

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE E
INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Dissertação de Mestrado:

***“A INTERPRETAÇÃO DO CUIDAR FACE
À MORTE”***

Elaborado por:

Francelina Alves

Orientador – Prof. Doutora Maria Antónia Jardim

Universidade Fernando Pessoa – Porto

Porto, Julho de 2005

***“A INTERPRETAÇÃO DO CUIDAR FACE
À MORTE”***

**ANÁLISE FENOMENOLÓGICO-HERMENÊUTICA DA
SIGNIFICAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS SUBJECTIVAS
VIVENCIADAS PELOS ENFERMEIROS**

Dissertação de Mestrado elaborada por:

Francelina Alves

Orientador – Prof. Doutora Maria Antónia Jardim

Universidade Fernando Pessoa – Porto

E digo-vos que a vida é de facto obscuridade
Excepto onde há arrebatamento,
E o arrebatamento é cego excepto onde há saber
E todo o saber é vão excepto onde há trabalho
E todo o trabalho é vazio excepto onde há amor.

E o que é trabalhar com amor?
É pôr em todas as coisas que fazeis,
Um sopro do vosso espírito.

Khalil Gibran
(Citado por Collière, 1999, p.3)

Dedico este trabalho, ao meu filho,
ao meu querido marido
e aos meus estimados pais,
que tornaram este projecto possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Professora Antónia Jardim, muito em especial, pela sua orientação e pertinência das suas observações, ... pela sua paciência, por ter acreditado em mim e por me ter incentivado sempre.

Agradeço igualmente aos meus caros colegas enfermeiros do hospital de S.João, que prontamente acederam a conceder-me um pouco de tempo da sua vida de trabalho, assim como as suas experiências, que foram imprescindíveis para a realização deste trabalho.

E por fim agradeço ao meu marido que sempre acreditou em mim, estimulou... e que sempre esteve ao meu lado.

PREFÁCIO

Por Maria Antónia Jardim

Este estudo no âmbito da Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária tem como grande linha orientadora “A interpretação do cuidar face à morte”. Desde logo percebemos que a hermenêutica vai servir de instrumento para analisar a significação das experiências subjectivas vivenciadas pelos enfermeiros. Assim sendo, a arte de interpretar vai permitir dar significação à informação obtida, a todo o processo de cuidar que implica uma troca de narrativas e um sucessivo movimento hermenêutico-ético que culmina na avaliação interpretativa das mesmas.

Francelina Alves contribui assim com este trabalho para uma nova leitura do “cuidar”, do significado das vivências, dos sentimentos e emoções face à perda, o seu trabalho constitui, portanto uma mais valia indiscutível relativamente ao conceito de cuidar do humano em contexto hospitalar em fase terminal. É uma tese que lida com as intersubjectividades, com os parâmetros axiológicos sem perder de vista as emoções implicadas nas relações interpessoais.

A autora leva-nos numa viagem ao mundo da estranheza que é compreender o processo de morrer. A melhor bagagem para se levar num caso destes é a auto-interpretação, é a auto-compreensão e é a auto-avaliação para o confronto com a perda, com o luto, com o Outro em que há um Mesmo de nós. Olhar e ser olhado, compreender e ser compreendido é simbolicamente o caminho que o leitor é convidado a percorrer!

Para concluir gostaria ainda de dizer que esta tese muito poderá contribuir para um novo olhar em termos de Ciências da Enfermagem visto que, e de uma forma original, Francelina Alves associou às técnicas do “Cuidar” uma Psicologia Hermenêutica que permite ir mais longe no processo porque permite uma adaptação de atitude perante cada sujeito, cada contexto.

Porto, 17 Janeiro de 2005

Maria Antónia Jardim

RESUMO

A problemática da morte e do morrer tem vindo a ser objecto de reflexão, nomeadamente, no que põe em evidência a compreensão da prática do cuidar em Enfermagem.

Neste âmbito pretendemos conhecer sentimentos e necessidades que emergem da experiência de cuidar doentes terminais.

Centrámos o nosso olhar sobre enfermeiros que trabalhassem com doentes terminais no dia a dia e com uma experiência superior a 5 anos. Entrevistamos 10 enfermeiros, com idades compreendidas entre os 25 e 40 anos, e recolhemos posteriormente uma narrativa à pessoa mais experiente do serviço para o estudo de caso, para ser analisado à parte e à luz das dialécticas de Paul Ricoeur. As restantes 10 foram submetidas a uma análise de conteúdo.

Deduzimos perante os resultados que o sofrimento dos enfermeiros, exprime-se à volta da confrontação com a morte, a perda e o luto e a confrontação com a própria vida e morte.

Achamos que este trabalho poderá contribuir para especificar e justificar algumas atitudes e comportamentos e para levantar novas questões, assim como reflexões permanentes.

RÉSUMÉ

La problématique de la mort et du mourir vient d'être objet de réflexion, surtout dans ce que concerne la compréhension de la pratique de l'accompagnement en infirmage.

Dans ce cas on prétend connaître les sentiments et nécessités qu'émergent de la expérience de l'accompagnement aux malades en fin de vie.

Nos avons centré notre regard sur les infirmiers qui travaillaient avec malades en phase terminal tous les jours et avec une expérience supérieure à 5 années avec les mêmes. On a choisi 10 infirmières avec un âge contenu entre les 25 et 40 années. Postérieurement, on a ramassé une narrative à la personne avec plus de expérience dans le service pour l'étude de cas, pour être après analysé sur les bases et les dialectiques de Paul Ricoeur. Aux restantes 10 on été fait une analyse de contenu.

Nos avons déduit devant les résultats que le souffrir des infirmiers s'exprime au tour de la confrontation avec la mort, la perte et le lute et avec la confrontation avec sa propre vie et mort.

Nos trouvons que ce travail pourra contribuer pour spécifier et justifier certaines attitudes et comportements, mais surtout pour poser nouvelles questions ainsi comme réflexions permanentes.

ABSTRACT

The problematic of the death and of the dying as been object of reflecting, especially when that puts in evidence the comprehension of the practice of caring in nursing.

In this case we pretend knowing feelings and necessities that emerge from the experience of caring patients in terminal phase.

We have put our look in the nurses who work with terminals patients, daily and with one experience superior a 5 years. We have select 10 nurses with ages between the 25 and 40 years. Following we have collect one narrative to the oldest and experienced nurse in the service, to be our case study and be later than analysed based in the dialectics of Paul Ricoeur. The others 10 as been submitted to a subject analyse.

We apprehend face to the results than the nurses suffer can be resumed in the confrontation with the death, the lost and loss and the confrontation with their own life and death.

We think than this work can help to contribute for specify and justify some attitudes and acts as to pose news questions and a permanent reflecting.

ÍNDICE

	Página
<u>INTRODUÇÃO</u>	1

PARTE I

O DOENTE TERMINAL E O CONTEXTO DO CUIDAR

<u>CAPITULO I</u> – A MORTE E O PROCESSO DE MORRER.....	6
---	---

1. A evolução da representação social da morte.....7
2. Influência do contexto da morte na percepção das representações sociais.....11
3. A morte no Hospital.....17
4. O ritual da morte e a pratica do cuidar20

<u>CAPITULO 2</u> – A ANÁLISE CONCEPTUAL DO CUIDAR.....	21
---	----

1. O conceito de cuidar o humano.....22
2. Cuidar em contexto hospitalar.....26
3. Valores do cuidar.....30
4. Cuidar a pessoa em fim de vida.....33

<u>CAPITULO 3</u> - A HERMENEUTICA COMO ARTE DE COMPREENÇÃO.....	39
--	----

1. Definição de hermenêutica.....40
2. Processo de cuidar como fenómeno sujeito a interpretação.....46
3. Problemática interpretativa das narrativas – Significação das experiências/
contribuição da imaginação.....50

PARTE II

O ENFERMEIRO PRESTADOR DE CUIDADOS E A VIVÊNCIA DA MORTE

<u>CAPITULO 4</u> – PARADIGMAS DA INVESTIGAÇÃO.....	58
1. Problemática e objectivos: Questões orientadoras.....	59
2. Opção metodológica.....	63
2.1 - Selecção dos participantes e do local.....	67
3. Estrutura metodológica.....	70
3.1 Fundamentação da metodologia da análise de dados.....	71
3.2 . Processo de obtenção das descrições das experiências de cuidar o doente em fim de vida em contexto hospitalar.....	72
3.3 . Processo de reflexão fenomenológico – hermenêutico das narrativas.....	75
3.4 . Limitações do estudo.....	79

PARTE III

ANÁLISE DOS DADOS

<u>CAPITULO 5</u> – ANÁLISE DOS DADOS.....	82
1. Significado das vivências.....	85
1.1. Sentimentos e emoções do cuidador face à perda	86
1.2. Necessidades do cuidador.....	106

PARTE IV

ESTUDO DE CASO SIMBÓLICO

<u>CAPITULO 6</u> – ESTUDO DE CASO SIMBÓLICO.....	118
1. Análise de conteúdo da narrativa – Perspectiva Hermenêutico – Ética.....	119
1.1. Significado da vivência/ experiência – Perspectiva Hermenêutica – Ética.	122
2. Auto e hetero avaliação.....	138

PARTE V

CONCLUSÃO

<u>CAPITULO 7</u> – CONCLUSÃO.....	142
1. Principais conclusões do estudo.....	143
2. Implicações para a intervenção e investigação futura.....	146
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	148

ANEXOS

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Relação entre os objectivos e blocos temáticos.....	77
Quadro 2 – Caracterização da amostra.....	84
Quadro 3 – <u>Categoria</u> : Sentimentos e emoções do cuidador face ao doente em fase terminal.....	87
Quadro 4 – <u>Categoria</u> : Sentimentos face à morte precoce de uma pessoa, vivenciados pelo cuidador.....	99
Quadro 5 – <u>Categoria</u> : Necessidades do cuidador.....	107

INDICE DE FIGURAS

Diagrama 1 – Sentimentos e emoções do cuidador face ao doente terminal.....	95
Diagrama 2 – Sentimentos / atitudes face à morte precoce, vivenciados pelo cuidador.....	103
Diagrama 3 – Necessidades do cuidador.....	114

INTRODUÇÃO

A profissão de cuidar é facilmente considerada como «altruísta», quer dizer, centrada nos outros, para o bem dos outros.

Ajudar o outro significa na realidade utilizá-lo para o nosso próprio fim, quer dizer para o nosso próprio cuidado. Podemos também utilizar o outro – aquele que é cuidado – para realizar o nosso destino. Claro que não existiria quem cuidasse se não existissem pessoas para cuidar.

Cuidar é uma arte difícil, porque tem a ver com a incerteza do ser, a sua fragilidade e a sua diversidade. Isto constitui a sua riqueza. Nenhuma situação pode ser comparada e com experiência aumenta a nossa compreensão do mundo e a nossa percepção do homem.

Ao cuidar procuramos conhecermo-nos. Através das dificuldades do outro, questionamos as nossas dificuldades. O mundo e os outros são espelhos que reflectem a própria imagem, a nossa vida e a nossa morte.

Cuidar, significa a atenção especial que iremos dar a uma pessoa, vivendo uma determinada situação, tendo em vista prestar-lhe ajuda, contribuir para o seu bem-estar, promover a sua saúde.

E quem tem o privilégio de acompanhar alguém nos seus últimos instantes de vida sabe que estes entram num espaço de tempo íntimo. A pessoa, antes de morrer, tentará transmitir aos que a acompanham o essencial de si própria. Através de um gesto, de uma palavra, às vezes somente de um olhar, tentará dizer o que verdadeiramente conta, e que ela nem soube ou pôde dizer.

A morte, essa que todos havemos de viver um dia, a que fere os nossos próximos ou os nossos amigos, talvez seja o que nos leva a não nos contentarmos em viver à superfície das coisas e dos seres, o que nos move a penetrar na sua intimidade e na sua profundidade.

A maioria das pessoas receia a sua extinção ou a dos que lhe são próximos, imaginam a dilaceração dos verdadeiros laços (amorosamente tecidos), teme deixar de ser alguma coisa e por isso nega ou mascara a morte, descontrolando-se emocionalmente perante a sua eminente presença, qual se torna indesmentível.

Desde os primórdios da civilização que a morte desperta no ser humano uma grande curiosidade e inquietação. De facto, ainda que não o queiramos, a morte nunca deixa de estar presente no nosso íntimo, constituindo mais do que um dos maiores mistérios da vida, “*a mais inelutável realidade que todos os homens e mulheres têm de defrontar*” (Mattoso, 1996, p.11).

Ela suscita numerosas interrogações, para as quais a ciência, as doutrinas filosóficas, as religiões e a orientação dos valores, costumes, atitudes, práticas e superstições, procuram encontrar respostas efectivas ou tranquilamente ilusórias, na tentativa de suavizar a angustia, acalmar a ansiedade, compensar a dor e amenizar e vencer o temor de muitos seres humanos que sofrem perante uma ameaça sufocante que os parece transcender.

O poder é imenso, avassalador, incontornável e irrevogável. Observamo-lo em toda a parte e em qualquer ser vivo, e todos nós percebemos que vamos morrer. Só não sabemos quando, onde ou de que modo efectuaremos a “grande transição”, o que aliado à ideia tão comum de que a morte nos arranca a vida de forma impiedosa (ou até injusta), faz um medo arrebatador e de certo modo universal, afectando tanto o crente, como o ateu, o agnóstico, o leigo ou o cientista. E por estranho que pareça, quanto mais progredimos na ciência, mais receamos e negamos esta realidade.

E porque o processo de morte em contexto hospitalar tem captado a nossa atenção ao longo dos últimos anos do nosso percurso profissional. A posição privilegiada que ocupamos na nossa actividade em serviços de cirurgia onde prevalecem casos terminais, o que nos permitiu uma observação cuidadosa.

Centramos o nosso olhar sobre os enfermeiros enquanto cuidadores, cientes que os mesmos são educados para a cura e não para a morte, adoptam frequentemente um distanciamento emocional relativamente ao doente e família. Por sua vez, a morte do doente leva-os a confrontarem-se com a sua própria finitude, recorrendo mesmo que inconscientemente, através da reflexão a processos teorizados por Paul Ricoeur, como a antecipação e encarando o si mesmo como o outro, levando-os à compreensão de si mesmos.

Ponderar sobre esta realidade conduziu-nos à questão central que orienta esta pesquisa:

Como vive um enfermeiro a experiência de cuidar um doente em fase terminal?

Pretendemos assim, conhecer a experiência e os sentimentos e necessidades que advêm da mesma, experiência esta vivenciada pelos enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados a doentes em fase de fim de vida.

Ainda que, ao longo da nossa trajectória reflexiva, o desenho de investigação fosse flexível e os diferentes passos que percorremos se conjugassem, estruturámos o nosso trabalho em quatro partes. Na primeira, emergem as proposições que orientaram o nosso pensamento e pesquisa. Na segunda parte, apresentamos as opções metodológicas, seguida da terceira parte onde evidenciamos os significados da experiência do cuidar e por fim a quarta parte, onde nos debruçamos sobre um caso isolado, o qual denominamos de estudo de caso.

Ao procurarmos compreender os significados da experiência do cuidar um doente em fase terminal, baseados numa perspectiva fenómeno - hermenêutica, considerámos que seria importante compreender a morte e o processo de morrer; fazer uma análise conceptual do cuidar, assim como, fazer referência à hermenêutica e a todos os conceitos que a envolvem, como arte de compreensão, à luz das teorias de Paul Ricoeur. Estes aspectos constituíram os três capítulos que compõem a primeira parte. No quarto capítulo que integra a nossa segunda parte, procedemos à conceptualização da investigação, onde fizemos o enquadramento do objecto de estudo; formulamos os objectivos e as questões de investigação e por fim apresentamos o modelo de investigação adoptado, justificando o mesmo.

Nos dois últimos capítulos que correspondem respectivamente às duas últimas partes do trabalho, procedemos à incursão pelo mundo vivido no quotidiano dos cuidadores. Inicialmente, no mundo de um grupo de cuidadores, analisados à luz da fenomenologia, em que as suas narrativas foram sujeitas a uma análise de conteúdo e seguidamente especificadas as respectivas conclusões / interpretações que da mesma derivaram.

Posteriormente analisamos um estudo de caso, só que desta vez à luz da hermenêutica de Paul Ricoeur. Análise esta efectuada sob uma perspectiva hermenêutico-ética, no sentido de um caminho interpretativo para a auto-interpretação, e para a auto-avaliação, assim como os significados / valores que daí resultam. Fazemos também uma auto e heteroavaliação, baseada na identificação projectiva com a narrativa analisada previamente por nós, que conseqüentemente levou à nossa auto-interpretação e auto-compreensão.

Finalizamos com uma conclusão reflexiva sobre a realidade apresentada.

PARTE I

O DOENTE TERMINAL E O CONTEXTO DO CUIDAR

CAPÍTULO I

A MORTE E O PROCESSO DE MORRER

*“A morte é o fim mais certo e inevitável
de todos os seres vivos”*

Mendonça, 1994, p.45

Nascer é desde logo morrer um pouco.... Morrer é desde sempre a certeza de todo o homem. Mesmo se hoje a esperança de vida é prolongada, cada um de nós reconhece que parte da sua vida é limitada no tempo, no entanto nós vivemos recusando a morte obstinadamente.

O conceito e ideia de Morte são assim aspectos que, de uma forma ou de outra, regem o nosso destino.

Num primeiro impacto, a imagem da morte associa-se naturalmente a um desaparecimento, a um fim. Todavia, o modo como se acompanha a pessoa que experimenta a morte é influenciada pela nossa representação enquanto ser humano e enquanto indivíduo com vida.

Pires Lopes (1985) (cit. em Henriques et al (1993), p.9), diz-nos que *“nós vemos os outros viver e morrer mas não fazemos da nossa própria morte a nossa companheira de vida”*.

Assim, neste capítulo, debruçar-nos-emos sobre esta complexa temática que é a morte, assim como a importância do contexto na sua percepção.

1 – A EVOLUÇÃO DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA MORTE

*“ A morte não é o terminar de tudo,
é o princípio de alguma coisa de novo”*

Pinto, Feitor (1988, p.38)

Épocas houve em que a morte era encarada como uma etapa final natural, ou seja, morrer não era sentido como sendo o fim da vida, mas sim como um acontecimento natural que permitia ao homem passar para além fronteiras, para o mundo espiritual, para a percepção da vida, para a imortalidade.

Ao longo dos tempos, a ideia de concepção de morte sofre várias alterações, várias interpretações. Por exemplo, se antigamente se acreditava na perpetuação da vida após a morte, chegando-se mesmo a desenvolver o culto aos mortos, atribuindo-lhes, conseqüentemente, poderes especiais, a partir do século XIX, com todas as mudanças que lhe estão inerentes e que o mundo teve oportunidade de presenciar, a morte passa ser sinónimo de fim, de extinção.

Uma das características que envolve a ideia da morte, e que se tem vindo desde há muitas décadas a praticar, é o ritual cerimonioso.

Ariés (1988, p.125) caracteriza-o como sendo: *“ Um caso particular de estratégia global do homem contra natureza, feita de interdições e de concessões. Eis porque razão a morte não foi deixada ela mesma e à sua desmedida mas, pelo contrário, aprisionada em cerimónias transformadas em espectáculo. Eis também porque razão não poderia ser uma aventura solitária, mas um fenómeno público que empenhava toda a comunidade.”*

O facto é que este ritual permitiu ao homem criar uma concepção de sobrevivência.

Outrora, os rituais de morte eram simples, sem emoções excessivas, onde o moribundo aceitava a morte, exprimia as últimas vontades e recomendações, pedia perdão e despedia-se. Estava pronto para esquecer o mundo e pensar em Deus: confessava, comungava e o sacerdote dava o sacramento da partida. Imediatamente após a morte, os familiares observavam religiosamente os costumes e as manifestações de luto.

Com a introdução de novos fenómenos na ideia de destino colectivo da espécie, da particularidade de cada indivíduo e da morte de si próprio, tem-se verificado algumas alterações na forma de se encarar esta etapa.

“Desde o século XI que a morte conquista o homem, no sentido de ir tomando consciência da sua individualidade, auscultando o mistério que o abrange. Da resignação ao cumprimento da mais evidente Lei da natureza, desde a Idade Média, o homem ocidental rico, poderoso ou letrado começa a reconhecer-se a si mesmo na sua morte: ele descobriu a morte de si próprio”. (Ariés, 1977, p.88)

Como resultado da evolução filosófica característica do século XIX perde-se a fé na imortalidade e prevalece a ideia de morte como fim. É um tempo de exaltação, de dramatismo, de emoções fortes que agitam o homem, que chora, reza e gesticula. Inicia-se o culto dos túmulos e dos cemitérios. Começam as manifestações de luto (vestuário negro, o afastamento dos familiares na vida social), as expressões de saudade e de separação, o respeito pelo período necessário de luto para reintegração dos familiares nas condições normais de vida. A morte deixa de ser um acontecimento natural e público, para passar a ser um evento triste e familiar.

Desde a alta Idade Média até meados do século XIX, a atitude perante a morte tem vindo a mudar mas tão lentamente que os contemporâneos não se foram apercebendo. Mas, a partir dos anos 30 do século XX e de forma vertiginosa nos anos 50, assistimos a uma verdadeira revolução de ideias e sentimentos, de tal modo brutal, que *“a morte, outrora tão presente (...) torna-se vergonhosa e objecto de um interdito”* (Ariés, 1977, p. 55).

A origem deste sentimento já é conhecida, a intolerância da morte do outro, e a confiança renovada do doente no seu círculo de família, ajudam-nos a compreender esta atitude. Assim, evita-se não só o moribundo, mas também a sociedade e o incómodo e a emoção demasiado fortes provocados pela agonia da morte em plena vida feliz.

Aparentemente, nada mudou nos ritos da morte e ninguém tem ideia de os alterar, mas começa a esvaziar-se a carga dramática e inicia-se o processo de escamoteamento.

“ (...) *Evita-se falar do assunto.*” (Ariés, 1988, p.143)

Actualmente, as cerimónias fúnebres são entregues aos novos “profissionais da morte”, isto é, às agências funerárias, que se encarregam de realizar a cerimónia de uma forma discreta, evitando-se assim, grandes emoções. Assim as condolências à família tendem a ser suprimidas no final do enterro.

As manifestações de luto, como o envergar vestuário negro, também estão em vias de extinção, pois os sobreviventes já não adoptam uma aparência muito diferente da de todos os dias. Segundo Damásio (2003, p.49), por vezes usamos a mente não para descobrir os factos, mas sim para os esconder.

Para Cabral de Frias (2003, p.18), nos dias de hoje, um desgosto desregrado não inspira piedade mas aborrecimento; é uma manifestação de desarranjo mental. No seio da família evita-se exteriorizar a dor, para não se impressionar as crianças.

“A ideia da morte parece muito esquecida e só em lugares, nomeadamente os meios rurais, onde ainda prevalecem costumes populares e práticas sociais enraizadas, é que a morte é familiar. É o caso de algumas localidades do Noroeste e Nordeste de Portugal.” (Feijó et al, 1985 citado em Oliveira, 1999, p. 58)

Nos locais onde existem ritos específicos da família, que dizem respeito à vida familiar e vão desde a celebração dos aniversários à lembrança dos familiares

desaparecidos, a tradição familiar impõe a presença à cabeceira do doente ou necessita da observância de um ritual religioso e é mais fácil cumprir em casa do que no hospital.

Na época moderna, a morte, apesar de aparentemente se manterem quase todas as cerimónias tradicionais, esta vai-se afastando o modelo familiar.

“ (...) Na época actual, a morte tornou-se interdita. Parece que não se deve dar-lhe demasiada importância, pois embora enquadrada nos nossos dias, ela não parece assumida, pois é sempre um tema que incomoda. Aliás, a morte serve muitas vezes para a sociedade homenagear aqueles que já morreram e que ignorou em vida, como se pelo ritual fúnebre tentasse reparar o que não foi capaz de fazer no ritual da vida, conferindo-lhe um nome de rua, o erguer de uma estátua ou até uma exposição comemorativa da sua morte.” (Lalande, 1996, p. 26)

Face a esta mudança radical de como encarar a dicotomia vida/morte, os interesses do Homem começam paralelamente a centrar-se cada vez mais na saúde, assistindo-se a uma crescente valorização da vida e conseqüente desvalorização da morte.

Inicia-se então um processo que, segundo Ariés (1989, p.280) se designa por Morte invertida. Surge agora o confronto ente as forças do bem e do mal, onde o final é incerto e determinado pelo rever do percurso de vida, subvaloriza-se a morte física e exalta-se a salvação da alma. A morte converte-se num local de respeito pelas particularidades do indivíduo.

2 – INFLUÊNCIA DO CONTEXTO DA MORTE NA PERCEPÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A evolução da ciência (nomeadamente da Medicina) e o conseqüente aparecimento de novos recursos tecnológicos fez com que se atribuísse uma maior importância aos valores da vida. Prova disso é que, ao contrário do que acontecia à tempos atrás, os doentes são hoje levados para o hospital, onde a família julga ser aplicado o cuidar mais adequado.

Assiste-se, cada vez com maior frequência, à morte em ambientes hospitalares, onde os doentes, apesar de sós e isolados do seu ambiente familiar, morrem rodeados de máquinas, de pessoas que pouco ou nada lhes dizem. A família e os amigos surgem como visitantes no horário que lhes é imposto, tentando nesse espaço de tempo transmitir algum conforto ao doente.

Segundo Cabral de Frias (2002, p.20), entre 1930 e 1950 começam a acontecer mudanças e uma delas é a transferência do moribundo de casa para o hospital. É no hospital que se proporcionam cuidados que não se podem proporcionar em casa. A passagem do quarto do moribundo para o hospital tem que ver com a chamada “medicalização da morte”, levando as pessoas a acreditar em milagres. Esta situação levou a que a morte fosse progressivamente banida do horizonte da vida, pois “*o avô velhinho e doente que dantes se via morrer naturalmente em casa (...) vai morrer no hospital*” (Cabral de Frias, 2003, pág. 19).

Actualmente com a família mais reduzida, com as novas condições e expectativas de vida, com o isolamento social em que se vive, aliada a uma sociedade técnica, mecanizada e impessoal, o conceito de morte alcançou o seu significado mais limitado de sempre.

De facto, todos estes factores conduzem a uma morte solitária num espaço emotivamente frio, numa enfermaria de um hospital. A família muitas vezes afastou-se e deixa o doente morrer sem ter ninguém que partilhe o medo, a dúvida, a paz, ou qualquer outro sentimento.

Verifica-se assim a dessocialização da morte. Ariés (1989, p.258) considera que: “ (...) *A morte recuou e trocou a casa pelo hospital: está ausente do mundo familiar do dia a dia. O homem de hoje, em consequência de não a ver suficientes vezes de perto, esqueceu-a: ela tornou-se selvagem e, a despeito do aparelho científico que a envolve, perturba mais o hospital, lugar da razão e da técnica, do que o quarto de casa, sede dos hábitos de vida quotidiana*”.

Ariés ao atribuir a qualidade de “selvagem” à morte e numa linguagem puramente simbólica, poderia significar “um estado de redenção possível, de um estado reversível e que inclusivamente pode conduzir à santidade”. Ou seja, elevado a um estado inacessível, casto, tabu.

Os hospitais deixaram de ser o local por excelência de se tentar curar a doença para dar lugar ao espaço onde se pretende ultrapassar o resultado final das doenças terminais: a morte.

Nos dias de hoje, sonhando com esperança em alcançar novas descobertas que nos permitam combater este desafio técnico, que é a morte, tenta-se prolongar a vida de forma sofisticada e tendo como base estes ideais, esta busca constante de que é ainda agora, em muitas situações inatingível, que foram criados novos serviços, novas especialidades nas instituições de saúde. Surgem, a título de exemplo, as Unidades de Cuidados Intensivos, com equipamento da mais avançada tecnologia e com profissionais de saúde cada vez mais aptos no cuidar dos doentes. O seu objectivo fundamental é possibilitar a manutenção das funções vitais, cuja falência colocaria em risco a vida do doente.

Assim o local da morte modifica-se mesmo dentro do hospital, passando o doente, em função do seu estado, da enfermaria para unidades de cuidados intensivos ou para um pequeno quarto onde permanece sozinho, de forma a não perturbar os que lhe estão próximos. O homem passa a morrer sozinho, separado por outros por um biombo, pelas paredes de um quarto solitário ou no meio de sofisticadas e incompreensíveis aparelhos de uma unidade especializada.

Segundo Loureiro (1998, p.29): “ (...) *de qualquer maneira, todos passaremos por essa experiência: quer sofrendo a perda de um ente querido, familiar ou amigo, ou como testemunhais da morte de um estranho, quer tendo que enfrentá-la nós mesmos, a nossa morte própria. (...) Não é incomum o ser mãe/pai não acreditar na morte do filho antes da sua própria morte. Pensando nela, jamais pode imaginar e aceitar que um dia pode concretizar-se neste seu ente querido. Esta crença decorre de um contexto cultural e histórico que perpetua esta prática, manifestando-se como um comportamento compreensível. (...) A morte passa a acontecer longe do ambiente familiar, uma vez que a maioria das pessoas morre em instituições hospitalares e asilos.*”

O luto é um processo de sofrimento geralmente relacionado ao processo de morrer e à morte de uma pessoa amada como evento biológico que encerra uma vida. Nenhum outro evento vital é capaz de suscitar nos seres humanos mais pensamentos dirigidos pela emoção e reacções emocionais que ela. Seja na pessoa que está a morrer, seja naqueles à sua volta.

No entanto vários factores influenciam o modo como reagimos às perdas, e de modo especial, como reagimos face à morte, tais como a idade, o estado de saúde daquele que está a morrer, a rapidez da sua perda, cultura, crenças religiosas, sociedade, entre outras. Cada um deles contribui para aumentar ou diminuir a dor e para a duração do processo de luto.

Pois tal como para Oliveira e Amâncio (1999, p.218): “*O relacionamento humano com a morte depende do contexto psicossocial em que nos situamos, resulta de múltiplos factores interrelacionados e, no que se refere particularmente à nossa civilização ocidental, tem sofrido alterações ao longo dos séculos.*”

A morte constitui um termo quase intocável e infindável, mas apaixonante, que nos conduz ao limiar da vida e nos leva a reflectir profundamente acerca da mesma. Naturalmente a forma como (não) encaramos e como percebemos e representamos a morte não é mais do que uma consequência directa do modo como concebemos e vivenciamos a vida, dos valores por que nos regemos, das normas e das regras pelas quais nos orientamos, da política, da cultura e da ideologia que nos governam, dos traumas e complexos que ainda não ultrapassamos, dos preconceitos e dos medos que nos impedem de ver, compreender ou chegar mais longe, das crenças que nos alimentam a esperança, dos desejos e não menos importante, dos sonhos que nos inspiram interiormente.

Segundo Salema (1993, cit. em Oliveira e Amâncio, 1999, p.220): *“No hospital não se costuma discutir a morte e que morrer tornou-se demasiado triste para que os profissionais de saúde queiram pensar nisso. Todos a receiam e a sua interdição é respeitada (...) têm a oportunidade de assimilar alguns valores, a cultura específica ou práticas correntes na sua profissão, acedendo a toda uma literatura científica que influenciará de algum modo a percepção de um objecto de estudo como a morte. (...) Habituarão-se a assistir à morte sem a encarar, numa instituição pública, mantendo um significativo afastamento afectivo no relacionamento com os doentes moribundos.”*

Para todo o ser humano, como para qualquer ser vivo, há uma lei universal da qual temos que estar profundamente conscientes: tal como houve um princípio para cada um de nós haverá um fim. Mas a ideia de como nós concebemos o fim, a morte, implica algo destruidor contra o qual nada podemos fazer. É o fim dos sonhos e dos projectos. É o medo do desconhecido, do abandono, da solidão, da dependência.

“A consciência tem de estar presente para que os sentimentos possam influenciar o sujeito que os tem, para além do aqui e agora imediato” Damásio (2003, p.57).

O significado deste facto é que as consequências derradeiras da emoção e sentimento humanos dependem da consciência.

Todos estes sentimentos que alguém numa fase terminal acaba por vivenciar são fortemente influenciados pela sociedade e cultura em que vivemos.

Tal como Oliveira e Amâncio (1999, p.230) referenciam: *a percepção, as concepções e as representações da morte dependerão não só do (s) grupo (s) social (ais) a que o indivíduo pertence, como também (e entre outros factores) do contexto social em que a morte ocorre, ou é observada.*

De facto, a morte e a perda são assuntos não só pessoais como também sociais, e como tal, o profissional de saúde sofre, não só de uma forma pessoal, mas também de acordo com o seu processo de socialização, levando a que este desenvolva um afastamento afectivo, manifestado por comportamentos de fuga ou evitamento, de afastamento do doente enquanto indivíduo e sujeito em sofrimento, pois ele próprio sofre com aquilo com que é confrontado. Desenvolve mecanismos de defesa e estratégias de adaptação para conseguir ultrapassar estas experiências dolorosas, rejeitando as suas emoções mais intrínsecas.

