. Devo respeitar o real significado que cada pessoa atribui à experiência de doença, tendo em conta os factores internos e externos presentes no momento da sua vivência, visando obter a compreensão à luz de quem o vivenciou e de acordo com o significado que lhe atribuiu.

Esta reflexão resulta sobretudo das ideias pré-concebidas que emergem quando falo do tema da doença em enfermeiros, nomeadamente à questão: de que forma o enfermeiro interioriza e vivencia o papel de doente?

Deste modo, enuncio os seguintes aspectos:

A recepção do diagnóstico da doença e a participação na tomada de decisão acerca do tratamento indicado deve ser muito penosa;

A doença oncológica e outras doenças crónicas têm vindo a aumentar em termos de incidência e de prevalência, afectando pessoas nas diferentes faixas etárias;

A doença oncológica ainda é encarada de forma estigmatizante e, muito frequentemente, associada a sofrimento atroz e à morte;

Para muitas pessoas a doença oncológica determina uma sentença à própria vida;

Algumas doenças associam-se a hábitos e estilos de vida;

O desenvolvimento de algumas doenças está associado à não adesão à realização de exames complementares de diagnóstico específicos e recomendados nos Programas de Saúde Implementados pela Direcção Geral de Saúde;

O facto de os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, serem detentores de muitos conhecimentos, pode ser um factor condicionante para a não adesão das medidas preventivas preconizadas;

A doença oncológica e crónica está associada a quadros de dor e de limitações;

O conhecimento do estadio, em caso de doença oncológica, e a constatação da necessidade de realizar determinado tipo de tratamentos é causador de elevados níveis de angústia e de desespero;

A inversão de papéis (transição profissional-doente) é muito dolorosa e complicada de ser gerida e vivenciada.

Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Informado

Consentimento Informado

Título Provável: “Experiência Vivida de Doença Própria: o que o Enfermeiro viveu e sentiu.”

Investigador: Isabel Maria Ribeiro Fernandes

Âmbito: Doutoramento em Enfermagem – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Objectivo: está a ser convidado à participação neste estudo porque vivenciou uma experiência de doença. Os objectivos deste estudo são: Compreender como é que os enfermeiros vivenciam o fenómeno de doença e o significado atribuído à passagem do papel de enfermeiro para o papel de doente.

Procedimento: Numa entrevista com o investigador, irá ser-lhe proporcionada a oportunidade de falar sobre a sua experiência de doença, envolvendo sentimentos e pensamentos acerca dessa mesma experiência e reflectindo sobre a importância e influência na sua vida e sobre o significado que lhe foi atribuído. Esta entrevista terá uma duração prevista de uma hora, será gravada, transcrita para papel e analisada.

Poderá ser necessário contactá-lo para verificar a análise efectuada e para lhe facultar uma cópia dos resultados, se assim o desejar.

Riscos: poderá causar algum sentimento de tristeza ou angústia por estar a reviver uma experiência marcante e dolorosa da sua vida.

Benefícios: poderá contribuir para a compreensão do discurso dos enfermeiros, como representativo da forma de encarar a doença e o processo de hospitalização, descrevendo como vivenciam esse fenómeno em termos físicos, psíquicos e emocionais e, também, compreender se a experiência de doença influencia o crescimento pessoal e profissional dos mesmos. Procura dar voz às pessoas que vivenciaram uma experiência marcante e dolorosa, possibilitando a compreensão de um fenómeno real e previsível, mas que nunca é encarado como tal e para o qual ninguém se encontra preparado.

Alternativas: assegura-se a possibilidade de não ser entrevistado, se assim o decidir, ou de parar a entrevista quando quiser. É livre de falar sobre o que considera mais importante para si. Pode também recusar a participação em entrevistas seguintes.

Confidencialidade: Assegura-se o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos, assim como o respeito pela autenticidade na sua descrição e análise, assumindo o compromisso de fidelização para com os mesmos. As gravações serão cuidadosamente guardadas e no final apagadas.

Disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas: qualquer dúvida ou questão que surja poderá contactar Enf^a Isabel Fernandes pelo número 918828310 ou através do serviço onde trabalha – Unidade de Cuidados Intermédios (239400380), IPOCFG-EPE, sito na Avenida Bissaya Barreto – 3000 Coimbra.

Interrupção do depoimento: se decidir participar, pode em qualquer altura desistir e retirar o seu consentimento.

Concordância: a sua assinatura será indicativo de que concordou participar no estudo, tendo lido e compreendido a informação contida neste documento de consentimento informado.

Assinatura do participante

Assinatura do investigador

Data: __/__/_____

Anexo 4 – Unidades de Significado Transformadas

Componente 1 - Estar Doente

Contexto	Constituinte-chave	Unidades de significado	Unidades de significado Transformadas
<p>Pessoal</p>	<p>Choque</p>	<p>E 13- “... essa PET é que confirmou que tinha uma malformação com actividade maligna. Então, pronto, fui chamada, foi-me dito tudo na consulta, foi um choque na altura, para mim, não estava à espera daquilo e... e disse-me logo que a única hipótese era fazer cirurgia...”</p> <p>E 4 – “quando ele diz que tinha um nódulo, fiquei branca porque a colega que estava comigo disse que e fiquei sem cor, assustei-me porque não tinha queixas, não se palpava nada, visível também não mas ele lá diagnosticou um nódulo [...] A verdade é que, quando veio o diagnóstico, foi pavoroso! [...] quando me diz papilar, variante folicular eu sabia que o folicular era um bocadinho pior que o papilar, pronto e andei muito assustada.”</p>	<p>O participante, após a realização de um exame complementar de diagnóstico específico, recebe a confirmação de que é portador de uma malformação, com actividade maligna. Foi contactado para uma consulta, onde lhe foi explicada a situação e proposto o tratamento indicado (Cirurgia), tendo sido choque para ele, uma vez que não se encontrava mentalizado e preparado para um diagnóstico tão agressivo.</p> <p>A reacção do participante perante a notícia de que era portador de um nódulo foi de choque, ficou sem reacção e assustado, uma vez que nunca tinha tido qualquer tipo de sintomatologia nem era perceptível ou palpável. Relativamente à confrontação com o diagnóstico, constatase que foi um momento doloroso e terrível, uma vez que o mesmo se enquadrava numa das variantes mais graves. Sendo este facto do conhecimento do informante, despoletou sentimentos pavor e susto no mesmo.</p>
	<p>Cair na Realidade</p>	<p>R10 – “A insegurança, o desconhecido e o não saber o que se estava a passar estiveram presentes e foram geradores de grande ansiedade.”</p> <p>E 15 – “... eu nunca pensei que isto me acontecesse a mim, nunca pensei...”</p>	<p>A confrontação com o desconhecido gera insegurança no participante, aliada à falta de conhecimentos acerca de como se iria desenrolar toda a sua situação clínica. Todos estes factores são estimulantes de níveis de ansiedade significativos.</p> <p>Por mais que os participantes reconheçam que qualquer pessoa pode adoecer, em qualquer momento da sua vida, existe uma certa tendência para acreditar que consigo irá ser diferente e que não irá adoecer, pelo que, quando confrontados com a situação real apresentam desiludidos e com alguma dificuldade em a aceitar.</p>
		<p>E 11 – “... quando entrei na enfermaria, ia de cadeira</p>	<p>Perante a confrontação da sua debilidade física e da</p>

	<p style="text-align: center;">Medo</p>	<p>de rodas, não conseguia andar mesmo, então aí é que eu disse ‘vá façam comigo o que quiserem, porque estou doente; vá façam comigo o que quiserem’ ...”</p> <p>E 1 – “...eu quase que diria uma humilhação, a gente sente-se ali assim um bocadinho diminuídos...”</p> <p>E 1 – “Programei a minha conta bancária, falei ao meu marido aonde é que estavam as coisas, porque ocorremos sempre o medo ou aquela coisinha lá no fundo de que pode alguma coisa correr menos bem, e a gente não voltar para casa ou voltar em condições menos boas, não é?”</p> <p>“E 1 – “... vi-me logo como os olhos a saírem-me das órbitas...”</p> <p>E 3 - “O medo de ficar dependente ou de ficar totalmente dependente...”</p> <p>E 14 – “... O que me assusta, nisto tudo, é como é que vai ser o meu futuro? Está a perceber? Como é que eu vou ficar? Como é que eu... como é que vou ... que consequências é que isto vai ter?”</p> <p>E 8 – “... esses medos, esses sentimentos de impotência, de não conseguir lidar com a situação, não é de lidar, é de ser eu a resolver as coisas, pronto a resolução destas situações estava fora do meu domínio, do meu domínio.”</p>	<p>necessidade de dependência dos outros, interiorizando a sua condição de doente, entrega-se aos cuidados dos profissionais, demonstrando alguma desistência em controlar o seu corpo e resignação ao seu estado clínico.</p> <p>Para o participante a sensação de estar doente e dependente dos cuidados de outrem causa um sentimento de humilhação e de inferiorização.</p> <p>Perante o medo de algo não correr bem e de a morte poder estar eminente, o participante procurou informar o seu cônjuge de alguns aspectos importantes da sua vida.</p> <p>Perante o diagnóstico da sua patologia, o participante imaginou-se logo a sofrer as alterações corporais que lhe são inerentes, revelando medo em aceitar a alteração da sua imagem corporal.</p> <p>Ao vivenciar uma situação de doença, o participante refere ter medo de ficar dependente dos cuidados de outrem, seja parcial ou totalmente.</p> <p>A incerteza do prognóstico condiciona no participante alguma angústia e medo pela sua condição futura.</p> <p>Numa situação de doença, o participante sente medo e sensação de impotência, pois não consegue lidar com as coisas de forma autónoma, ao ponto de se sentir capaz de resolver os seus problemas, considerando que tudo se escapa ao seu domínio.</p>
--	--	---	--

	<p>Associação de vivências</p>	<p>E 8 – “... senti-me extremamente angustiada porque me revi naquela doente e que, durante o momento da intervenção, em que estamos sob anestesia, estamos dependentes dos outros, completamente dependentes dos outros, se houver uma falha nós não podemos fazer nada pois está tudo fora do nosso controle e essa dependência, [...], assustou-me imenso, pronto.”</p> <p>E 3 – “talvez por comparar um pouco a situação ... porque a minha mãe também faleceu de AVC e eu vi-me um bocado [...] fez-me alguma confusão porque, fez-me assemelhar muito à minha mãe, e a gente não se consegue desligar dos sentimentos [...] a nível familiar, a umas vivências que já passaram, ...”</p>	<p>O participante reflectiu, ao olhar para uma doente, que no momento da intervenção, em que a pessoa se encontra sob o efeito anestésico, esta se encontra completamente dependente dos outros, no que concerne à manutenção da sua vida, sentindo que, perante uma intercorrência, não pode actuar em seu próprio benefício. A sensação de perder o controlo sobre a sua própria vida é causadora de angústia e ansiedade.</p> <p>O participante, perante o seu estado clínico, estabeleceu uma comparação com a doença vivida pela sua mãe, revendo toda a sintomatologia e associando-a aos sintomas que ele próprio apresentava. Esta comparação não foi somente objectiva, uma vez que o informante transportou para a situação actual o sofrimento experienciado ao lidar com a sua mãe numa situação de sofrimento, o que lhe causou angústia no momento actual, pois, de alguma forma, associou a sua situação com a morte da mãe, encarando a possibilidade da sua própria morte.</p>
<p>Acreditar na Cura</p>	<p>E 15 – “eu acho que a minha reacção foi sempre lutar e sempre acreditar que ia conseguir e que dava a volta por cima, sempre, acho que sempre mantive essa atitude durante ... positiva, mantive essa atitude: sim, eu consigo”</p> <p>E 4 – “eu nunca perdi a esperança de que eu não recuperasse! [...] acreditei sempre que ia recuperar!”</p> <p>E 7 – “‘Feliz é aquele que não sabe para onde vai!’; porque acredita sempre, porque acredita sempre! Porque acredita, porque pensa, está sempre a pensar que o dia seguinte é melhor que o de hoje e que isto tem cura e [...] apegam-se à religião, apegam-se a</p>	<p>O participante adoptou uma atitude de luta perante a doença, não desistindo, acreditando que iria ser capaz de ultrapassar aquela situação, revelando um espírito positivo e confiante.</p> <p>O participante acreditou, desde sempre, que iria recuperar adoptando uma atitude de esperança.</p> <p>O participante acredita que aqueles que não sabem o que lhes vai acontecer a seguir são mais felizes, pois acreditam sempre que as coisas vão melhorar e que o dia seguinte irá ser melhor que o anterior e que a cura para a sua situação existe. Deste modo encontram-se mais motivados para</p>	

	<p>Culpa</p>	<p>outras coisas, que eles vão valorizando, que lhes dão um suporte sentimental para eles se agarrarem”</p> <p>E 1 – “... temos formação médica - farmacologia, fisiologia, e eu se calhar não estive desperta atempadamente para os sinais que me foram enviados, ou que eu própria ... e deixei arrastar um pouco a doença. Porque senti que negligenciei um pouco os sintomas [...] então mas eu não fui ao médico, até sou enfermeira, não valorizei isto!!”</p> <p>E 2 – “O que é que eu andei a fazer durante dois anos, a fazer uma palpação mal feita e a fazer ensinios bem feitos. [...] questionava-me se, de certa forma também, se a culpa não era minha?!! Por ter feito uma palpação mal feita!”</p> <p>R1 – “...instalou-se a culpa por ter “permitido” que isto me acontecesse sem ter dado a devida atenção” .</p>	<p>lutar contra a doença e seus condicionalismos, apegando-se a uma série de valores que defendem e a tudo o que se ofereça como suporte ou ajuda para a enfrentarem.</p> <p>O facto de o participante ser possuidor de um corpo de conhecimentos técnicos e científicos na área da saúde conduz a que o mesmo se sinta culpado pelo facto de não ter estado desperto para os sintomas apresentados e para os sinais que o seu próprio corpo lhe foi enviando. Como profissional de saúde deveria ter identificado a sua situação de doença o mais precocemente possível, valorizando toda a sintomatologia, evitando a evolução da doença.</p> <p>Ao longo do seu desempenho profissional, o participante ensina as pessoas a realizarem técnicas correctas de observação e detecção de qualquer anomalia no seu corpo. Perante uma situação de doença, o participante ponderou se toda a sua actuação, no sentido da prevenção, não teria sido mal desenvolvida, culpabilizando-se por não ter detectado o problema atempadamente.</p> <p>O participante culpabiliza-se por não ter dado a devida atenção ao seu corpo, permitindo que o seu estado de saúde se debilitasse.</p> <p>O participante considera que ser possuidor de um corpo de conhecimentos científicos não se revela benéfico ou uma mais-valia no momento de ficar internado, pois a revolta em se aceitar como doente e internado, bloqueia as suas capacidades cognitivas, considerando que se fica com mais dificuldades de compreensão do que uma pessoa leiga e que não domine os conhecimentos da área da saúde.</p>
<p>Incapacidade</p>	<p>E 9 – “Fica-se mais burro do que o próprio doente da rua. Eu senti isso na pele. [...] em quantas partes se divide o coração, muitas vezes ... a gente fica assim (???) , tal era o stress, tal era a revolta de lá estar internado, porque, pronto, não havia razão que justificasse eu estar internado, fiquei mais burro; há coisas que, às vezes, as pessoas dizem e que um indivíduo não consegue raciocinar, não consegue dizer assim; como enfermeiro, que estamos do lado de fora, penso, mas lá dentro uma pessoa não pensa...”</p>		

		<p>E 8 – “... ali é uma dependência completamente diferente, é a dependência da decisão, não é dos actos, mas é da decisão dos outros, aquilo que eles fazem interfere ou pode interferir com a nossa vida...”</p> <p>E 14 – “Quando se está lá não se sabe nada, nós sabemos mas não sabemos porque o nosso corpo, a cabeça diz uma coisa, o corpo está a dizer outra, não é?, a cabeça diz olhe isto é a gente até sabe, é desta maneira, é daquela.... Mas o meu corpo está-me a traír, está-me a reagir de outra maneira, completamente diferente, e a minha cabeça não tem domínio no meu corpo, não consigo, não é?”</p>	<p>O participante considera que estar doente é estar dependente dos outros e dos seus cuidados, considerando que se trata de uma dependência a um nível mais importante e decisivo, pois relaciona-se com processos de tomada de decisão acerca de algo que vai interferir directamente com a sua vida.</p> <p>O participante assume que ao estar doente e internado, os conhecimentos técnicos e científicos que possui não se revelam muito facilitadores de todo o processo de adaptação à doença, pois no momento não se consegue fazer a distinção entre o que se sabe e o que se sente.</p>
<p>Relacional</p>	<p>Alterações Familiares</p>	<p>E 10 – “... olha no fundo, é também uma incapacidade, uma certa impotência, porque deixamos de controlar aquilo que anteriormente controlávamos bem e, pronto, sentimo-nos impotentes pelo facto de não conseguirmos controlar nem as nossas coisas nem aquilo que deixámos em casa...”</p> <p>E 3 – “...os filhos, irem para a escola e a mãe não... ficar incapacitada; aquela sensação de incapacidade perante os filhos, perante as minhas filhas ... em termos físicos e também psicológicos...”</p> <p>E 1 – “Porque este sofrimento reflectiu-se na minha família, porque eu chegava a casa e deixava-me, não colaborava em nada lá em casa, não interagía e até mesmo com a relação com o meu marido, porque a gente não falava; eu não tinha forças para lhe falar, nem para comer.”</p>	<p>A doença implica alterações na vida pessoal do participante mas também a nível das suas relações familiares, pois este sente-se impotente para poder dar resposta às solicitações familiares e domésticas, demonstrando incapacidade para cumprir as tarefas e objectivos que sempre desenvolveu.</p> <p>As alterações provocadas pela doença condicionam no participante uma sensação de impotência no desempenho do papel de pai/mãe, na medida em que não lhe permite acompanhar os filhos, quer em termos físicos como psicológicos, no seu processo de ensino-aprendizagem.</p> <p>A doença alterou por completo a vida do participante, condicionando a sua interacção familiar e conjugal, na medida em que este se sentia sem forças para interagir e colaborar nas actividades familiares e domésticas, verificando-se um impacto a nível dos outros membros da família.</p>