Tal como refere Pinto (1991, p.33), é a rotina do dia-a-dia profissional que facilmente abre a porta à fuga, a que tantos na sua aproximação do doente nesta derradeira fase da vida. Este afastamento afectivo é contudo dotado de subjectividade, dado cada um ter a sua maneira muito própria e diferente de encarar os factos da vida.

De facto, para que o enfermeiro cuide tem de estabelecer uma relação com a pessoa que transcenda o mundo material, entrando no mundo emocional e subjectivo do outro, vivendo cada momento como “práticas carregadas de sentido...” (Pineau, 1988, p.260).

Este sentido subjectivo, para Rey (2003, p.18), exprime as diferentes formas da realidade em complexas unidades simbólico-emocionais, nas quais a história do sujeito e dos contextos sociais produtores de sentido é um momento essencial da sua constituição, o que separa esta categoria de toda a forma de apreensão racional de uma realidade externa.

Para terminar este ponto dir-se-ia que a melhor forma de estar na morte é vivê-la de forma desarmada, não a banalizando e aprendendo com todos aqueles que vão morrer.

Tal como nos diz Hennezel (1997, p.12): *“devo isso àqueles que julgo ter acompanhado mas que na humildade em que o sofrimento os afundou, se revelaram uns mestres.”*

3 – A MORTE NO HOSPITAL

“Morrer não é só parar de respirar ou ter um Electroencefalograma plano, é também e em primeiro lugar, ter de romper laços de amor, o apego às coisas, aos lugares de que se gosta.”

Abiven, 2001, p.168

Verifica-se que a morte não tem o mesmo lugar que tinha no passado. As atitudes e rituais cerimoniais que lhe estão associados modificaram-se ao longo do tempo. E se durante muitos séculos a pessoa pressentindo o seu fim, aguardava-o no leito da sua cama, rodeada dos familiares e amigos, nos dias de hoje devido à evolução da ciência, valorização da saúde e da vida face à morte, o doente em fase terminal é transferido para o hospital.

Assiste-se muitas vezes à situação em que o doente vai gradualmente perdendo o direito de ser prevenido da gravidade da sua doença e da proximidade do seu fim, e porque os familiares querem manter a tranquilidade do seu lar, a solução é encaminhar a pessoa doente para as paredes de um lugar que lhe é estranho – o hospital. Aqui não são raras as vezes em que se observa que o doente passa a constituir mais um número, um entre muitos doentes, que muitas vezes acaba por “partir” sozinho.

No uso do eufemismo “partir” está patente o medo da morte na nossa sociedade, medo em falar abertamente da morte. Estes medos fazem com que as pessoas lhe atribuam termos ou referências concebidas e verbalizadas de forma a suavizar aquilo que lhes é doloroso e inevitável, de modo a que torne o desaparecimento “menos duradouro” e verdadeiro, como se fosse uma longa viagem, deixando quase no ar a ideia de retorno.

Indo de encontro ao que foi supra mencionado, Kubler-Ross (1975, p.57) referiu que o medo da morte assemelha-se a um iceberg, a maior parte está escondida. Aquilo que exprimimos são receios conscientemente associados à morte, dor e sofrimento. Mas isto constitui apenas uma pequena parte do medo e da morte. O verdadeiro medo é profundamente reprimido e falar dele coloca-nos numa situação desconfortável. É este medo que temos de fazer um esforço para compreender.

Para a SFAP (2000, p.102), *“a agonia no hospital é um pouco diferente da que é vivida em casa. É sobretudo marcada pela ausência das famílias, por uma presença médica mais importante e por uma menor disponibilidade dos que prestam cuidados.”*

A evolução do hospital para estabelecimento de prestação de cuidados, lugar de ensino e de investigação é a consequência directa da revolução científica iniciada no início do século XIX. Esta medicina científica concebe a doença como objecto de investigação que apenas o hospital permite estudar, mas com o preço da separação do doente e da sua família.

“A morte tem vindo progressivamente a ocupar um espaço menos íntimo: o hospital. Deixou-se de morrer em casa para se usufruir de condições que o hospital proporciona, onde se podem tomar decisões sobre a vida da pessoa sem o seu consentimento, nem tão pouco com o seu conhecimento.” (Oliveira, 1999, p.22)

Segundo Lipovetsky (1989, p.34), noutros tempos, a morte da pessoa era um acontecimento social. Envolvia os familiares, amigos, vizinhos, e pode-se por isso dizer que era uma “morte pública”. Actualmente, na sequência dos avanços técnico-científicos e até das modificações sociais, a morte troca a casa pelo hospital.

A sociedade induz uma vida ocupada, dedicada à aquisição de bens materiais em que o tempo se esgota numa correria desenfreada “de um lado para o outro”, em que há uma tendência para libertar o homem de obrigações e “embaraços”, nomeadamente em relação aos familiares mais próximos.

Desta forma, quando a pessoa se torna mais dependente, ou quando a sua morte está eminente é entregue às organizações de solidariedade social ou aos hospitais. A morte surge assim, como um entrave ao desenvolvimento rotineiro da vida e é encarada como uma punição, uma inconveniência ou uma injustiça.

Naturalmente os lares e as casas substituem, por vezes, o hospital, mas mantêm com ele muitas semelhanças. (Oliveira, 1999, p.140).

Dado que ao aspecto do cuidar em si, independentemente de ser por familiares ou não, estão implícitos valores altruístas como base do cuidar em todos os tipos de habitação onde o doente se encontre, existindo estreita colaboração e um ambiente seguro, assistindo o doente e assegurando-lhe a satisfação das suas necessidades humanas.

Segundo Cabral de Frias (2003, p.60), as estatísticas referentes ao ano de 1995, num universo de 103.939 óbitos ocorridos em Portugal Continental, 51.509 aconteceram nas organizações de saúde.

Esta passagem da morte de casa para o hospital vai traduzir-se na necessidade de uma mudança de atitude da própria organização hospitalar como uma estrutura pensada para o tratamento, bem como por parte dos profissionais de saúde.

Segundo Costa (2000, p.15), *“já no último censo, 60% da população portuguesa morria no hospital.”*

Resta-nos questionar: e no fundo qual deverá ser o principal papel dos hospitais? Onde é que cada um de nós gostaria de morrer?

Ainda segundo a mesma autora, esta constatou que após ter colocado esta última questão em debate, ninguém referiu o hospital como local de eleição para morrer, nem ninguém referiu que queria morrer com um médico ou um enfermeiro à cabeceira da sua cama.

4 – O RITUAL DA MORTE E A PRÁTICA DO CUIDAR

“Uma sociedade não pode viver sem ritos”

Thomas, 1996, p.2

O rito faz-nos passar da realidade ao simbólico. Perante a morte, ajuda a superar a violência do acontecimento, simbolizando a esperança e o desejo de sobreviver, como qualquer grupo confortado com a morte de um dos seus, os que cuidam necessitam de ritos para não se deixarem submergir pelo confronto frequente com a morte dos doentes.

Muitos gestos da prática do cuidar podem ser referenciados como ritual para ajudar a reconhecer a morte que chega.

Thomas (1996, p.19) definiu o ritual de morte como *“um conjunto de condutas que visam antes de mais ultrapassar a angústia da morte nos que ficam vivos.”*

O gesto de segurar a mão simboliza a presença à cabeceira do que morre; a higiene marca a respeito devido ao corpo morto; e a obscuridade materializa a tristeza e o luto. Todos estes ritos específicos, para além do respeito e do apego que os que cuidam têm para com o defunto, simbolizam o fim de uma relação interrompida pela morte.

O ritual fúnebre vai desenrolar-se em 3 tempos: reconhecer a morte expondo o cadáver aos olhos da comunidade; fechar o corpo e esconde-lo quando se fecha o caixão; e finalmente afastá-lo do mundo dos vivos, transportando-o para o cemitério, o espaço dos mortos. No Ocidente, este ritual é comum a todos os defuntos.

A parte ritual assegurada pelos enfermeiros e no hospital, diz respeito apenas à 1ª etapa, a da preparação do corpo para que fique apresentável para ser visto. Surge-nos mais uma vez uma questão: será que este ritual amputado, imposto aos profissionais explica uma parte do seu sofrimento?

CAPÍTULO II

ANÁLISE CONCEPTUAL DO CUIDAR O HUMANO

“Cuidar da vida...Tal é esta primeira arte, verdadeira criação que, desde o dar à luz até à morte, participa no mistério da vida que se procura, do desabrochar da vida, da vida que luta, da vida que se apaga, da vida que ressurge, da vida que se afunda.”

Collière, 2001, p.108

Ser cuidado... Cuidar de si próprio... Cuidar. Quem ao longo da sua vida não conheceu cada um destes imperativos? Cuidar é, e será sempre, indispensável não apenas à vida dos indivíduos, mas à perenidade de todo o grupo social. Esta função primordial, inerente à sobrevivência de todo o ser vivo, foi profundamente alterada entre os humanos à medida das grandes mutações tecnológicas, socioeconómicas, culturais que geram a explosão e a dissecação das práticas de cuidados numa imensidão de tarefas e actividades diversas, disputadas tanto por profissões como por ofícios.

Com a alimentação, a que está ligada, a prática de cuidados é, sem dúvida, a mais velha prática da história do mundo. Nos animais reveste um carácter diferente para a fêmea, ocupada com a sua cria, proporcionando-lhe cuidados ao corpo e facilitando-lhe a aprendizagem alimentar, enquanto o macho ultrapassa as fronteiras do território para procurar subsistência, por vezes duramente conquistado, e se revela o defensor da linhagem.

A espécie humana não poderia subtrair-se a estas práticas muitas vezes milenárias. Os cuidados são a garantia directa da continuidade da vida do grupo, da espécie humana.

Os cuidados... A profissão de Enfermagem, como outros ofícios ou profissões, qualifica como cuidados a prestação que oferece, cuidados esses reconhecidamente denominados “Cuidados de Enfermagem”.

Os cuidados de Enfermagem representam uma ramificação muito recente de uma longa evolução milenária dos cuidados. É neste âmbito que desenvolveremos este capítulo, abordando o conceito de cuidar, em jeito de definição, em contexto específico (hospitalar) e tendo em conta os seus valores e acima de tudo não esquecer de que se trata de cuidar um ser humano em fim de vida.

1 – O CONCEITO DE CUIDAR O HUMANO

*“A enfermeira competente que eu pensava ser
apercebeu-se que tinha tudo a reaprender,
da sua profissão e dos seres humanos.”*

Baranne, Françoise, 1994, p.22

Desde que surge a vida que existem cuidados, porque é preciso “tomar conta” da vida para que ela possa permanecer. Os homens como todos os seres vivos, sempre precisaram de cuidados, porque cuidar, tomar conta. É um acto de vida que tem primeiro, e antes de tudo, como fim, permitir à vida continuar, desenvolver-se e assim lutar contra a morte, morte do indivíduo, morte do grupo, morte da espécie.

Durante milhares de anos, os cuidados não pertenciam a um ofício, menos ainda a uma profissão. Diziam respeito a qualquer pessoa que ajudava qualquer outra a garantir o que lhe era necessário para continuar a sua vida, em relação com a vida do grupo.

Ainda hoje esta expressão corrente tomar conta, cuidar, transmite o sentido inicial e original da palavra. Quando pedimos a alguém que “tome conta das nossas plantas” ao partir para férias, não passa pela cabeça de ninguém que cuidar delas seja dar-lhes medicamentos. Imediatamente somos levados a dar indicações de tudo o que é indispensável às nossas plantas para permanecerem com vida, e isto em função dos seus hábitos de vida. Todas têm “necessidade de beber”, mas de forma diferente. O mesmo se passa com a luz, o calor, as correntes de ar...

Cuidar é pois manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação. As diferentes possibilidades de resposta a estas necessidades vitais fazem nascer e misturar hábitos de vida próprios de cada grupo.

Neste âmbito Collière (1999, p.68) diz-nos que: *“Velar, cuidar, tomar conta, representa um conjunto de actos que têm por fim e por função, manter a vida dos seres vivos com o objectivo de permitir reproduzirem-se e perpetuar a vida do grupo.”*

Para a mesma autora, este foi e será sempre o fundamento de todos os cuidados.

Mas aos cuidados de manutenção da vida e aos cuidados curativos, nascidos de descobertas empíricas feitas por ocasião desses cuidados, substituem-se os cuidados médicos que se reconhecem como os únicos científicos.

No século XIX, com o aparecimento de tecnologias muito elaboradas, os cuidados médicos orientam-se para a reparação pesada que se torna cada vez mais assunto de especialistas.

Com a aceleração da dimensão do tempo, o corpo especial dos cuidados, restringe-se cada vez mais. Para Collière (1999, p.69), há desaparecimento, ou mesmo negação, dos laços tecidos entre o homem e o seu universo, o seu ambiente, o seu grupo social.

O campo próprio da pessoa doente é obliterado. Há focalização sobre o espaço tissular, ou mesmo o espaço celular portador do sinal de doença. O objecto dos cuidados torna-se isolado, parcelado, fissurado, separa-se das dimensões sociais e colectivas.

Nesta perspectiva e excluindo todas as outras concepções ou perspectivas portadoras das correntes muitas vezes milenárias, elaboradas no curso da história, face ao problema da VIDA e da MORTE, cuidar torna-se mais em “tratar a doença”.

Os especialistas sozinhos não chegam, vão precisar de uma mão, de uma mão-de-obra adequada para tomar a cargo as numerosas tarefas que podem assegurar a investigação e o tratamento da doença.

Em meados do século XIX houve a preocupação desses novos especialistas em formar “técnicas” que mais eficazmente pudessem colaborar com eles, de acordo com as suas próprias carências profissionais. Surgindo e associados aos cuidados de manutenção de vida e curativos de sempre, os cuidados técnicos, nessas ditas “técnicas” agora mais especializadas, constituindo o corpo de enfermeiros e os cuidados de enfermagem dos nossos dias, em constante procura de identificação própria, baseada em modelos do cuidar o humano.

Como dar conta hoje em dia de todos esses cuidados vitais que, muito antes de serem o apanágio de um ofício e muito menos de uma profissão, ou seja, *de estarem atribuídos aos que a professam* (Gélis, 1988, p.13), foram durante milénios o bem, a arte, o “património de saberes”, sem dúvida o mais bem repartido entre os seres humanos, que actualmente imperiosamente continuar a sê-lo (vitais), a fim de não incorrer em riscos graves, ou mesmo dramáticos, a bem do futuro das espécies vivas, entre os quais os seres humanos.

“O cuidar não é, por conseguinte, apenas a emoção, atitude ou um simples desejo. Cuidar é o ideal moral da Enfermagem, pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana”. Gadow (1984, p.89)

Porque cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, acções carinhosas e as suas consequências. Todo o cuidar está relacionado com respostas humanas inter subjectivas ás condições de saúde-doença, interacções ambiente-pessoa, um conhecimento do processo de cuidar, um auto-conhecimento e conhecimento das nossas capacidades e limitações para reagir.

Citando Mayerhoff (1988, p.41): *“Nós. Algumas vezes, falamos como se cuidar não requeresse conhecimentos, como se cuidar de alguém, por exemplo, fosse simplesmente uma questão de boas intenções ou atenção calorosa...”*

Para cuidar de alguém, tenho de saber muitas coisas. Tenho que saber, por exemplo, quem é o outro, quais são os seus poderes e limitações, quais são as suas necessidades e o que é que contribui para o seu crescimento.

Tenho de saber responder às suas necessidades e quais são os meus próprios poderes e limitações. Tal conhecimento é simultaneamente geral e específico.”

Assim, cuidar é um empreendimento epistémico que define que o prestador de cuidados (enfermeiro), requer sérios estudos, reflexão, acção e uma pesquisa para novos conhecimentos que ajudarão a descobrir novos significados do humano e do processo de cuidar durante as experiências de saúde e de doença.

“Cuidar... Consiste em tentativas transpessoais de humano para humano para proteger, aumentar e preservar a humanidade, ajudando a pessoa a encontrar o significado na doença, no sofrimento, na dor e na existência. Para ajudar o outro a ganhar auto-conhecimento, controlo e auto-restabelecimento no qual um sentido de harmonia interior é restituído, apesar das circunstâncias externas.” (Collière, 1999, p.12)

Uma relação transpessoal de cuidar, conota uma forma especial da relação de cuidar (uma união com outra pessoa) elevada pela consideração pelo todo da pessoa e pelo seu medo de estar no mundo. No fundo, a arte do cuidar transpessoal, preconizado neste caso da enfermagem, como um ideal moral, é um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos, através da entrega total, por parte de quem cuida e de quem recebe cuidados, como uma interacção de humano para humano.

2 – CUIDAR EM CONTEXTO HOSPITALAR

“Cuidar e amar são forças poderosas porque são indispensáveis à nossa sobrevivência.”

Watson, 1985, p.22

O trabalho nos hospitais está vocacionado para o diagnóstico e tratamento de doenças. Os profissionais devem estar cada vez mais aptos no manuseamento de alta tecnologia que permite salvar vidas e usar a maior parte do seu tempo a lutar contra a morte, passando para segundo plano, muitas vezes, as necessidades sentidas pelos doentes e pelas famílias.

Existe uma supremacia do curar face ao cuidar e esta institucionaliza o controlo sobre a morte que deteriora a relação entre o profissional de saúde, o doente e a família.

Ouve-se com frequência dizer que o local ideal para morrer é a nossa casa, dado ser onde está a nossa história, onde está reflectido a nossa personalidade, onde estão aqueles de quem gostamos, ao contrário do hospital, que é como um local impessoal, estranho, agressivo e ameaçador.

É certo que as condições sociais mudaram. As famílias vivem em estrutura nuclear, estão mais fora de casa porque trabalham e vivem em espaços pequenos. As doenças são mais debilitantes e incapacitantes e prolongam-se até à morte.

Para alguns, a segurança e a comodidade que encontram no hospital, sobrepõe-se aos aspectos negativos referidos anteriormente.

Cuidar o doente em fim de vida não é tarefa fácil. Mas o que pensam os prestadores de cuidados?

Na perspectiva dos prestadores de cuidados aos doentes em fim de vida, os hospitais não estão preparados para cuidar doentes em fim de vida, dado serem doentes que requerem cuidados adequados e livres de quaisquer pressas, ocupando muito tempo aos profissionais de saúde, que se vêem com tempo insuficiente para os outros que estão simplesmente estão internados com problemas transitórios.

O hospital assume-se cada vez mais como o lugar privilegiado para a cura da doença, para o restabelecimento do indivíduo o mais precocemente possível, não havendo assim lugar, ou pelo menos não sendo o local mais adequado, para mudar o doente em fim de vida.

Assim, numa política de saúde orientada para a rentabilização dos recursos, torna-se difícil gerir o tempo e uma assistência que implica uma relação interpessoal contínua centrada na singularidade da pessoa, em que se privilegie a afectividade expressa em “pequenos” pormenores tão importantes para o bem-estar do doente e que revelam o olhar sobre este, o que não acontece em meio hospitalar.

Os cuidados hospitalares continuam a centrar-se na doença e não na pessoa doente, circunscrevendo-se o contacto com o doente aos contactos prestados não se privilegiando o estabelecimento um clima relacional.

Muitas vezes assiste-se, face a este modelo de cuidados, em que o doente não é visto como o foco central na cadeia processual dos cuidados, o mesmo a assumir uma atitude de submissão e passividade, sentindo-se refém da prestação de cuidados, recusa-se normalmente a lutar pelos seus direitos enquanto doente e cidadão, por vezes receando uma retaliação assistencial.

A atitude de submissão evidenciada no discurso de alguns doentes em relação aos profissionais de saúde não nos surpreende totalmente, se tivermos em conta que o modelo de cuidados que emerge no seu discurso é o modelo biomédico, que se caracteriza por uma interacção profissional de saúde/doente mínimo, assumindo o enfermeiro um papel activo e o doente o papel passivo.

A atitude de passividade está de acordo com os resultados evidenciados no estudo desenvolvido por Dias (1997, p.5) que, segundo a autora: “*A escassez de queixas apresentadas pelos doentes no gabinete do utente revela que este não assume uma atitude pró-activa e reivindicativa com receio de “represálias”.*”

Pensamos que esta realidade tem tendência a ser contrariada socialmente, como refere Biley (1992) cit. por Abreu (1994, p.23): “*Devido ao crescente movimento que advoga que o doente como consumidor de serviços de saúde tem direito à informação, interacção e à participação nos cuidados de saúde que lhe são prestados, processo este que não é alheio à intervenção dos média.*”

Existe no entanto, diferença de postura entre os profissionais de saúde e consequentemente aos cuidados desenvolvidos que podem estar associados, como defende Hennezel (1997, p.31): “*À maior valorização por parte destes e até mesmo da sociedade, aos serviços de ponta relativamente aos serviços que acolhem doentes crónicos, como se a importância dos cuidados prestados à pessoa e à ajuda que o prestador de cuidados lhe possa dar, possam ser condicionados pelo nível de sofisticação dos actos ou pelo tipo de serviço. Num sistema dirigido à pessoa e à família torna-se imperativo reorientar os cuidados no sentido de se atribuir maior importância ao corpo/sujeito, centralizando a ajuda na dignidade da pessoa.*”

Pois tal como nos diz Hesbeen (2000, p.37-38): “*Cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos do conhecimento, da destreza, de saber ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular.*”

Ainda segundo a mesma autora: “*A arte do terapeuta é a que lhe permite apoiar-se em conhecimentos estabelecidos para as pessoas em geral com vista a apropriar-se deles para prestar cuidados a uma pessoa única. (...) Nesta ordem de ideias, as outras profissões médicas e paramédicas não podem eximir-se desta missão de cuidar, desta perspectiva de atenção à pessoa, situando a dimensão mais profundamente humana apenas no que respeita a actos de enfermagem.*”

Também achamos que a atmosfera de humanidade num local de cuidados não é apanágio de um único grupo profissional, mas decorre de um estado de espírito, antes de mais desejado e tornado possível pela equipa de direcção, comum a todos os prestadores de cuidados e, de um modo mais amplo, a todos os actores.

Porém, parece-nos útil sublinhar, que pela própria natureza da sua profissão, os enfermeiros dispõem de trunfos suplementares e de oportunidades bem maiores para exercerem essa arte de cuidar. Por um lado porque durante o internamento, têm a possibilidade através de tudo o que constitui a enfermagem, de ao longo do dia estar muito próximo das pessoas.

Os cuidados de enfermagem são assim, compostos de múltiplas acções que são, apesar do lugar tomado pelos gestos técnicos, uma imensidão de “pequenas coisas” que dão a possibilidade de manifestar uma “grande atenção” ao beneficiário de cuidados e aos seus familiares, ao longo das 24 horas do dia.

Trata-se de todas essas “pequenas coisas” da vida, que Hesbeen (2000, p.47) diz: *“para uma determinada pessoa, dão sentido à vida e são importantes.”*

A atenção a essas “pequenas coisas” revela a preocupação do profissional com o outro na sua existência. Participa plenamente na sua saúde. Proporciona ainda bem-estar às pessoas que recorrem ao sistema de cuidados. Efectivamente, todas essas “pequenas coisas” não são espectaculares, não são observáveis e mensuráveis, ou são-no tão pouco, que não gozam da aura que rodeia os cientistas e os técnicos, cuja actividade é identificável e observável, o que lhes dá prestígio. Todas essas “pequenas coisas”, mesmo quando se enquadram verdadeiramente na complexidade do ser humano.

Indo de encontro ao que foi dito anteriormente, Hesbeen (2000, p.48) diz-nos que: *“Na sua realidade profunda, os cuidados de enfermagem são assim, mais marcados pela subtilidade, pela espontaneidade, pela criatividade e pela intuição do que pela ciência e pela técnica. Daí o seu difícil reconhecimento num universo biomédico, técnico-científico e onde os princípios de gestão pretendem estabelecer parâmetros para tudo a fim de dominar melhor a sua actividade.”*

3 – VALORES DO CUIDAR

“...há qualquer coisa de muito característico no modo como as emoções estão ligadas às ideias, aos valores, aos princípios e aos juízos complexos que só os seres humanos podem ter...”

Damásio, 2003, p.55

Segundo Collière (1999, p.33): *“os cuidados de enfermagem situa-se numa encruzilhada de sistemas de crenças e de valores que entram em interacção e se influenciam mutuamente.”*

Sendo efectivamente uma profissão, os cuidados de enfermagem são influenciados pelo conjunto de crenças e de valores herdados e veiculados no seio do grupo profissional, bem como pelos outros grupos que participam na acção dos cuidados.

São marcados pelas concepções, as crenças e os valores a que se ligam, tanto os que tem necessidade de procurar os cuidados, como os que os prestam. Eles próprios encontram-se sob o domínio de valores predominantes, veiculados pelo sistema social, valores a que podem aderir sem questionar ou de que se propõem compreender o significado, razão de ser, constrangimentos e limites, a fim de tentar situar o que orienta e é subjacente à sua acção.

A identificação e reconhecimento do valor cuidar vem em primeiro lugar e pressupõe o verdadeiro cuidar. O valor do cuidar envolve um maior sentido do ser, envolve uma filosofia de compromisso moral direccionado para a protecção da dignidade humana e preservação da humanidade.

O ideal e valor do cuidar são claramente, não apenas qualquer coisa, mas um ponto de partida, um local, uma atitude, que terá de se tornar um desejo, uma intenção, um compromisso e um julgamento consciente que se manifesta em actos concretos.

Para Gaut (1983, p.315): *“A essência do valor do cuidar pode ser fútil, a não ser que contribua para uma filosofia de acção e o mesmo vai mais longe e diz que a acção tem de ser julgada unicamente pelo bem-estar da pessoa que está a seu cuidado.”*

Ainda Gaut (1983, p.315) pensa que *“a acção concreta actual ultrapassa o valor (e transmite-o). Embebida nesta ideia está a noção de que os valores e acções do cuidar podem ser contagiosas, a um nível individual e sistémico, se encontradas condições suficientes.”*

Acrescenta que: *“o valor do cuidar é baseado no enfermeiro criativo que se auto-transcende.”*

Indica ainda que, as condições necessárias para cuidar incluem:

1. Consequência e conhecimento acerca das necessidades individuais para cuidar
2. Uma intenção para actuar e acções baseadas no conhecimento
3. Uma mudança positiva como resultado do cuidar, julgada unicamente com base no bem-estar dos outros

Acrescentamos que deve haver um valor fundamental, um compromisso moral e um desejo de cuidar.

Com as ameaças humanas da biotecnologia, engenharia científica, tratamentos fragmentados, burocracia e aumento da despersonalização e expansão do nosso sistema de prestação de cuidados, temos necessidade de aumentar e espalhar a filosofia do cuidar, conhecimentos e práticas dos nossos sistemas.

O sistema de valores relativamente à teoria do cuidar consiste em valores associados com um profundo respeito pela admiração e mistérios da vida. O reconhecimento de uma dimensão espiritual pela vida e poder interior do processo de cuidar, crescimento e mudança.

Cuidar requer elevada consideração e reverência pela pessoa e pela vida humana, valores não paternalistas que estão relacionados com a autonomia humana e liberdade de escolha.

Justificando o que foi dito até ao momento, Watson (2002, p.105) assegura que: *“é colocado ênfase na ajuda dada ao indivíduo na aquisição de maior conhecimento próprio, auto-controlo e preparação para o auto-cuidado, independentemente da condição externa de saúde. O prestador de cuidados, neste caso o enfermeiro, é visto como co-participante no processo de cuidar. Portanto é colocado um elevado valor no relacionamento entre o enfermeiro e o indivíduo.”*

Ao sistema de valores referido são acrescentados factores de cuidar, tais como o altruísmo humano, sensibilidade para nós próprios e para com os outros, bem como amor pelos outros e confiança na vida e nos outros humanos.

Hesbeen (2000, p.39) utiliza o conceito de “cuidar” como *“um valor, não como uma verdade”*. Pretendendo afirmar que, à partida, não está cientificamente provado que “cuidar” seja um conceito melhor do que qualquer outro.

Afirma também que sabe *“que não é novo, o que não impede que seja sempre actual”*.

Acrescenta: *“utilizá-lo como um valor é situá-lo no plano desejável...”*. Ou seja, desejável que os profissionais de saúde enquadrem cada vez mais as suas acções e as suas reflexões nesta perspectiva.

Quanto ao conceito de valor em si, a mesma autora diz-nos que *“é aquilo a que se atribui importância, é o que vale alguma coisa aos nossos olhos e se deseja fazer viver, é aquilo de que não nos queremos separar ou de que gostaríamos de nos aproximar.”*

Assim e neste contexto, provavelmente não seria correcto falar de “perda de valores” na nossa sociedade ou numa profissão, mas antes de uma ausência ou de uma falta de desejo ou de esperança que não encoraja a dar vida a certos valores. Consequentemente, cuidar, enquanto valor, pode ser acessível a todos os que quiserem fazê-lo, mesmo modestamente, em certos lugares ou circunstâncias.

Cuidar aparece como um conceito motivador porque é desejável para todos os que querem sinceramente, mas também pacientemente, promovê-lo na sua dimensão profunda e generosamente humana. É também um conceito aberto ao conhecimento, a todos os conhecimentos que permitam melhorar, enriquecer, tornar pertinente a ajuda prestada a uma pessoa.

4 – O CUIDAR A PESSOA EM FASE TERMINAL

*“A chama da condição humana
deriva unicamente da consciência.”*

Damásio, 2003, p.338

Muitas vezes, ouvimos na gíria dos profissionais de saúde, e lemos na literatura em torno deste assunto, a designação de doente terminal. Mas quem é o doente terminal?

Para Baron e Féliu (1996, p.1111), “*parece não haver critério universal que possa definir ou caracterizar esta pessoa doente*”. De facto, o que parece existir são algumas definições inexactas relativamente ao período evolutivo da doença que a pessoa está a viver.

Ainda para os mesmos autores, doente terminal é “*aquele que apresenta um estado clínico que provoca uma expectativa de morte a curto prazo*”.

A designação de “doente terminal” é atribuída a uma pessoa que, por circunstâncias de vida, adquiriu uma doença cujo desenlace final é a morte.

Na nossa perspectiva, terminal é característico da doença e não da pessoa. Porque a pessoa permanecerá na nossa memória através das obras que realizou, do sentido que atribuiu à vida, do significado que teve para outras pessoas e do sofrimento de que foi eventualmente portadora. Deste modo, parece-nos que faz mais sentido referirmo-nos à doença terminal, porque embora acreditando que a morte marca o fim da vida, o que no fundo deixa de existir, é a doença.

Neste contexto, quem é a pessoa que tem uma doença terminal?

Para Watson (1985, p.89) “*é um ser humano igual e diferente de tantos outros, com uma história de vida, com uma família, com amigos, enfim, é um ser no mundo, que se apercebe, vive experiências e está em continuidade no tempo e no espaço.*”

Já Dossey et tal (1985, p.115), referem que “*é um ser multidimensional, possuindo pelo menos 4 dimensões: biológica, psicológica, social e espiritual, todas interdependentes e interrelacionadas, mas que por diversidade da doença, com característica crónica e fatal, não consegue salvaguardar globalmente a sua integridade.*”

A pessoa em fim de vida percebe a sua situação, pois está iminente um confronto com uma realidade muito próxima. É uma situação que será influenciada pelos aspectos culturais, pela sua personalidade, pelo tipo de aprendizagens anteriores que teve e pelas mensagens que obtêm dos profissionais. Deste modo, cada elemento da equipa deve tomar consciência das mensagens que envia no processo de cuidar, entre elas, o direito a ser tratado como um ser humano vivo até ao momento da sua morte e o de morrer em paz e com dignidade.

Apesar de reconhecerem a importância dos direitos da pessoa em fim de vida, enquanto “pessoa que vive a sua morte”, os profissionais de saúde confrontam-se sistematicamente com a incurabilidade, o sofrimento e a morte, o que pode levar a uma relação distante ou inexistente entre estes e a pessoa em fim de vida.

Todo este processo requer um investimento contínuo, isto é, uma tomada de consciência permanente do modo como cuidamos e do modo como nos sentimos.

Porém, parece-nos que o medo da dor e do sofrimento é o que mais receia as pessoas em fim de vida, verificando-se que o medo do sofrimento é comum a muitos deles. Muitas vezes ouvimos: “não tenho medo de morrer...Tenho medo é de sofrer...”

A pessoa em fim de vida necessita de cuidados de reparação, ou seja, tudo o que depende do tratamento da doença e que é acrescentado aos cuidados correntes. Este conjunto de cuidados está orientado para as alterações que apresenta a nível biológico, social e espiritual.

Para Pacheco (1999, p.262) *“no fim de vida e quando confrontado com a impossibilidade de cura da doença, o processo de cuidar assenta essencialmente no acompanhamento e no conforto.”*

“Aceitar a finitude da pessoa, a nossa finitude, é um processo de maturidade que nos permite olhar com admiração o que nos rodeia. Permite dar a cada coisa o seu valor. Nisto consiste a verdadeira sabedoria.” (Pinto, 1991, p.17)

À medida que se vislumbra a finitude da pessoa, as suas necessidades físicas vão-se tornando cada vez mais permanentes. Assim verificamos que a pessoa deixou de responder à muito tempo ao tratamento e as necessidades físicas estão mais relacionadas com a doença, manifestando-se com mais intensidade à medida que a situação de doença se agrava.