	<p>Alterações sócio-relacionais</p>	<p>E 11 – “E eu tenho cartas escritas, para toda a gente, se me acontecer alguma coisa. Tem que ser!”</p> <p>E 11 – “deixei de ir jantar com amigos e tal, porque não dá mesmo, porque estou cheia de dores, porque no fim do dia já não consigo quase me mexer”</p> <p>E 14 – “Senti debilidade, sou uma pessoa que vou nadar, com as minhas amigas, duas ou três vezes por semana, vou à piscina, vou fazer o meu exercício e não ia, não podia ir; os outros iam e eu não ia, na altura.”</p>	<p>O participante refere que a sua situação de doença e a incerteza em termos de manutenção da vida conduziu-o a escrever cartas para os seus familiares e amigos, revelando-se a forma mais fidedigna de poder partilhar alguns sentimentos e de se despedir dos que mais ama.</p> <p>A doença condicionou ao participante alterações a nível sócio-relacional na medida em que, associada à intensidade do quadro clínico subjacente, a impossibilidade de sair e de se relacionar com os amigos num ambiente mais descontraído.</p> <p>A doença tem implicações no desempenho físico do participante, não lhe possibilitando a prática de desporto a que estava habituado e que tanto apreciava, o que também se repercutiu em termos relacionais, pois não podia acompanhar os seus colegas nesse tipo de actividades.</p>
<p>Profissional</p>	<p>Fuga ao papel de Doente</p>	<p>E 1 – “... a senhora estava com uma hemorragia e tanto eu como a H. [...] deixámos logo o nosso papel de doente e intervimos logo como enfermeiras, a ajudar os colegas, a chamar a equipa do bloco, a punccionar a doente enfim, passámos logo [...] Deixámos logo de ser doentes!”</p> <p>E 4 – “Que estava no papel errado (afirmativa) e que estava boa era para ir trabalhar [...] Não me estava a ver no papel de doente ou a recusar ver-me no papel de doente, talvez, era mesmo ...!”</p> <p>E 5 – “... acabei por fazer coisas, embora não me sendo destinadas a mim, mas pelos conhecimentos que tinha acabei, acabei por os executar, os procedimentos</p>	<p>Ao se aperceber que uma das doentes, colegas de enfermaria, estava a sangrar a actuação do participante foi logo no sentido de ajudar, imbuída no seu papel profissional, colaborando com as enfermeiras do serviço na prestação de cuidados directos à doente em questão. Neste contexto, o profissional que também está doente, deixa logo de se considerar como doente para poder intervir de forma técnica e profissional.</p> <p>Perante a necessidade de estar internado, embora se sentisse bem, o participante demonstrava alguma renitência ou recusa em assumir o papel de doente, considerando que o ideal seria estar autónomo e prestador de cuidados, em vez de ser alvo desses mesmos cuidados.</p> <p>O participante refere alguma dificuldade em se afastar do seu papel profissional e em assumir o papel de doente na íntegra, acabando por executar alguns procedimentos</p>

	<p>Frustração Profissional</p>	<p>mais simples; no sentido de talvez de tentar ser o mais independente, mas depois, por outro lado, porque não me conseguia afastar do meu lado, mesmo como utente, do meu lado profissional...”</p> <p>E 9 – “... tenho o hospital como uma situação horrível, pronto. Eu tenho uma fobia ao hospital! Como doente! Como utilizador! Não me sinto bem cá dentro.”</p> <p>E 15 – “... eu gostava de tirar a especialidade de reabilitação, no ano antes de ficar doente eu tinha concorrido pela primeira vez, acabou, não posso! É uma coisa que eu não posso fazer ... mais. Também não quero fazer mais nenhuma. Estar a fazer por fazer, não quero!!”</p> <p>E 15 – “... eu agora penso, quer dizer, vou pedir transferência; vou pedir transferência para onde?, ortopedia – não posso prestar os cuidados que prestava, não posso e tenho consciência de que não posso, porque são os aparelhos gessados, são não sei quê, são dos doentes com prótese que é preciso mobilizar e não sei quê, não se pode... não posso! Hoje estou consciente de que não posso!</p> <p>E 15 – “... agora penso, penso, olho mais friamente para as coisas ... vejo que tenho limitações, pronto, que não sou a mesma pessoa, não sou, não consigo, não consigo fazer o que fazia...”</p>	<p>simples e, deste modo, se tornar mais autónomo.</p> <p>Este participante refere que sente algum desconforto ao entrar no hospital, como utilizador, caracterizando especificamente como fóbico o seu comportamento. Para ele o ambiente hospitalar é horrível, para quem o percebe numa condição de doente.</p> <p>O participante revela que na enfermagem, a área em que gostaria de se especializar corresponde à área da Reabilitação, o que exige um conjunto de habilidades/aptidões e competências que a doença lhe condicionou, tendo de lidar com a frustração de não alcançar esse seu objectivo profissional, demonstrando relutância em desenvolver qualquer outra área.</p> <p>O participante toma consciência da sua incapacidade para desenvolver determinado tipo de funções, pelo esforço físico que implicam, tendo em conta as limitações físicas que sofreu com a doença, interiorizando que solicitar um pedido de transferência de serviço se revela complicado para a sua situação.</p> <p>O participante toma consciência de que a sua situação de doença lhe provocou limitações a vários níveis, considerando que a sua pessoa sofreu algumas mudanças, deixando de ser como era e de poder fazer o que fazia antes. Este processo de aceitação das novas limitações não é imediato, exigindo alguma interiorização e resignação.</p>
--	---------------------------------------	---	---

Componente 2 – Ser Doente

Contexto	Constituinte-chave	Unidades de significado	Unidades de Significado Transformadas
<p>Pessoal</p>	<p>Estar doente</p>	<p>E 1 – “...eu quase que diria uma humilhação, a gente sente-se ali assim um bocadinho diminuídos...”</p> <p>E 13 – “... sempre disse ‘bem, se um dia for, já sei, as coisas não hão-de ser tão pesadas’ mas quer saiba, quer não saiba, quando nos toca a gente nunca sabe como é que vai reagir...”</p> <p>E 15 – “... embora eu estivesse ali sabia que não podia fazer o que eles estavam a fazer, estava do outro lado, como se diz...”</p> <p>E 5 – “É óbvio que estar do outro lado não é bom, eu não gostei da experiência como penso que é lógico, penso que ninguém gosta de estar doente, sobretudo não sabendo o seu diagnóstico e não sabendo quando é que aquilo iria parar e ver a angústia dos outros e a nossa própria angústia não conseguimos dar a volta por cima, é bastante desagradável.”</p> <p>R5 – “...angústia essa que aumentava com sentimento de incerteza e impotência devido à dor difícil de controlar farmacologicamente (...), à dificuldade de adaptação como doente às rotinas hospitalares e horários, à alimentação para mim insuficiente e sem a</p>	<p>Para o participante a sensação de estar doente assemelha-se a um estado de humilhação em que a pessoa se sente diminuída.</p> <p>Apesar do participante já possuir conhecimentos sobre como se processam determinados processos de doença e de pensar que os mesmos iriam ser uma mais-valia, em caso de experiência pessoal, concluiu que, perante a confrontação de tal situação, nunca se sabe qual vai ser a reacção, pois a trata-se de uma experiência única e desconhecida.</p> <p>Apesar de estar num ambiente conhecido, o participante tinha consciência de que se encontrava a assumir um outro papel, de doente, não lhe sendo possível desempenhar as funções habitualmente realiza em contexto profissional.</p> <p>O participante considera que ninguém gosta de se sentir doente, afirmando que a sua experiência foi bastante desagradável, na medida em que se viu num papel invertido e sem conseguir ter conhecimento do seu diagnóstico. Esta situação foi condicionadora de angústia em si próprio e nos outros, pela incerteza de quando é que se iria resolver a situação e se seria ou não com sucesso.</p> <p>O participante revela sentir muita angústia relacionada com a incerteza do diagnóstico, com a sintomatologia difícil de suportar e de controlar; à adaptação ao ambiente e rotinas hospitalares e à dúvida em termos de tipo de tratamento e de perspectivas de futuro.</p>

		<p>qualidade necessária a quem se encontra nauseado, mas sobretudo devido à incerteza diagnóstica e perspectivas de tratamento e de futuro”.</p>	
<p>Liberdade Condicionada</p>		<p>E 3 – “... a sensação de estar internado é uma sensação de que tu não podes ir para lado nenhum, nós não podemos ir para lado nenhum, que não tenhamos que dizer para onde vamos...”</p> <p>E 5 – “... há rotinas estabelecidas e pré-definidas hospitalares, em internamento, em que a pessoa que está internada tem que obedecer a essas rotinas e de facto é um bocado duro...”</p> <p>E 14 – “... senti tristeza, porque eu sou uma pessoa que gosto muito de sair e de passear, de ir tomar um café à esplanada e de ler o meu jornal na esplanada e não podia ir.”</p>	<p>Para o participante a sensação de estar internado traduz a sensação de não poder sair daquele espaço hospitalar ou, para o fazer, ter de solicitar autorização e de comunicar o que se vai fazer.</p> <p>Perante as rotinas hospitalares pré-estabelecidas em regime de internamento, o participante considera que o doente necessita de respeitar determinados princípios e requisitos, o que lhe condiciona algum desagrado.</p> <p>Para o participante a doença foi limitadora de algumas actividades consideradas essenciais para o seu bem-estar, promovendo em si uma sensação de tristeza.</p>
<p>Protecção Pessoal</p>		<p>E 8 – “... a partir daí, eu acho que me remeti um bocadinho para longe daquilo que se estava a passar comigo, tentei racionalizar um pouco em termos de, pode ser de ideia minha, estou a fazer uma crise de paludismo, pode ser uma intoxicação alimentar, e tentei isolar-me, depois de ter chorado naquele bocadinho das massas abdominais, acho que cortei, desliguei, não tentei voltar a identificar com situações que a gente passa aqui a nível profissional, pronto, não sei se é uma defesa ou não, se calhar é uma estratégia que a gente tem ou que eu tive para resolver, para ultrapassar a situação.”</p> <p>E 9 – “As pessoas, sentem isso, não falam, muitas das vezes ... só falam em última instância, porque têm sempre receio de que haja uma repercussão de tudo quanto ele possa dizer ou fazer, possa à frente ser cobrado.”</p>	<p>Numa fase inicial e perante a incerteza do seu diagnóstico, o participante tende a elaborar possíveis diagnósticos para a sua situação. No entanto, e após o choque inicial, adopta uma postura de rejeição de qualquer associação do seu estado com situações conhecidas ou vivenciadas em contexto profissional, tentando afastar-se de qualquer tipo de influência, como estratégia de defesa para ultrapassar a sua situação.</p> <p>O participante refere que o doente tende a adoptar uma postura reservada e pouco faladora, apenas o fazendo em situações oportunas, considerando que esta atitude seja resultante do receio de vir a sofrer algum tipo de represálias posteriormente.</p>