Para além destas necessidades, a pessoa em fase terminal confronta-se também com as necessidades de ordem espiritual. *“É geralmente no fim de vida que surgem dúvidas e interrogações sobre o sentido da vida e o sentido da morte.”* (Pacheco, 1999, p.77)

Mas fazendo referência ao “acompanhamento” que Pacheco (1999, p.243) refere como fazendo parte do processo de cuidar, como um elemento essencial, na história ocidental foi tradicionalmente dirigido para a morte. Falava-se de “preparação para a morte”. Era mais importante ocupar-se do futuro da alma que dos cuidados ao corpo. Esta concepção religiosa do fim da vida já não prevalece na noção de acompanhamento, tal como é definido pelas equipas de cuidados.

O termo “moribundo” deu lugar ao de “pessoa em fim de vida”, tendo esta expressão, e no nosso ponto de vista, duplo sentido. O primeiro será o de proclamar a pessoa como “viva até ao fim”; e o segundo será o uso de um eufemismo, digamos para suavizar e evitar a dor e o sofrimento que o termo “moribundo” acarreta.

Falar de acompanhamento “na vida” mais do que “para a morte”, não é um artifício retórico, denotando uma atitude ética radicalmente diferente. Estar na vida é dar uma grande importância a tudo o que altera ou perturba esta qualidade de vida restante. É assegurar a continuidade de cuidados de manutenção de vida e colocar a questão da sua utilidade relativamente à tolerância da pessoa e não à data prevista da sua morte.

“Acompanhar o que vive é, por vezes, tão simplesmente respirar ao pé dele. (...) é restituir este tempo, que não nos pertence, ao doente e à sua família... nós impomos viver dia-a-dia ajudando o doente e a família a procurá-lo e a dar-lhe sentido”. (Schaerer, 1996, p.71)

De facto, esperar pela morte seria instalar-se na passividade e faria perder o sentido do que resta para viver.

O acompanhamento tem o seu gesto / símbolo: a mão estendida, herança caritativa à cabeceira dos agonizantes. Este gesto não é uma passagem obrigatória na relação com o doente. Ele simboliza a solidariedade e recusa do isolamento, significa que a morte não é motivo de exclusão social.

O acompanhamento remete-nos para a noção de morte suave, calma e tranquila, junto dos seus. Morrer acompanhado é morrer na companhia. É assegurar-lhe de que não se estará sozinho no momento de partir. É assegurar-lhe também de que os acompanhantes são as garantias éticas em caso de perda de autonomia ou de alteração importante do pensamento, relacionado com a evolução da doença.

Abiven (2001, p.77) diz-nos que *“a nossa relação com o doente fica gradualmente alterada pelo facto dos doentes viverem connosco, os seus últimos momentos e pelo facto de trabalharmos numa estrutura hospitalar transformada pela presença da família e dos voluntários.”*

Refere-se ao facto de já não estarem na dimensão dos cuidados habituais onde estes podem ser comparados à prestação de serviços. Estamos numa situação de acompanhamento que nos obriga a implicar-nos na relação, a uma presença atenta, a um ouvido sempre pronto a escutar e a um sorriso permanente.

Existe uma procura afectiva do doente, desenvolve-se uma “relação maternal”, que segundo Abiven (2001, p.78), tem por consequência um investimento afectivo muito importante dos prestadores de cuidados e dos pacientes. Alguns deles estão sós, ou têm família longe, ou no estrangeiro, tornando-se os prestadores de cuidados então as pessoas com quem têm as últimas conversas e com quem manifestam os seus receios e preocupações.

Pois tal como nos disse Kubler-Ross (1991, p.89), e no âmbito de tudo o que foi dito até aqui: *“Ser terapeuta de um doente em fim de vida, faz-nos conscientes de que cada ser humano é único e merece uma atenção especial na sua humanidade absolutamente original. Também nos dá a consciência da nossa finitude, da nossa limitação perante a vida”*.

O desafio da vertente relacional sem descurar a vertente técnica ou, pelo menos, a sua humanização, expressa condicionamentos na fórmula mais adequada para ir ao encontro de uma maior clarividência para um adequado cuidado ao doente em fase terminal.

Reconhecendo que cada doente em fim de vida é um ser único, irrepetível no seu contínuo temporal e na sua morte, requer uma atenção, uma escuta e uma presença diferente. Diríamos “cuidados” diferentes.

Até porque *“no momento da morte há 2 coisas que contam: aquilo que fizemos com as nossas vidas e o estado mental em que nos encontramos.”* (Rinponche, 1995, p.41)

No entanto, as nossas rotinas tornaram-nos escravos, acorrentando-nos e não nos deixam utilizar a liberdade.

É que *“podemos idealizar a liberdade... mas no que toca aos hábitos, estamos totalmente escravizados.”* (Rinponche, 1995, p.74)

Cabe aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros, desenvolver as condições que permitam ao doente terminal manter os seus valores culturais e a sua filosofia de vida.

Segundo Rinponche (1995, p.43): *“Ajudar um moribundo é como estender a mão a alguém que está prestes a cair, para o segurar.”*

CAPÍTULO III

HERMENÊUTICA COMO ARTE DE COMPREENSÃO

“Diversas investigações têm usado a fenomenologia interpretativa em áreas como os cuidados e em situações eticamente difíceis.”

Anstron, Janson, Norberg e Hallberg, 1983, p.180

O valor do conhecimento na enfermagem é, em parte, determinado pela sua relevância e significado para uma compreensão da experiência humana. No sentido de obter essa compreensão, a enfermagem exige modos de pesquisa que ofereçam a liberdade de explorar a riqueza desta experiência.

A hermenêutica oferece esta forma de pesquisa. Com a estratégia interpretativa é fornecido um meio para chegar a uma compreensão mais profunda da existência humana através da atenção à natureza e significado da linguagem.

1 – DEFINIÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DA HERMENÊUTICA

“Os enquadramentos interpretativos da fenomenologia são usados para procurar, fora das relações e dos significados, a relação que o conhecimento e o contexto têm um com o outro.”

Lincoln e Guba, 1985, p.34

Lincoln e Guba referem-se à abordagem fenômeno-hermenêutica, como uma interpretação dos fenômenos que aparecem em texto ou práticas escritas.

A hermenêutica como abordagem interpretativa é baseada, em grande parte, no trabalho de Paul Ricoeur. Tal como Heidegger (1967) e Gadamer (1976) que também estiveram ligados à análise hermenêutica.

A fenomenologia hermenêutica é um *“tipo especial de interpretação fenomenológica”* para Spiegelberg (1965, p.149), destinada a descobrir significados dos fenômenos de outro modo ocultados.

Gadamer (1976, 176), notou que a hermenêutica estabelecia uma ponte entre o que é e o que não é familiar nos nossos mundos, afirmando que os seus campos de aplicação compreendem todas aquelas situações em que encontramos significados que não são imediatamente compreensíveis, mas que exigem esforço interpretativo.

A teoria da interpretação está intimamente ligada ao conceito de texto. Ricoeur (1976, p.91) descreveu o processo interpretativo como uma série de etapas de análise. Primeiro o investigador lê o texto como um todo para se familiarizar com o mesmo e começa com uma análise mais profunda. Segue-se a análise estrutural, a qual implica identificação de padrões de conexões significativas. Esta etapa é frequentemente referida como uma leitura interpretativa. Segue-se a interpretação de tudo que exige a reflexão da leitura inicial com a leitura interpretativa para assegurar a compreensão dos resultados. Normalmente são necessárias várias leituras.

Ricoeur (1981, p.74) explicou a diferença entre texto e discurso, referindo-se a estas diferenças como distância. Os 4 princípios da distância são:

1. A transcrição e o significado da palavra escrita
2. A relação entre o que foi escrito e a interação da pessoa que escreveu o texto
3. O significado do texto por detrás da sua intenção original, bem como a intenção original do autor
4. O novo significado interpretado da palavra escrita.

Tal como descrito por Allen e Jenson (1990, p.25): *“o ciclo hermenêutico da interpretação movimenta-se para a frente e para trás, a partir do presente. Nunca está perto do final. Através da interação e compreensão rigorosas, o fenómeno é descoberto.”*

Significa que o processo interpretativo que está subjacente ao significado ergue-se a partir das interações, trabalhando para fora e para trás de si, para o evento e do evento para si.

Para os mesmos autores, a tarefa da hermenêutica é descrever e explicar os fenómenos humanos (tais como saúde e doença). O propósito da descrição e explicação hermenêutica é adquirir compreensão através da interpretação do fenómeno em estudo. É a descrição escrita do fenómeno (texto) que é o objecto da interpretação.

Compreender a descrição escrita do fenómeno não é uma espécie de conhecimento científico que foge da existência, do real, para um mundo de conceitos ou palavras, é apenas um encontro que apela para a experiência pessoal de quem está neste mundo.

A hermenêutica é o estudo deste último tipo de conhecimento. Pretende juntar duas áreas da teoria da compreensão: o tema daquilo que está envolvido no facto de compreender um texto; e o tema de o que é a própria compreensão, no seu sentido mais profundo.

“A hermenêutica, enquanto se define como estudo da compreensão das obras humanas, transcende as formas linguísticas da interpretação”. (Palmer, 1969, p.43)

Os seus princípios aplicam-se não só a obras escritas, mas também a quaisquer obras de arte, sendo nesta perspectiva, a hermenêutica é fundamental para todas as disciplinas que se ocupam com a interpretação de textos e obras do homem.

Mas quanto ao significado moderno do seu uso antigo, podemos dizer que as raízes da palavra hermenêutica residem no verbo grego *«hermeneuein»*, usualmente traduzido por “interpretar” e no substantivo *«hermeneia»*, “interpretação”.

Segundo Palmer (1969, p.43), uma exploração da origem destas duas palavras e das três orientações significativas básicas que elas preconizavam no seu antigo uso, esclarece de um modo considerável a natureza da interpretação em Teologia e em Literatura e servirá no contexto actual de introdução válida para a interpretação da hermenêutica moderna.

Levada até à sua raiz grega mais antiga, segundo Palmer (1969, p.44), a origem da actual palavra “hermenêutica” sugere o processo de “tornar compreensível” especialmente enquanto tal processo envolve a linguagem, visto ser a linguagem o meio por excelência neste processo.

“O que o homem é e o que ele quer, só o experimenta no desenrolar da sua natureza através dos milénios e nunca até à última sílaba, nunca em conceitos objectivos, mas sempre apenas na experiência vivida que brota das profundezas do seu próprio ser”. (Dilthey, cit. por Palmer, 1969, p.44).

Por outras palavras, o que Dilthey queria dizer é que a auto compreensão do homem não é directa, mas indirecta, e que tem que sofrer um desvio, a que ele chamava “hermenêutico”, através das expressões fixas, ou expressões que datam do passado.

Na teoria hermenêutica, o homem é visto na sua dependência relativamente a uma interpretação constante do passado, e assim quase poderíamos dizer que o homem é “o animal hermenêutico” que se compreende a si próprio em termos da interpretação de um mundo partilhado que experiências passadas lhe transmitem, uma herança constantemente presente e activa em todas as suas acções, induzindo as suas decisões.

Para Dilthey, considerado o pai das concepções modernas da historicidade para atingir a compreensão, o significado surge essencialmente a partir da relação da parte com o todo que se baseia na natureza da experiência vivida. Este foi também considerado como o pai da “problemática hermenêutica contemporânea” (cit. por Palmer, 1969, p.45).

Posteriormente a Dilthey, surge Heidegger, já aqui por nós mencionado, que dá o impulso final e define a essência da hermenêutica como o poder ontológico de compreender e interpretar, ou seja, o poder que torna possível a revelação do ser das coisas, ou ainda, poder-se-ia considerar a hermenêutica como sendo a teoria da compreensão, ainda, mas uma compreensão definida de um modo diferente, baseado no ser e na sua análise existencial.

Conclui que a compreensão é a base de toda a interpretação implícita na hermenêutica. É contemporânea da nossa existência e está presente em todo o acto de interpretação, por simples que seja.

Posteriormente surge a chamada hermenêutica “filosófica” de Gadamer, também um autor já por nós citado. Para este autor, a tarefa da hermenêutica é essencialmente a de compreender o texto e não o autor.

O verdadeiro ponto de referência não é pois, a subjectividade do autor nem a do leitor, mas sim a própria significação histórica, a mesma que tem para nós, situados no agora, no presente.

“*Aprender pelo sofrimento*”, fórmula grega referida por Gadamer (cit. por Palmer, 1969, p.46), fórmula esta que significava que por meio do sofrimento, conhecemos as fronteiras da própria existência humana. Aprendemos a compreender a finitude do homem. Acrescenta ainda: “*A experiência é a experiência da finitude.*” (cit. por Palmer, 1969, p.46).

A experiência no seu significado mais profundo, ensina-nos a conhecer que não somos senhores do tempo. Que com a mesma podemos alcançar o futuro que esperamos e dado que a experiência passada nos ensina como todos os planos são incompletos, temos presente a estrutura da historicidade, preconizada por Dilthey.

Podemos caracterizar a “experiência hermenêutica” como tendo a ver com aquilo com que deparamos como herança, herança esta que tem de ser experimentada vivida, com a qual podemos chegar à compreensão. Esta “herança” dirige-se ao leitor, interpela-o, leva-o à reflexão, leva-nos a situarmo-nos e a encontrar alguma reciprocidade.

Existe uma relação de diálogo ou dialéctica da experiência, reflectindo-se na estrutura pergunta/resposta de todo o verdadeiro diálogo, pressupondo todo este processo uma estrutura de interrogação para posteriormente se fazer, segundo o mesmo autor, uma interpretação do texto através da chamada “fusão de horizontes”, ou seja, fundir o nosso horizonte ou modo de ver as coisas com o do texto, dado que o mesmo e o que nos é transmitido pelo mesmo texto, pode iluminar o nosso horizonte, levando-nos à auto-revelação e à auto compreensão.

Posteriormente surge Paul Ricoeur, filósofo que defende que a hermenêutica ou interpretação, conduz a uma filosofia reflexiva, visto ser pela interpretação de um texto, por exemplo, que o homem se vai reconhecer a si próprio. Vai construir conhecimento activamente, no sentido de atribuir significação à informação que vai recebendo.

Para o mesmo, compreender o comportamento humano é essencialmente compreender os sistemas que nos permitem interpretar, utilizados por cada um para dar significado às suas próprias experiências. Experiências essas organizadas em termos de linguagem, passível de ser transformada em significados.

Surgem as narrativas, como organizações escritas de experiências para as quais se tentam atribuir significações através da interpretação dos dados organizados simbolicamente.

Para Paul Ricoeur é apenas no movimento da interpretação que nós percebemos o ser interpretado. Este introduz o símbolo como algo que evoca a nossa infância e por outro lado, que explora a nossa vida adulta, sendo o mesmo analisado para se compreender o seu contexto onde se insere. Símbolos estes que asseguram múltiplas interpretações.

Ricoeur defende que a hermenêutica proporciona um encontro de grandes pontos de vista entre o mundo do texto e o mundo do leitor, ambos feitos de linguagem, alarga horizontes, podendo ser reconstruída uma nova identidade, um novo juízo moral, uma nova consciência ética, enfim, um novo conhecimento.

2 – PROCESSO DE CUIDAR COMO FENÓMENO SUJEITO A INTERPRETAÇÃO

“Os eixos norteadores e que emergem da história de vida, permitem não só a compreensão de si próprio, como a melhor compreensão do modo como «lemos» e nos «apropriamos» daquilo que nos é dado, com que vamos sendo confrontados e com que projectamos o futuro.”

Malpique, 2002, p.160

De facto, o processo de cuidar como fenómeno que implica vários intervenientes, que por sua vez formam as suas histórias de vida que são usadas e neste caso para construção de narrativas através da elaboração e atribuição de sentido às experiências de vida que constituem cada história, favorecendo a tomada de consciência das interpretações múltiplas que a sua leitura ou escuta compreensiva, ou empática, suscita.

As histórias de vida ou experiências, desempenham uma função de abertura, abrindo perspectivas em torno dos valores, que muitas vezes sem o sabermos, acabam por *“reorientar a nossa vida, dos sonhos e dos projectos que a habitam.”* (Malpique, 2002, p.159). Neste sentido, a história de vida abre um espaço de liberdade interior e pode contribuir para a elaboração de novos projectos.

Permitem-nos tomar consciência simultaneamente das nossas dependências e das nossas liberdades, dos nossos trunfos e das nossas limitações, do sentido e do não sentido das nossas vidas, das ideias recebidas e das concepções pessoalmente elaboradas.

A prática das histórias de vida em grupo e nomeadamente do grupo dos enfermeiros que partilham experiências, cada um de seu modo particular, é uma prática social que se coloca deliberadamente instaurando relações com o saber, a aprendizagem, a formação em conjunto, a auto formação. Trata-se afinal de uma relação consigo próprio e com os outros, contínua.

Para Malpique (2002, p.157), as histórias de vida “*geram um processo um processo formativo reconhecido como transformação de si mesmo com vista à apropriação da existência, nas suas múltiplas dimensões: pessoal, profissional...*”

Deste modo, as normas afirmam o sujeito como o autor e produtor do seu próprio conhecimento, promovendo ao mesmo tempo a interacção saber/conhecimento a vivência/experiência pessoal, o que contribui para a permanente formação de si mesmo.

Por esta ordem de ideias, podemos concluir que quanto mais “rico” for o “todo” da história de vida, mais ficaremos elucidados sobre nós próprios, reconhecendo incidências, identificando motivações, levantando problemas, decifrando influências, revelando o modo próprio de olhar, ouvir, estar, sentir e reagir que sustentam o nosso modo de agir e de ser, e nomeadamente o modo de como os enfermeiros passam a encarar a relação terapêutica ou relação de ajuda presente no processo de cuidar.

Mas como é que interpretamos essas histórias de vida, de modo a chegarmos à compreensão, ou auto compreensão?

Palmer (1969, p.47) diz-nos que “*compreender uma obra é experienciá-la.*”

Considerando a experiência como sendo algo que acontece aos seres humanos possuidores de vida e de história, diz-se que “aprendemos por experiência e só depois por conceitos”, pois tal como a linguagem, a experiência nunca pode ser para nós um objecto, e no entanto participa de um modo invisível em todos os estados da compreensão.

Pode dizer-se que alguém que tenha realmente experiência, que tenha sabedoria e não só conhecimento (como é o caso de alguns enfermeiros com longa experiência profissional), aprendeu as limitações e a finitude de todas as experiências. A experiência ensina não tanto a armazenar factos que lhe permitam resolver melhor o mesmo problema da próxima uma vez, como a esperar o inesperado, e estar aberto a novas experiências.

Resumindo, ensina a pobreza do conhecimento comparada com a experiência e consequentemente face à leitura e à escuta destas experiências podemos reflectir algumas das nossa próprias experiências e modos de estar na vida. Deste modo, a riqueza da experiência que é compreendermos um texto e a riqueza da experiência do texto (narrativa) não devem ser subestimadas e ser “erradamente transpostas para as categorias superficiais do conhecimento”.

Para Palmer (1969, p.47), *“o encontro com uma obra transmitida historicamente não tem a estrutura de um simples saber mas sim da experiências, podemos chamar-lhe experiência hermenêutica.”*

Deste modo, podemos afirmar que experimentar é compreender, embora não nos diga aquilo que estamos à espera, mas ultrapassa as nossas expectativas.

Nesta linha de pensamento, Palmer (1969, p.47) acrescenta que *“uma experiência «profunda» mais do que fazer-nos compreender melhor aquilo que já foi parcialmente compreendido, mostra-nos sobretudo que estaremos a compreender erradamente.”*

O que nós precisamos ao depararmo-nos com uma narrativa experiencial é uma interpretação dialéctica que não se limita a questionar o texto mas que permite que o que é dito na transcrição também coloque interrogações, pondo em causa o horizonte do intérprete, produzindo um “transformação fundamental da compreensão” que tínhamos do tema até à altura.

Pois tal como nos diz Jardim (2002, p.120), *“ao ler, por vezes, posso «desapropriar-me» dos pressupostos imediato no meu mundo e a mesmo tempo procuro reapropriar-me de um outro mundo para a minha própria compreensão da realidade.”*

Isto não significa uma negação do horizonte ou maneira de ver as coisas do intérprete, nem significa que o nosso próprio horizonte se torne absoluto, significa uma fusão criativa do horizonte, como sendo o ponto fulcral da expressão hermenêutica.

Mas o que é a interpretação?

“A chave da hermenêutica contemporânea está em considerar o entender – o entendimento de algo ou alguém – como um interpretar, ou seja, como uma interpretação.” (Araújo e Batista, 2003, p.200)

Os autores pressupõem que a hermenêutica estabelece que todo o entendimento de algo já é interpretação, de forma que a interpretação se eleva à categoria universal do conhecer humano. Sendo nisto que se baseia a universalidade da hermenêutica, na qual a razão humana se converte em razão interpretativa.

Neste âmbito, para os autores acima citados, interpretação significa *“interposição, e define a tarefa de mediar ou remediar entre os diferentes e as suas diferenças, quer se trate de objecto e do sujeito ou dos próprios sujeitos diferenciados”*.

Deste modo a interpretação é a compreensão do diferente ou do diferenciado, bem como a co-implicação do auto, traindo-nos a nós próprios, de nós mesmos.

Assim sendo, o intérprete da hermenêutica *“situa-se no meio / mediação de contrários”*, acedendo à sua interpretação através do seu mútuo conhecimento correlativo e tal como nos diz Tomás de Aquino (cit. por Araújo e Batista, 2003, p.201), *“as coisas opostas conhecem-se umas através das outras como as trevas através da luz.”*

3 – PROBLEMÁTICA INTERPRETATIVA DAS NARRATIVAS – Significação das experiências / Contribuição da imaginação

“Pensamos a nossa vida tal como a vivemos através de narrativas”

Gonçalves, 2002, p.44

De facto, pode-se afirmar que a narrativa constitui uma forma de impor significação à textura da experiência diária. Textura essa que normalmente é da mesma natureza da textura da própria experiência, *“uma vez que vivemos num espaço e numa temporalidade da qual nos damos conta através da leitura de narrativas.”* (Gonçalves, 2002, p.37).

Segundo o mesmo autor, *“as narrativas não relatam realidades, mas que são as próprias narrativas que as criam e daí que produzir uma narrativa seja transformar uma realidade.”*

Fischer (1987, p.43) esclarece as circunstâncias que levam à emergência da narrativa como organizador central da linguagem e da experiência, através de um curiosa análise do mito de Narciso: *“No mito de Narciso, ele reconhece-se a si próprio como objecto no reflexo do lago: «Iste ego sum», «Este sou eu». Exclama ele quando vê os lábios em movimento da sua imagem reflectida, mas não ouve nenhuma fala. Neste preciso momento, Narciso torna-se num observador e se ele trouxesse outro espelho que o reflectisse como um sujeito que está a olhar para o lago, que o reflecte como objecto, então ele transformar-se ia de observador em narrador.”*

Ao longo deste capítulo debruçado sobre a temática da hermenêutica, referimos por diversas vezes a narrativa como instrumento de trabalho, mas qual é a definição de narrativa?

Quanto à definição de “narrativa”, vamos apresentar as 4 mais comuns:

1. Polkinghorne (cit. por Gonçalves, 2002, p.44) definiu-a como “*uma estrutura de significado que organiza os acontecimentos e a acção humana numa totalidade, deste modo atribuindo significado ás acções e aos acontecimentos individuais de acordo com o seu efeito na totalidade.*”. Chama-nos a atenção à valorização da narrativa como uma forma de significação, ou seja, o facto da narrativa servir, no caso da experiência humana, como processo por intermédio do qual os indivíduos construam significado.
2. Sarbir (1986, cit. por Gonçalves, 2002, p.45) diz-nos que “*a narrativa é um relato simbólico das acções dos seres humanos que possui uma dimensão temporal*”, em que a história tem um princípio, um meio e um fim.
3. Gergen e Gergen (1986, cit. por Gonçalves, 2002, p.45) dão uma definição de narrativa que mistura as definições de Polkinghorne e Sarbir, nomeadamente chamando a atenção para as dimensões da totalidade e temporalidade, sendo a narrativa vista como “*a capacidade para estruturar acontecimentos de modo a demonstrar: 1º - a sua conexão ou coerência; 2º - o sentido do movimento e direcção no tempo.*”.
4. Bruner (1990, cit. por Gonçalves, 2002, p.45) chama a atenção não só para a sua natureza, mas sobretudo para a sua função. Chama a nossa atenção para quatro elementos centrais da narrativa: a noção de sequencialidade; a comunicação de subjectividade; a originalidade; e a ambiguidade.

Neste sentido, as narrativas podem ser vistas como modos dos indivíduos comunicar a sua experiência subjectiva, organizando-a temporalmente, permitindo à pessoa lidar com situações de originalidade e ambiguidade.

Podemos acrescentar que a narrativa organiza a experiência do indivíduo através de um discurso que lhe está estrutural e processualmente próximo.

A formulação de Bruner possibilita uma nova fórmula de ver a narrativa. Uma narrativa não só como um relato de uma experiência, mas também como um organizador de significação da experiência que se potencia a si próprio e à experiência. Formulação esta que vai de encontro ao objectivo inicial do nosso trabalho de investigação, para o qual recolhemos várias narrativas carregadas de significação de várias experiências e vivências.

Em jeito de resumo acerca do que foi dito neste capítulo e baseando-nos no filósofo Paul Ricoeur, podemos afirmar então que falar de hermenêutica é falar de interpretação, de comunicação, de compreensão, de captação de uma significação e de um sentido, na busca de um Eu que se constrói e que se descobre, na incessante realidade do seu existir.

Podemos definir hermenêutica, em linhas gerais, como o estudo da interpretação presente na comunicação.

Segundo Castro e Azevedo (2002, p.220), “*A hermenêutica é contemporânea do próprio homem.*”, na medida em que se pretende ao comunicar é que o outro, ou os outros, nos compreendam. Isto é, pretende-se que o nosso pensamento, o nosso sentimento, a nossa afectividade, a nossa actuação, possam ser compreendidos por quem conosco se relaciona, numa dinâmica textual.

Para o mesmo autor, a sua hermenêutica recolhe vantagens tanto dos estudos objectivos como dos estudos subjectivos, pelo que se impõe, no contexto deste trabalho, um apontamento ao seu modo de interpretar e à sua noção de hermenêutica, que assenta na dinâmica que o imaginário “empresta” ao próprio acto interpretativo.

Neste contexto, a hermenêutica, no sentido mais lato do termo, pode ser apontada como o “estudo de interpretação dos textos”, ou “a arte de interpretar os textos”, ou mesmo narrativas.

A hermenêutica dos textos de Paul Ricoeur (cit. por Castro & Azevedo, 2002, p.233) implica diversos pressupostos que, “*apesar de simples e aparentemente claro, justificam a sua explicitação.*”. Se na realidade “todo o discurso é fixado pela escrita” é exigitivo de uma interpretação, porque o sentido literal das palavras e das frases que o compõem esconde um sentido secundário, obscuro e enigmático a ser descoberto. Interpretar um texto consiste pois, em encontrar o sentido manifesto capaz de revelar a sua verdade.

O texto é, para o mesmo autor, assim, o testemunho da função positiva e produtora de distanciamento no seio da história da experiência humana, possível através da interpretação do mundo, que o texto abre.

A hermenêutica de Ricoeur possui ainda uma vertente que a individualiza da acção. O nosso filósofo estabelece uma comparação entre hermenêutica de texto e hermenêutica de acção.

Um texto é assim visto como o resultado de uma distanciamento e do mesmo modo a acção pode ser vista como uma forma de distanciamento. O conceito de acção integra em si uma certa objectividade que permite que se possa passar do agir à acção. Para Ricoeur, tal como um texto ou narrativa, também as acções supostamente, podem ser interpretadas.

Esta abertura do texto e da acção, pela interpretação, coloca-nos na dinâmica sobre a qual a hermenêutica de Paul Ricoeur assenta: a imaginação. E qual é o papel da imaginação na hermenêutica?

A teoria do texto engloba uma objectivação, que pela estrutura capaz de o analisar, a fim de o explicar, bem como um distanciamento, conseguido através da escrita que, face à palavra falada, torna o texto “autónimo” em relação ao seu autor. Por fim o dito “*mundo do texto*”, ou seja, o que o texto diz a quem o lê, isto é, a sua apropriação pelo leitor numa dinâmica de auto compreensão.

Esta noção de “*mundo do texto*”, especifica a hermenêutica do texto que não se prende com a captação da alma do autor, mas que se preocupa em aprender o “*mundo do texto*”, visto para Paul Ricoeur, como sendo um mundo da imaginação.

A interpretação consiste, precisamente, em captar as “*propostas do mundo abertas pelas referências não ostensivas do texto*” usando a capacidade criadora da imaginação. Significa ser capaz de explicitar o ser num mundo que se desprende do texto e captá-lo interpretando-o num dos mundos possíveis mais próximos do leitor/intérprete. Esta interpretação “*completa-se na interpretação de um sujeito que doravante se vai compreender melhor, se vai compreender de outro modo, ou mesmo, que vai começar a compreender-se.*”

Por esta afirmação a interpretação textual passa pela apropriação do texto por parte do leitor/intérprete. Com este género de apropriação o leitor amplia a sua própria compreensão face ao que lê expondo-se a receber dele um Si-mesmo mais abrangente.

Esta apropriação é para Ricoeur (cit. por Castro e Azevedo 2002, p.237), obreira da imaginação, o que está bem patente quando nos afirma “*é na imaginação que primeiramente se forma, em mim, um novo ser. Eu digo, de facto, a imaginação e não a vontade.*”

Assim, de um modo directo e simples, podemos afirmar que interpretar um texto é imaginar os mundos a que o texto nos abre, deixando-nos motivar por eles, para nele entrar. Acabando por ser esta a filosofia guia para prosseguir com os objectivos a que nos propomos inicialmente para este trabalho.

Neste contexto de textos que nos abrem o mundo, reafirmando a sua opção pela imaginação separada da percepção, porém unida à linguagem. Em que as imagens não têm, por si só, o poder de formar compreensão de nós mesmos, mas sim as significações emergentes da linguagem. Deste modo, um novo laço aparece, para Paul Ricoeur, entre a imaginação e a metáfora.

Tradicionalmente, a metáfora foi conseguida como uma figura de discurso, como extensão de um nome, por desvio do sentido literal das palavras, dizia respeito à denominação. Mas, para Paul Ricoeur, a metáfora deve implicar uma inovação semântica, ou seja, que em contexto de frase seja possível emergirem novas significações.

Na “*metáfora viva*”, como é chamada e valorizada por Ricoeur (cit. por Castro e Azevedo, 2002, p.254), “*nenhuma das acepções codificadas é suficiente.*”. Para o autor, após um primeiro momento de tensão “*tensão de impertinência*” aceitamos não só as acepções existentes como procuramos outras. Acabando por ser este o resultado para que se dê a inovação semântica da metáfora. Sendo considerada pelo autor como sendo “*o mais brilhante exemplo da capacidade da linguagem em criar sentido através de comparações inesperadas, por via do qual uma nova relevância semântica acaba por emergir...*” É a metáfora como nova pertinência predicativa, uma condição enunciada para Paul Ricoeur.

O que talvez inicialmente estava afastado vê-se agora reunido numa única significação, pela metáfora. Por exemplo, «A velhice é o Outono da vida». Qual a razão subjacente e justificativa de que esta comparação faz sentido? O que tem a “velhice” a ver com o “Outono”, no sentido literal das palavras? Nada! No entanto, na frase, o sentido literal ganha uma produção significativa, cujo sentido se capta, somente, pela imaginação.

Esta inovação semântica exige uma interpretação, na medida em que “*uma metáfora não existe em si mesmo, mas numa e por uma interpretação*” (Correia, 1999, p.67).

É a capacidade de imaginar que está presente nesta “*metamorfose torcida*” de sentido presente na metáfora viva de Paul Ricoeur. Aqui “*torcer*” é passar de um sentido literal para um sentido figurado.

A imaginação é a ponte capaz de fazer a passagem entre o significado literal das palavras e o sentido figurado presente na metáfora. Por exemplo, quando a canção do folclore açoriano afirma: «A saudade é um luto; é um cortinado roxo que me envolve o coração...», o sentido literal presente em “luto” e “cortinado” só metaforicamente expõe, apesar da tristeza, que a saudade faz sentir. Porém, essa chamada inovação semântica, só se desprende do texto original se apelarmos à imaginação, para preencher o espaço compreendido entre o sentido literal e a sua representação metafórica.

A análise da narrativa é feita por Ricoeur, na mesma base da metáfora. (Castro e Azevedo, 2002, p.255)

Tendo em conta que iremos abordar ao longo deste trabalho narrativas de experiências, pensamos ser adequado usar a mesma base da metáfora adoptada por Paul Ricoeur, visto pensarmos ser, e como já foi dito, a que mais se adequa para encontrar a significação das mesmas narrativas e conseqüentemente chegar à auto compreensão, incluindo, tal como o autor inclui, a imaginação como interveniente principal.

PARTE II

O ENFERMEIRO PRESTADOR DE CUIDADOS E A VIVÊNCIA DA MORTE

CAPÍTULO IV

PARADIGMAS DA INVESTIGAÇÃO

*“Todos os fenómenos que se observam
têm um sentido e correspondem a uma realidade.”*

(Friedberg Crosier (1977) cit. por Fortin, 1999, p.143)

Neste capítulo dedicado ao estudo empírico, procuramos explicitar todos os procedimentos adoptados, bem como as razões da sua escolha. Abordamos a opção metodológica e a sua estrutura de acordo com o desenho traçado, assim como apresentamos, as reflexões que estiveram subjacentes à concepção do estudo e os objectivos delineados.

1 – PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS: QUESTÕES ORIENTADORAS

Houve tempos em que nas sociedades ocidentais a morte era vivida em família, num clima de afectividade, solidariedade e com solenidade intrínseca, a esta passagem da vida. Assiste-se a partir da segunda metade do século passado, à sua transferência para o meio hospitalar, o moribundo deixa de ser acompanhado por aqueles que lhe são próximos e com quem partilhou grande parte da sua vida para passar a ser cuidado por “estranhos”. Esta passagem é um reflexo das profundas mudanças económicas, sociais, culturais e técnico-científicas operadas no século anterior.

Vivemos numa sociedade progressivamente mais laica, em que os valores que imperam são a juventude, a beleza, o êxito, a eficácia, a produção, o individualismo e o bem-estar acima de tudo, em que a dor e o sofrimento não são tolerados.

Neste quadro vive-se hoje a morte cada vez de forma mais reservada, “*distanciada e por vezes na mais profunda aridez afectiva...*” (Moreira, 2001, p.105). Onde o luto e os seus rituais deixaram de se manifestar, afastando-se sobretudo as crianças da sua vivência.

Nos seus estudos sobre a morte, Ariés (1989, p.29) refere que “*actualmente nas sociedades ocidentais a morte é vivida na clandestinidade*” devido à recusa em admitir a morte daqueles que se ama e ainda ao seu desvanecimento face à obstinação na cura da doença. Esta realidade começa a ser repensada quer no plano social, quer no plano familiar.

Strauss (1991p.89), a respeito dos problemas que prevalecem nas doenças crónicas e nas tecnologias desenvolvidas para fazer face ao sistema de saúde, apela à transformação, referindo que deverá “*operar-se uma mudança no modelo de cuidados, o qual terá que passar por uma dupla mudança*”, em que o actor central será o doente e não o médico, o centro geográfico será o domicílio do doente e não o hospital.

No hospital, em qualquer fase de vida em que a pessoa se encontre, espera-se do enfermeiro disponibilidade para estar com ela, permitindo que a mesma fale e exteriorize tudo aquilo que tem necessidade de expressar.

O fim de vida é uma dessas fases e, por ser, o enfermeiro como profissional de saúde que mais de perto acompanha a pessoa em fim de vida, torna-se também legítimo esperar dele essa disponibilidade. A atenção que disponibiliza a essa pessoa moribunda contribui para que ela se sinta compreendida e acompanhada.

O enfermeiro tem um papel fundamental junto do doente em fase terminal, na medida em que é o profissional da equipa da saúde que está mais próximo do doente e da família, e que mais os pode apoiar numa fase tão difícil como é o término de uma vida.

“Todavia, sabemos que os enfermeiros estão na sua generalidade muito mais vocacionados para cuidar doentes cuja cura é possível, do que daqueles cuja esperança de recuperação é quase nula, o que aliás se pode verificar em muitas atitudes no quotidiano das enfermarias. De facto, são muitos ainda os que pensam que cessaram as suas funções desde que se sabe que um doente é incurável.” (Pacheco, 1999, p.55).

Este tipo de sentimentos prende-se com o facto de muitos enfermeiros não estarem preparados para enfrentar a morte e de não terem ainda formação suficiente que lhes permita compreender a importância de cuidar o doente em fase terminal.

Porém, mesmo compreendendo que os cuidados devem ser mantidos até terminar a vida do doente. Muitos enfermeiros sentem dificuldade em lidar tão de perto com o morrer e, sobretudo, em comunicar quer com o doente, quer com a família. A atitude mais comum do enfermeiro é então, muitas vezes, desligar-se do doente e da própria morte, desenvolvendo mecanismos de defesa e os mais variados comportamentos de fuga.

Sabemos que assistência é uma missão de compromisso e amor. Não nos podemos, no entanto entrincheirar na bata profissional. Não obsta termos de colocar o problema dos limites. E que importa que cada qual tenha consciência dos seus limites.

Esgotamo-nos menos, creio eu, se nos entregarmos a fundo, se soubermos recuperar forças por outros meios, do que protegendo-nos por de trás de uma atitude defensiva. A título de exemplo, por vezes as próprias voluntárias, que circulam nos nossos hospitais diariamente e que prestam ajuda gratuita aos doentes, apresentam maior abertura, humanismo e compreensão, chegando a assumir uma posição que deveria ser também adoptada pelos enfermeiros. Enfermeiros estes que, ou por atitude defensiva, ou por estarem demasiado ocupados com a técnica, por vezes se esquecem.

Ainda bem que temos voluntariado, pois revela-se imprescindível para os doentes em fase terminal, e não só, disponibilizando-lhes atenção e tempo para expressarem os seus sentimentos. Ajuda preciosa também para os profissionais, uma vez que preenchem as lacunas deixadas pelos mesmos, dando-lhes segurança e tempo para outras tarefas.

Segundo Carlson e Blackwell (1982, p.64), *“Os enfermeiros referem muitas vezes o constrangimento que sentem perante a morte dos doentes e o confronto com a sua família, sentindo uma limitação nas suas competências para cuidar com uma verdadeira humanidade estes momentos finais da vida. Estão conscientes das dificuldades de acompanhar a família dos doentes e muito especificamente a dos doentes confrontados com a morte, no desenvolvimento de todo este processo.”*

As pessoa são estigmatizadas quando as expectativas dos outros a seu respeito são superiores ao que elas efectivamente apresentam, sendo esta expectativa baseada sobre o que determinada pessoa deveria ser.

“Esta situação parece ser desencadeadora de ansiedade, que na realidade poderá impedir o encontro entre os doentes e os enfermeiros.” (Carlson & Blackwell, 1982, p.64). Os mesmos autores referem ainda, que nós praticamos toda a espécie de discriminação através da qual reduzimos eficazmente as oportunidades das pessoas, mesmo que seja de forma inconsciente.

Partindo deste quadro de referência emerge a questão central que orienta esta pesquisa e que se refere aos enfermeiros que cuidam doentes em fim de vida, no seu dia-a-dia, em contexto hospitalar:

Como vivem os enfermeiros a experiência de cuidar alguém em fim de vida?

Sendo a nossa preocupação reflectir sobre a realidade vivida por estes profissionais de saúde enquanto prestadores de cuidados, procuramos assim, desvelar a sua perspectiva sobre a vivência do cuidar. A realidade que nos interessa é a que os sujeitos percebem como sendo importante, tendo consciência que, e segundo Walsh e McGoldrick (1998, p.50), *“a morte é de todas as experiências de vida, aquela que impõe desafios adaptativos mais dolorosos...”*

A partir da questão central, formulamos algumas questões de interrogação, de forma a orientar os passos a desenvolver ao longo do trabalho:

1. Que experiências subjectivas experienciam os enfermeiros ao cuidar a pessoa em fim de vida em contexto hospitalar.
2. Que significado têm as experiências subjectivas para os enfermeiros que cuidam a pessoa em fim de vida (que sentimentos evidenciam durante o processo de cuidar)
3. Que necessidades emergem desta experiências vivenciadas pelos enfermeiros que cuidam pessoas em fase terminal.

Instaladas estas questões surge o esboço do tema que pretendemos que constitua o nosso objecto de estudo:

A interpretação do cuidar face à morte.

Com a concretização desta pesquisa pretendemos conhecer a experiência e os sentimentos assim como as necessidades que dela emergem, experiência essa vivenciada pelos enfermeiros, enquanto principais prestadores de cuidados ao doente ao fim de vida.

Jones et al (1993, p.88) alertam-nos para “*a necessidade de uma melhor apreciação dos problemas das pessoas que prestam cuidados.*”

Neste sentido, consideramos importante reflectir acerca da prática dos cuidados sob o ponto de vista dos profissionais de saúde que mais tempo passam com o doente terminal, quando em contexto hospitalar.

2 – OPÇÃO METODOLÓGICA

Para Streubert e Carpenter (2002, p.15), “*A enfermagem encoraja a prestação de cuidados às pessoas atendendo aos seus detalhes enquanto seres humanos e tem os alicerces da sua prática num sistema holístico de crença que cuida da mente, corpo e espírito.*”

Cuidar de modo holístico e evitar o reducionismo está no centro da prática profissional de enfermagem. A abordagem holística da enfermagem tem as suas origens na experiência de cuidar e não imposta artificialmente. Apenas cuidar de uma parte da pessoa é inconsistente com a prática da enfermagem.

Nesta perspectiva, uma vez que a pesquisa fenomenológica exige a exploração do todo integral, é um método conveniente para a investigação de fenómenos importantes para a prática de enfermagem.

Spiegelberg (1965, p.99) recordou “*O método fenomenológico investiga fenómenos subjectivos, na crença de que verdades essenciais acerca da realidade estão baseadas na experiência vivida.*”

O que é importante é a experiência como se apresenta e não o que alguém pensa ou diz disso.”*Paul Ricoeur... por experiência, entende que não é a observação científica mas o exercício popular da sabedoria prática.*” (Jardim, 2003, p.51). Portanto, a investigação de fenómenos importantes para a enfermagem exige que os investigadores estudem as experiências vividas como se apresentam na vida quotidiana da prática de enfermagem.

A perspectiva holística e o estudo da experiência tal como é vivida servem de alicerces para a pesquisa fenomenológica.

Streubert e Carpenter (2002, p.31), confirmam: “*Os assuntos apropriados para o método de investigação fenomenológica incluem as experiências principais da vida de uma pessoa...*”, e acrescentam: “*assuntos relacionados com a saúde adequados à investigação fenomenológica podem incluir o significado da dor; do medo....*”

Neste âmbito o método aplicado neste estudo foi o método qualitativo, tendo sido, dentro deste, efectuada uma abordagem ou estudo fenomenológico – hermenêutico, baseado na interpretação das experiências para obter significação das vivências e o que elas nos transmitem.

Autores como Gerber et al (1999, p.123), salientam que é a abordagem qualitativa aquela que permite ao investigador ter acesso à riqueza das experiências das pessoas em profundidade, afirmando que: *“É a forma de descobrir fenómenos e de documentar factos desconhecidos de certos aspectos e acontecimentos das pessoas em estudo.”* Leininger (1985, p.81), chegou a considerá-lo como *“o principal método para, entre outras, descobrir essências, significados e sentimentos.”*

Swanson e Chenitz (1998, p.410) consideram que com a investigação qualitativa, a abordagem fenomenológica em Enfermagem é muito importante porque *“fornece um caminho para uma construção com significado, a nível do mundo da prática, as suas metodologias bem como o seu objecto é mais orgânica que mecanicista e assim mais adequada a um estudo do domínio da Enfermagem como ciência humana que é.”*

Os fenomenologistas não consideram que conhecem o que as diferentes coisas significam para as pessoas que vão estudar, aquilo que eles pensam, é que a investigação fenomenológica é uma tentativa para captar aquilo que se estuda.

Enfatizam a componente subjectiva do comportamento das pessoas, tentando penetrar no mundo dos sujeitos, com o objectivo de compreender como e qual a significação que constroem para os acontecimentos das suas vidas quotidianas.

Segundo Jardim (2003, p.51), *“...viver é construir activamente conhecimento, no sentido de atribuir significação à informação que vamos recebendo no nosso quotidiano.”*

O aparecimento de uma referência à fenomenologia – hermenêutica na literatura de Enfermagem, necessita de ser compreendida como um caminho no qual podemos descrever as experiências de vida que permitirão interpretar aquelas significações que poderão orientar a prática e a Enfermagem como ciência. Passa a ser uma abordagem que permite o acesso aos fenómenos para procurar o seu fundamento levando à auto-reflexão.

Gadamer (cit. por Heleno, 2001, p.145), considera que, “*A ciência, por si só, não nos pode dar a compreensão do «mundo vital»*” e acrescenta que “*nós participamos já e sempre no mundo, o que conduz a rejeitar a ideia de «distância em relação ao ser»*”. Na verdade, e para o mesmo autor, “*A auto-consciência mergulha no todo de que faz parte – participa – e a razão humana é pensada como parte do processo de racionalidade.*”

As pessoas terão acesso ao que foi vivido, reflectindo sobre a experiência passada que não foi ainda esquecida, levando a pessoa que ouve ou que lê a reflectir sobre as suas próprias vivências.

É necessário neste tipo de abordagem, colocar de parte os nossos preconceitos, evitando dar sentido à experiência utilizando o senso comum. Mais uma vez, Gadamer (cit. por Heleno, 2001, p.2001), diz-nos que, “*... é a noção de experiência que serve de guia conceptual, nomeadamente pela necessidade de pensar de outro modo o agir humano e a hermenêutica enquanto projecto enraizado no ser prático que define o ser do homem.*” Uma hermenêutica que reconhece a finitude das suas interpretações e o concomitante «estar no mundo» do homem.

Bogdan e Biklen (1994, p.108), são da opinião que, “*devemos durante a aplicação deste tipo de abordagem, ter sempre presente que o verdadeiro não é o todo, o verdadeiro é a existência humana, o singular e a realidade pessoal.*”

Na verdade o método fenomenológico tem subjacente a originalidade da existência individual. Permite-nos estudar a experiência humana como ela é vivida e a partir da descrição das significações que essas vivências têm para aqueles que as vivenciam. É procurado descobrir a significação do fenómeno da experiência humana através da análise das suas descrições expostas nas narrativas.

Esta construção de significado da experiência está para Gonçalves (2002, p.74), “*... inevitavelmente associada à capacidade do indivíduo estabelecer um processo de conexão, seja no interior de cada episódio narrativo, seja através das diferentes narrativas da vida.*”

2.1 – SELECÇÃO DOS PARTICIPANTES E DO LOCAL

No nosso estudo, definimos como sujeitos, os enfermeiros que cuidam da pessoa em fim de vida.

“A importância da amostra centra-se fundamentalmente, na riqueza dos dados que revelam, as experiências individuais ou específicas de cada sujeito.” (Polit et al, 1991, p.298), pois os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana tal como é vivida e tal como é definida pelos próprios actores e/ou a interrelação entre o sujeito e o objecto *“reflecta a experiência do fenómeno a partir da perspectiva tal como é experienciada por cada pessoa.”* (Marton, 1981; Salgo, 1994, cit. por Gerber et al, 1999, p.18).

Para Morse (1999, p. 5), numa investigação qualitativa, a dimensão da amostra não é directamente proporcional à informação que se pretende obter. Assim sendo, torna-se oportuno obter uma informação rica e útil que possibilite fazer um estudo em profundidade e que esclareça o fenómeno, pois a riqueza da informação nem sempre vem de “alguém”, que designamos, no senso comum, por “*expert*”, mas sim “alguém” capaz de reflectir e descrever detalhadamente o fenómeno.

Pelo que se impõe que os sujeitos não sejam seleccionados de forma aleatória, mas em função do conteúdo da informação que se pretende obter. Acabando, estes estudos, por serem habitualmente reduzidos a pequenas amostras. As mesmas são definidas à medida que o estudo vai progredindo.

A nossa amostra foi de conveniência, pois foram considerados os casos que foram surgindo, continuando o processo até ao momento que a amostra atingiu o tamanho, em que, e segundo Glaser e Strauss (1967, cit. por Fortin, 1999, p.212) *“se obtenha o ponto de saturação teórica. Este acontece quando observações adicionais não conduzem a compreensões adicionais.”* A nossa amostra acabou por ser constituída por 11 sujeitos, baseada neste princípio da não verificação do aparecimento de situações adicionais diferentes das anteriores nas últimas entrevistas, que assim não

acrescentaram praticamente, novas compreensões do fenómeno em estudo, verificando-se a saturação teórica do tema.

Segundo Morse (1999, p. 6) para seleccionar a amostra utilizam-se critérios e os critérios estabelecidos para a selecção dos sujeitos do nosso estudo foram:

- Enfermeiros que trabalham à mais de 5 anos naquele serviço (cirurgia A)
- Querem disponibilizar-se para partilhar as suas vivências enquanto cuidadores de pessoas em fim de vida
- Terem vivido a experiência da morte de uma pessoa mais significativa
- Aceitarem a gravação áudio da entrevista

Após a definição dos critérios contemplados na selecção dos sujeitos, respeitamos os aspectos éticos que devem estar subjacentes a qualquer tipo de pesquisa.

Nas considerações éticas, orientamo-nos pelos princípios descritos por Patton (1990, p. 294), e sendo assim foi:

- Necessário pedir autorização para a realização das entrevistas
- Necessário expor e clarificar os objectivos do estudo, no início das entrevistas
- Garantida a confidencialidade da identidade e asseguramos que a utilização dos dados se destinaria para o estudo presente e não para outros fins
- Necessário ter em conta o consentimento informado, quando solicitamos aos sujeitos a autorização para a gravação das entrevistas.

Um outro procedimento, que simultaneamente foi uma preocupação, centrou-se no estabelecimento de um conjunto de condições físicas e humanas que permitissem salvaguardar o respeito e a dignidade da pessoa entrevistada, ao longo de uma temática que pode ser considerada “delicada” quer para nós quer para o sujeito entrevistado.

O estudo realizou-se no serviço de Cirurgia A do Hospital de São João – Porto. A selecção deste serviço deve-se ao facto, de e apesar de ser um serviço onde se encontram doentes submetidos a intervenções cirúrgicas, muitos deles, e principalmente

os de foro oncológico que são submetidos a cirurgias paliativas acabam por regressar, já numa fase terminal da doença, acabando por morrer no serviço. Desta forma os profissionais do serviço têm um contacto permanente com a morte.

Antes de proceder à recolha de dados foi solicitada autorização à direcção do hospital através de requerimento (anexo 1), o qual veio aprovado (anexo 2) e posteriormente à chefe do serviço em causa, a quem foi dito pessoalmente o tipo de estudo que pretendíamos efectuar e quais os seus objectivos.

3 – ESTRUTURA METOLÓGICA

Ao pretendermos analisar as vivências dos enfermeiros enquanto foco central do processo de cuidar o doente em fim de vida, mais do que saber o resultado dos cuidados, queríamos, desde logo, procurar compreender o fenómeno em estudo, a partir da realidade que os sujeitos percebiam como importante.

Pretendíamos, “*analisar as forças que movem os seres humanos, as suas ideias, sentimentos e motivos internos*” (Douglas citado por Taylor e Bougdan, 1995, p.78), isto é, todo o contexto que conduz ao cuidar o doente em fase terminal, promovendo a reflexão por parte de quem cuida e por nós os investigadores do fenómeno.

Neste sentido e tendo em conta as questões orientadoras formuladas neste estudo, impunha-se a opção por uma metodologia que privilegiasse a compreensão do fenómeno social em estudo, a partir da própria perspectiva do actor, isto é, e de como certa forma já foi referido anteriormente, que procurasse captar o fenómeno de uma forma holística no seu contexto social.

Procuramos assim, seleccionar um modelo de investigação que tivesse em consideração os significados atribuídos pelos indivíduos às suas vivências.

Face a este propósito, e de acordo com o desenvolvido por Lincoln (1992, p.380): “*as vertentes sociais e culturais da vida são compreendidas em toda a sua complexidade, usando métodos qualitativos e filosofias construtivistas.*”, consideramos que o estudo desenvolvido se enquadra numa investigação construtivista, fenomenológica-hermenêutica.

Para Polit e Hungler (1991, p.300), a abordagem fenomenológica com raízes em Husserl, “*é o método de pensamento sobre as experiências de vida das pessoas.*” A reflexão fenomenológica-hermenêutica pretende, a partir de um juízo verdadeiro, regressar ao que é efectivamente vivido e em que a descrição corresponde à consciência efectivamente real.

O que caracteriza este tipo de pesquisa é que se centra sempre no mundo vivido. No entanto, e segundo Van Mannen (1994, p. 77), “*a pessoa não pode reflectir sobre a experiência vivida enquanto vive essa experiência.*”, pelo que considerou a reflexão fenomenológica-hermenêutica como sendo de natureza, de certa forma, retrospectiva, defendendo “*que ela é sistemática*”, pois procura descobrir e descrever as estruturas internas do significado da experiência vivida no dia-a-dia.

O seu objectivo visa construir uma descrição animada, evocativa das acções humanas, comportamentos, intenções e experiências tais como as encontramos no mundo vivido.

Assim, visando a fenomenologia-hermenêutica, descrever e interpretar os significados da experiência vivida, situamo-nos nesta perspectiva para que pudéssemos conhecer e interpretar o significado do cuidar o doente em fim de vida, em contexto hospitalar.

3.1 – FUNDAMENTAÇÃO DA METODOLOGIA DA ANÁLISE DE DADOS

A abordagem fenomenológica da investigação, visa colocar em evidência a experiência vivida pelos co-investigadores ligados ao fenómeno estudado, com a ajuda de uma análise descritiva das significações da linguagem, sendo assente que a análise de dados neste tipo de abordagem é considerada como a busca de sentido numa descrição da experiência humana, ficando ligada aos enunciados verbais dos co-investigadores, a fim de colocar em evidência as unidades de significação da experiência que consiste em subdividir o texto em unidades de significação naturais, as quais são partes do texto que ilustram factos ligados ao fenómeno, cada unidade é delimitada por uma mudança de conteúdo temático.

Neste âmbito e visto as narrativas recolhidas tratarem-se de experiências vividas, achamos que este tipo de abordagem seguido desta metodologia de análise de dados seria a mais adequada.

3.2 – PROCESSO DE OBTENÇÃO DAS DESCRIÇÕES DAS EXPERIÊNCIAS DE CUIDAR O DOENTE EM FIM DE VIDA EM CONTEXTO HOSPITALAR

A técnica que utilizamos para a colheita de dados foi a entrevista, como já foi mencionado. Relativamente ao tipo de entrevista enveredamos pela semi-estruturada.

Gotez e Le Compt (1988, p.123) são da opinião de que: *“a entrevista permite mostrar como os participante concebem os seus mundos e como explicam essas concepções.”*

Ao utilizarmos a técnica da entrevista semi-estruturada tivemos em conta, que *“o processo de entrevista tem que ser orientado pelas questões de investigação.”* (Van Mannen, 1994, p. 39).

Assim, estabelecemos um guia de orientação (anexo 3) que assegura-se que todos os temas chave fossem explorados em cada participante, tendo a preocupação de moldar as perguntas de acordo com as características dos participantes e de não controlar o conteúdo de forma rígida.

Fomos o mais flexíveis possível, pelo que a ordem e a linguagem, nomeadamente os vocábulos das questões, foram adaptados de entrevistado para entrevistado.

Procuramos que o curso das narrativas partisse do entrevistado limitando-se o nosso papel ao de estimulador do diálogo através de uma escuta atenta, da clarificação de ideias e exploração da sua experiência, solicitando a exemplificação das situações narradas.

Para a concepção do guião tivemos em conta as questões de investigação e o propósito central desta pesquisa. Na construção das perguntas procuramos que estas fossem sobre experiências, opiniões e sentimentos, tal como recomenda Gotez e Le Compt (1988, p.122) para os estudos qualitativos.

Como objectivos gerais da entrevista estabelecemos os seguintes:

- Obter elementos que permitissem compreender a experiência de cuidar o doente em fim de vida, vivenciada pelos enfermeiros enquanto prestadores de cuidados, em contexto hospitalar
- Obter elementos para a compreensão das necessidades dos enfermeiros que cuidam doentes em fim de vida
- Obter elementos que nos permitam saber que sentimentos emergem da vivência dos enfermeiros que cuidam doentes em fim de vida

Construímos o guião da entrevista em torno de dois blocos, correspondendo o primeiro à caracterização da amostra e o segundo, em torno dos objectivos estabelecidos.

Após a sua construção, procedemos à sua validação. Esta etapa preliminar permitiu-nos prever a duração média das entrevistas, desenvolver as nossas habilidades técnicas, e principalmente, permitiu-nos corrigir pequenas falhas detectadas após a transcrição dos 3 entrevistas que serviram de “pré-teste”. Posteriormente o resultado final do guião foi mostrado à orientadora do estudo que deu indicações para manter o guião e seguir com a recolha de dados.

Assim passamos a apresentar de imediato as questões que constituem o guião que serviu de base às entrevistas semi-estruturadas:

I. Bloco

- Nome
- Idade
- Experiência profissional
- Tempo de serviço (no serviço em causa)

II. Bloco

- Perante a experiência de cuidar doentes em fase terminal, tente descrever o que sente nessas situações.
- Descreva o que mais o/a ajuda nesses momentos.
- Descreva o que sente aquando o contacto com os familiares do doente terminal e as experiências resultantes.
- Tente descrever uma experiência com doentes em fase terminal que mais o/a tenha marcado.
- Na sua opinião, quais são as necessidades dos enfermeiros, e as suas em particular ao cuidar um doente terminal em contexto hospitalar.

As entrevistas decorreram no local de trabalho dos enfermeiros, durante os meses de Novembro e Dezembro de 2003. Cada entrevista durou em média 45 minutos a 1 hora. Procurou-se em cada entrevista explorar e clarificar os seus discursos, tentando manter um clima favorável à expressão das suas vivências evitando qualquer juízo de valor, assim como manter uma atitude de disponibilidade e interesse, tendo presente que não se pode usufruir da mesma intensidade com todas as pessoas entrevistadas, e que mesmo uma má entrevista pode proporcionar informação útil.

Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento dos entrevistados. Optou-se por fazer o registo integral das narrativas. Nesta transcrição utilizamos algumas das convenções preconizadas por Kirk e Miller (cit. por Deslauriers, J. P. 1991, p. 47). Assim, os comentários dos participantes foram assinalados com aspas simples (“”) e em itálico; e os silêncios foram registados através da utilização de reticências (...).

3.3 – PROCESSO DE REFLEXÃO FENOMENOLÓGICA- HERMENÊUTICA DA NARRATIVA

Este processo consiste em tentar revelar o significado essencial de um fenómeno. Pois tal como nos diz Spiegelberg (1965, p.150) “*O método fenomenológico interpretativo ou hermenêutico é usado com o destino de descobrir significados dos fenómenos de outro modo ocultados.*”

Nesta perspectiva, após a transcrição das entrevistas (anexo 4) iniciamos o processo de reflexão fenomenológica-hermenêutica das narrativas.

Para tal, seguimos Van Mannen (1994, p. 41), segundo o qual, ao fazermos a análise de um fenómeno estamos a tentar determinar quais são os temas e as estruturas essenciais que o caracterizam, pois, para o mesmo autor, o tema “*é uma descrição da estrutura da experiência vivida*”, isto é, o significado atribuído às estruturas em torno das quais a experiência é “tecida”. Ainda para o mesmo autor, “*podemos isolar fenomenologicamente as exposições temáticas através de diferentes etapas (aproximações)*”:

1. Holística ou sentenciosa – em que se procura ver o texto como um todo e interrogar qual a frase que pode captar o significado fundamental ou a principal significância do texto como um todo. Tenta-se expressar esse significado através de uma frase.
2. Selectiva – nesta fase, após a leitura e releitura das descrições/narrativas, procura-se identificar, evidenciando as frases ou experiências que se apresentam particularmente essenciais ou reveladoras do fenómeno ou experiência descrita.
3. Detalhada ou linha-a-linha – nesta fase do processo procura-se identificar o que é que cada uma das frases revela acerca do fenómeno ou experiência descrita.

Após este percurso e ainda para Van Mannen (1994, p. 62), “*Os temas começam a emergir, e uma vez identificados, tornam-se objecto de reflexão.*” Pelo apresentado, verificamos que se trata de uma análise indutiva construída a partir das narrativas.

Partindo deste processo, e numa primeira fase do trabalho, desenvolvemos a análise temática do nosso estudo. Procuramos assim revelar o que é que o fenómeno significou para os participantes e como é que foi experienciado, para que pudéssemos construir uma interpretação da natureza da experiência humana do cuidar o doente em fim de vida, vivenciada pelos enfermeiros.

Iniciamos este trabalho de reflexão, começando por fazer uma leitura e releitura longitudinal das narrativas para que pudéssemos ter uma visão das descrições como um todo, e somente após a apropriação global é que procuramos captar o significado fundamental de cada narrativa e expressá-lo através de uma frase.

O processo de escrever e reescrever é sempre acompanhado de reflexão, conscientes de que e, tal como disse Moreira (2001, p.122) “*Por vezes, na narrativa ou discurso, poder-se-á sentir dificuldade em encontrar uma frase em que se consiga captar o significado fundamental do texto como um todo, pois vários significados podem emergir das narrativas.*”

Seguidamente, e após a primeira leitura flutuante das transcrições iniciámos a análise selectiva, voltando a ler e a reler cada narrativa, com a intenção de fazer surgir os temas que posteriormente foram confirmados. Tomamos anotações e procuramos conjugar estas ideias com as temáticas decorrentes do guião da entrevista aplicado e com a possibilidade de elaborar um grelha de análise, que nos permitisse verificar a adequação dos temas definidos, ao material recolhido, bem como os nossos objectivos.

Quadro 1 – Relação entre os objectivos e os blocos temáticos

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	BLOCOS TEMÁTICOS
<ul style="list-style-type: none"> ○ Obter elementos que permitam compreender a experiência de cuidar o doente em fim de vida ○ Recolher elementos que permitam identificar as necessidades dos enfermeiros ○ Recolher elementos que nos permitam conhecer os sentimentos e emoções emergentes da experiência do cuidar 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Significação da experiência de cuidar vivenciada pelos enfermeiros ○ Identificação das necessidades dos enfermeiros que cuidam doentes em fase terminal ○ Identificação dos sentimentos e emoções dos prestadores de cuidados face à experiência do cuidar o doente em fase terminal

Com base na reflexão do conteúdo de cada parágrafo e frase, procuramos identificar os subtemas que reflectiam os significados do cuidar.

Surgiram finalmente os temas principais que integram os subtemas identificados, sendo os mesmos:

- Sentimentos e emoções vivenciados pelo cuidador
- Necessidades do cuidador

Seguidamente confrontamos as diversas unidades significativas de cada entrevista, ou unidades de registo, procurando as semelhanças e as diferenças, reduzindo-as aquelas que caracterizam as experiências.

Fizemos então, o seguinte percurso: incluímo-nos na experiência descrita, preocupando-nos essencialmente com as frases-chave que a descreviam; interpretamos o significado dessas frases e obtivemos o sentido destas interpretações.

Desta forma, utilizamos espontaneamente a imaginação, de maneira a que se confirmasse que as afirmações, unidades de registo ou de significação expressas pelos enfermeiros e descritas nas narrativas, apreendiam a essência da questão.

O sentido do discurso dos enfermeiros teve em conta a nossa intuição e dedução durante as várias leituras das narrativas, com os respectivos silêncios e as emoções dos entrevistados, para assim surgir a compreensão do sentido das unidades de significação.

Por fim integramos as unidades de registo num todo e formamos a estrutura significativa e compreensiva.

Após este processo torna-se pertinente fazer a sua validação. Validação esta efectuada através da leitura e apreciação da compreensão das unidades significativas encontradas. Por sua vez esta leitura foi feita por 3 enfermeiros investigadores, no sentido de validar a adequação dos procedimentos adoptados, conjugada com a partilha de opiniões e reflexão. Não se verificando qualquer alteração na estrutura compreensiva.

Pois tal como nos disse Leininger (1985, p.17): *“A validade em investigação qualitativa refere-se à obtenção do conhecimento e compreensão da verdadeira natureza, essência, significado, atributos e características de um fenómeno sob estudo.”* A medida não é a finalidade, mas antes conhecer e compreender o fenómeno.

Resumindo, numa primeira fase do trabalho, foi efectuada uma análise exploratória em que a tática de análise de conteúdo foi dirigida no sentido da identificação dos pólos temáticos emergentes, cujo objectivo foi encontrar temas e subtemas que dessem significado ao fenómeno, através da decomposição do texto em elementos significativos ou unidades de registo. Análise esta, descrita no próximo capítulo.

Numa segunda fase, e ainda recorrendo à análise exploratória, o significado de uma narrativa, que neste estudo foi recolhida adicionalmente e escolhida como o nosso estudo de caso (anexo 5), abordado no sexto capítulo, (escolha esta fundamentada na maior experiência profissional do sujeito em causa). Foi explorado através de uma

análise de conteúdo com base na metáfora e a simbologia que lhe está subjacente, cujo objectivo foi a identificação de sentidos através do uso da dedução, imaginação e reflexão para obter a interpretação da metáfora e conseqüentemente atingir-se a compreensão do fenómeno / sujeito, e por sua vez levar à auto-compreensão.