		<p>E 13 – “Aqui, em público, aparentemente diziam ‘está tudo bem? tens um bom aspecto, ninguém diz que estás doente!, mas eu chegava a casa e desatava a chorar, não conseguia fazer mais nada.”</p> <p>E 14 – “... salvaguardo a minha posição, porque como isto passa tudo pela minha cabeça, vou e salvaguardo logo a minha posição, digo ‘olha vocês, eu peço desculpa, se estou a fazer perguntas, mas vocês entendam que eu disto não percebo nada ou rigorosamente nada, tenho as mesmas luzes que vocês tiveram no curso de mas que já lá vão há muito anos, e agora eu aqui sou a doente da cama 27, por exemplo...”</p>	<p>O participante refere que perante as pessoas, especificamente em contexto profissional, procurava manter uma postura forte e lutadora, aparentando que tudo estava bem. No entanto, em contexto familiar, desarmava o seu escudo e desabafava, chorando copiosamente e sentindo-se sem forças para fazer o que quer que fosse.</p> <p>Perante a constatação de algumas dúvidas e do receio de ser avaliado pelos pares, o participante adopta uma posição específica, salvaguardando-se ao referenciar que aquela não é a sua área de actuação e que não domina nada para além do que foi aprendido, há muito tempo atrás, no curso de base e enaltecendo a ideia de que, naquele momento, assume o papel de doente X que ocupa a cama Y.</p>
<p>Relacional</p>	<p>Apoio Familiar</p>	<p>E 13 – “acho que foi melhor fazê-la em ambulatório do que internada, porque tive o apoio de família, que é muito importante e que no meu caso foi muito, muito importante o apoio da família.”</p> <p>E 14 – “uma das coisas que se havia de mudar era efectivamente essa política das visitas, porque é fundamental, para mim; para mim, eu enquanto doente, ter as minhas pessoas de família ao pé de mim, para me ajudarem a fazer tudo porque são elas que me conhecem, elas é que sabem os meus hábitos, elas é que devem estar comigo, não é?”</p> <p>E 15 – “o meu marido acompanhou-me sempre, nunca me deixou ir, nem a uma consulta, desde que fiquei doente, nunca me deixou ir sozinha a lado nenhum,</p>	<p>O participante considera que a possibilidade de realizar tratamentos em ambulatório se revelou muito benéfica para a sua situação, na medida em que pode contar com o apoio incondicional da sua família.</p> <p>No que concerne à questão das visitas e das normas instituídas a esse respeito em contexto hospitalar, o participante considera que as mesmas deveriam ser revistas, na medida em que, na sua opinião estas são fundamentais. Considera que os familiares são as pessoas indicadas para ajudar o doente a vivenciar e superar a doença, uma vez que o conhecem bem e sabem quais os seus hábitos, devendo permanecer mais tempo junto dos mesmos.</p> <p>O participante considera essencial o apoio do seu cônjuge no acompanhamento do processo de vivência de doença, estando sempre presente e respeitando</p>

		<p>sempre me acompanhou, sempre. Nunca deixou de estar ao pé de mim e o que eu decidisse para ele estava bem.”</p> <p>E 1 – “se calhar não vivenciei plenamente, este tormento porque, eu praticamente como estava com tanta gente à roda conhecida, quase que me sentia em casa.”</p> <p>E 7 – “... no início eu queria paz e sossego, mas é lógico que ficava feliz quando via lá aqueles bandidos todos a moerem-me o juízo.”</p> <p>E 15 – “a equipa, os meus colegas foram excepcionais, excepcionais, apoiaram-me, todos os dias eu tinha a casa cheia de gente, nunca me deixavam sozinha, vinham-me buscar para lanchar, nunca, nunca me deixavam ora uns ora outros, foram, pronto, deram-me mais apoio eles que quase a minha família. É verdade, é verdade, foram, foram cinco estrelas, pronto, todos, os colegas sempre, sempre, sempre aqui.”</p>	<p>sempre a sua vontade e decisão.</p> <p>Perante a possibilidade de ser internado num ambiente hospitalar conhecido e estar rodeado de colegas de trabalho, o participante considera que esteve num ambiente mais familiar e acolhedor, o que proporcionou uma vivência mais calma e serena e não tão traumatizante.</p> <p>Apesar de valorizar o sossego e a tranquilidade e de sentir necessidade de um ambiente mais calmo, o participante considera que a presença dos colegas que o visitavam e que o procuravam distrair lhe proporcionava um sentimento de felicidade.</p> <p>O participante considera o apoio prestado pelos seus colegas de trabalho muito importante, referindo que estes foram excepcionais e que estiveram sempre presentes, procurando que ele nunca estivesse sozinho e distraí-lo. Na sua opinião foram tão ou mais importantes que os seus familiares.</p>
	<p>Apoio dos Colegas</p>		
<p>Profissional</p>	<p>Poder do saber</p>	<p>E 2 – “O facto de vivenciarmos a doença muito à frente é exactamente isso, passamos do papel de enfermeiro ao papel de doente, mas muito mais à frente. Normalmente somos doentes mais complicados, exactamente porque conhecemos, e sabemos quais os passos para chegar ali, e normalmente o nosso ponto é ali e não aqui! É muito mais à frente.[...] porque temos conhecimentos, eu acho que, nesse aspecto, dá-nos, não sei se é uma mais-valia, mas já que temos os conhecimentos colocamo-los sempre, sempre em prática.”</p> <p>E 6 – “... não consegues assumir o papel de doente total, porque tu estás sempre ..., porque com os</p>	<p>Perante uma situação de doença, o profissional tem dificuldade em olhar para a situação no ponto em que se apresenta, tendendo a encara-la numa fase mais adiantada, associando todos os conhecimentos que possui. Para o participante os enfermeiros são doentes mais complicados, na medida em que conhecem e tendem a colocar estes conhecimentos em prática, adoptando uma atitude antecipatória e nem sempre favorável.</p> <p>O participante considera que é difícil assumir o papel de doente na totalidade pois, como profissional de</p>

		<p>conhecimentos que tu tens tu não consegues ser doente, só!”</p> <p>E 13 – “O saber para mim é facilitador numa situação de não entrar em ansiedade, para mim a ignorância ou a expectativa é que me causa uma grande ansiedade.”</p> <p>E 14 – “Ter conhecimentos é uma faca de dois gumes, é de dois, até de três ou quatro!”</p> <p>R11 – “Tão longe, tão perto ... os conhecimentos adquiridos nem sempre nos é favorável”.</p> <p>E 14 – “... quando uma pessoa está dentro do.. do ramo, não é e percebe das coisas, quando caíem assim estas coisas uma pessoa fica completamente assustada, então não é?, porque sabe muito e isto é uma faca de dois gumes, tanto dá para ajudar como dá para desajudar, não é?”</p>	<p>saúde que é, faz uso do corpo de conhecimentos que possui, sendo impossível comportar-se só como doente sem ser influenciado pelo seu lado profissional.</p> <p>O participante revela que a ignorância ou sentir que não está informado sobre a sua situação é geradora de stress e ansiedade, considerando que o saber é um aspecto facilitador da vivência do processo de doença.</p> <p>Para o participante o saber pode ser ou não facilitador do processo de vivência de doença.</p> <p>O saber pode ser ou não favorável à pessoa, na medida em que nos pode aproximar ou distanciar de factores ansiogénicos e do sofrimento.</p> <p>O facto de o participante ser possuidor de um corpo de conhecimentos influencia o grau do impacto do diagnóstico, considerando que o saber pode ser uma mais-valia ou prejudicial para o desenvolvimento do processo de vivência de doença.</p>
	<p>Valorização do Cuidar</p>	<p>E 5 – “... fiquei também sempre com a ideia de que nunca tive a experiência que um utente, dito normal, portanto um utente que não seja da área da saúde, passará; porque mesmo assim, a experiência do profissional de saúde internado acho que é sempre um bocadinho melhor ou mais aliviada do que se for outro... [...] ... no meu caso senti claramente que era uma relação de proximidade muito grande, que ultrapassava a relação de utente internado para profissional de saúde.”</p>	<p>O participante considera que a sua experiência como doente diferiu da experiência dos outros utentes, na medida em que, como profissional que é, sentiu um impacto menor e mais leve. Neste sentido, o seu processo de hospitalização foi vivenciado de forma mais branda e com uma relação de proximidade, para com os colegas, particular.</p>

		<p>E 12 – “... em termos profissionais uma pessoa dá valor, fica a dar valor a pequenas coisas que não dá enquanto não passa pelo outro lado...”</p> <p>E 15 – “... eu não me senti como doente, eu estava ali, eu sabia que estava doente mas acho que as pessoas continuavam-me a tratar, pronto, até pela maneira de ... chamavam-me colega...”</p>	<p>Relativamente à valorização dos comportamentos de cuidar dos enfermeiros, o participante considera que passou a valorizar alguns aspectos em detrimento de outros, em consequência da sua experiência e vivência como doente.</p> <p>O participante valorizou a forma como foi tratado pelos colegas, especialmente o facto de ser tratado por colega, considerando que estes continuavam a reconhecer as suas competências e não se imiscuíam ao facto de estarem a lidar com um doente, contribuindo para que este não se sentisse tão desconfortável no papel de doente.</p>
<p>Insatisfação</p>		<p>E 9 – “... chegar à urgência, um colega meu, uma colega até por acaso (...) dar-me, em questão de prioridade, uma bracelete amarela, com um enfarte...” [...] “... humanização, isso é mentira.”</p> <p>E 11 – “... uma das coisas que também sinto quando vou ao hospital lá, de urgência ou assim, é que me tratam como uma doença; eu não sou uma doença, sou uma pessoa [...] É um bocaco falta de ter uma visão holística, que nós temos, alguns nem, vêm, por exemplo, vêm-me tirar sangue, nem sabem qual é o meu nome, também não deve ser importante...”</p> <p>E 14 – “... fui operada na ortopedia de celas, horrível, péssimo, péssimo, deixaram-me a vomitar uma noite inteira, ninguém me deu nada para os vómitos, no dia a seguir apanhei uma greve dos enfermeiros, pedi à colega</p>	<p>Perante a urgência e gravidade da sua situação clínica, o participante considera que não houve da parte da colega a atenção necessária para realizar uma triagem adequada, tendo-lhe atribuído um grau de prioridade que ele considerou desajustado. Por outro lado, não sentiu, da parte dos colegas, preocupação em humanizar os cuidados prestados, constatando que se defende teoricamente mas não se aplica na prática.</p> <p>O participante revela o seu desagrado pela forma como é tratado, especialmente em contexto de urgência, sentindo que é alvo de um tratamento desumano e impessoal, em que apenas se preocupam com a doença e não com a sua pessoa. Refere, especificamente, a situação de não ser tratado pelo seu nome, quando solicitado para a realização de exames auxiliares de diagnóstico, sentindo que a sua pessoa é desvalorizada e não importante no processo de prestação de cuidados.</p> <p>O participante identifica uma situação particular em que considera que não lhe foram prestados os melhores cuidados o que lhe causou insatisfação. Por outro lado, frisa uma situação particular que retrata a</p>