Nesta fase foi implementada, uma análise hermenêutica da narrativa com base da metáfora adoptada por Paul Ricoeur. Autor este, que defende que é pela narrativa e leitura da mesma que se alcança a auto-compreensão, através da compreensão do outro, afirmando ainda, que toda a hermenêutica é explicitamente a compreensão do outro. Acredita também que, com a interpretação da metáfora, e em contexto de frase, seja possível emergirem significações.

Toda a metáfora exige interpretação. Esta como objecto primordial da hermenêutica, é entendida como uma procura constante do sentido e, por meio desta via, supõe um encontro com o ser, ou melhor, com a necessidade de revelar o sentido do ser. Tendo aqui, a imaginação, não só um papel predominante, como determinante nesta criação do sentido / significação.

3.4. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Antes de iniciarmos este trabalho, tínhamos a noção de que poderíamos enfrentar algumas limitações, outras surgiram ao longo da pesquisa. Assim achamos pertinente dividi-las em duas ordens de razão:

- De ordem pessoal
- De ordem metodológica

O tema do estudo interfere com as concepções que as pessoas têm sobre o sentido da vida e o sentido da morte, o que poderia ter dificultado a selecção dos sujeitos.

Embora, os sujeitos se tivessem disponibilizado e referido que gostavam do tema, por vezes, foi difícil a abertura, devido ao envolvimento emocional que as vivências despertam.

A dificuldade que, por vezes, sentimos em criarmos um distanciamento com os sujeitos, a fim de controlarmos as nossas emoções, para que não prejudicássemos o desenrolar das entrevistas, foi uma realidade.

Foi um processo de aprendizagem, aprofundamento e de transformação de perspectivas sobre as nossas práticas e sobre o nosso agir. Muitas vezes, desmontamos os nossos pensamentos e questionamo-nos acerca das nossas práticas com o objectivo de nos ajudar a compreender e a dar inteligibilidade ao que pensávamos e ao que fazíamos. Isto é, precisamos de compreender as razões e o sentido daquilo que fazemos, pois só assim entendemos ser possível aprender.

PARTE III

ANÁLISE DOS DADOS

CAPÍTULO V

ANÁLISE DOS DADOS

A fim de serem estudadas as significações das experiências subjectivas vivenciadas pelos enfermeiros confrontados com a morte, foi então necessário dispormos de um corpus de análise que é constituído neste estudo pelas entrevistas que apresentamos em anexo (Anexo 4).

A transcrição de cada uma das entrevistas foi efectuada em vários momentos pelo entrevistador, para que a mesma fosse a mais fidedigna possível.

Sendo o objectivo do nosso estudo a “significação das experiências subjectivas vivenciadas pelos enfermeiros confrontados com a morte”, seleccionamos como instrumento de análise, a análise temática seguindo autores, como Fortin (1999, p.163).

Assim foi efectuada uma leitura flutuante e depois com um objectivo bem definido que consistiu em sublinhar as afirmações que continham uma ideia das experiências, sentimentos e necessidades vivenciadas.

Quando procedemos à análise temática do conteúdo pretendemos encontrar uma configuração significativa dos temas mais frequentes referidos por aqueles sujeitos. Assim procedemos a uma descrição tão exaustiva quanto possível das experiências subjectivas vivenciadas pelos enfermeiros, para depois aferirmos as significações que poderão ser atribuídas a essas experiências.

O recurso à análise de conteúdo para tirar partido deste material qualitativo contido nas entrevistas tem como objectivo analisar a significação que os enfermeiros que cuidam doentes em fase terminal atribuem às experiências subjectivas vivenciadas.

A hipótese directriz é de que existe uma correspondência entre estas experiências vivenciadas e a significação que os enfermeiros lhe atribuem.

Apresentaremos as diferentes categorias e as unidades de registo/significação que nos permitirão após a sua análise identificar a significação das experiências dos enfermeiros.

Passaremos a caracterizar, e antes da apresentação dos dados, a nossa amostra de 11 enfermeiros, que por considerarmos (e como já foi referido no capítulo anterior) ser dado fundamental para a escolha da mesma o facto da informação obtida atingir o ponto de saturação.

De acordo com a caracterização efectuada (Quadro 2), os enfermeiros cuidadores foram predominantemente mulheres (90%) o que está de acordo com os resultados expressos no estudo realizado por Salvage (1996, p.56) na União Europeia sobre “Perspectivas futuras da ajuda às famílias de pessoas idosas na União Europeia”, que refere que “*as mulheres constituem o maior número de cuidadores em todos os estados-membros*”. Dados que reflectem o papel historicamente atribuído à mulher. Desde sempre que os cuidados que suportam a vida encontram-se ligados a ela.

Quanto ao leque de idades dos cuidadores, variou entre os 25 anos e os 43 anos, sendo a sua distribuição pelas diferentes classes etárias bastante próxima, sendo a classe modal a faixa entre os indivíduos com mais de 30 anos e menos de 40 anos.

Relativamente à experiência profissional com doentes oncológicos em fase terminal, a classe modal situa-se na faixa dos profissionais com mais de 5 anos e menos de 12 anos de experiência profissional.

Quadro 2 – Caracterização da amostra

ATRIBUTOS		N	%
SEXO	Masculino	1	10
	Feminino	10	90
	<i>TOTAL</i>	<i>11</i>	<i>100</i>
IDADE	≥ 25	1	10
	26-30	4	36
	31-30	5	45
	≥ 40	1	10
	<i>TOTAL</i>	<i>11</i>	<i>100</i>
EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL (com doentes oncológicos em fase terminal)	≤ 5	2	18
	6-12	8	72
	> 12	1	10
	<i>TOTAL</i>	<i>11</i>	<i>100</i>

1 – SIGNIFICADO DAS VIVÊNCIAS

“Cada ser humano experimenta uma tensão acrescida nas situações percebidas de forma pouco clara, não estruturada ou ambígua.”

Carlson e Blackwell (1982, p.64)

Esta situação de ambiguidade é muito vulgar nas situações vividas pelo doente que tem uma doença oncológica terminal e também por quem cuida dele no hospital, nomeadamente os enfermeiros, levando a que estes vivenciem sentimentos e necessidades que de outro modo nunca sentiriam.

Neste contexto, ao estudarmos as vivências dos enfermeiros enquanto prestadores de cuidados a doentes terminais, reflectimos sobre a apropriação de significado da experiência vivida. Como refere Van Mannen (1994, p. 54), *“esta experiência não pode ser entendida nas suas manifestações imediatas, porque é sempre algo passado, mas somente através da reflexão”*.

Descreveremos assim os significados atribuídos pelo cuidador principal no hospital, o enfermeiro, à vivência de cuidar um doente em fase terminal, procurando espelhar a sua natureza vivida pelos 10 participantes do estudo.

Face às experiências dos enfermeiros, os sentimentos e emoções do mesmo face à morte eminente, parecem ser influenciados por diferentes contextos e tipo de doentes. A extensão dos problemas sentidos por estes cuidadores no contexto de vida e hospitalar reflectem as necessidades manifestadas pelos mesmos. Neste âmbito e como já foi referido anteriormente, pretendemos aprofundar estes dois pólos emergentes: por um lado os sentimentos e emoções vivenciadas pelos enfermeiros; e por outro, as necessidades dos mesmos face ao cuidar e à morte.

1.1 – SENTIMENTOS E EMOÇÕES DO CUIDADOR FACE À PERDA

*“Não é preciso irmos à procura
de um remédio para os males do tempo.
O remédio já existe – é a dádiva de nós próprios
aqueles que caíram tão baixo que até a esperança os abandonou.”*

René Bazir (1853-1932) cit. por Exley (2003, p. 8)

A vivência da morte é transcendental, vivendo cada homem este momento de forma muito pessoal, como podemos confirmar neste estudo, visto constatar-se uma grande unanimidade e certeza no que concerne aos sentimentos referidos pelos enfermeiros quando se questionavam os participantes do estudo relativamente ao cuidar o doente terminal.

Passaremos a apresentar os dados referentes aos sentimentos e emoções que emergem após o contacto com doentes em fim de vida, inicialmente de uma forma generalizada, passando para detalhadamente especificar os mesmos sentimentos relativamente à idade dos pacientes em fim de vida e ainda relativamente ao tempo de actividade profissional dos prestadores de cuidados em causa, e por fim, os sentimentos resultantes do contacto com os familiares dos doentes em fim de vida.

Quadro 3 – Categoria: Sentimentos e emoções do cuidador face ao doente em fase terminal

Subcategoria (sub-tema)	Unidades de significação/registo	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	Total
<u>Impotência</u>	“...a sensação de impotência...”	X										
	“...sinto impotência...”		X									
	“...impotência...”				X							
	“...algum sentimento de impotência...”	X				X						
	Sub-total	2	1		1	1						5
<u>Revolta</u>	“...isso revolta-me muito...”	X										
	“...é isso que me revolta...”						X					
	“...revolta...”				X							
	“...o que eu sinto é revolta...”	X										
	Sub-total	2			1		1					4

Subcategoria (sub-tema)	Unidades de significação/registo	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<u>Tristeza</u>	“...fica-se triste porque à tristeza...”	X										
	“...e tristeza...”				X							
	“...com um bocado de tristeza...”				X							
	“...sinto alguma tristeza...”					X					X	
	Sub-total	1		2	1						1	5
<u>Pena/ Compaixão</u>	“...pronto, pena...”	X										
	“...sinto pena...”			X								
	“...há a compaixão pela pessoa...”								X			
	“...fica-se com pena...”										X	
	“...é óbvio que pena...”	X										
Sub-total	2	1						1		1	5	
<u>Angústia/ Sensação de perda</u>	“...a sensação de perda em relação à pessoa...”								X			
	“...sinto uma certa angústia...”	X										
	Sub-total	1							1			2

Subcategoria (sub-tema)	Unidades de significação/registo	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<u>Frustração</u>	“...fico sentida, frustrada...”		X									
	“...em relação a mim, frustração...”				X							
	“...frustração...”		X									
	“...e frustração em relação a mim...”		X									
	“...daí a frustração...”								X			
	“...por isso mais frustrada fico...”		X									
	“...sinto frustração...”			X								
	“...frustração também...”				X							
	“...e acima de tudo uma certa frustração...”					X						
	“...sinto alguma frustração...”						X					
	“...sinto a sensação de fracasso...”							X				
	“...é um bocado frustrante...”							X				
	“...saio é com a frustração de ...”									X		
	Sub-total		4	1	2	1	1	3		1		13

Subcategoria (sub-tema)	Unidades de significação/registo	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	Total
	“Tento ignorar... é uma estratégia...”	X										
	“...sou capaz de conseguir ter um certa frieza...”		X									
	“...receio de abordar doentes sobre “esse” aspecto...”		X									
<u>Distanciamento</u>	“...tema bastante delicado...”		X									
<u>com o</u>	“...pelo menos tento evitar!”			X								
<u>sofrimento /</u>	“...tenho medo da morte em si...”				X							
<u>Receio da</u>	“...tenho receio... de encarar a morte.”				X							
<u>morte</u>	“...Tento sempre evitar o tema...”						X					
	“...normalmente evito falar da morte...”						X					
	“...estou...menos emotiva talvez...”								X			
	“Não me deixo afectar...”								X			
	“...filtro as minhas emoções...”								X			
	“...filtrar os											

sentimentos...”										X
“...tentando não entrar muito na vida dos doentes...”										X
“...se me deixar levar, vou sofrer!”										X
“...saber desligar do trabalho...”										
Sub-total	1	3	1	3	2	5	1			16

Nesta primeira categoria, “sentimentos e emoções de cuidador face a um doente terminal”, e analisando as suas áreas temáticas, constatamos que se salientam 7 sub-temas: a impotência; a revolta; a tristeza; a pena/compaixão; a angústia/sensação de perda; a frustração; e o distanciamento com o sofrimento/ receio da morte.

Os sentimentos e emoções partilhados pelos cuidadores traduzem sentimentos e emoções negativos e de mal-estar. Algumas destas reacções emocionais constituem a própria antecipação do desprazer da perda do doente e são a antecipação vivida da morte. Os cuidadores manifestam assim o seu pesar através da tristeza, da angústia e sensação de perda:

“Sinto uma certa angústia aquando o contacto físico com o doente, principalmente quando vês que o doente está consciente e que tu não consegues...”
(E2)

“Enfrento a situação de estados terminais com um bocado de tristeza...” (E4)

“São doentes numa altura da vida em grande sofrimento físico, sinto alguma tristeza, que é inevitável...” (E5)

De facto, como salienta Abreu (1994, p.67), o homem é o único animal que pode antecipar a inevitabilidade da morte e sofrer com isso. Assim a dor e a pena que sentem, espelha o sofrimento que experienciam face à antevisão da degradação física a que assistem e que os confronta com a realidade de um processo irreversível:

“...é óbvio que pena de todos, não é?” (E2)

“Sinto pena..., realmente eles estão ali e estão a sofrer e já se sabe que não se pode fazer nada...” (E3)

Perante a doença terminal experienciam ainda o sentimento de impotência, porque se sentem desarmados, nada podem fazer para evitar a morte, não sabem o que fazer, ainda que possam possuir conhecimentos e informações, gerando por vezes a revolta e a frustração, dados os seus cuidados não poderem corresponder às expectativas geradas por eles, pelos doentes e pelos familiares, sendo dos sentimentos mais experienciados pelos enfermeiros da amostra:

“...muitas vezes saio com a frustração de que poderia ter feito mais para ajudar...” (E9)

“...é sempre aquela sensação de que tu não vais poder fazer nada, que não vais conseguir salvar aquele doente e é um bocado frustrante.” (E7)

“Sinto alguma frustração por não conseguir por vezes apoiar de um outra maneira... é isso que me revolta... o facto de eu não poder fazer mais nada por este tipo de doentes.” (E6)

“Sinto algum sentimento de frustração... e acima de tudo uma certa frustração e se calhar é o que eu mais sinto, porque às vezes mais coisas poderiam ser feitas para esses doentes e não é feito.” (E5)

“Revolta... impotência... frustração também de não poder resolver o problema, não poder dar a vida... prolongar a vida... e tristeza.” (E4)

Constatamos ainda que os enfermeiros adoptam atitudes de distanciamento perante doentes em fase de fim de vida, sendo o sentimento/atitude que mais se salienta depois de analisadas as narrativas dos participantes.

O enfermeiro não podendo evitar contudo o contacto físico com o doente, reduz o seu papel apenas a prestação dos cuidados indispensáveis a este, descurando a sua capacidade comunicativa, limitando-se frequentemente a conversas a respeito dos tratamentos ou a queixumes dolorosos. Segundo Hennezel (2002, p.21), *“deixa de haver lugar para falar daquilo que lhes ocupa a mente, expressar os seus sentimentos, os seus medos, as suas dúvidas, as suas interrogações, palavras de amor, gratidão e pacificação.”*

O confronto com as situações relacionadas com a morte e o processo de morrer aumenta a necessidade da formulação de decisões. Torna-se necessário decidir como agir nestas circunstâncias.

Serra et al (1999, p. 149) considera que *“a forma como cada profissional encara esta situação depende da sua estabilidade emocional, da sua atitude face à morte e à doença, e das suas próprias experiências prévias...”*, tal como podemos deduzir a partir da leitura de alguns excertos dos depoimentos:

“...tento ignorar, só que é uma situação da realidade... é uma estratégia que uma pessoa usa, mas usa porque é uma situação a ultrapassar, porque a vida continua...” (E1)

“...eu sou capaz de manter uma certa frieza e consigo ultrapassar esse aspecto...” (E2)

“...já consigo lidar melhor com a situação, digamos que adquiri defesas.” (E3)

“Eu, pessoalmente, tenho medo da morte em si... tenho receio, de encarar a morte.” (E4)

“Tento sempre evitar o tema porque se calhar fico sentida...” (E4)

“...mas, normalmente, evito falar da morte.” (E6)

“Mas eu uso um sistema que é... evitar ao máximo que os doentes se apercebam... filtro as minhas emoções. Não me deixo afectar...” (E8)

“...receio abordar os doentes sobre esse aspecto. É um tema bastante delicado...” (E2)

É evidente que é particularmente difícil para os enfermeiros lidar com os aspectos emocionais do doente e além disso, também tem que lidar com as suas próprias emoções, o que torna o seu papel ainda mais exigente.

De facto, o enfermeiro no seu dia-a-dia, no seu contacto com o doente moribundo deseja proporcionar a este, um contexto de fim de vida o mais humano possível, digno e cheio de significado. Este objectivo é difícil de alcançar porque por um lado, temos medo da nossa própria fragilidade perante o sofrimento do outro, medo de nos sentirmos impotentes, incapazes de prestar ajuda e de não saber o que fazer com a revolta, a agressividade, a angústia ou o desespero do doente.

Em suma, os sentimentos e emoções vivenciados pelos cuidadores inserem-se num contexto abrangente e estão relacionados com o próprio cuidador e com o doente, como se pode observar no diagrama abaixo descrito.

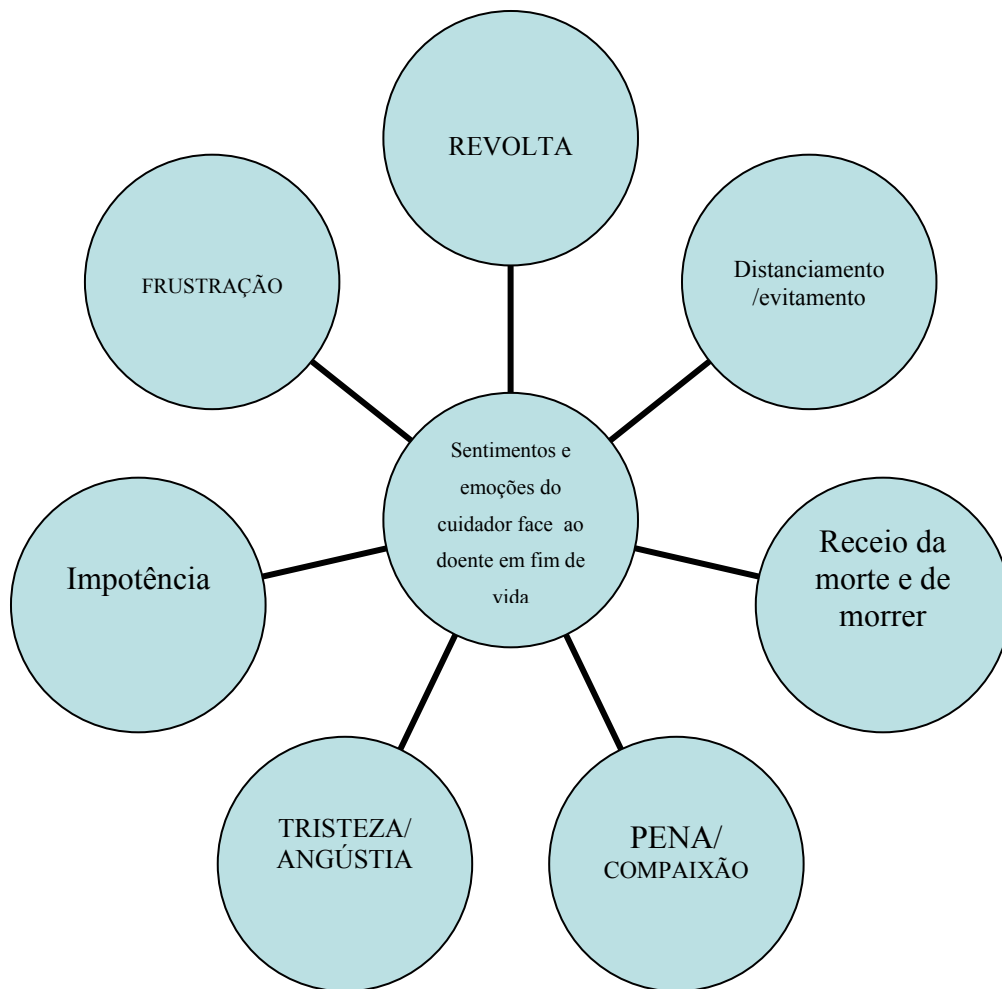


Diagrama 1 – Sentimentos e emoções do cuidador face ao doente em fase terminal

Será pertinente referir, e até porque foi inquirido aos participantes, o que é que mais os ajudou nas situações ou momentos em que estão a cuidar de doentes em fim de vida, depois dos sentimentos anteriormente referidos. Os mesmos referiram (quase por unanimidade) que o que mais os ajuda é o facto de saberem que fizeram tudo o que estava ai seu alcance para proporcionarem uma melhor qualidade de vida no seu final de vida, ou seja, que deram o seu melhor.

“... é eu saber que fiz tudo o possível pelo doente para ele ter pelo menos qualidade de vida...” (E4)

“É achar ao máximo que estou a fazer pelo doente o melhor que posso...” (E1)

Outros há ainda, que encaram o doente como se fosse seu familiar:

“Olho o doente como se fosse meu familiar.” (E6)

Existem ainda aqueles que se suportam na sua experiência de vida e maior número de conhecimentos práticos:

“A minha experiência de vida...” (E9)

“...o facto de sabermos que temos mais conhecimentos...” (E5)

Por fim existem aqueles que tentam de certa forma evitar ou ignorar as situações, adoptando uma atitude de evitamento como forma de evitar, de certa forma, o sofrimento psicológico.

“...ao longo do tempo tu vais trabalhando... vais ganhando esse tipo de frieza...” (E2)

“Penso que temos de aproveitar a vida o mais que se pode...” (E10)

Por vezes estes enfermeiros também desabafam as suas angústias com os colegas de profissão como forma de alívio e de procurar alguma identidade na sua forma de sentir.

“...falar sobre o assunto...” (E3)

“...comento os casos com outros profissionais...” (E3)

Já provamos que os enfermeiros com a probabilidade da morte, na sua prática diária, vivem sentimentos vários, entre eles o evitamento, como comportamento de fuga, de afastamento do doente enquanto indivíduo e sujeito sofrimento, tal como nos refere o Pe. Vítor Feytor Pinto (1991, p.58).

Também outro dado relevante neste estudo é que a grande maioria dos participantes revela que todo o processo de adaptação com doentes em fim de vida era muito mais complicado e difícil de ultrapassar no início da sua carreira profissional, revelando:

“No início da minha carreira, tudo isto era muito chocante, muito mais complicado...” (E3)

“Na altura em que comecei a trabalhar... evitava mais os doentes...” (E2); (E5)

“...no início choca um bocado... no início custa um bocado mais...” (E10)

“Em relação ao que era no início da carreira, acho que estou mais fria, menos emotiva...” (E6)

“...nós com tempo vamos criando defesas que nos ajudam a suportar esses momentos.” (E4)

“No início talvez até evitasse um pouco estes doentes... agora acho que tenho outra abertura em relação aos primeiros tempos enquanto profissional.” (E7)

Estudos revelam que no que diz respeito à idade e tempo de exercício profissional, o profissional à medida que os anos vão passando, tem mais facilidade em estabelecer uma relação aberta, franca e eficaz com o paciente, ajudando-o desta forma a atingir o maior bem-estar possível, e a morte pacífica, tal como nos sugere a teórica de enfermagem Virgínia Henderson, na sua obra “ La naturaleza de la enfermaria: Reflexiones 25 años despues”.

A experiência profissional surge como um factor privilegiado nesta relação, uma vez que é através dela, do maior número de casos com que se tenha confrontado e vivido, que o enfermeiro vai adquirir e desenvolver competências tais que permitirão atingir uma relação mais sincera e aberta e conseqüentemente proporcionar uma morte mais digna.

No quadro seguinte, exporemos a categoria “sentimentos/atitudes face à morte precoce”, vivenciadas pelo prestador de cuidados e as sub-categorias encontradas que demonstram claramente quais os sentimentos e atitudes vivenciados, e que os enfermeiros realçaram durante as entrevistas, pela importância que lhe atribuem.

Quadro 4 – Categoria: **Sentimentos face à morte precoce de uma pessoa, vivenciados pelo cuidador**

Subcategoria (sub-tema)	Unidades de significação/registo	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	Total
<u>Frustração/ Pena</u>	“...principalmente quando são pessoas mais novas... pronto, pena, frustração...”		X									
	“...uma pessoa de 20 anos, que está no início da vida... custa muito...”				X							
	Sub-total		1		1							2
<u>Choque emocional</u>	“...as pessoas mais novas marcam mais...”				X							
	“As pessoas que entram aqui... cada vez mais novas... chocam muito...”				X							
	“...têm uma vida inteira pela frente... é chocante.”				X							
	“...o que mais me marcou foi um miúdo de 16 anos... nunca esqueceremos...”						X					
	Sub-total			2	1	1						4

Subcategoria (sub-tema)	Unidades de significação/registo	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<u>Auto-reflexão</u>	“...Quando estamos com doentes que ainda não viveram, a gente começa a pensar...”											X
	“...acabo por pensar na vida... pode-te acontecer o mesmo.”			X								
	“...estes casos fazem-me reflectir muito sobre a minha própria existência.”					X						
	“Todos os dias damos de caras com um fim que poderá ser o de todos nós.”								X			
	“Todo este processo faz-me reflectir sobre a minha vida...”							X				
	“Estes casos fazem-me reflectir sobre a minha vida, a minha morte...”				X							
	“Pensas que estás com essa idade... que me pode acontecer o mesmo...”				X							
	Sub-total		1	2	1		1	1		1		7

Ao analisarmos o quadro acima transcrito, este revela-nos que na categoria “sentimentos/attitudes face à morte precoce”, vivenciados pelo cuidador, salientam-se 3 sub-categorias: alguma frustração; choque emocional perante tão cruel realidade; e a auto-reflexão sobre a sua própria existência e finitude.

De facto, e apesar da morte ser um dado adquirido, quando se é jovem e se tem saúde, raramente se pensa que nós próprios temos que morrer um dia e que poderemos também um dia padecer de um “mal” fatal e degradante. O contacto com alguém que está a passar por esta fase em plena juventude, leva-nos por vezes inconscientemente a pensar que esse dia poderá estar mais próximo de que imaginamos, ou esperamos. Tal como nos revelam algumas expressões usadas por alguns dos entrevistados:

“Pode-te acontecer o mesmo e mais tarde podes ser tu naquela situação.” (E3)

“As pessoas mais novas marcam mais... fazendo-me reflectir sobre a vida, que me pode acontecer o mesmo.” (E4)

Estudos revelam isso mesmo, que todos os profissionais que prestam cuidados directos e contínuos, nos quais se incluem os enfermeiros, ao assistirem a pacientes em fase terminal, confrontam-se tanto com a sua própria finitude e mortalidade com o dos seus afectos.

Atkinson e Murray (1989, p.44) chegaram à conclusão que as experiências de cuidar doentes em fase terminal parecem ser, de facto, mais difíceis quando o paciente é jovem ou da mesma idade que a sua ou de um dos seu filhos ou ainda parentes próximos, em decorrência dos mecanismos de projecção e empatia envolvidos durante o acto de cuidar.

Desse modo, pode-se constatar que, regra geral, a morte é inesperada para as crianças e jovens. A proximidade dos idosos torna a identificação mais imediata e o profissional mais vulnerável à perda, levando ao que o Pe. Feytor Pinto (1991, p.60) chama de “*identificação projectiva*”, que consiste em entrar numa proximidade relacional extrema que faz desaparecer toda e qualquer distância protectora com o

doente. O enfermeiro estabelece uma relação empírica de tal ordem que se vê projectado no doente em causa, imaginando o que este sente, fazendo-o sofrer.

“...marcam sobretudo as pessoas muito novas, que realmente ainda tinham muito para viver, que sofrem imenso.” (E10)

“Todo este processo faz-me reflectir sobre a minha vida e sobre a dos meus familiares principalmente.” (E7)

Por sua vez, as pessoas idosas tem as suas mortes mais aceites tanto pelos profissionais como pelos membros da própria família como uma etapa do ciclo de vida. Portanto revela-se muito mais fácil para uma pessoa jovem trabalhar com pessoas idosas que estejam a morrer do que trabalhar com crianças e jovens que se encontram na mesma situação.

“...porque as pessoas mais velhas... já se está à espera... não é?” (E3)

“...termina uma etapa...” (E1)

“...se for uma senhora de 95 anos, também me custa muito, mas sei que já vii crescer os filhos, os netos, do que uma pessoa de 20 anos, que está no início da vida e que está a desfrutar e que de repente...” (E4)

Fica assim evidente que outro factor que tende a dificultar a aceitação da morte precoce é a expectativa de vida, ou seja, dos anos que são roubados por um acidente ou enfermidade em relação a pacientes jovens ou crianças de um modo geral quando resultam em morte.

Tal como nos confirmam Atkinson e Murray (1989, p.46) afirmando: *“A tristeza não se manifesta apenas pela ocorrência das suas mortes, mas também por aquilo em que eles poderiam tornar-se e realizar, ou seja, pela perda dos seus futuros.”*

O diagrama abaixo apresentado, resume de forma sintética o que acima foi descrito:

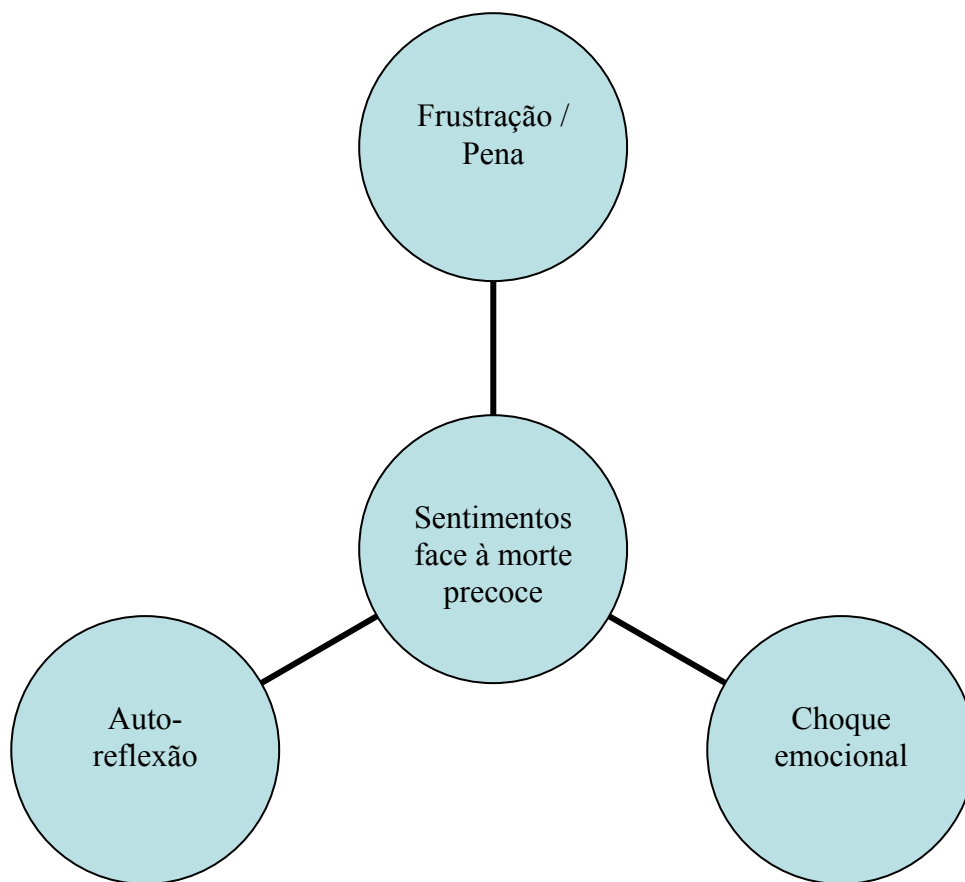


Diagrama 2 – **Sentimentos/attitudes face à morte precoce, vivenciados pelo cuidador**

Relativamente aos sentimentos decorrentes do contacto directo com os familiares dos pacientes, chegamos à conclusão, após a leitura cuidadosa das narrativas, de que este contacto e/ou experiências são na sua grande maioria positivas, reconhecendo que os mesmos lhes atribuem valor e agradecimento, afirmando:

“As minhas experiências com os familiares são na sua maioria positivas.” (E4)

“A relação com os familiares acho que é muito positiva de uma forma geral.”
(E5)

“A maior parte das experiências com familiares é positiva...” (E9)

“...tido um feedback positivo por parte dos familiares...” (E8)

“...mas no geral acho que o contacto é positivo.” (E3)

“De um modo geral o contacto é positivo...” (E7)

“...mas no geral acho que tenho mais experiências positivas... reconhecem o teu trabalho e agradecem...” (E4)

“Por vezes reconhecem-nos gratidão...” (E6)

“...normalmente estão gratos...” (E2)

No entanto, também reconhecemos nos discursos dos nossos participantes sentimentos como: a impotência, a revolta; a frustração vs desvalorização profissional; e por fim, mas não menos importante, a compreensão empática. Eis algumas das suas frases:

“Sinto um sentimento de impotência, não só para com o doente, como para com os familiares também...” (E1)

“Sinto perante os familiares, às vezes, a impotência...” (E9)

“...há uma sensação de revolta enorme, por não conseguir fazer mais...” (E1)

“Revolta às vezes um bocado ver os familiares perante... revolta as pessoas trazerem os doentes e abandonarem-nos...” (E10)

“...às vezes alguns não nos dêem, se calhar, o valor que deversem dar...” (E2)

“...em que nos sentimos frustrados porque não nos sentimos recompensados pelo esforço que fazemos.” (E7)

“...algum tipo de frustração por não serem reconhecidos.” (E8)

Porém e apesar de tudo, os enfermeiros como seres pensantes e empáticos, compreendem determinados comportamentos das famílias, afirmando:

“...tudo isto se entende porque são humanos...” (E5)

“...e nós temos que compreender...” (E8)

“Mas acaba por ser... deve ser um bocado complicado...” (E2)

“...mas pronto...compreendo perfeitamente que eles... por isso é perfeitamente compreensível.” (E1)

De facto, enquanto profissional, o enfermeiro tem que ter uma postura moral e psicológica suficientemente forte para ajudar todos aqueles que estão a sofrer nesta fase terminal. Enquanto pessoa, tem que ser capaz de assumir um papel flexível, de confessor, de amigo e de companheiro. Tem que estar presente física e moralmente, dar o seu maior apoio e contributo, prestar auxílio, expressar a sua verdadeira sensibilidade, pois só assim estará a contribuir para uma melhor aceitação e compreensão de todo este cenário por todos aqueles que estão envolvidos.

1.2 – NECESSIDADES DO CUIDADOR

*“Uma das mais belas qualidades
é compreender e ser compreendido.”*

Exley, 2003, p.11

Ao perscrutarmos quais as necessidades sentidas pelos enfermeiros que cuidam doentes em fase terminal, deparamo-nos com um leque de necessidades que assentam acima de tudo nas necessidades dos pacientes, assim como as baseadas na procura de melhor as satisfazer, quer pelo apoio psicológico que pudessem ter, quer em termos de conhecimentos científicos que pudessem complementar àquilo que já sabem e vão aplicando, revelando-se insuficiente, levando a sentimentos de impotência e frustração, já neste estudo descritos.

O quadro seguinte resume as necessidades sentidas pelos enfermeiros prestadores de cuidados durante a prestação de cuidados directos e contínuos ao doente terminal.

Quadro 5 – Categoria: Necessidades do cuidador

Subcategoria (sub-tema)	Unidades de significação/registo	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	Total
	“...apoio psicológico ao enfermeiro...”			X								
	“...deveria haver um gabinete de apoio...”			X								
	“...se calhar precisava de um psicólogo...”			X								
<u>Apoio psicológico</u>	“...apoio psicológico aos enfermeiros...”			X								
	“...dar-nos um bocadinho mais de apoio psicológico...”		X									
	“...deveríamos ter mais um bocadinho de apoio psicológico...”		X									
	Sub-total	2	1	3								6

Subcategoria (sub-tema)	Unidades de significação/registo	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	Total
	“...não temos apoio médico para o doente, consulta da dor...”								X			
	“...maior articulação entre estas duas classes profissionais...”					X						
<u>Apoio médico</u> <u>(consulta da</u> <u>dor)</u>	“...se calhar mais apoio médico...”			X								
	“...apoio por psiquiatria...”			X								
	“...assistência médica adequada à situação...”									X		
	Sub-total			2		1			1		1	5

Subcategoria (sub-tema)	Unidades de significação/registo	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<u>Adequação do espaço físico</u>	“...precisávamos de um espaço para estar com estes doentes...”						X					
	“... fazia falta cuidados paliativos.”										X	
	“...ou seja, espaço físico adequado...”										X	
	“...num local apropriado e adaptado para o efeito...”										X	
	“...mais condições físicas dos serviços...”								X			
	“Deveriam haver hospitais com serviços para paliativos...”				X							
	“...não existe local apropriado para estarem...”					X						
	“Em relação ao espaço físico, temos lacunas... não temos privacidade do doente.”								X			
	“...uma enfermaria especial...”		X									
	“...mais biombos...”		X									
Sub-total		2		1	1	1	1	1	1		3	10

Subcategoria (sub-tema)	Unidades de significação/registo	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	Total
<u>Formação cognitiva</u>	“Apoio teórico mais aprofundado...”								X			
	“Outro tipo de ensino que nos desse capacidades psicológicas para...”								X			
	“...a classe em si precisa estar muito bem formada... em termos de patologia...”					X						
	“...deveria haver mais formação, principalmente no aspecto psicológico...”					X						
	“...não estamos formados para lidar com tal sofrimento psicológico.”									X		
	“...também formação ao pessoal... nomeadamente ética...”							X				
	Sub-total				1	1	1		2	1		6

Ao analisarmos os dados obtidos e resumidos no quadro acima descrito, verificamos que o aspecto do qual os enfermeiros dão maior realce é a ausência de um espaço físico adequado, nos nossos hospitais. Espaço esse que respeite acima de tudo a privacidade e dignidade do doente, como eles próprios o descrevem, e que também lhes facilite os cuidados prestados a este tipo de doentes tão especial.

Nesta perspectiva, os mesmos referem-se aos cuidados paliativos e tudo o que envolve, a nível físico e médico, como sendo o ideal. Podemos assim incluir a lacuna referida pelos cuidadores, que é o apoio médico, aqui inserido no contexto da medicina paliativa e de controlo da dor.

“Deveria haver hospitais com serviços para doentes oncológicos, serviços paliativos, de modo a que a família tivesse mais condições para acompanhar o familiar e isso seria melhor para os profissionais.” (E4)

Neste âmbito, a medicina paliativa, procura conseguir que os pacientes desfrutem todos os dias que lhe restam da forma mais consciente possível, livres da dor e com os seus sintomas sob controlo. Isso tudo é pretendido para que esse pacientes possam viver os seus últimos dias com dignidade, em sua casa ou em algum lugar o mais parecido possível, rodeados de pessoas que lhe queiram bem. Na realidade, esse tipo de cuidados pode ser realizado em qualquer local onde o paciente se encontra, seja em sua casa, no hospital, em asilos ou em instituições semelhantes.

Por paliativo entende-se um tipo de cuidado médico e multiprofissional aos pacientes cuja doença não responde aos tratamentos curativos. Para a medicina paliativa é primordial o controlo da dor, de outros sintomas igualmente sofríveis e até, dos problemas sociais, psicológicos e espirituais. Ou seja, este tipo de cuidados somente estão presentes e oferecem conhecimentos médicos e psicológicos suficientes para o suporte físico, emocional e espiritual durante a fase terminal e de agonia do paciente, bem como melhora a maneira da sua família e amigos lidarem com essa questão.

Numa perspectiva mais organizacional, quer das instituições, quer da formação dos enfermeiros, a organização e financiamento dos hospitais está mais virada para tratar e curar as doenças, considerando um hospital de agudos que procura devolver à vida social e profissional as pessoas doentes no mais curto prazo, não está programado para o acompanhamento de doentes crónicos e terminais.

As lacunas a nível da formação académica e profissional especializada e direccionada neste sentido é também bastante sentida por esta classe profissional, afirmando quase com unanimidade:

“...deveria haver mais formação...” (E4)

“Apoio técnico mais aprofundado...” (E8)

“Acho que na nossa formação académica...nunca foi muito aprofundada.” (E4)

Não é de estranhar que muitas das narrativas justifiquem a falta de preparação para lidar com situações que envolvem o trabalho com pacientes terminais e a sua família com o défice de formação académica, ou seja, que esta não preparou, nem vem preparando os futuros profissionais, para lidarem com o processo de morrer e morte. Assim como os próprios hospitais deveriam facultar formações sobre a temática mais frequentemente para proporcionar este tipo de conhecimento de que os enfermeiros que lidam diariamente com a morte dizem não possuir.

Por fim, mas não menos importante, fazemos referência a outro dos aspectos que os enfermeiros sentem que necessitam e não têm, nem lhes é disponibilizado, falamos do apoio psicológico, apoio este que os ajudaria a encarar as situações com outra leveza de espírito e talvez menos sofrimento, ficando mais despertos e capazes para proporcionar por sua vez mais apoio psicológico ao doente e à própria família. Surgem então afirmações tais como:

“...deveríamos ter mais um bocadinho de apoio psicológico...” (E1)

“...deveríamos ter um gabinete de apoio...” (E3)

“...não consegue falar do assunto e se calhar precisava de um psicólogo.” (E3)

“...apoio psicológico aos enfermeiros...” (E2)

Na mesma linha de pensamento, Mendonça (1994, p.28) refere que “os profissionais de saúde não vivem os momentos da morte dos doentes de forma adaptativa.”

Este encontro contínuo com a morte, sem estarem convenientemente preparados, coloca aos enfermeiros vários problemas, levando-os a apresentar reacções emocionais tais como frustração, revolta, impotência, já aqui descritas e evidenciadas através da análise das nossas narrativas,

Para isso, o apoio adequado aos enfermeiros que cuidem destes doentes é de importância capital.

Segundo Castledine (1993, p.776), esse apoio deve salientar duas formas: grupos de apoio; e formação contínua. Neste âmbito e segundo o mesmo autor, “os cuidados ao doente na fase terminal são boas fundações e ensinamentos aos vivos para entender a vida”, pois se ao menos nos sentirmos capazes de compreender e partilhar estes pensamentos cedo na nossa vida, então certamente que o processo de morte, embora difícil de enfrentar, será pelo menos mais aceitável.

Sistematizando, passamos a apresentar o resumo das ideias atrás enunciadas, no seguinte diagrama:

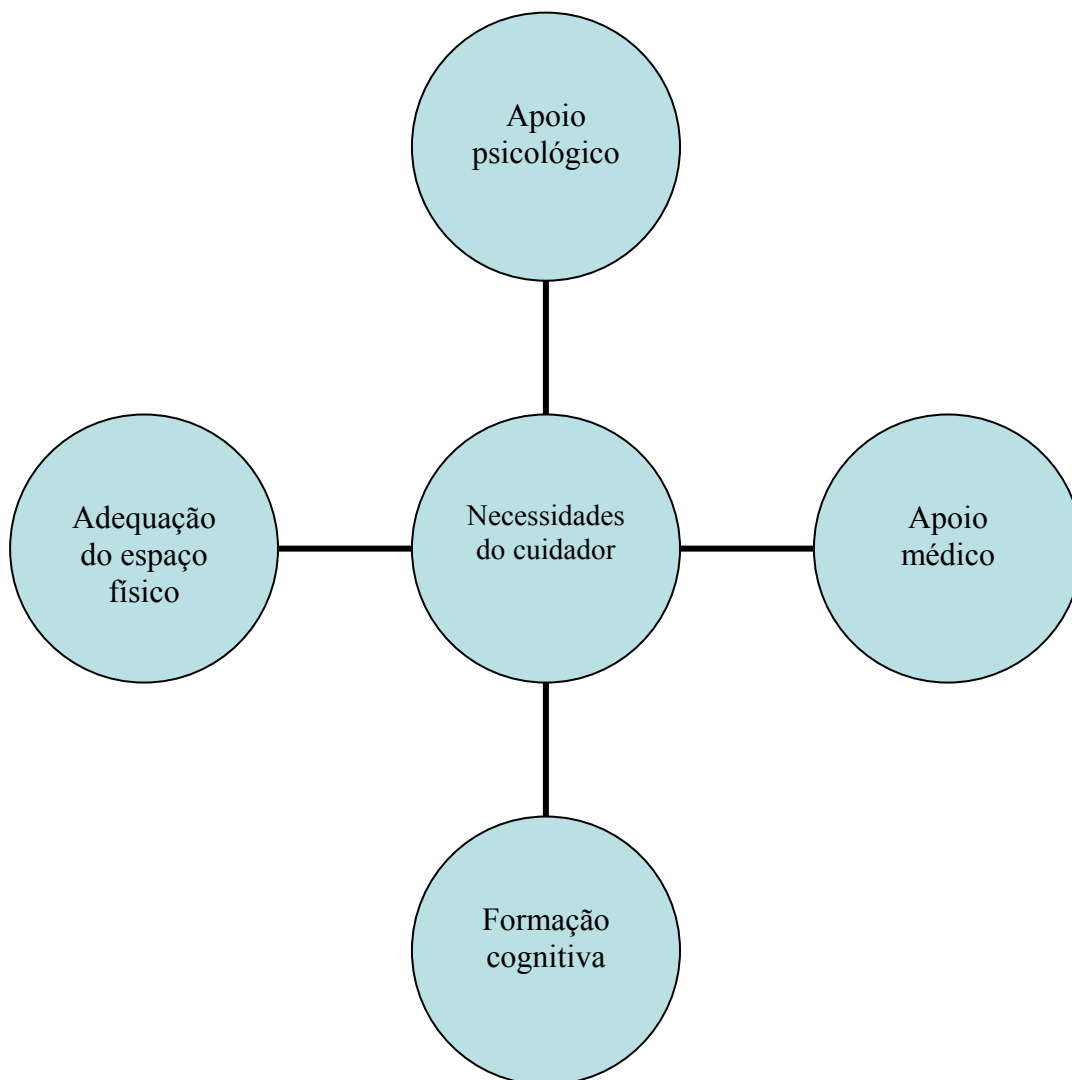


Diagrama 3 – Necessidades do cuidador

Em jeito de conclusão a este capítulo e estabelecendo a ponte com o próximo capítulo, achamos pertinente fazer uma pequena associação com as dialécticas Ricoeurianas. Recorremos à hermenêutica como método essencial que recorre à capacidade interpretativa como instrumento para chegar-se à compreensão / autocompreensão / reflexão.

Para isto, são implicados os dois momentos chave da hermenêutica Ricoeuriana, são eles a compreensão / interpretação da complexidade a nível dos conteúdos das narrativas, a incerteza ao nível da formação dos padrões tradicionais da maneira de agir do homem, leva-nos à tentativa de compreender melhor o outro, o mundo e por sua vez leva-nos a repensar a nossa própria vida, tal como podemos deduzir após a leitura e interpretação das narrativas analisadas e como tentaremos analisar com maior profundidade no próximo capítulo dedicado à análise hermenêutica de Paul Ricoeur.

“Independentemente dos constrangimentos linguísticos, simbólicos e temporais da época em que nasceu, encontramos o poder da obra literária em constituir o mundo e os valores da nossa existência.” (Jardim, 2003, p.121).

Entrando nas dialécticas Ricoeurianas, os conceitos de apropriação / distanciação, que caracterizam o acto da leitura, traduzem-se na mediação que o mundo do texto permite e pelo qual o leitor passa a compreender-se melhor a si mesmo ao desencadear o discurso do texto com o seu próprio discurso. Neste contexto, o ciclo hermenêutico também patente nas nossas narrativas, narra não só uma actividade possível do ser humano, mas também traduz a manifestação da própria forma de pensar o mundo e os outros e de, posteriormente, se pensar a si mesmo.

Tal como podemos confirmar com algumas afirmações citadas, que demonstram as vivências apropriadas por cada um deles (prestadores de cuidados), levando-os a repensar a sua própria vivência através da reflexão e da auto-avaliação, tornando-os leitores das suas próprias experiências / vivências, designando-o numa terminologia antropológica de “homo hermenêutico”, sendo definido como “aquele que se auto-entende”, aquele que é capaz de interpretar o seu destino e de converter em destinação, atribuindo-lhe um sentido e inscrevendo a sua história na História, a sua realidade individual em vocação e realização:

“...no fundo acabo sempre por pensar na vida... porque no fundo, tantas chatices, tantos problemas e não somos ninguém e de um momento para o outro pode-te acontecer o mesmo e mais tarde podes ser tu a estar naquela situação.” (E3)

“No início... tudo era mais chocante, muito mais complicado e agora continua a ser complicado, mas já consigo lidar melhor com a situação... digamos que adquiri defesas.” (E3)

Aqui a questão é sempre a do “si-mesmo” como um outro, que através de uma narrativa pode experienciar através do texto, as variadas formas do “si-mesmo”, formas essas passíveis de serem apropriadas através da imaginação, que nos leva a colocar no lugar do outro (tarefa denominada na linguagem de enfermagem como “empatia”), que se nos revela como *“abertura ao possível e a repensar a si-mesmo e a sua respectiva história de vida”* (Jardim, 2003, p.147).

PARTE IV

ESTUDO DE CASO SIMBÓLICO

CAPÍTULO VI

ESTUDO DE CASO SIMBÓLICO

*“O amigo é aquele que entra
quando o mundo inteiro saiu.”*

Exley, 2003, p.14

Tal como já fomos perspectivando no final do capítulo anterior, neste capítulo faremos uma abordagem Ricoeuriana tendo por base uma história de vida de uma enfermeira, Maria (nome fictício), de 44 anos que está inserida no contexto temático do estudo, ou seja, que possui uma longa vivência com doentes terminais e com a morte (cerca de 20 anos de experiência profissional), assim como a sua envolvência, fazendo referência em associação à dialéctica de Paul Ricoeur, recorrendo à compreensão interpretativa e o recurso à simbologia.

A nossa personagem em questão, por sua vez, ao contar as suas experiências pessoais, a forma como as vivencia (apropriação), levando-a a assumir e mudar comportamentos ao longo da sua vida, repensando o futuro, através da sua auto-avaliação, baseada na reflexão, leva-nos a repensar a nossa própria vida e a fazer a nossa própria auto-avaliação, quase como a concluir a finalidade primeira do nosso trabalho, ou seja, como é que nós encaramos a morte e quais os sentimentos que apropriamos da leitura do estudo de caso, ou a narrativa por nós escolhida.

1 – ANÁLISE DE CONTEÚDO DA NARRATIVA – PERSPECTIVA HERMENÊUTICO-ÉTICA

Começamos este ponto pela afirmação do autor Gonçalves (2002, p.59) que nos diz que *“é a narrativa que vê a experiência, dando-lhe existência através de um processo de figuração simbólica culturalmente compartilhada.”* Sendo para o mesmo sentido que a narrativa cria simultaneamente o indivíduo e a sua rede social.

O narrador não é pois um mero reagente da experiência, mas sim um construtor intencional e pró-activo da experiência. Aliás, a narrativa passa a criar a experiência através da criação de figurações, sentidos e adjectivações múltiplas.

A narrativa, e ainda para o mesmo autor, não reflecte acontecimentos de um modo literal e objectivo. Ela acrescenta às coisas tudo aquilo que elas poderão ser enquanto não encontram os processos de construção criativa do conhecedor-narrador. Ou seja, é assim que a narrativa, enquanto elemento estruturante da organização discursiva da pessoa, tem uma natureza eminentemente criativa. Desta forma, o indivíduo aproxima-se da realidade, assim como da experiência. Pois tal como nos referem os autores Efran e Cools (2000, cit. por Gonçalves, 2002, p.60) *“é através da troca verbal e da expressão simbólica (linguagem) que os seres humanos transformam em derrotas e triunfos os problemas e soluções da vida, aquilo que de outro modo, seriam circunstâncias sem sentido.”* Parece-nos neste contexto, apropriado afirmar que é a narrativa que dá ao ser humano a sua capacidade eminentemente transformadora da realidade.

A todo o momento o indivíduo está a ser “bombardeado” por uma infinidade de estímulos sensoriais externos e internos em relação aos quais ele terá que impor um processo de organização como condição de definição da sua própria experiência subjectiva. No ser humano, a organização narrativa da experiência cumpre precisamente essa função – organizar a diversidade da experiência numa totalidade significadora.

Esta capacidade de organização da experiência através da conexão dos seus vários elementos permite colocar a experiência na dimensão compartilhada da linguagem.

A linguagem cumpre aqui a sua função de coordenação das vivências entre os indivíduos. Nesta perspectiva, ao organizarmos as nossas experiências em termos de linguagem, tornamos estas experiências comuns a indivíduos diferentes daqueles que as experienciam.

Organizar narrativamente a experiência é sobretudo dar-lhe um sentido.

Mas, para Gonçalves (2002, p.56) *“o mundo e a experiência do indivíduo em relação a este mundo, não pode ser vista como a imposição de um sistema hermenêutico rígido.”* Pois a função da narrativa é possibilitar a manutenção de um considerável nível de ambiguidade e abertura no modo como o indivíduo dá sentido e constrói significados da sua experiência. A mesma experiência possibilita múltiplas narrativas pelo facto de a experiência ser, por si só múltipla. Daí que a narrativa seja, não um modo de encontrar um significado, mas sim uma forma de construir múltiplos significados.

A narrativa não é um revelador de um significado, mas, pelo contrário, uma forma de impor um significado à experiência.

Em síntese, as narrativas constituem processos por intermédio do qual os indivíduos constroem múltiplos significados das experiências, dando-lhe uma existência compartilhada socialmente.

Optámos por basearmo-nos no manual de avaliação de processo e complexidade narrativa, modelo este inspirado no sistema de codificação do processo narrativo, desenvolvido por Lynne Angus e colaboradores (cit. por Gonçalves, 2002, p.87), para tentarmos dar uma avaliação do grau de diversidade e riqueza dos modos narrativos expressos pelo nosso sujeito em estudo.

Este sistema opera através das seguintes sequências de análise: em 1º lugar – as narrativas são divididas em unidades temáticas, em que inicialmente acabam por ser identificadas pelo tema geral da narrativa, que neste caso corresponderá ao tema de cada questão inicialmente colocada na entrevista; em 2º lugar – passa-se para uma descrição de toda a experiência subjectiva em termos emocionais do próprio personagem da narrativa, neste caso da Enfermeira Maria, designado pelo autor de “*modo narrativo interno*”; em 3º lugar – passa-se seguidamente para um “*modo narrativo reflexivo*”, que inclui a análise interpretativa dos acontecimentos externos e da experiência subjectiva, o que corresponderá à nossa análise hermenêutica.

De acordo com este processo de avaliação, existem quatro processos narrativos centrais designados de “*adjectivação narrativa*” (Gonçalves, 2002, p.88) que consiste em, e após a selecção da narrativa, de uma primeira leitura da mesma, entrando em contacto com o discurso do sujeito e a determinação da existência de narrativa no mesmo, explorando a multiplicidade do mundo sensorial respeitante à experiência de cada um. Trata-se então de avaliar em que medida o narrador “*apresenta uma descrição detalhada do episódio do seu cenário sensorial*” (Gonçalves, 2002, p.89), fornecendo ao leitor, neste caso a nós, os investigadores, elementos ao nível da visão, da audição, do olfacto e das sensações físicas que caracterizam a sua experiência, a isto é denominado de objectivação.

O outro processo é o da subjectivação, que pode ser emocional e cognitiva, correspondendo a exploração da multiplicidade da experiência interna ao nível das emoções, de sentimentos e dos pensamentos experimentados pelo sujeito ao longo da experiência, ou seja, surge na narrativa através da descrição de estados emocionais associados ao acontecimento, neste caso à morte, e pela avaliação de em que medida está explícito na narrativa o discurso interno do narrador, nada mais do que as cognições, ideias, desejos, hipóteses interpretativas, experienciadas pelo sujeito ao episódio em causa.

Por fim surge a metaforização, que consiste na construção de significados a partir da experiência. Esta atitude está associada a um esforço, designado pelo autor de “*meta-análise da situação*”, frequentemente expresso de uma forma simbólica e metafísica que condensam os significados que o sujeito abstrai da sua experiência de vida. Pretende-se a este nível, avaliar a atitude reflexiva desenvolvida pelo narrador para construir múltiplos significados das suas vivências.

Paul Ricoeur foi o principal representante vivo da filosofia Hermenêutica e uma das consciências filosóficas mais lúcidas do mundo contemporâneo. Defensor da ideia de que a Filosofia não deve fechar-se sobre si mesma, pois alimenta-se do mistério do mundo humano da vida, propõe-nos uma «vida longa» de acesso hermenêutico à dimensão histórica do homem concreto.

A vontade, o inconsciente, a metáfora e a narrativa dão-nos a medida do carácter inacabado da pessoa infinita, da natureza da sua iniciativa e do sentido do seu testemunho.

Neste âmbito, passaremos ao ponto seguinte, onde mediante o raciocínio acima descrito, tentaremos obter o significado da experiência vivenciada, por Maria sob uma perspectiva hermenêutico-ética.

1.1 – Significado da vivência/experiência – Perspectiva hermenêutico-ética

A noção de experiência não é simples. Esta noção é, no entanto, utilizada muito frequentemente na linguagem corrente para referir o que cada um guarda dentro de si mediante aquilo que viveu em determinadas situações, através do contacto com os outros e com as coisas ou através de determinados acontecimentos. Falamos constantemente da nossa “experiência vivida”.

Da noção de experiência, cuja origem é latina, retiramos 3 ideias fundamentais:

1. “*A experiência caracteriza a minha vida em todo o seu percurso, do princípio ao fim.*” (B. Honoré, cit. por Hesbeen, 2004, p.166). É uma marca nossa e para nós, da nossa presença e da nossa actividade no mundo, que é nosso. Esta marca será sempre expressa de forma incompleta, porque não é redutível unicamente a informações e conhecimentos.
2. “*Experimentar uma coisa qualquer significa vivenciar essa coisa*”. (B. Honoré, cit. por Hesbeen, 2004, p.166). Em ambos os significados da vivência. Por um lado pôr o que está em questão, bem como nós próprios, na sua presença – na situação que estou a viver – à prova das minhas preocupações. Estas últimas podem ser simplesmente utilitárias e passageiras, ou de certa forma mais fundamentais e duráveis em função do sentido que pretendemos dar à nossa existência. Por outro lado, sentir a situação em que nos encontramos, vivenciar os sentimentos que nos são colocados de outra forma face ao que experimentamos.
3. E por fim, entende-se por ter experiência “*conservar em si não só informações e significações, mas também a recordação da leitura que retiramos daquilo que experimentamos.*” (B. Honoré, cit. por Hesbeen, 2004, p.167). A significação é a forma como interpretamos alguma coisa. A leitura representa para onde nos projectamos, a nossa intenção, nesta maneira de compreender o que é a significação.

Assim, a nossa experiência no decorrer da nossa vida é constituída por tudo o que experimentamos. É um referencial de compreensão e de acção em relação às novas situações, onde terei, novamente, e através da vivência, de escolher e de decidir entre as possibilidades existentes. Neste sentido a experiência prepara a experiência.

“Mas a experiência não é constituída apenas pela acção. É também constituída pelo pensamento.” (B. Honoré, cit. por Hesbeen, 2004, p.167). Estar aberto a uma nova experiência significa não a isolar numa experiência adquirida, mas estar disposto a suplantá-la partindo dessa mesma experiência. Ora, uma tal disposição de abertura pressupõe, tal como nos diz o supracitado autor, a *“experiência do pensamento”* que reflecte sobre a experiência ao dar forma a novas significações e à reorganização do conjunto destas, numa nova concepção, levando-os a perceber e a compreender a própria experiência.

A este processo Paul Ricoeur denomina de interpretação, que consiste, para o mesmo, na atitude de apropriação que um sujeito assume perante em texto, neste caso das suas experiências vivenciadas e narradas. Supondo a compreensão dos mesmos e de si próprio.

Este processo hermenêutico, ainda para o mesmo autor, implica assim, a experiência narrada entendida como abertura, torna-se de novo acontecimento. Pela interpretação a experiência vivenciada e narrada *“actualiza-se”* (Ricoeur, 1995, p.156), adquirindo significação.

Reportando a teoria de Paul Ricoeur para o nosso estudo de caso, podemos encontrar algumas afirmações que evidenciam de que forma a narradora (Estefânia) se apropria das suas experiências e das situações nelas implícitas, colocando-se no lugar do outro como de si mesmo:

“Numa fase terminal, nestes doentes sobretudo, eu penso em todos, mas principalmente nestes, se eles são pais, se os próprios são pais, eu encaro-os com muita mais dificuldade...”

“Hoje não... sinto muito mais... acho que sinto muito mais porque tenho filhos...”

“...e acho que fiquei assim, pior, por causa da situação familiar, não sei se é pelo facto de ter miúdos doentes que faz com que este sentimento de “pingo no olho” me assole constantemente...”

Esta apropriação de “si”, implica *“uma atitude de despojamento do eu”* (Ricoeur, 1995, p.17), uma apropriação do mundo e experiências deste, que as narrativas veiculam, tornando-se assim num “si” ou “eu” mais rico, pois alargou o seu horizonte de compreensão a partir, quer de outras narrativas, quer do mundo, quer ainda de si próprio.

A narrativa ou texto dá-nos assim uma *“dimensão positiva”* (Ricoeur, 1995, p.16) e enriquecedora do que Ricoeur chama de *“distanciação”*, não ignorando a *“dimensão histórica”* da experiência humana

Esta distanciação usada como método deriva da necessidade de uma maior compreensão e neste caso de auto-controlo para cuidar com qualidade. Por sua vez, a distanciação presente na narrativa é condição necessária à apropriação.

Como nos afirma Gadamer (cit. por Heleno, 2001, p.186): *“A hermenêutica continua a ser a arte de discernir o discurso na obra.”* E continua: *“Daí resulta que a interpretação é a réplica desta distanciação fundamental que constitui a objectivação do homem nas suas obras de discurso, comparáveis à sua objectivação nos produtos do seu trabalho e da sua arte.”*

Interpretar pressupõe assim um mundo na experiência narrada e um apropriar concomitante desse mundo. A apropriação como compreensão pela distância e compreensão à distância realiza-se pela leitura das experiências, capacidade de refigurar o mundo da vivência.

“...é doloroso... vou para casa muitas vezes a pensar quando estou no meu repouso, passa-me aquela situação, tento-me colocar num prisma lateral...”

“...em relação a ela, que nos deixou muitas noites sem dormir, pensei muito naquela rapariga...”

“...praticamente era só eu que lá entrava nos meus turnos, e isso além de ter marcado a doente, marcou-me a mim também, porque a compaixão, a dor dela... isso marcou-me. E marcou-me no sentido de imaginar que um dia fosse eu a estar naquela situação...”

Nesta afirmação a nossa narradora encontra-se numa situação em que se envolve externamente à situação por ela vivida, onde se evidencia um forte apego àquela vida em fase terminal, de modo a que a leva a ser quase a única pessoa a prestar-lhe cuidados. Esse apego é devido à identificação com o caso por antecipação do seu futuro. Por sua vez, essa mesma antecipação só foi possível pela capacidade de apropriação evidenciada pela narradora definida por Ricoeur por compreensão e distância. A distanciação necessária a esta apropriação é antecipada pelo sentimento de pertença também aqui manifestado, ao apegar-se a este caso, levando-a a colocar-se no lugar da doente, sendo capaz de compreender o que a mesma está a sentir:

“Eu não sei se era por ser quase da idade dela... ou por quase sentir o mesmo na pele, na altura apeguei-me aquela rapariga...”

“...prestar-lhe cuidados a toda a hora, era desesperante naquela rapariga... para o meu despertar, acho que foi mesmo... sentir aquilo, a angústia de sentir que também a mim me podiam por de parte por ter um problema daqueles...”

De facto, a Enfermeira Maria revê-se naquela situação e revela que a fez “despertar”, como querendo dizer que a fez acordar para a vida ao identificar-se com a doente por antecipação reflectindo que à própria também poderia acontecer o mesmo um dia e que iria sofrer se também fosse colocada de parte.

No discurso de Maria podemos ainda encontrar algumas metáforas, sendo as mesmas, outro recurso utilizado por Paul Ricoeur, referindo-se este a estas como “*uma invenção livre do discurso*” (Heleno, 2001, p.146), na medida em que a metáfora começa por ser analisada ao nível da palavra, no sentido em que há metáfora, quando a palavra sofre um desvio do seu sentido literal.

Paul Ricoeur tem o propósito de ligar a hermenêutica do texto às questões suscitadas pela metáfora, ao ver na narrativa ou discurso o que há de comum entre a essência do texto e a essência retirada da metáfora incluída no mesmo. Para o autor identifica-se o poder criativo da linguagem em transfigurar o seu próprio referente.

É uma expressão de “duplo sentido”, tal como o símbolo, este é encarado como a chave decifrador do poder criativo da linguagem metafórica. De facto, Maria referenos ao longo da sua narrativa que:

“...faz com este sentimento de “pingo no olho” me assole constantemente...”

“...eu sou capaz de “dar a minha camisa” a um doente que precise...”

“...ou por quase “sentir o mesmo na pele”...”

“...que me fez despertar aquele “dar de mim” em relação a ela...”

Revelam-nos que todas estas frases traduzem sofrimento e acima de tudo dedicação ao outro, sentimentos estes induzidos pelo processo hermenêutico levado a cabo pela narradora ao relembrar-nos as suas experiências e ao ser quase que forçada a reflectir sobre as mesmas no seu dia-a-dia, levando-a, como a própria narrativa nos evidencia, a mudar o seu comportamento e atitudes perante as próximas situações semelhantes, revelando:

“...estou-me a preparar sentimentalmente para a encarar (a doença oncológica) da melhor maneira possível...”