	<p style="text-align: center;">Insegurança</p>	<p>que me acompanhasse ao banho disse que não, recusou acompanhar-me ao banho porque estava de greve e eu não precisava que ela me desse banho, só precisava que ela me acompanhasse à porta, negou-se o que eu acho que é de uma falta de profissionalismo, quanto mais não seja, pela simpatia de pares, de uns pelos outros.”</p> <p>E 6 – “... tu estás à espera de entrar num hospital, tens pessoal treinado e de te sentires segura, não é? é o sítio onde te devias sentir mais segura, não é? e isso foi coisa que eu raramente senti.”</p> <p>E 9 – “... o que nos vai salvando neste trajecto é aparecendo alguém que nos vai pondo umas bóias de salvação, de salvamento, para nós nos podermos salvar no percurso. Porque se não é isso, então é que é a desgraça completa.”</p>	<p>postura dos colegas, em dia de greve, considerando que o facto de estes se negarem a acompanhá-lo à casa de banho revela muita falta de profissionalismo e de cordialidade para com os seus pares, esperando um pouco mais de simpatia da sua parte.</p> <p>O participante refere que, apesar de ter a noção clara de que os profissionais de saúde devem estar devidamente preparados para actuar no sentido de promover segurança e de zelar pela vida dos doentes que se encontram internados e sob os seus cuidados e vigilância, não se sentiu seguro no papel de doente.</p> <p>Perante a vivência de um processo de doença, o participante considera que todo este percurso vai sendo facilitado na medida em que se vão encontrando pessoas boas e prontas a ajudar o doente, actuando como bóias de salvação, que evitam que este percurso se torne mais penoso e atenuando o sofrimento.</p>
--	---	---	---

	<p>Dualidade eu pessoa/eu profissional</p>	<p>não temos, às vezes, a percepção de como profissionais de saúde cuidadores o que é ser cuidado...”</p> <p>E 14 – “Mas depois a gente vem, num estado sabe lá Deus como, cheias de dores, ‘épá, isto afinal nos livros é uma coisa mas quando ... a gente agora aqui a passar por isto, isto não é bem assim, isto é outra coisa’ ...”</p> <p>E 14 – “... nós somos duas pessoas ali, é o eu profissional e é o eu doente, e é uma luta entre os dois. Pronto, é uma luta entre os dois, porque por um lado temos medo do juízo dos nossos colegas, porque não sabemos como é que eles vão reagir, não é?, se se chama muitas vezes, se se queixa muitas vezes, se dá muito trabalho, se.. não é?; por outro lado temos a nossa própria experiência enquanto profissionais de sermos sobrecarregados de trabalhos, com pessoas a chamarem por nós e os nossos próprios problemas de casa, e estarmos sempre a ser solicitados ... e nós próprios colegas, agora ainda vamos sobrecarregar os nossos colegas, quando nós devíamos até saber o que é que se passa com eles [...] e isto é uma luta titânica. É uma luta titânica!”</p> <p>E 14 – “...à partida, se eu entro dentro num hospital, para ser intervencionada, eu sou uma doente, sou uma doente que a minha profissão é ser enfermeira, como o outro é engenheiro e outra é não sei quê, e o outro é trabalhador das obras, é tudo igual, não é?, pronto, mas nós não conseguimos fazer essa distinção, eu não consigo!, pode haver quem consiga, eu não sou capaz, não sou capaz.”</p>	<p>diferente dos cuidados que são prestados e a percepção do que é ser cuidado.</p> <p>Perante a experiência de doença e da vivência da dor subjacente, o participante constata que o que é aprendido a nível teórico não se coaduna com o que é vivido na prática, verificando-se um desfazamento significativo, pelo que o saber difere bastante do viver e sentir.</p> <p>O participante considera que é notória uma luta entre o eu profissional e o eu doente, na medida em que, como doentes sabemos quais os direitos que nos assistem, mas como profissionais também temos conhecimento das condições de trabalho existentes e do desgaste que sofremos a vários níveis. O seu comportamento como doente é um pouco condicionado pelo receio da avaliação dos pares, pois como profissionais que é, tem conhecimento de todos os condicionalismos inerentes ao desempenho das suas funções.</p> <p>Ao dar entrada num hospital qualquer pessoa deve assumir o papel de doente, no entanto, no caso dos enfermeiros, a distinção entre o papel de doente e de profissional não se faz de forma facilitada, pois os conhecimentos existentes tendem a influenciar o pensamento e a acção dos mesmos, referindo o participante ser incapaz de fazer esta distinção.</p>
--	---	--	--

	<p>Relacional</p>	<p>E 5 – “... somos colocados de uma forma, como utentes, utentes gerais, de um forma que, para mim, eu não encaro muito bem, sobretudo a nível de urgência nacional, as coisas como se passam, quer dizer, as pessoas são ostracizadas, são imputadas quase a um canto, são analisadas pelas várias especialidades que a triagem entende que devemos ser avaliados mas, quer dizer, com uma grande impessoalidade.”</p> <p>E 9 – “o facto de ter estado internado só possibilitou analisar o que é um enfermeiro, eu estar deitado e ver o que é a vida de um enfermeiro; foi essa situação que me deu, nunca tinha tido a oportunidade de estar deitado e poder analisar o que é um enfermeiro.”</p> <p>E 14 – “... o que eu retirei mais do estar do lado de lá foram, são determinadas atitudes que nós às vezes temos, como enfermeiros, que não conseguimos avaliar enquanto não estamos do lado de lá.”</p>	<p>O participante demonstra o seu descontentamento com o tratamento recebido no serviço de urgência, considerando que a relação estabelecida é muito impessoal e reflectora de pouca atenção e cuidado a nível do cuidar relacional, prezando mais a área técnica.</p> <p>A oportunidade de estar internado possibilitou ao participante avaliar os enfermeiros no desempenho das suas funções, permitindo-lhe ter uma noção real do que representa um enfermeiro para o doente.</p> <p>O facto de ter assumido o papel de doente e ocupar um lugar invertido no ambiente hospitalar, permitiu ao participante observar e valorizar determinadas atitudes e comportamentos adoptadas pelos enfermeiros, considerando que só no papel de doente se pode fazer uma avaliação correcta da sua prestação.</p>
<p>Comportamentos Valorizados</p>	<p>E 1 – “...o carinho, foi a organização [...] preocupação com o meu bem-estar, a comunicação, a preocupação com a dor.”</p> <p>E 7 – “... a importância ... que eles estavam a dar ao acto de me ir visitar, de me fazerem, durante a noite aparecerem lá e acordarem-me, de me molharem com álcool, de isto e daquilo, é, opa, é, é a manifestação de querer estar, do contactar, de se sentir próximo da outra pessoa, é uma manifestação, como todas as outras, de</p>	<p>O participante considera como importantes e de valorizar os comportamentos dos enfermeiros enquadrados na área relacional do cuidar, em que se tem em conta o bem-estar do doente, o respeito pelas suas queixas e o estabelecimento de uma comunicação aberta e funcional.</p> <p>O participante considera que os comportamentos adoptados pelos enfermeiros ao desejarem visitá-lo e estar com ele, naquele momento particular, traduzem uma manifestação do carinho e da atenção que têm para com ele, fazendo-o sentir acompanhado e apoiado e promovendo um ambiente descontraindo que</p>	

		<p>carinho...”</p> <p>E 15 – “... eu acho que também o facto de as colegas chegarem e dizer ‘oh colega tem aqui o comprimido para tomar, não sei quê’, acho que era agradável...”</p> <p>E 6 – “... a minha expectativa é que foi grande, em relação ao que eu costumava fazer, em relação ao que fazem ali! não sei mas, mas pronto ... não, eu acho que não fui cuidada!”</p> <p>E 9 – “Era mais um! Era mais carne para canhão! Estou a falar a sério, não estou a brincar. Era mesmo, era mais um. Sempre mais um.”</p> <p>E 9 – “nós estamos muito ligados ao papel, muito mesmo, mas muito mesmo, o doente ficou em segundo senão, se não houver hipótese, ainda passa para terceiro; isto é, se não tiver de mudar de posição para quarto, portanto, por aí fora.”</p> <p>E 12 – “... efectivamente, às vezes, há comentários que são tecidos e há maneiras de actuar que eu acho, que se a pessoa já tivesse estado na pele de doente não fazia assim...”</p> <p>E 9 – “... aquilo que eu conheço da profissão, de há</p>	<p>ajude a ultrapassar aquela situação de maior vulnerabilidade e fragilidade.</p> <p>O participante considera agradável que os colegas o tratassem por colega no momento em que assumia o papel de doente, demonstrando respeito pelas suas competências como profissional e cordialidade entre pares.</p> <p>O participante revela alguma desilusão pela forma como lhe foram prestados cuidados de enfermagem, considerando mesmo que não foi cuidado, assumindo que tinha criado expectativas elevadas, tendo em conta a sua própria experiência como profissional, que resultaram num padrão de comparação díspar.</p> <p>O participante considera que, na sua situação particular, foi encarado como apenas mais um doente, que está ali porque necessita de cuidados, não sentindo nenhum envolvimento emocional ou preocupação com o seu Ser Pessoa ou Profissional.</p> <p>Atendendo às mudanças vivenciadas no sistema de saúde, constata-se que cada vez se despende mais tempo com burocracias e se delega o doente para segundo plano, destituindo a sua importância e o seu papel central no processo de prestação de cuidados de saúde.</p> <p>Na condição de doente, o participante avalia os comportamentos e comentários dos enfermeiros, considerando que a postura adoptada seria diferente se os profissionais já tivessem vivenciado uma situação de doença.</p> <p>O participante demonstra o seu descontentamento com</p>
--	--	---	---