Ricoeur (cit. por Heleno, 2001, p.147) refere-nos neste âmbito que *“a metáfora se relaciona com a palavra”*, embora a mesma só tenha sentido num contexto determinado em que a frase onde está inserida torna possível. Compreende-se assim, a implicação da metáfora com a hermenêutica, na medida em que explicando a metáfora poderemos chegar a uma melhor interpretação do texto, levando por sua vez a uma reinterpretação. Processo ao qual Paul Ricoeur denominou de *“ciclo hermenêutico”*.

No entanto, o mesmo autor alerta-nos para o facto de que uma reinterpretação do ciclo hermenêutico só é possível depois de uma reflexão sobre a noção do discurso, nomeadamente no facto deste possuir uma *“tripla referência”* (Ricoeur, cit. por Heleno, 2001, p.147), ou seja: a *“isso”* a que se refere, referindo-se ao tema do discurso; o *“tu”*, ou a outro; e o *“eu”* que passa a ser o si mesmo ao falar.

Para Ricoeur (cit. por Heleno, 2001, p.71) é *“a necessidade de comunicar e de evitar o “estranho” e o mal-entendido, que ainda hoje, pode justificar a hermenêutica”*, no sentido que a ambiguidade das palavras e a busca de sentido que procura esclarecer ou dissipar a polissemia das palavras e enunciados, exige, por isso, uma tarefa hermenêutica.

Atente-se que a própria vida e a vida em causa, ao procurar ser coerente, exprime-se num sentido por intermédio da linguagem expressa na narrativa estudada, fazendo apelo à hermenêutica.

Considerando que o maior desafio da interpretação é a inevitabilidade de ter de interpretar interpretações. E isso porque a fala e o próprio corpo que a exprime e se exprime é, provavelmente, já uma forma primordial de interpretação:

“...o que eu por vezes tento evitar é aquele mal-estar de determinados doentes, que por acharem que são superiores aos outros seres humanos, conseguem “deitar-me abaixo”...”

Maria interpreta o comportamento do doente de um modo, de certa maneira pejorativo, levando-a a achar que é por complexo de superioridade, levando-a a evitar esse “tipo” de doentes, sofrendo com o caso. Ou seja. O seu modo de agir vai de encontro à interpretação feita acerca do comportamento/postura do doente, levando-a a reinterpretar o porquê do mesmo, reforçando-o, recorrendo à metáfora que isso a faz sentir mal.

Outro exemplo seria:

“...se eu vejo na televisão alguma coisa que esteja relacionada com a situação de uma fase terminal... então aí “desmancho-me toda”... tenho que sair, mudar de canal e virar a atenção para outra coisa...”

A visualização de situações terminais é interpretada pela narradora como sofrimento levando-a a sair para não sofrer e a mudar de canal como sinal de antecipação, e recorre mais uma vez ao uso da metáfora “desmancho-me toda” para demonstrar o quanto a situação a afecta emocionalmente e o quanto ela está implicada nas situações que vivencia.

Pois tal como nos diz Ricoeur (cit. por Heleno, 2001, p.72) *“uma questão fundamental da hermenêutica contemporânea é o que se denomina por ciclo hermenêutico”*. Com isto queria dizer que se podemos compreender a narrativa, na qual estamos implicados, neste caso inclui-se a experiência na qual a narradora vive implicada.

Supostamente estamos sempre “intrometidos” naquilo que queremos interpretar. Na interpretação é o próprio interprete na acção que se põe em questão:

“Eu também sou uma pessoa fria... quando sinto determinadas emoções, passo-me... e por vezes sou muito agressiva, quando tento esconder as minhas emoções, porque acho que já me é difícil controlar, já se torna espontâneo, como defesa... acabo por “rebentar”... e é a agressividade que vem ao de cima.”

Neste parágrafo, denota-se que Maria faz a sua auto-avaliação, dando uma explicação acerca do porquê e do como a sua agressividade e as suas emoções se manifestam, o que a ajudou a interpretar as suas acções, compreendendo as suas atitudes perante a fragilidade que sente ao cuidar. Estamos assim perante aquilo que já foi referido atrás como o ciclo hermenêutico.

A reciprocidade proposta por Ricoeur entre a explicação e a compreensão deriva da relação entre a reflexão e os seus símbolos. O elo entre compreensão e explicação não é mais do que o resultado da visão Ricoeuriana, segundo a qual “*a constituição de si próprio e a do sentido são contemporâneas.*” (Correia, 1999, p.563).

Esta reciprocidade entre o acto compreensivo e o método explicativo manifesta a presença de um ciclo hermenêutico no seio do real, da vivência, pois tal como nos diz Ricoeur (cit. por Correia, 1999, p.563) “*a correlação entre explicação e compreensão e vice-versa, constitui o ciclo hermenêutico.*”.

Assim sendo, se a estrutura “como” representa uma explicitação de algo prévio, algo que é inevitável, tal como nos descreve Maria ao descrever-nos como reage, então esta estrutura funda-se na antecipação proporcionada pela compreensão. Pela capacidade que a Maria tem de se colocar no lugar do outro, sendo capaz de sentir o mesmo, compreendendo o outro e a si mesmo, alternando por vezes a sua maneira de estar e de ver o mundo, recorrendo à reflexão na interpretação das suas vivências até ao momento apreendidas.

Mesmo para Heidegger (cit. por Correia, 1999, p.563), o “*ciclo hermenêutico*” entre a compreensão e a interpretação traduz a situação crucial da experiência do sentido, segundo a qual não existe uma interpretação sem pressupostos, visto que só é possível explicitar o que já foi previamente apreendido.

Embora Ricoeur (cit. por Correia, 1999, p.563) nos desse uma concepção do ciclo hermenêutico ligeiramente modificada, que consistiu em mostrar-nos que: “*a interpretação não é apenas uma explicitação da compreensão, mas constitui, por si mesmo, o próprio “círculo.”*”

A partir do momento em que o método explicativo é assumido como princípio válido de inteligibilidade do real, nada impede a sua contribuição decisiva para a explicitação da situação do homem como ser no mundo.

A interpretação passa a ser definida como a própria dialéctica da compreensão e da explicação ao nível do sentido inerente na narrativa. A própria interpretação é, para Paul Ricoeur, a expressão do círculo hermenêutico. O mesmo autor diz que “*não só “diz o ser” como cada modo do seu dizer constitui um “acto de ser”.*”

Tanto a compreensão de si próprio, ao exigir um horizonte a partir do qual se possa reflectir:

“Eu também sou uma pessoa fria...”

Como a explicação, ao tentar dissecar na sua experiência as diferentes possibilidades de acção da própria enquanto sujeito, não são mais do que manifestações distintas do mesmo acto interpretativo:

“...quando tento esconder as minhas emoções, porque acho que já me é difícil controlar...”

O conceito hermenêutico da interpretação designa a própria relação de compreensão que se oferece no acto de “co-pertença participativa” entre o que nós somos e aquilo que nos rodeia, tal como nos reflecte a seguinte afirmação de Maria:

“...marcou-me no sentido de imaginarmos que um dia fosse eu a estar naquela situação e sentia-me revoltada. Ela tinha apenas vinte e poucos anos e não me arrependo de ter feito o que fiz àquela rapariga e era bem notório o afastamento dos outros.”

Podemos também na mesma afirmação encontrar a relação dialéctica entre os conceitos apropriação e distanciamento, definido por Paul Ricoeur, constituindo o princípio hermenêutico da constituição do sentido.

Enquanto a apropriação traduz a estrutura compreensiva da pertença reflexiva entre o nosso sujeito e o que o rodeia, a distanciação revela-nos, pelo contrário, o processo explicativo e crítico da interpretação do real, ao afirmar:

“E não entravam porquê? Primeiro porque era uma fase terminal, o desespero de ver a doente em fase terminal, o desespero pelo cheiro, que era nauseabundo... tudo isto fazia com que as pessoas recusassem a ir lá trabalhar e suportar aquele estado.”

Ricoeur pretende também sublinhar de forma exaustiva a relação entre símbolo, interpretação e reapropriação de si, porque, com efeito, se o símbolo convoca a reflexão por intermédio da interpretação, isso faz dele o despertar da reflexão, seguramente quer dizer reflexão sobre si mesmo.

“...esse “mal”, esse “monstro” acaba com as pessoas... e eu falo um bocadinho por fora, porque não o tenho, mas se a tivesse iria passar, provavelmente, por todas as etapas...”

O carácter verdadeiro da simbólica do mal de Paul Ricoeur convoca a reflexão mediada pelo trabalho incontornável das interpretações. Defender a filosofia da reflexão é mais de que dado, sendo através da consciência como tarefa, que o trabalho da interpretação visa a reapropriação de si através de um esforço para existir.

Como já foi referido, filosofia é reflexão, implicando hermenêutica. Uma reflexão sobre o “si”. Uma reflexão que não é intuição e um “si” que não se identifica com o “eu penso” tradicional, mas que usa a consciência como tarefa que precisa de ser mediada pelas representações e acções que a objectivam.

Como nos pode comprovar esta afirmação de Maria:

“O que mais me ajuda nesses momentos é que tenho dois filhos e penso muito neles! Isso dá-me força para trabalhar, reflectir, ajudar...”

Importa decifrar o simbolismo expresso nos termos usados por Maria, nomeadamente o “mal” e o “monstro”. Pensando nestes símbolos é pensar na linguagem em que estes se movem. Neste contexto, a nossa narradora refere-se ao cancro atribuindo-lhe uma conotação muito negativa e cheia de significado e carga emocional, significado esse, encontrado de forma hermenêutica a partir da reflexão sobre os símbolos fundamentais que se apresentam à consciência.

Neste âmbito, na simbólica do mal descrita por Paul Ricoeur, assistimos ao propósito do autor defender o valor da interpretação, pois é *“interpretando que podemos novamente entender, é assim na hermenêutica que se liga à doação de sentido pelo símbolo e a iniciativa inteligível da decifração do mesmo.”* (Ricoeur, cit. por Heleno, 2001, p.113).

É neste sentido que aparece a já nossa conhecida noção de círculo hermenêutico que considera que é necessário crer para compreender e compreender para crer. Crer para a compreensão na medida em que partimos sempre sem compreensão prévia, de algo vivido antes de ser pensado. Mas também compreendemos para crer, pois pretendemos alargar e desenvolver o sentido da existência.

Podemos considerar além dos símbolos “monstro” e “mal”, o próprio “sorriso” a que Maria se refere:

“...o sorriso que eu que lhe podia transmitir... e ela sentia o amparo...”

“...é gratificante quando a gente recebe um sorriso...”

Sorriso este, encarado como símbolo que aqui se compromete elucidar a realidade humana, através da objectividade que este conceito nos transmite, dado revelar a situação do sujeito em questão (Maria), enquanto cuidador e ser pertencente ao mundo do cuidar doentes em fase terminal.

Os símbolos acabam por proporcionar a elaboração de conceitos existenciais que estruturam a realidade humana. Eles revelam a consciência de si mesmo, daquilo que o sujeito é e vê o mundo. Neste sentido a narradora revele-se uma pessoa sensível, dedicada e que sofre com aquilo que vai percebendo e interpretando do que a rodeia, neste caso a sua experiência com a morte eminente.

Resta acrescentar acerca dos símbolos que, segundo Cirlot (2000, p. 103), no seu dicionário de símbolos, “monstro” revela que, no plano psicológico e adequado a este contexto, *“alude às potências inferiores que constituem os estratos mais profundos da geologia espiritual, a partir dos quais podem reactivar-se”* e surgir através da imagem ou da acção monstruosa, neste caso, como consequências monstruosas.

Para terminar este ponto, resta-nos fazer referência à morte de um ponto de vista mais hermenêutico, e à reacção da nossa narradora face à vivência constante com a mesma.

Neste âmbito, a morte cola-se à hermenêutica como o vazio, oco, de onde é possível interpretar simbolicamente a vida, já que a morte representa a suspensão da vida e a perfuração do tempo contínuo.

A realidade da vida tem a sua conclusão na morte, a qual se define como finalização ou o sentido da existência. Com efeito, o sentido da vida é inerente à própria vida.

“Simboliza-se positivamente no amor e realiza-se negativamente na morte como descanso obscuro.” (Araújo & Baptista 2003, p.41)

Se a morte é o sentido final da vida, esta revela-nos o sentido como fundamento sem fundamento, ou fundo sem fundo, sentido esse que assume o sem sentido.

A hermenêutica reverte então, o significado da existência para o seu sentido simbólico, isto é, como mediação dos opostos representados pela vida e pela morte e o real pelo surreal. Assim sendo, o “*homo-interpres*” da hermenêutica situa-se no meio/mediação dos contrários, acedendo à sua interpretação através do seu mútuo conhecimento correlativo, pois tal como nos diz S. Tomás de Aquino (cit. por Araújo & Baptista, 2003, p.59): “*As coisas opostas conhecem-se uma através das outras como as trevas através da luz.*”

“*Esta vivencia toda faz-me reflectir que daqui a uns anos todos nós somos susceptíveis de ter esse tipo de patologia e cada vez mais isto faz pensar que isso é realmente provável...*”

“*É triste a situação de uma pessoa chegar a este ponto...*”

Tal como nos diz Freud (cit. por Abiven, 2001, p.88): “*A nossa própria morte é de facto inimaginável e ao tentarmos representá-la, podemos dar-nos conta de que sobreviveremos como espectador.*”

Daí resulta que no fundo ninguém acredita na sua própria morte, ou o que vem dar ao mesmo, cada um no seu inconsciente está consciente da sua própria imortalidade e quando somos confrontados com a morte, sofremos ao depararmo-nos com a realidade de que afinal somos simples mortais e que a qualquer momento pode-nos “bater à porta”.

É evidente que cabe a cada um na equipa respeitar a dignidade de quem vai morrer, favorecendo a sua autonomia o mais tempo possível uma imagem positiva dele própria.

“*O sorriso que eu lhe podia transmitir, embora fosse para ela feito com agrado... e ela sentia o amparo... ela sabia que ninguém gostava de lá ir...*”

No entanto, encontramos-nos por vezes perante situações onde a culpabilidade, o sentimento de declínio físico, a revolta e o sentimento de injustiça são tal que a auto-estima fica profundamente atingida.

“...mas nós também somos seres humanos e temos necessidades de apoio psicológico e incentivo para não nos irmos abaixo. Alguém com quem pudéssemos falar, ouvir, porque o simples ouvir já nos faria sentir melhor.”

Uma ajuda psicológica, muitas vezes pontual, pode contribuir para fazer reconhecer os seus recursos interiores, procurar um sentido à sua experiência e perceber-se de outra forma.

Goldenberg (cit. por Abiven, 2001, p. 93) fazia notar que o desgaste dos prestadores de cuidados não surge unicamente por razões psicológicas, mas também *“devido a uma característica da questão tratada: é uma questão sem resposta. Assim é o problema da morte que não conhece solução.”* Perante esta questão sem resposta, faltam aos prestadores de cuidados pontos de referência, escalas de valor e a possibilidade de reflectir nas suas práticas.

“O apoio que muitas vezes nós não temos... muitas vezes o desmornar acaba por bater à porta, às vezes sinto e acabo por sair da beira dos doentes...”

Uma sondagem realizada entre prestadores de cuidados em Oncologia tem como resultado a mesma conclusão: os prestadores de cuidados sentem-se angustiados, desamparados, embaraçados e impotentes. A instituição com o seu carácter impessoal, a falta de humanização, o ambiente deprimente, o isolamento psicológico e a solidão que gera, não os ajuda. Provavelmente não se insiste suficientemente no facto de que esses prestadores de cuidados, a maior parte deles, não receberam formação para o acompanhamento de moribundos e não se sentem preparados, nem com vontade para o fazer.

“...somos é enfermeiros com uma capacidade de ultrapassar que é fantástica, porque acho que nós somos superiores a muitos psicólogos, muitas vezes porque nós vivemos os momentos, não temos formação nesse sentido que eles têm, não temos o apoio que precisávamos de ter e no final de contas, somos superiores a todas elas...”

Quanto às percepções sensoriais experienciadas pelos prestadores cuidados, onde incluímos a nossa narradora, podem induzir emoções isoladas, como várias emoções, sucessivas ou simultaneamente, por vezes num período de tempo curto. A intensidade é variável e depende, quer da intensidade das percepções sensoriais, quer do contexto, quer ainda da sensibilidade pessoal do prestador de cuidados e da sua maneira de ser, que pode variar entre o muito reservado e o muito expressivo.

O olhar e o cheiro surgirão como os sentidos, ou antes, como os mais difíceis de proteger do impacto emocional que desencadeiam. Este impacto emocional exprime-se globalmente em tom negativo: há pouco prazer ou alegria, a contrabalançar a repulsa, a tristeza, o medo, ou a cólera. O olhar encontra-se mais das vezes na origem da tristeza; e o cheiro na origem da repulsa.

“...os óculos disfarçam muito e acabam por me dar uma certa segurança junto deles...”

“...porque a compaixão, a dor dela, a angústia e o desespero da morte e do cheiro e o afastamento das pessoas que acabaram por se afastar dela por causa do cheiro...”

No entanto, a percepção sensorial não se reduz a um fenómeno puramente sensorial: o indivíduo organiza as suas sensações numa sequência de agrado/desagrado, e atribui a essas sensações um significado. As percepções são pois, interpretações. Englobam uma componente cognitiva (avaliação da situação) e outra afectiva.

A formalização ao longo da narrativa, das percepções sensoriais que a Maria experimentou no decurso da interacção com o corpo moribundo, bem como a formalização das experiências emocionais daí decorrente, permitiram-lhe objectivar algo que, num primeiro tempo, revela a sua experiência interior. A linguagem, enquanto sistema de símbolos atribui um significado, numa sucessão de tipificações à apreensão subjectiva da interacção.

A noção de experiência por nós atribuída concilia dois fenómenos aparentemente contraditórios: um meio do sujeito absorver emoções suficientemente fortes para escaparem ao seu controlo, que lhe permite atingir a sua subjectividade pessoal; e uma actividade cognitiva, uma maneira de constituir o real, e sobretudo, de verificá-lo através da experimentação.

2 – AUTO E HETERO AVALIAÇÃO

Ricoeur debruça-se sobre a perspectiva interna do sujeito, que se interpreta a si próprio através de histórias. O mesmo refere que *“a história de vida não é em si mesmo um dado puro e adquirido, mas que ela é obtida por “mediação”*, através das narrativas pelos quais o “si” ou a comunicação se definem. As vidas vão assim, corresponder a “retalhos de história” narradas, como é o caso do pequeno retalho da vida e das experiências de Maria.

Ricoeur ensina-nos que apenas o trabalho da reinterpretação e da reapropriação nos ajuda *“a evitar a alternativa duvidosa de uma simples repetição por um lado, e de uma errância, por outro.”* (Jardim, 2003, p.114).

De facto, o mesmo pretende através da hermenêutica, atenuar o fosso que existe entre a vida e a narrativa, procurando remetê-las para um contacto mais próximo através da leitura, para permitir que a experiência narrada seja interpretada, avaliada e se manifeste de forma singular no dia-a-dia.

Mas Ricoeur defende que a condição para possibilitar a aplicação da leitura à vida é o problema da “identificação com”, o qual contribui para uma visão do nosso carácter através da narrativa.

É através da linguagem que o homem se mediatiza e a imaginação é uma capacidade que faz com que *“novos mundos refaçam a compreensão de nós mesmos”* (Jardim, 2003, p.115). Esta capacidade só é possível através da energia das significações na nossa linguagem.

A narrativa transporta consigo uma faceta prescritiva e avaliativa, de modo a ser capaz de persuadir o leitor, induzindo uma reavaliação do nosso mundo. Tal como nos acontece, enquanto leitores da narrativa da Maria. Fomo-nos embrenhando na experiência da mesma, identificando e apropriando a sua própria forma de sentir, levando-nos também a reflectir sobre a nossa vivencia e maneira de estar na vida. A repensar o sentido da mesma, enquanto seres que também usam a reflexão filosófica e a imaginação, que também se apropriam das experiências dos outros como suas, interpretando-as de modo a sermos capazes nesta fase, de nos autoavaliarmos, de reconfirmar a nossa realidade, a questionarmo-nos acerca dos nossos valores e compreendermos as acções humanas em geral, depois de certa forma de termos interpretado e avaliado.

Como nos refere Jardim (2003, p.118): *“...a narratividade... promove uma consciência reflexiva porque se dirige a convicções, a “fazer acreditar” no que está a ser contado, porque designa valores e expõe o agente da acção enquanto sujeito humano que faz algo de algum modo, numa qualquer circunstância e com um determinado fim.”*

A história de alguém, em analogia com a nossa própria história é vivida temporalmente por cada um. Mas essas histórias fazem parte do nosso dia-a-dia, fazendo-nos tomar consciência da importância das narrativas ou experiências do nosso mundo.

Como condição da compreensão de si mesmo através da narrativa, recorre-se à função metafórica de “ver como”, através da imaginação, pois induzem-nos à auto-compreensão e a uma hetero-avaliação ética, pressupondo uma hermenêutica da própria moral.

Ricoeur (cit. por Jardim, 2003, p.118) confirma: *“...o acto da leitura constitui o meio decisivo a partir do qual os leitores começam a ler-se a si mesmos.”*

Existe portanto, uma apropriação do mundo do texto pelo leitor, papel que ocupamos neste trabalho e que por sua vez aplicamos à nossa vida, com o fim, pensamos nós, de a transformar, refigurando de certa maneira, o nosso agir no mundo enquanto seres humanos.

Para Villaverde (2003, p.314), *“o texto gera um mundo aberto, um mundo peculiar que entra em conflito com o mundo real, a fim de o redescobrir, refá-lo, confirma-o e nega-o.”*

O texto é de facto, uma elaboração subjectiva, que engendra um mundo que é necessário desvelar. Desvendamento este, possível através da hermenêutica, projectando a narrativa para fora de si mesma, revelando um mundo que será verdadeiramente a “alma” da narrativa.

O nosso papel, neste trabalho, situa-se no papel de sujeito que é chamado a compreender-se diante da narrativa. E é-o na medida em que não está fechado sobre si mesmo, mas aberto ao mundo que reescreve e refaz. E é como reconhecimento de diferentes modos de ser, revelados através daquilo que se reescreve, que se aprofunda a compreensão do seu próprio ser, enquanto sujeito.

Em jeito de reflexão, podemos concluir que a nossa vida é feita de mil e um relatos, ou falando com maior propriedade, hermenêutica de mil e um discursos. Reconstitui-los é saber algo mais sobre nós mesmos e encontrar sentido para a realidade, por vezes o para que é o existir.

PARTE V

CONCLUSÃO

CAPÍTULO VII

CONCLUSÃO

“Somente uma vida vivida para os outros...vale a pena viver.”

Albert Einstein cit. por Exley (2003), p. 37

O contacto permanente com crises, que se sucedem e se concentram num mesmo lugar, tem repercussões nos prestadores de cuidados. Será possível trabalhar sem sofrer num lugar onde não se pára de morrer, sem viver as suas próprias crises?

Essa “crise” própria dos prestadores de cuidados podia perfeitamente ser, pela sua repetitividade, destruidora e mortífera, não fosse ela também “acompanhada”, não fosse a angústia exumada, ventilada nas reuniões de equipa, não fosse o sentimento de impotência tão particular a este tipo de trabalho aceite e partilhado, compensado pelo sentimento do seu valor, pelo reconhecimento recebido dos doentes e de algumas famílias, não fosse a possibilidade de continuar a formar-se permitindo pensar a prática e definir com ela a distância certa.

Apresentaremos neste capítulo as nossas principais conclusões do estudo, que comprovam na prática o que foi acima descrito e quais as implicações do nosso estudo para a intervenção e investigação futura.

1 – PRINCIPAIS CONCLUSÕES DO ESTUDO

Com este estudo, tivemos como intenção compreender como é que os enfermeiros vivem a experiência de cuidar doentes em fase de fim de vida.

Centrámo-nos no modelo analítico, qualitativo de Van Mannen (1994) e no modelo hermenêutico de Paul Ricoeur (1995). Assim e de acordo com os pressupostos de ambos os autores, procurámos situarmo-nos no mundo vivido, pelo que nos cingimos ao que é essencial e único. Não pretendendo estabelecer generalizações, os significados atribuídos reportam-se a um contexto único.

Neste sentido, os vectores em torno dos quais a experiência do cuidar do doente em fase terminal em contexto hospitalar se estruturou foram: **sentimentos e emoções do cuidador face à morte e perda e as necessidades do prestador de cuidados.**

Os sentimentos e emoções partilhados pelos enfermeiros foram de mau estar traduzidos em: impotência; revolta; tristeza; pena e compaixão; sensação de perda e frustração.

Adoptaram atitudes de ocultação dos seus sentimentos numa tentativa de protecção. Manifestaram que também receiam a própria morte, por antecipação e reflexão.

Deduzimos perante as nossas conclusões, que o sofrimento dos prestadores de cuidados exprime-se à volta de dois grandes eixos:

- Confrontação com a morte, a perda e o luto
- Confrontação com a sua própria vida e morte

Porque a confrontação quotidiana com a morte do outro, não fantasiada mas real, representa uma lembrança diária da nossa própria mortalidade, do nosso carácter findável. Esta lembrança diária pode ser causa de uma transformação da própria vida. Mas não é sempre possível sublimar este sofrimento. Há momentos em que é mesmo quase destrutivo. Para se proteger dele, cada um constrói mecanismos de defesa que vão desde a banalização até à tentativa de se forjar conceitos e representações da morte mais ou menos tranquilizante.

Estas formas de “compor” a morte, provavelmente inevitáveis e até mesmo necessárias para se proteger minimamente, não se poupam também alguns dos nossos prestadores de cuidados de momentos de verdadeiro sofrimento.

O regresso contínuo ao sentido da vida, para estes cuidadores, da sua própria vida, a não ser que esteja na negação, conduz os mesmos a colocar sempre em causa a própria forma de viver, as suas hierarquias dos valores. Como suportar as mesquinhas, as pequenas coisas, a mediocridade da vida quando por outro lado podemos apreciar o seu preço extraordinário, o seu valor inestimável.

Em suma, a proximidade da morte torna-se numa escola da vida, obrigando, em todo o caso, a repensar a vida, uma vez que a morte mantém-se quase impossível.

No que diz respeito às necessidades sentidas pelos enfermeiros, verifica-se que estes sentem acima de tudo carência de apoio psicológico. Abordando também necessidades a nível cognitivo, nomeadamente no âmbito da formação teórica acerca da temática em causa.

Referem-se também, à falta de instalações apropriadas e adequadas, embora com alguma resignação ao sistema instituído.

Pensamos que os enfermeiros deveriam assim, ter oportunidade para aprofundar os seus conhecimentos em três direcções:

- No sentido de uma melhor reflexão pessoal, sobre os aspectos ligados à problemática da vida e da existência humana, dos aspectos éticos que a envolvem e sobre o real desejo ou motivação para o acompanhamento.
- No sentido de um melhor conhecimento de Psicologia, que permita evitar algumas “armadilhas” de projecção de reacção, bem como de descodificar e enfrentar a linguagem simbólica do doente terminal.
- No sentido de uma sólida formação teórica, indispensável para quem acompanha doentes terminais.

O que ao longo deste trabalho fizemos, foi uma “caminhada” hermenêutica ao mundo a interpretação e do sentido. Tal como nos diz, Araújo e Baptista (2003, p.110), *“a interpretação é como uma inter linguagem intercalada entre o mundo e o homem, ao jeito de condição hermenêutica de toda a dicção do sentido.”*

A interpretação do texto implica, segundo Ricoeur (1995, p.18), uma relação dialéctica entre explicação e compreensão, sendo estes conceitos para o mesmo autor, os dois momentos diferentes mas imprescindíveis do que ele designa de ciclo hermenêutico. Conceitos estes, abordados por nós nesta pesquisa, assim como o seu significado na leitura/interpretação da experiência vivenciada e narrada.

Entrámos no mundo do enfermeiro e a procura do si mesmo, com consciência de si e que no entanto se encontra numa busca incessante de sair de si próprio para compreender melhor o outro, no sentido de se compreender a si próprio.

Assumimos a metáfora e o símbolo como instrumentos de trabalho para chegar à interpretação da narrativa, tendo por base os pressupostos de Paul Ricoeur. Assim como a reflexão que assume um papel extremamente importante nas obras do mesmo autor, pois só através do esforço desta é que o individuo poderá apropriar-se de si através da interpretação do que vivencia.

Neste contexto e em jeito de conclusão reflexiva, terminamos seguros de que atingimos os objectivos a que nos propusemos. Acrescentando que no fundo, cuidar neste mundo, consiste em cuidar dos outros, de si próprio, das coisas, agindo para que seja possível viver neste mundo em coexistência, hoje, amanhã e para além de nós próprios. E que a reflexão sobre as nossas práticas de cuidado, enquanto também prestadores de cuidados, visam a libertação de um encarceramento em esquemas e em processos, baseados em formas de acção repetitivas, onde por vezes, os saberes elaborados e as técnicas, que daí decorrem, perdem o seu sentido de origem. Pensar a experiência significa assim cuidar da experiência adquirida.

O nosso contacto com aqueles que direccionam a sua intervenção no sentido daqueles que pouco têm a partilhar, permitiu-nos reflectir sobre alguns pontos a considerar para um desempenho de qualidade em que a competência, os conhecimentos, bem como a partilha de valores, o respeito e o altruísmo pela pessoa humana devem ser prioritários.

Vivemos, sem dúvida, mais intensamente, com uma consciência mais aguda, aquilo que nos é dado viver, alegrias e tristezas, mas também todas essas “pequenas coisas” quotidianas que são óbvias, tal como o simples facto de respirar ou de andar. Tornando-nos mais atentas aos que nos rodeiam e àquilo que nos rodeia... à vida.

2 – IMPLICAÇÕES PARA A INTERVENÇÃO E INVESTIGAÇÃO FUTURA

Reconhece-se com esta pesquisa, que o apoio aos prestadores de cuidados, organiza-se em dois planos: institucional e pessoal, devendo a instituição proporcionar reuniões, onde houvesse lugar para a expressão de sentimentos, a troca de informação, decisões e interrogações e também a facultação de formação teórica, no sentido de adquirir uma linguagem comum, com os mesmos conceitos, conduzindo a uma reflexão comum entre os vários membros da equipa de trabalho. Também formação no âmbito da relação, onde seriam trabalhadas em especial a qualidade da presença silenciosa, a troca efectiva, a forma de estar presente com a sua autenticidade perante o outro, a forma de ajudar o outro sem acentuar a sua dependência ou a sua franqueza. Não com o intuito de aprender qualquer técnica suplementar, mas uma maior consciencialização do que se “é”, um aumento de auto-estima e da auto-confiança e aumento de uma maior segurança interior.

Concluimos que seria fundamental a adopção de novas práticas de acompanhamento e de formação das organizações de saúde, inclusive uma nova organização do trabalho.

Neste sentido, a investigação nestas áreas nomeadamente da formação e do acompanhamento constante por um psicólogo, poderia levar à reflexão e à posterior certeza da existência destas necessidades e de como seria a melhor forma de as colmatar num futuro próximo nas instituições portuguesas.

Seria também de interesse este tipo de estudos alargar-se a outros grupos de sujeitos que também lidam com doentes terminais, nomeadamente, médicos e auxiliares de acção médica. Tal possibilitaria apreender se os mesmos vivenciam da mesma forma que os enfermeiros, as experiências de lidar diariamente com doentes em fase de fim de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abiven, Maurice (2001). *Para uma morte mais Humana*. Loures: Editora Lusociência

Abreu, J. L. P. (1994). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Allen, M. N., & Jenson, L. (1990). Hermeneutical inquiry: meaning and scope. *Western Journal of Nursing Research*, 22-31.

Anstron, G., Jansson, L., Norberg A., & Hallberg, I. R. (1993). Experienced nurse's narratives of their being in ethically difficult care situations: The problem to act in accordance with one's ethical reasoning and feelings. *Cancer Nursing*, 16 (3). 179-187.

Araújo, A. F., & Baptista, F. P. (2003). *Variações sobre o inquerito: Domínios, teorizações e práticas hermenêuticas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Ariés, P. (1977). *O Homem perante a morte*. Mem Martins: Publicações Europa América.

Ariés, P. (1988). *O Homem perante a morte* (2.^a ed.). Mem Martins: Publicações Europa América.

Ariés P. (1989). *Sobre a história da morte no Ocidente desde a Idade Média* (2.^a ed.). Lisboa: Editorial Teorema.

Atkinson, L. D., & Murray, M. (1989). *Entre fundamentos de enfermagem : Introdução ao processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Edições Guanabara Koogan.

Baranne, F. (1994). *Le couloir, une infirmière au pays du Sida*. Paris: Gullimard.

Barón, González, Feline, & Jalón (1996). El enfermo terminal. In *Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Suporte en el enfermo con cáncer* (pp. 1085-1255). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Bogdan, R. C., & Bickler, S. K. (1994). *A investigação qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.

Cabral de Frias, C., & Fátima, C. (2003). *A aprendizagem do cuidar e da morte: Um desígnio do enfermeiro em formação*. Loures: Editora Lusociência.