	<p>Vantagem/Diferença no ser cuidado</p>	<p>longos anos para cá, a autonomia que eu via que era anunciada em burocracia, em parte da informação, da teoria, do que é dito, acabei por ver que na realidade não corresponde [...] A continuar com este tipo de enfermagem em que nós estamos a caminhar, estamos a caminhar para o abismo, sinto-me cada vez mais triste, mais triste, pronto, de ser enfermeiro ao fim de trinta e tal anos de profissão, sinto-me mais triste.”</p> <p>E 3 – “... eu acho que, se eu precisasse de uma garrafa de água e o vizinho do lado precisasse e a copeira dissesse que só havia uma, se calhar a garrafa da água era para mim!”</p> <p>R3 – “Lembro-me bem de não existirem regras para mim em relação ao número de visitas, nem às horas de visita, nem ao número de vezes que me ausentava do serviço (com conhecimento dos colegas) para visitar o serviço onde trabalhei anteriormente.”</p> <p>E 7 – “Senti um tratamento claramente diferente de outro doente qualquer, isso senti, não tenho dúvidas nenhumas.”</p> <p>E 8 – “Tem-se vantagem de ser enfermeiro, tem-se vantagem de ser referenciado directamente ao director da urgência, portanto nós, às vezes, como profissionais de saúde conseguimos passar ou ultrapassar algumas situações de stress, que é ‘quando é que me vão ver?; quem é que me vai ver?’ e eu nesse aspecto estava descansada, porque sabia perfeitamente que ia ser bem atendida, rapidamente atendida e que tentariam resolver a situação...”</p> <p>E 12 – “... se calhar efectivamente por ser enfermeira e</p>	<p>a evolução da profissão de enfermagem e constata, pela sua longa experiência, que a prática se revela bem diferente do que é anunciado na teoria, considerando que a enfermagem caminha para a degradação, o que lhe causa bastante tristeza.</p> <p>O participante refere ter sentido que, em caso dos doentes necessitarem de algo e de se constatar que não haveria para todos, as suas necessidades seriam atendidas em primeiro lugar.</p> <p>Relativamente ao cumprimento das regras instituídas no hospital, o participante considera que lhe foi permitido um comportamento mais permissivo, não tendo de respeitar obrigatoriamente o imposto.</p> <p>O participante considera que foi, de forma perfeitamente clara, alvo de um tipo de tratamento diferente dos demais doentes.</p> <p>Como profissional de saúde, o participante considera que é mais fácil ultrapassar alguns constrangimentos inerentes ao mundo da saúde, pois há sempre alguém conhecido e de referência a quem somos encaminhados, minimizando-se algumas situações de stress e acelerando o processo de prestação de cuidados.</p> <p>O facto de ser enfermeiro e de conhecer a Enfermeira</p>
--	---	--	---

		conhecer bem a chefe do serviço, tive o privilégio de ficar num quarto sozinha [...] tive essa sorte e realmente acho que fui, em termos de enfermagem e mesmo médicos, muito bem acompanhada e com alguma diferenciação.”	responsável pelo serviço influenciou a forma como foi cuidado, tendo o participante sentido que foi alvo de um tratamento diferenciado, uma vez que lhe foram proporcionados alguns privilégios subjacentes a estas condicionantes.
Profissional	Diferenças no Cuidar	<p>E 3 – “Mas sinto essa proximidade ... sinto-me assim igual ao doente, consigo, consigo pôr-me, sentir-me muito bem no lugar dele, consigo saber o que é que ele está a sentir ou, pelo menos, perceber ...”</p> <p>E 13 – “... se calhar, eu era assim mais radical, mais exigente e não sou agora; nalgumas coisas continuo a sê-lo, porque acho que não tem nada a ver, mas noutras que eu acho que impliquem realmente, o esforço físico, aí acabo por ser mais tolerante porque vi até que ponto uma limitação pode condicionar bastante as atitudes de uma pessoa...”</p> <p>E 12 – “... depois de ter estado internada, uma das coisas que eu dou muito valor, neste momento, é à dor.”</p> <p>E 14 – “...A mim, a minha própria experiência fez-me ver isto, fez-me entender e eu sei que hoje, passados dez anos do diagnóstico da minha doença, eu não sou a mesma enfermeira que era antes de ter este diagnóstico; eu via as coisas todas muito certinhas, muito encaixadinhas ..., e hoje vejo as coisas completamente diferente, completamente diferente!</p> <p>E 12 – “... em termos profissionais uma pessoa dá valor, fica a dar valor a pequenas coisas que não dá enquanto não passa pelo outro lado...”</p>	<p>Após a sua experiência de doença, o participante sente uma maior facilidade em compreender o que o doente está a passar, conseguindo colocar-se bem no seu lugar e sentir uma maior proximidade.</p> <p>O participante assume que modificou um pouco a sua postura profissional, nomeadamente em termos de exigência e intransigência nalguns aspectos, passando a ser mais tolerante para com os doentes, uma vez que sentiu que algumas situações são extremamente limitantes e compreendeu a dificuldade sentida pelos doentes em realizar determinadas tarefas solicitadas.</p> <p>Após uma experiência de dor, o participante passou a valorizar de forma mais significativa as queixas algicas dos doentes.</p> <p>O participante considera que no período decorrente ao diagnóstico da sua doença, a sua identidade profissional sofreu alterações, passando a ser mais flexível.</p> <p>Após a experiência de estar doente, o enfermeiro passa a valorizar aspectos subtilezas que, no contexto do desempenho profissional, não valorizava.</p>
	Valorização do Cuidar		

	<p>E 10 – “... mudou um bocadinho nesse aspecto, em pensar melhor o que dizer e como dizer às doentes.”</p> <p>E 14 – “... eu acho que esta experiência toda, enquanto eu profissional, mudou muito a minha vida, muito, a minha maneira de estar, a minha maneira de ser, a minha maneira de actuar, os meus cuidados, como é que eu hoje vejo os cuidados de enfermagem.”</p> <p>R7 – “Quando uma pessoa se encontra dependente e em sofrimento, está vulnerável e é neste estado que os profissionais de saúde devem interagir com todos os conhecimentos e técnicas com o objectivo de obviar os momentos de sofrimento.”</p> <p>E 5 – “... óbvio que há vários pormenores do nosso quotidiano como cuidadores que se alteram; altera a tua forma de ver as coisas, mas isso também acho que se dilui com o tempo, acho que tu estás muito, muito sensível após a questão de internamento, nos primeiros meses, primeiras semanas primeiros meses, estás muito sensível aquilo que te aconteceu mas depois acho que há um esquecimento progressivo da situação...”</p>	<p>O participante sentiu que houve mudanças em termos comunicacionais, na medida em que procurou estar mais atento ao que dizia e à forma como dizia as coisas ao doente, passando a valorizar mais a componente comunicacional do cuidar.</p> <p>Perante a experiência de doença, o participante considera ter sofrido mudanças a vários níveis: pessoal, relacional e profissional, culminando numa nova forma de encarar e de prestar cuidados, aliada a uma nova forma de ser e estar perante o mundo.</p> <p>Para o participante a vivência de uma experiência de doença está imbuída de sofrimento, em que o doente se sente vulnerável e dependente, pelo que se torna imperativo que os profissionais de saúde desenvolvam e apliquem as suas competências, no sentido de minorar estes sentimentos e promover o melhor bem-estar ao doente.</p> <p>O participante considera que no papel de doente se valorizam determinados aspectos da prestação de cuidados, relacionados com os elevados graus de vulnerabilidade e sensibilidade experienciados. Estes terão influência na forma como voltarão a prestar cuidados, essencialmente num período de curto a médio prazo, havendo uma tendência para se atenuarem estas mudanças à medida que a experiência vai sendo superada e esquecida.</p>
--	--	---

Componente 4 – Significação Vital e Consolidação Profissional

Contexto	Constituinte-chave	Unidades de significado	Unidades de Significado Transformadas
<p>Pessoal</p>	<p>Reflexão Vital</p>	<p>E 7 – “...fiz ali um julgamento de todo o meu percurso de vida até ali [...] fiz uma análise da vida e do ritmo de vida que levo e tudo, se vale a pena ou não!”</p> <p>E 14 – “...essa experiência para mim ... trouxe-me à minha vista muita coisa, muita coisa, também tinha muito tempo para pensar, não é?, estava aqui sozinha (risos), estava deitada (...) mas essa experiência fez-me ver muita coisa, nomeadamente, o que também é muito importante, que é: quem são os nossos amigos; quem é que são os meus amigos, quem é que foram os meus amigos, quem é que esteve comigo, quem é que não se esquecia de me vir ver...”</p> <p>E 14 – “Ninguém consegue acrescentar um segundo à sua vida se tiver destinado que vai morrer, que não vai viver mais. Não há ninguém, nem o mais rico do mundo, que tenha o dinheiro todo, ninguém consegue acrescentar um segundo à vida! [...] A vida acaba-se num segundo, o que nós temos é que aproveitar tudo aquilo que temos, porque as coisas ... há coisas que a gente só as vive uma vez e se não viver naquela altura já não volta a viver...”</p> <p>R4 – “São experiências que não queremos que surjam, mas que de certo modo foram enriquecedoras, ajudando no significado que se atribui à vida”.</p>	<p>O participante refere que conseguiu fazer uma retrospectiva do ritmo de vida que leva até então, julgando os seus comportamentos e o seu verdadeiro sentido e valor.</p> <p>Perante a impossibilidade de se deslocar, o participante refere ter tido muito tempo para pensar na vida e nas relações estabelecidas, especialmente a constatação de quem são os verdadeiros amigos, que sempre o acompanham no processo de vivência de doença.</p> <p>Perante uma situação de doença grave em que a vida pode ser ameaçada e se sente a morte de perto, o participante valorizou tudo o tinha tido, vivido e sentido, tomando consciência de que determinadas coisas são para ser vividas na hora certa e que não se devem adiar, pois corre-se o risco de perder a oportunidade de o fazer, uma vez que a vida tem um fim anunciado que ninguém, por mais rico que seja, consegue modificar.</p> <p>O participante refere que apesar de ninguém se encontrar preparado para estar doente e sentir a sua vida ameaçada, este tipo de experiências revelam-se valiosas, no sentido de valorizar a vida.</p>

	<p>Força de Viver</p>	<p>E 11 – “... não quero deixar de viver, senão, era só o que faltava. Tenho que conseguir, conseguir andar para a frente senão já estava deitada numa cama. [...] foi uma fase muito complicada, que eu me levantava e não sabia onde é que ia cair, quando é que ia cair, mas nunca parei, nunca parei.”</p> <p>E 13 – “... lembro-me do ultimo dia, o ultimo dia que fiz tratamento, tive uma colega minha que me foi visitar a casa, eu sentia-me mal, já era um sacrificio ter que vir fazer o tratamento e eu dizia ‘não, este é o ultimo, eu vou conseguir ir fazer o ultimo’”</p> <p>E 15 – “... o meu objectivo era lutar, era e continua a ser, lutar e conseguir vencer [...] e conseguir manter a minha saúde e criar os meus filhos e aquela ideia de, que eu tinha antes, de que não conseguia aguentar, eu acho que isso passou.”</p>	<p>O participante revela uma forte determinação e vontade de viver, lutando diariamente contra as suas limitações físicas, decorrentes da doença, procurando manter as suas actividades independentemente de saber que corria sérios riscos de sofrer alguns acidentes, mas não desistindo nunca.</p> <p>Apesar do desconforto físico e do sofrimento inerente à realização dos tratamentos exigidos para resolver o processo de doença, o participante demonstrou uma grande força de vontade e espírito de sacrificio, decidindo ir fazer o último tratamento.</p>
<p>Crescimento Pessoal</p>	<p>E 1 – “Eu tenho aprendido um bocado...tenho aprendido e ficado mais rica [...] estas coisas fazem-nos ver a vida de outra maneira! A gente vai aprendendo...”</p> <p>E 3 – “Como pessoa acho que foi um momento de aprendizagem.”</p> <p>E 10 – “... é outro tipo de situações, tornam-nos um bocadinho mais adultas, mais, não é que eu seja ou me sinta uma criança, mas é um outro tipo de maturidade e um outro tipo de situações que, de alguma maneira, pronto, mexe connosco, na nossa maneira de pensar.”</p> <p>E 11 – “... é uma experiência de conhecer-se a si</p>	<p>O participante revela-se determinado em lutar e vencer a doença, recuperando a sua saúde e demonstrar capacidades para acompanhar o processo de crescimento dos seus filhos, revelando que tinha superado a ideia de que não iria ser capaz de enfrentar esta situação de doença.</p> <p>A confrontação com uma situação de doença revela-se uma aprendizagem valiosa, considerando o participante que o conduz a obter uma nova visão da vida.</p> <p>O participante considera a experiência de ter estado doente como um momento de aprendizagem a nível pessoal.</p> <p>A experiência de doença afecta de alguma maneira a forma de pensar das pessoas, tornando-as mais maduras e adultas.</p> <p>O participante considera que a experiência de doença o</p>	

	<p>Viver para Compreender</p>	<p>próprio, isto não tem... não dá para descrever. É incrível.”</p> <p>E 6 – “... a gente pensa que sabe ou que se consegue pôr no lugar do outro, mas a gente não se consegue pôr no lugar do outro (alguma mágoa), por isso eu ... estão a ser simpáticas, eu entendo, mas é compreender o outro, não é, não se consegue nunca estar no lugar do outro. Por mais que digam, não consegues, seja em que tipo de situação, tu podes imaginar como é que o outro se sente...”</p> <p>E 12 – “... eu acho que me consegui colocar na pele de doente perfeitamente, para já infelizmente também não foi a minha primeira vez de doente, e eu costumo dizer que a maior parte dos enfermeiros, efectivamente, devia saber o que era ser doente, porque acho que dá-se importância a coisas que nunca estando doente não se dá. [...] também compreendemos ou aceitamos melhor a dor do outro se já a vivenciamos. E enquanto não formos doentes não conseguimos vivenciá-la, não é?”</p> <p>E 14 – “... digo ‘o dia que vocês estejam do lado de lá, doentes, cansados, numa cama, vocês depois vão dar valor ao que é querer dormir e as pessoas a fazer barulho e a bater com as portas, e com os rádios ligados, e com as televisões ligadas e a falar do fundo do corredor cá para baixo, e nós com a cabeça completamente esvaída e querer sossegar e descansar e não conseguir, depois vocês vão dar valor!’”</p> <p>E 8 – “... passei a ser muito; muito rigorosa, muito,</p>	<p>conduz a um processo de conhecimento pessoal, o que se revela uma experiência incrível e que não é facilmente descrita.</p> <p>O participante considera que as pessoas se enganam a si próprias quando dizem que conseguem colocar-se no lugar do outro, sendo empáticas. Dá a perceber, com alguma tristeza, que as pessoas procuram ser simpáticas e tentam compreender o outro e imaginar o que estão a viver, não sendo a mesma coisa que estar no lugar do outro.</p> <p>O participante considera que todos os profissionais de enfermagem deveriam saber o que é ser doente, pois seria mais fácil compreender o que o doente sente, na medida em que ao vivenciarem uma situação de doença iriam valorizar determinados aspectos, que noutras circunstâncias não lhes mereciam tanta atenção. Na sua opinião devemos vivenciar e sentir para poder compreender.</p> <p>Na sua perspectiva os profissionais de saúde não valorizam o que é estar doente e numa cama de hospital, alertando-os de que se tiverem de passar por isso, irão sentir na pele o impacto de todos os comportamentos e atitudes que actualmente têm, muitas vezes de forma inconsciente, passando a compreender o desconforto que os doentes sentem e passando a respeitá-los mais.</p> <p>O participante considera que após ter vivenciado esta</p>
--	--------------------------------------	--	---

	<p>Valorização de Si</p>	<p>muito rigorosa, porque é assim, a idade vai avançando e a gente tem que pensar que efectivamente as coisas vão-se alterando e podem surgir...”</p> <p>E 11 – “É na perspectiva de não perder perante a doença, porque eu não sou uma doença sou uma pessoa.”</p> <p>E 14 – “Nós não somos todos iguais, isto é, nós não somos todos iguais e eu respeito realmente a posição de cada um; agora que eu digo que nunca mais voltei a ser a mesma mulher, desde aquela experiência e não sou, hoje sou uma pessoa completamente diferente.”</p> <p>E 8 – “... foi o sentimento de que efectivamente não somos indestrutíveis não é? e que não estamos acima dos outros, portanto adecemos da mesma forma e está tudo muito bem connosco e de um momento para o outro não está nada bem connosco...”</p> <p>E 14 – “... a vida, as coisas, a fronteira entre o estar cá e o não estar é tão, tão estreita e nós não temos nenhum domínio sobre isso, porque não conseguimos, por mais que uma pessoa tente e queira, não consegue.”</p> <p>E 14 – “... como eu passei essa fronteira, daqui para lá, hoje vejo a vida de uma maneira diferente, não ligo a mesquinhices, não ligo, não ligo a coisas pequenas, porque acho que não vale a pena [...] não somos as mesmas pessoas, ficamos pessoas</p>	<p>experiência de doença passou a ter mais cuidado consigo próprio e a adoptar uma atitude mais interventiva e objectiva em termos de prevenção da saúde e adopção de comportamentos promotores de saúde.</p> <p>Numa situação de doença o participante passa a valorizar a sua pessoa, lutando para enfrentar a doença e não se entregar a ela, pois a sua pessoa na totalidade é mais importante que uma doença.</p> <p>A forma como cada pessoa enfrenta uma situação de doença é única, devendo ser respeitados os princípios e atitudes de cada um. No entanto, o participante considera que após ter vivenciado esta experiência mudou, não voltando a sentir-se da mesma forma nem a ser a mesma pessoa.</p> <p>Como qualquer ser humano, os enfermeiros estão expostos à doença e não conseguem perpetuar um estado de saúde desejável, acabando por ser acometidos pela doença como qualquer outra pessoa, revelando a sua igualdade e os conditionalismos e fragilidade inerentes.</p> <p>O controlo da vida não pertence somente ao domínio humano, transcendendo uma série de aspectos, o que leva as pessoas a constatar que não controlam a sua vida e que, de um momento para o outro, o seu destino pode alterar-se.</p> <p>A experiência de doença, em que o risco de vida foi notório, condiciona no participante uma mudança pessoal significativa, passando a valorizar mais alguns aspectos da vida em detrimento de outros, deixando de despende energias com coisas consideradas pouco importantes.</p>
<p>Fragilidade Humana</p>			
<p>Renacer para a Vida</p>			

		<p>diferentes, não ficamos iguais”.</p> <p>E 5 – “...tinha uma necessidade muito grande de conviver com espaço aberto, com liberdade, LIBERDADE; sensação de voltar a reconquistar o mundo, de voltar a reconquistar a natureza, de espaço aberto, de sair de um lugar claustrofóbico...”</p> <p>E 11 – “... é que nós não sabemos o que é que temos, realmente, o que é que perdemos, não é?! eu para mim, olhar para o céu e ver um entardecer bonito, eu para mim enche-me a alma, porque já senti que podia perder isso [...] é um impacto grande, uma mudança muito grande, de pensamento.”</p> <p>R14 – “A doença é, por vezes, uma ponte que nos oferece a possibilidade de conhecer duas margens distintas da vida”.</p>	<p>A presença no hospital, com o seu ambiente fechado e próprio condiciona no participante uma sensação de claustrofobia, afirmando sentir uma necessidade enorme de sair e de sentir de novo a sensação de liberdade. Por outro lado, dentro do hospital sente-se oprimido e condicionado pelas suas rotinas, desejando sair e reconquistar a beleza da natureza e o mundo.</p> <p>A doença, em que o risco de perder a vida foi real, causa um grande impacto na pessoa, condicionando uma mudança significativa em termos de pensamento e a valorização de alguns aspectos da vida. Perante a eminência da morte, dá-se valor ao que se tem e se pode perder, passando a valorizar-se aspectos simples da vida, mas que detêm uma beleza inebriante e valor inestimável.</p> <p>A doença e suas consequências exercem nas pessoas o poder de sentir que a vida pode ser vivida de formas distintas: superficial ou profunda, consoante o valor que atribuímos às coisas e a forma como as interiorizamos como importantes para a nossa evolução.</p>
<p>Relacional</p>	<p>Valorização Familiar</p>	<p>E 15 – “... eu acho que sempre me preocupei mais com os outros do que comigo, os outros eram mais importantes, que eles não sofressem, que eles não sentissem o problema era mais importante para mim do que tudo o que eu passasse...”</p> <p>E 8 – “...pensei na pessoa que mais me preocupava e a quem eu estava mais ligada, que é a minha mãe...”</p>	<p>O participante preocupava-se mais com o sofrimento que a sua doença condicionava nos seus familiares do que em si próprio, valorizando-os acima de tudo. De alguma forma, tentava protegê-los de qualquer sofrimento, independentemente do sofrimento que ele próprio vivenciava.</p> <p>Apesar de estar a vivenciar um processo de doença, o participante estava preocupado com a sua mãe, pois estabelecia com ela uma relação muito próxima.</p>

	<p>Valorização das Relações</p>	<p>E 1 – “... dou mais valor à vida, às coisas mais pequenas da vida; não às coisas materiais mas às coisas humanas, aprendi um bocado a desligar-me dos problemas exteriores... [...] Quero mesmo é ser feliz!”, dou muito mais valor às coisas pequenas da vida, tanto para com os doentes como para mim, como para a minha família.”</p> <p>E 3 – “Em termos de amizade foram ... fortalecidas algumas, muitas amizades; foram renovadas outras, que pareciam esquecidas, já ultrapassadas ...”</p> <p>E 7 – “... queria estar sozinho, não queria estar com ninguém ao pé de mim, achava que me sentiria melhor se estivesse sozinho mas é mentira!”</p>	<p>A mudança pessoal emergente da experiência de doença conduziu o participante a uma revalorização da vida, em que os aspectos humanos se sobrepujaram aos materiais, tendo aprendido a desligar-se de aspectos externos e a procurar ser feliz. Esta mudança teve implicações a nível pessoal mas também familiar e profissional, na relação que estabelece com os doentes.</p> <p>A doença torna as pessoas mais vulneráveis e carentes, verificando-se a importância das amizades e constatando-se, muitas vezes, que algumas são fortalecidas e outras renovadas, atribuindo-se um valor especial aos amigos e ao seu papel no processo de enfrentar e superar a doença.</p> <p>Perante a confrontação com o diagnóstico, o participante considerava que a solidão iria ser benéfica, tendo vindo a perceber que não, pois sozinho é mais difícil enfrentar a doença e todas as suas consequências.</p>
<p>Profissional</p>	<p>Crescimento Profissional</p>	<p>E 14 – “... acho que aprendi, o que eu aprendi mesmo foi a pôr o doente no centro dos cuidados, porque fala-se muito em pôr o doente no centro dos cuidados, mas depois o doente é que anda à volta daquilo tudo, é que anda ali à volta, do horário, disto, daquilo ... o colega tem muitos doentes, tem muito trabalho, tem isto, não tem tempo para ouvir o doente nem para falar com ele, nem para se sentar com ele, nem para estar com ele, não é, e, muitas vezes, eu mesmo, enquanto enfermeira, muitas vezes senti-me perdida, à espera que alguém me viesse falar e me viesse dizer qualquer coisa e que explicasse, e eu é que ia buscar as explicações a mim porque as tenho...”</p>	<p>Ao longo da experiência de doença e da assumpção do papel de doente, o participante considera que aprendeu sobretudo a colocar o doente no papel central da prestação de cuidados, pois, na sua experiência sentiu o oposto, tendo tido necessidade de procurar diversas explicações em vez de lhe terem sido transmitidas pelos profissionais.</p>

	<p>Valorização Profissional</p>	<p>E 14 – “o facto de estarmos dentro da profissão, para mim; olhe isto para mim trouxe-me muita coisa boa, mesmo até para a minha prática do dia-a-dia, porque o estar do outro lado é muito bom ... é muito bom de várias maneiras, olhe, primeiro, para nós testarmos até a nossa capacidade enquanto profissionais e como prestadores de cuidados e os cuidados que nos prestam, primeiro, é certo que nem todos os serviços são iguais, nem todas as pessoas são iguais, mas há um padrão comum de cuidados, não é?”</p> <p>E 5 – “... vai para além daquilo que te pagam, tu não estás a fazer aquilo porque te estão simplesmente a pagar, tu chegas a um ponto de envolvimento às vezes com a outra pessoa e não é com o indivíduo em si, é com o ser humano, portanto com o Homem, homem com H grande; há um envolvimento com o ser humano, que se pode mesmo, realmente, falar em missão...”</p> <p>E 5 – “... é uma profissão que nos trás um conjunto e um manancial de informação e de necessidade de organização que, às vezes, as pessoas conseguem tirar para a sua vida prática esses ensinamentos: organização e contacto humano, porque o contacto humano é sempre extraordinário mas contacto com outro humano que está com um grau de fragilidade muito grande ou muito elevado é, é do mais puro e é do mais complicado que pode existir...”</p> <p>E 11 – “... eu adoro enfermagem, adoro o que eu faço, é a minha opção, porque também podia não trabalhar e deixava de trabalhar e o que é que eu ia fazer?! Eu sou feliz a trabalhar, como enfermeira.”</p>	<p>A experiência de estar doente vivenciada pelo profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro, revela-se positiva na medida em que, para o participante, lhe proporcionou testar a sua capacidade enquanto profissional e prestador de cuidados, tendo em conta as particularidades de cada serviço e o padrão comum de prestação de cuidados exigido, com posterior influência na sua prestação diária em contexto profissional.</p> <p>A profissão de Enfermagem é encarada pelo participante como uma missão, pois no seu entender, exige um envolvimento profundo com o Ser Humano na sua totalidade, o que transcende o simples valor monetário atribuído à sua prestação.</p> <p>A profissão de Enfermagem exige, para além de um corpo de conhecimentos devidamente sustentado, uma capacidade de organização eficaz que, frequentemente, se reporta para a vida pessoal dos profissionais. O participante considera-a uma profissão exigente, na medida em que lida com o ser humano e com a premissa de estabelecer uma relação de ajuda, num ambiente de fragilidade e vulnerabilidade acentuada, o que se revela complexo mas extraordinário.</p> <p>O participante refere adorar o que faz, sentindo-se feliz ao desempenhar funções de enfermeiro e negando a hipótese de deixar de trabalhar.</p>
--	--	---	---

	<p>Vinculação Profissional</p>	<p>E 2 – “...a partir do momento em que és enfermeira, nunca mais deixas de ser enfermeira; és enfermeira 24 horas por dia, mesmo fora do teu local de trabalho’ ...”</p> <p>E 7 – “... o doente não consegue ser despedado do enfermeiro, não é?, porque todas as vivências, todos os conhecimentos e tudo é o doente carregado com toda a estrutura do enfermeiro, não é? é o somatório, é o somatório porque tu não consegues, nunca, separar as duas coisas.”</p> <p>E 12 – “... ao mesmo tempo, que tentava isolar o ser enfermeira e pôr-me só no lugar de doente, as situações iam evoluindo de maneira que é impensável nós não conseguirmos, não misturarmos, embora respeitando, logicamente, os profissionais que estão a trabalhar connosco e tentei [...] quer dizer, ao mesmo tempo que se tenta deixar o colega trabalhar à-vontade, mesmo que não se opine nada, pensa-se! Isso é difícil não se fazer, porque ninguém consegue parar o pensamento, não é?”</p> <p>E 15 – “... embora estejamos doentes não deixamos de ser enfermeiros.”</p>	<p>O informante considera que a enfermagem é uma profissão que exerce um papel universal na vida da pessoa, verificando-se uma constante actuação profissional fora do seu local de trabalho e durante as 24 horas do dia, fazendo uso e aplicação dos conhecimentos adquiridos sempre que necessário e nas mais diversas situações da vida.</p> <p>O enfermeiro numa situação de doença e vivenciando o papel de doente, não consegue assumi-lo de forma livre e isenta pois possui um corpo de conhecimentos de enfermagem que estão sempre presentes e nunca separados da pessoa, sendo sempre encarado o somatório do ser doente com o ser enfermeiro.</p> <p>Apesar de se respeitarem os colegas e a sua actuação profissional, o participante revela ser muito difícil assumir o papel de doente separado do papel de enfermeiro, pois à medida que a sua situação clínica ia evoluindo ia observando e pensando, apesar de não opinar acerca do assunto e de deixar os colegas trabalhar sem interferir.</p> <p>O participante revela que a experiência de doença e a assumpção do papel de doente não condiciona uma aniquilação de quem somos a nível profissional, pois para além de sermos pessoas somos também profissionais especializados numa determinada área que, neste caso, se enquadra na prestação de cuidados de saúde. Deste modo, os nossos conhecimentos podem influenciar a nossa vivência.</p>
--	---------------------------------------	---	---