Carlson, C. E., & Blackwell, B. (1982). *Les comportements humains*. Paris : Edition du Centurion.

Castledine, G. (1993). The nursing way of death. *British Journal of Nursing*, 2. 776.

Castro, & Azevedo, M. G. (2002). *Imaginação em Paul Ricoeur*. Lisboa: Instituto Piaget.

Cirlot, J. E. (2000). *Dicionário dos símbolos*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Collière, M. F. (1999). *Promover a vida* (4.^a ed.). Loures: Editora Lidel

Collière, M. F. (2001). *Cuidar... A primeira arte de vida* (2.^a ed.). Loures: Lusociência.

Correia, C. J. T. N. (1999). *Ricoeur e a expressão simbólica do sentido*. Tese de doutoramento em Filosofia, Faculdade de Letras, Lisboa.

Costa, F. L. (2000). Unidades de internamento. In *Dossier Sinais Vitais* (4) (Eds.), *Cuidados Paliativos* (pp. 71-81). Coimbra: Edições Formasau, Formação e Saúde Lda.

Damásio, A. (2003). *O sentimento de si: O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência* (14^a ed.). Mem Martins: Publicações Europa América.

Deslauriers, J. P. (1991). *Recherche qualitative: Guide Pratique*. Mc Graw Hill

Dias, M. R. (1997). *A esmerada perdida: A informação ao doente com cancro da mama*. Lisboa: ISPA.

Dossey, B., Keegan, M. L., Guzzetta, C., & Leslie, K. (1985). *Holistic Nursing: A handbook for a practice*. Maryland: Aspen Publishers

Exley, H. (2003). Obrigado por seres gentil: Uma prenda especial. Lisboa: Editorial Estampa.

Fisher, R. (1987). On fact and fiction: The structure of stories that brain tells to itself about itself. *Journal of Social and Biological Structures*, 10. 343-351.

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

Gadamer, H. G. (1976). *Philosophical hermeneutics*. Los Angeles: University of California Press.

Gadow, S. (1984). *Existential advocacy as a form of caring: Technology, truth and touch*. Colorado: Health Sciences Centre.

Gaut, D. (1983). Development of a theoretically adequate description of caring. *Western Journal of Nursing research*, 5 (4). 315.

Gelis, J. (1988). *La sage-femme au la médecin*. Paris : Fayard.

Gerber, R., Heather, M., & Barnard, A. (1999). Phenomenology: A qualitative research approach for explaining understanding in health care. *Qualitative Health Research*, 9 (2). 12-24.

Goetz, J. P., & Le Compte, M. O. (1988). *Etnografía y diseño: investigación cualitativa e educativa*. Madrid: Ediciones Morata.

Gonçalves, Ó. F. (2002). *Viver narrativamente: A Psicoterapia como adjectivação da experiência* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.

Heidegger, M. (1967). *Being and time*. New York: Harper and Row.

Heleno, J. M. M. (2001). *Hermenêutica e ontologia em Paul Ricoeur*. Lisboa: Instituto Piaget.

Henderson, V. A. (1994). *La naturaleza de la enfermería: Reflexiones 25 anos después*. Madrid: McGraw Hill.

Hennezel, M. (1997). *Diálogo com a morte*. Lisboa: Edições Notícias.

Hennezel, M. (2002). Acompanhar os últimos instantes de vida. *Revista Sinais Vitais* (41). 17-21.

Henriques, M. F., & Cols. (1993). O enfermeiro e a morte. *Servir*, 43 (1). 9.

Hesbeen, W. (1996). *Sorte publique et soins infirmières: Formez-vous et testez-vous*. Paris : Editors Lamarre.

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

Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo: Contribuir para um universo mais cuidador*. Loures: Lusociência.

Jardim, M. A. (2003). *Da hermenêutica à ética em Paul Ricoeur: Contributos para um desenvolvimento educativo e moral através da literatura*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Jones, R. V. H., & Cols. (1993). Morte por cancro em casa: A perspectiva das pessoas que cuidam. *Clínica Geral*, 2 (6). 87-98.

- Kubler-Ross, E. (1975). Encontro com os moribundos. *Revista Acção Médica* (3). 172.
- Kubler-Ross, E. (1991). *Sobre a morte e o morrer* (4ª ed.). São Paulo: Martins Fontes Lda.
- Lalande, P. (1996). Espaço sócio-cultural da morte. *Cadernos de Bioética* (12). 19-32.
- Leininger, M. (1985). *Qualitative Research: Methods in Nursing*. London: Gower and Stratton.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalist inquiry*. Beverly Hills: Sage
- Lincoln, Y. S. (1992). Conexiones simpáticas entre los métodos cualitativos y la investigación en la salud. *Qualitative Health Research*. California: ISSN
- Lipovetsky, G. (1989). *A era do vazio*. Lisboa: Relógio d'água.
- Lopes, P. (1985). Viver com a morte. *Servir*, 33 (2). 85.
- Loureiro, M. F. (1998). *O sentimento do comportamento materno diante da morte do filho*. Fortaleza: Edições Pós-graduação.
- Malpique, M. (2002). *Histórias de vida*. Porto: Editores Campo das Letras.
- Mattoso (1996). *O reino dos mortos na Idade Média*. Lisboa: Editora Peninsular Sá da Costa.
- Mayerhoff, M. (1988). *On caring*. New York: Harper and Row.
- Mendonça, A. (1994). O médico e o doente idoso terminal: A intervenção de enfermagem. *Geriatrics* (67). 28.
- Morse, J. (1999). Qualitative generalizability. *Qualitative Health Research*, 9 (1). 5-6.

Moreira, I. M. P. B. (2001). *O doente terminal em contexto familiar*. Coimbra: Edição Formasau.

Oliveira, A. (1999). *O desafio da morte*. Lisboa: Editorial Notícias.

Oliveira, A., & Amâncio, L. (1999). Influência do contexto na percepção e nas representações sociais da morte. *Psicológica*, 12 (2). 213-235.

Pacheco, S. (1999). *A ética no cuidar do doente em fase terminal*. Dissertação de mestrado em Teologia da Saúde e Ética, Faculdade de Ciências Humanas, Lisboa.

Palmer, R. E. (1969). *Hermenêutica*. Lisboa: Edições 70.

Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2ª ed.). United Kingdom: Sage Publications.

Pineau, G. (1988). A auto-formação no decurso de vida: Entre a hetero e a ecoformação. In A. Neiva e M. Finger (Eds.), *Método Autobiográfico e a formação* (pp. 254-321) Lisboa: Ministério da Saúde.

Pinto, V. F. (1988). O direito de morrer. *Servir*, 36 (1). 3.

Pinto, V. F. (1991). Entre a vida e a morte, a razão da esperança: Avaliação ética da Eutanásia, Distanásia e Ortotanásia. *Servir*, 39 (1). 8-22.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1991). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Rey, F. G. (2003). *Sujeito e subjectividade: Uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Ricoeur, P. (1976). *Interpretation theory: Discourse and the surplus of meaning*. Forth Worth: Christian University Press.

Ricoeur, P. (1981). *Hermeneutics and the social sciences*. New York: Cambridge University Press.

Ricoeur, P. (1995). *Teoria da interpretação*. Porto: Porto Editora.

Rinpoche, S. (1995). *O livro tibetano da vida e da morte*. Lisboa: Difusão Cultural.

Salvage, A. V. (1996). *Qui prendra soin d'eux ? Perspectives d'avoir de l'aide familiale aux personnes âgées dans l'Union Européenne*. Luxembourg : Fondation Européenne pour l'amélioration des conditions de vie e de travail.

Schaerer, R. (1996). Docteur, vous lui donnez combien ? *Le temps qui dure, le temps qui reste* (47). 67-78.

Serra, V., & Cols. (1999). Reacções emocionais à doença grave: Como lidar... *Clínica psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra*. 31.

SFAP (2000). *Desafios da enfermagem em Cuidados Paliativos: "Cuidar", ética e práticas*. Loures: Lusociência.

Spiegelberg, H. (1965). *The phenomenological movement: A historical introduction* (2^a ed.). Dardrecht: Martinus Nijhoff.

Strauss, A. L. (1991). *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : L'Harmattan.

Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem : avançando o imperativo humanista*. Loures: Lusociência.

Swanson, K & Chenitz , P. (1993). Nursing as informer for the well - being of others. *Journal of Nursing Education*. Vol. 36

Taylor, D. F., & Hugler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3^a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Thomas, L. V. (1996). *Rites de mort*. Paris: Fayard.

Van Mannen, M. (1994). *Researching lived experienced: Human science for an action sensitive pedagogy*. New York: State University of New York Press.

Villaverde, A. M. (2003). *Paul Ricoeur: A força da razão invertida*. Lisboa: Instituto Piaget.

Walsh, F & Mc Goldrick, M. (1998). *A perda e a família: uma perspectiva sistémica*. Porto Alegre: Art Med.

Watson, J. (1985). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Colorado: Colorado Associated University Press.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e do cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusodidacta.

ANEXOS

Anexo 1 – Requerimento de pedido de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados

Anexo 2 – Aprovação do pedido pela direcção de Enfermagem do Hospital de S. João

Anexo 3 – Guião de entrevista

Anexo 4 – Transcrição integral das entrevistas

Anexo 5 – Estudo de caso

ANEXO 1

Requerimento de pedido de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados

ANEXO 2

Aprovação do pedido pela direcção de Enfermagem do Hospital de S. João

ANEXO 3

Guião de entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA

1. Perante a experiência de cuidar doentes em fase terminal, tente descrever o que sente nessas situações.
2. Descreva o que mais o(a) ajuda nesses momentos.
3. Descreva o que sente aquando o contacto com os familiares do doente terminal e as experiências resultantes desse mesmo contacto.
4. Tente descrever uma experiência com doentes em fase terminal que mais o(a) tenha marcado.
5. Na sua opinião, quais são as necessidades dos enfermeiros, e as suas em particular, ao cuidar um doente terminal em contexto hospitalar.

ANEXO 4

Transcrição integral das entrevistas

ENTREVISTA N.º 1

SEXO: Feminino

IDADE: 31 anos

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL COM DOENTES ONCOLÓGICOS: 9 anos

6. **Perante a experiência de cuidar doentes em fase terminal, tente descrever o que sente nessas situações.**

O que eu sinto é... revolta... a sensação de impotência... a tristeza... são várias sensações, tudo negativo. Nos últimos tempos sinto, se calhar com mais intensidade, porque à medida que nós vamos progredindo, se calhar o número é maior... e o número de experiências também e, se calhar isso pesa um bocadinho perante as situações.

A experiência, no entanto não me levou a ficar mais fria, muito pelo contrário, acho que a pessoa fica mais... não sei... perante o maior número de situações, quanto mais experiência, quantos mais casos têm pela frente, eu acho que as pessoas..., pelo menos eu falo por mim, há pessoas que não, que começam a desligar mais...

Eu acho que não, que quanto maior for o número de experiências, as coisas começam a tornar-se num conhecimento mais amplo e a pessoa começa a pensar mais, quer dizer... a razão disto tudo, o porquê?... e o sentimento de revolta, tristeza e impotência... tudo negativo!

7. **Descreva o que mais o(a) ajuda nesses momentos.**

Não sei... se calhar vejo as coisas pela perspectiva estagiada... se calhar por acreditar que a pessoa vai ficar melhor, e que aquela fase termina ali... termina uma etapa e que essa etapa má vai acabar e que acaba o seu sofrimento, porque a maior parte das mortes é acompanhada pelo sofrimento, pelo menos dos casos que eu conheço, que são casos terminais por doença oncológica em que há muito sofrimento e que por muito

que uma pessoa tente, mesmo com a consulta da dor e que se tente contornar o problema, eu acho que nem sempre se consegue e então... vendo as coisas por essa perspectiva, se calhar alivia-nos um bocado... mas é só um bocadinho... perante o tamanho da situação.

Tento ignorar, só que é uma situação da realidade... é uma estratégia que a pessoa usa... mas usa porque é uma situação a ultrapassar porque a vida continua e porque nós estamos aqui e temos que ter a resistência sempre... não é? Sei que se tenta mas... nós estamos sempre com essa realidade nas mãos e diariamente, portanto acho que é muito difícil... sei que é uma estratégia que nós usamos mas que não resolve o problema.

8. Descreva o que sente quando o contacto com os familiares do doente terminal e as experiências resultantes desse mesmo contacto.

É assim... acho que eles manifestam ingratidão pelo nosso trabalho... que é uma altura muito difícil para eles e não reconhecem que nós estamos ali e estamos a dar tudo por tudo... mas pronto... compreendo perfeitamente que eles... pronto... se manifestem dessa forma. Se calhar se fosse eu, também me manifestava igual ou se calhar, ainda pior, por isso é perfeitamente compreensível.

Perante os familiares há uma sensação de revolta enorme, por não conseguir fazer mais... porque não se consegue.

A maior parte das experiências com as famílias são negativas... são! Ninguém consegue contornar este problema... é assim, a morte... é uma coisa que ninguém consegue, sempre existiu, mas é uma coisa que ninguém consegue ultrapassar... não é?

Sinto um sentimento de impotência, não só para com o doente, como para com os familiares também...

9. Tente descrever uma experiência com doentes em fase terminal que mais o(a) tenha marcado.

Várias... e uma delas que me chocou bastante... que não só a vejo tanto como doente, porque foi uma minha familiar, uma tia minha que também morreu com cancro,

pronto... que teve uma evolução muito rápida e teve uma fase terminal muito, muito má... e ela esteve consciente até ao fim!... E são essas situações que na maior parte dos casos oncológicos existem e que me chocam bastante... e isso **revolta-me** muito. É o facto das pessoas estarem conscientes até ao fim, terem noção do que lhes está a acontecer e isso... é monstruoso! Essa situação chocou-me bastante... pronto foi minha familiar.

Durante a minha experiência profissional tenho tido várias, sobretudo pessoas jovens que tiveram evoluções fatais muito rápidas.

10. Na sua opinião, quais são as necessidades dos enfermeiros, e as suas em particular, ao cuidar um doente terminal em contexto hospitalar.

Acho que devíamos ter uma atenção maior porque é assim, nós somos profissionais de saúde, mas esquecemo-nos sempre que o somos, estamos aqui é para os outros e esquecem-se sempre de nós!... e acho que nesse aspecto deveriam ter um bocadinho mais de cuidado e dar-nos um bocadinho mais de apoio psicológico. Porque há algumas situações que mexem... pronto... há determinadas pessoas que conseguem sair daqui para fora e que conseguem desligar, mas há outras que não... e eu às vezes chego a casa e dou comigo a pensar muitas vezes em situações daqui... por isso acho que deveríamos ter mais um bocadinho de apoio psicológico. Afinal também somos seres humanos e...podemos dar aquilo que não temos? Não é?

ENTREVISTA N.º 2

SEXO: Feminino

IDADE: 29 anos

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL COM DOENTES ONCOLÓGICOS: 8 anos

1. Perante a experiência de cuidar doentes em fase terminal, tente descrever o que sente nessas situações.

O que eu sinto em relação ao doente? É óbvio que **pena**, de todos, não é? Muitas vezes **em relação a mim, frustração**, porque muitas vezes queres fazer um bocado mais... e não consegues, por muito que saibas que estás a tentar, desenvolves imensos cuidados e acabas por saber que a maior parte dos cuidados que estás a fazer acaba por... não sei... por não dar em nada, entre aspas. Pronto é só para melhorar a qualidade de vida, mas pouco mais, não é? Isso também, já é bom, mas pronto, acaba por ser um bocado frustrante, eu pelo menos considero... principalmente **quando são pessoas mais novas...** pronto... **pena, frustração** e basicamente acho que são esses os meus sentimentos.

Sinto impotência e frustração em relação a mim, porque estás a desenvolver cuidados e sabes que estás a insistir e muitas vezes mais frustrada ficas quando vês, se calhar a fazerem determinadas manobras invasivas que eram desnecessárias e que os faz sofrer mais ainda e que em vez de melhorar a qualidade de vida deles, acaba por diminuir. Eu acho que acaba por diminuir. Às vezes eles investem, investem e acho que sem necessidade nenhuma e podiam se calhar investir um bocadinho de outra maneira, no sentido de diminuir a dor e que por vezes aqui não acontece tanto... é necessário ter mais atenção a isso, não é? Por isso mais frustrada ficas porque sobre esse aspecto não podes fazer muito mais.

Sinto uma certa **angústia** aquando o contacto físico com o doente, principalmente quando vês que o doente está consciente e que tu não consegues... sei lá... que ele se está a aperceber daquilo que se está a passar com ele e tu não consegues

aliviar muito o sofrimento porque no momento em que tu o apoias, eu acho que é um bocado complicado...

É assim, acho que uma conversa directa sobre “isso”, acho que nunca tive com nenhum doente... se calhar alguns precisavam mais... e não sei porquê, mas também era capaz de a ter, mas também não sou muito de puxar, acho que eu própria tenho um bocado de receio de abordar doentes sobre “esse” aspecto. É um tema bastante delicado! Pelo menos nunca falei assim, directamente com nenhum doente sobre “isso”.

2. Descreva o que mais o(a) ajuda nesses momentos.

Acho que também depende muito da personalidade das pessoas... e eu sou capaz de conseguir ter uma certa “frieza” e consigo ultrapassar esse aspecto. Há pessoas que não conseguem. Mas ao longo do tempo tu vais trabalhando... e eu não sei muito ainda, mas vais ganhando esse tipo de “frieza” e se calhar em relação aos teus primeiros contactos que tiveste com doentes terminais... sente-se muito menos e se calhar devido às primeiras mortes... quando vim para aqui, ao ver a reacção que as colegas tinham, também ajuda, não é? Tu acabas por não ter uma relação muito diferente e acabas por conseguir, embora às vezes haja um caso ou outro em que uma pessoa engole um bocado em seco... mas, é sempre um bocado chato.

3. Descreva o que sente quando o contacto com os familiares do doente terminal e as experiências resultantes desse mesmo contacto.

Já tive experiências positivas e negativas mas normalmente estão gratos... talvez às vezes alguns não nos dêem se calhar o valor que deversem dar... talvez porque se calhar também depende muito das situações, mas não acho que sejam ingratos.

Alguns abusam, outros não ajudam e outros complicam. Já tivemos aí doentes que tem familiares histéricos, completamente em que não consegues falar com ninguém e já tiveste outros em que os familiares já estão à espera do que tu lhes vais dizer e

reagem se calhar melhor do que tu! Que já estão muito mais cientes e preparados para a situação.

Mas no geral acho que tenho **mais experiências positivas**, sim. Há famílias que têm receio de mexer, tocar, ficam mais angustiadas com medo de fazerem asneiras e no entanto, se calhar encontras outras famílias que são capazes de te ajudar bastante. Mas acaba por ser, principalmente se estiverem naquela fase de agonia... deve ser um bocado complicado...

4. Tente descrever uma experiência com doentes em fase terminal que mais o(a) tenha marcado.

Lembro-me de uma Dona Rosa da cama 32. pronto... ela faleceu numa tarde minha e aí eu engoli mesmo em seco... foi assim... porque ela estava perfeitamente consciente e ela apercebeu-se... também a maneira como ela reagia perante a cirurgia, porque ela falava-te daquilo sem problema absolutamente nenhum e ela tinha mesmo consciência de que ia... lá está... não falei directamente, mas notava-se perfeitamente que estava consciente até ao último minuto e a relação que eu mantive com ela... não sei... senti mais.

Este caso foi sempre foi uma doente bastante aberta, a relação que mantinha connosco e com a sua doença, até porque já tinha tido uma irmã nessa situação e estava totalmente por dentro da situação... e ela falava... mesmo quando teve a perda de cabelo... por isso ela falava. É um caso muito recente, com 3 ou 4 meses. Foi aquele tipo de situação que acaba por falecer, faleceu sem dores e consciente... e acho que em paz, um bocado com ela própria.

Enquanto que a Dona Fernanda da cama 27, que a “apanhei” 1 dia ou 2 antes de ela falecer, estava numa fase completamente desesperada... o que ela pedia era:”Não me deixem morrer!!! Não me deixem morrer!!!” Lá está... é daquelas situações em que sabes que não vais poder fazer nada.

5. Na sua opinião, quais são as necessidades dos enfermeiros, e as suas em particular, ao cuidar um doente terminal em contexto hospitalar.

Se calhar precisávamos de uma enfermaria especial, para termos esses doentes e para terem um melhor tratamento, não é? E se eles fossem melhor seguidos, a nível de cuidados paliativos, se calhar conseguias desenvolver um trabalho melhor do que o que desenvolves aqui... às vezes um bocão à pressa, às vezes... se calhar não falas tanto com os familiares como devias, porque se calhar não lhe damos o apoio que eles precisam e se tivesses, esse tipo de trabalho seria mais gratificante para ti e para o doente.

Se tivéssemos mais biombos... apoio psicológico aos enfermeiros, sei lá...

ENTREVISTA N.º 3

SEXO: Feminino

IDADE: 30 anos

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL COM DOENTES ONCOLÓGICOS: 7 anos

1. Perante a experiência de cuidar doentes em fase terminal, tente descrever o que sente nessas situações.

Sinto pena... realmente “eles” estão ali e estão a sofrer e já se sabe que não se pode fazer nada, a única coisa... é aliviar o sofrimento deles, não é? E muitas vezes não se consegue! De certa maneira é muito difícil de conseguires fazer mais. Sinto frustração porque não consegues fazer com que eles se sintam melhor, que consigam ter uma morte com mais qualidade, se é que se pode dizer isso,,, e o que é certo, é que nunca evito esse tipo de doentes... na altura fica-se a pensar nisso e fica-se frustrada, mas depois lá fora... é esquecer o hospital e falar de outras coisas! Normalmente lá fora não falo do hospital. O hospital é cá dentro e lá fora não se fala, se não era muito pesado e complicado uma pessoa que já aqui vive este tipo de situações e as histórias das famílias e disto e daquilo e chegas lá fora e voltas a bater no mesmo assunto, acabas por “stressar” muito mais, por isso não falo... pelo menos tento evitar!

Quanto à marginalização dos doentes e ao seu isolamento, isso para mim pode ser um pau de dois bicos, porque se o doente estiver consciente apercebe-se e pode ser doloroso para ele, mas por outro lado tens os outros doentes ao lado e que vêm esse tipo de pessoas, às vezes num estado... às vezes degradado, se calhar para eles é complicado, psicologicamente não é muito favorável... e se estes doentes não estiverem bem psicologicamente, isso não ajuda na cura do problema deles. É complicado, mas se calhar prefiro o isolamento... enquanto o doente está consciente, se calhar não responder muito, colocá-lo junto a uma janela e tal... para ele não se aperceber que não está sozinho, mas quando está inconsciente, se calhar o melhor é o isolamento.

No fundo **acabo sempre por pensar na vida**... porque no fundo, tantas chatices, tantos problemas e não somos ninguém e de um momento para o outro pode-te acontecer o mesmo e mais tarde podes ser tu a estar naquela situação.

No **início** da minha carreira, tudo isto era muito **mais chocante**, muito mais complicado e agora continua a ser complicado, mas já consigo lidar melhor com a situação... digamos que **adquiri defesas!**

2. Descreva o que mais o(a) ajuda nesses momentos.

Falar com o doente ainda piora mais as coisas, mas no fundo se ele ficar aliviado acabamos por nos aliviar a nós também... mas falar depois a outra pessoa que esteja no mesmo ramo profissional que **passe pelo mesmo tipo de situação**, falando sobre o assunto ajuda-nos a aliviar... e se calhar tentar compreender e perceber algumas coisas.

Comento os casos com **outros profissionais**, embora continues a sentir-te frustrada, mas pelo menos consegues aliviar a tensão... pô-la cá para fora e ficas melhor.

3. Descreva o que sente aquando o contacto com os familiares do doente terminal e as experiências resultantes desse mesmo contacto.

É complicado com os familiares também... mas depende muito das pessoas, algumas pessoas vêm e falam realmente contigo e **reconhecem o teu trabalho e agradecem**, em que tu consegues ajudar e explicar alguma coisa e fazê-los entender o que é que se está a passar e tudo isso, mas há outros familiares que realmente não vêm para aqui fazer nada... acabas por não lhes fazeres nada e acabam por te incomodar no teu trabalho. Mas no geral acho que o **contacto é positivo**... de vez em quando aparecem alguns negativos, mas no geral são positivos.

4. Tente descrever uma experiência com doentes em fase terminal que mais o(a) tenha marcado.

Foi logo nos princípios... em que tínhamos cá um doente terminal, já não me recordo do nome, e também já não me lembro o que é que ele tinha, porque foi mesmo, mesmo no princípio, em que tive que fazer a múmia.

Ele quando morreu estava tão esquelético, tão esquelético, com o corpo a ficar todo azul, mesmo com uma cor horrível, sabes, parece que já estava numa fase de putrefacção... e eu cheguei a conhecê-lo antes de entrar em coma e era um doente muito querido, muito... daquelas pessoas que não dão trabalho nenhum, percebes? E depois faleceu e tivemos que fazer a múmia e isso marcou-me, marcou-me bastante e ainda mais por estar a começar a trabalhar.

As pessoas novas que entram aqui com neoplasias e pessoas cada vez mais novas também são marcantes e normalmente chocam muito, porque as pessoas mais velhas... já se está à espera... não é? Se calhar é um bocadinho... pronto já esperas. É triste mas já estás a contar, enquanto que as pessoas novas que ainda têm uma vida inteira pela frente, algumas com filhos, outras que acabaram de casar... quer dizer, é chocante.

5. Na sua opinião, quais são as necessidades dos enfermeiros, e as suas em particular, ao cuidar um doente terminal em contexto hospitalar.

Se calhar mais apoio médico a que uma pessoa possa recorrer, se for necessária mais medicação para as dores, se o doente estiver com muitas dores, se o doente precisar de apoio psicológico... haver mais apoio por psiquiatria e ela surgir no dia seguinte... e se conseguires aliviar a dor, já ficas melhor.

Quanto ao apoio psicológico ao enfermeiro, para mim e para já não me faz falta, consigo ultrapassar... mas se calhar deveria haver um gabinete de apoio, porque as pessoas não são todas iguais. Ou porque já tiveram um caso na família e fica traumatizado e não consegue falar no assunto e se calhar precisava de um psicólogo.

ENTREVISTA N.º 4

SEXO: Feminino

IDADE: 28 anos

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL COM DOENTES ONCOLÓGICOS: 7 anos

1. **Perante a experiência de cuidar doentes em fase terminal, tente descrever o que sente nessas situações.**

Revolta... impotência... frustração também de não poder resolver o problema, não poder dar a vida... poder prolongar a vida... e tristeza.

Lido com o doente e falo com ele como se estivesse tudo bem. Enfrento a situação de estados terminais com um bocado de tristeza, mas sem problemas e não evito... enfrento o problema, estou com o doente, talvez ainda com mais atenção do que um doente “normal”. No início tinha mais dificuldade em encarar a situação... mas acho que vou sempre encarar estas situações de mesma forma, tentando ser sensível.

Estes casos fazem-me reflectir sobre a minha vida, sobre a morte e sobre os sentimentos com que a gente se depara perante as fases terminais. Eu, pessoalmente, tenho medo da morte em si... tenho receio... de encarar a morte.

Estas experiências no fundo não são negativas e acabam por ser positivas, na medida em que a gente faz tudo o que pode pela pessoa e dá-lhe apoio psicológico, fala sempre com o doente como se... mesmo que ele não esteja consciente, falo sempre como se ele me estivesse a ouvir, tocando-o com gestos carinhosos. Se consciente, tento ajudar o doente a preparar-se para a sua morte.

2. **Descreva o que mais o(a) ajuda nesses momentos.**

O que me ajuda mais é eu saber que fiz tudo o possível pelo doente para ele ter pelo menos qualidade de vida... enquanto viver, dar-lhe a qualidade possível de vida, na medida do possível para o doente... não ter dores, estar confortável, dar-lhe apoio

psicológico, a ele e à própria família, porque também ela precisa de muito apoio para poder encarar a morte do familiar.

Tento sempre evitar o tema porque se calhar fico sentida, frustrada... aqui dentro tento encarar a situação e o problema de frente, além disso, nós com o tempo vamos criar certas defesas que nos ajudam a suportar esses momentos. Não quer dizer que a gente não deixe verter uma lágrima depois de estar... de chorar... já me aconteceu chorar depois de uma doente ter morrido.

3. Descreva o que sente quando o contacto com os familiares do doente terminal e as experiências resultantes desse mesmo contacto.

Os familiares no geral ajudam e passam por várias fases, como a fase da negação, de quererem negar a morte do seu familiar, de raiva e por vezes não aceitam. Eu nunca passei por nenhuma experiência negativa. Eles acabam por se revoltar com a própria doença do seu familiar com a própria vida em si, revoltam-se, não querem aceitar... mesmo depois de muitas vezes verem o seu familiar já muito mal, não aceitam, negam a própria morte. No entanto não deixam de agradecer tudo o que a gente faz. As minhas experiências com os familiares são na sua maioria positivas.

4. Tente descrever uma experiência com doentes em fase terminal que mais o(a) tenha marcado.

Tenho duas ou três pelo menos que me chocaram... foram doentes que permanecerem muito tempo no serviço e que foram sempre muito boas doentes, mesmo sabendo que o final estava próximo porque se notava que se apercebiam de que iriam falecer e sempre estiveram muito compreensivos e receptivos a tudo o que nós disséssemos...

Lembro-me assim de repente da Dona Anabela e de uma senhora do tempo de quando comecei a trabalhar aqui, que era mãe de um médico, ambas com 50 e poucos anos, novas... e também de uma rapariga de 27 anos. As pessoas mais novas marcam mais, embora todas marquem à sua maneira, mas se for uma senhora de 95 anos,

também me custa muito, mas sei que já viu crescer os filhos, os netos, o que **uma pessoa de 20 anos**, que está no início da vida e que está a desfrutar e que de repente... e normalmente são situações que aparecem de repente, que são muitas vezes galopantes que passados 3 ou 4 meses morrem... e **custa muito, não é?** Pensas que até estás com essa idade, **fazendo-me reflectir** sobre a vida, que me pode acontecer o mesmo.

5. Na sua opinião, quais são as necessidades dos enfermeiros, e as suas em particular, ao cuidar um doente terminal em contexto hospitalar.

Acho que deveria haver **mais formação**, principalmente no aspecto psicológico, a nossa preparação e também a preparação dos próprios familiares e do doente em si. Acho que na nossa formação académica, apesar de ter focado o tema morte, nunca foi muito aprofundada. Os próprios formadores tentam fugir um bocado ao tema... em relação ao hospital e ao espaço físico acho que deveriam haver salas especiais para serem colocados os doentes em fase terminal. Deveriam haver **hospitais com serviços para doentes oncológicos, serviços paliativos**, de modo a que a família tivesse mais condições para acompanhar o familiar e seria melhor para os profissionais.

ENTREVISTA N.º 5

SEXO: Feminino

IDADE: 25 anos

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL COM DOENTES ONCOLÓGICOS: 5 anos

1. **Perante a experiência de cuidar doentes em fase terminal, tente descrever o que sente nessas situações.**

Actualmente o que eu sinto é o seguinte e em primeiro lugar partindo do pressuposto de que a maioria dos nossos doentes estão em fase terminal, são doentes numa altura da vida em grande sofrimento físico, sinto alguma **tristeza**, que é inevitável porque estamos perante uma pessoa que está a sofrer, portanto é inevitável que também soframos um bocadinho com ele. Sinto algum sentimento de **impotência** porque nem todas as dores são controláveis, portanto nesse sentimo-nos um bocadinho impotentes nesse sentido, e acima de tudo uma certa **frustração** e se calhar é o que mais sinto porque às vezes mais coisas poderiam ser feitas para esses doentes e não é feito, porque aligeira-se esta coisa do sofrimento do doente oncológico, porque a maioria deles poderia ser ajudado de forma bem mais eficaz isto mesmo em termos químicos e isso não é feito, portanto inevitavelmente acho que me sinto frustrada por causa desse aspecto. Relativamente do sofrimento não físico acho que esse aspecto também é muito deixado de parte e portanto inevitavelmente também nos sentimos um bocadinho incapazes em ajudar o doente porque acho que a nossa classe profissional de uma maneira geral acompanha muitíssimo bem estes doentes, mas temos que ser humildes o suficiente para reconhecer que não somos capazes só nós de os ajudar.

Mas sinto-me mais capaz agora de os ajudar porque tenho mais conhecimentos quer técnicos, quer químicos... ou seja tenho mais conhecimentos agora do que quando comecei a trabalhar e que os sei usar melhor, de uma forma mais eficaz e reconheço outra série de recursos que não conhecia na altura em **que comecei a trabalhar**, o que posso recorrer e dessa forma ajudar os doentes melhor um bocadinho, do que fazia

nessa altura, dada a insegurança de um recém-formado não permitir sequer estar sensível a determinadas coisas, para as quais estou agora. Tanto que evitava mais os doentes, fazia o que tinha de fazer e por uma questão de defesa pessoal, não olhava tanto à componente humana e agora já me sinto mais à vontade para estar com eles, para falar, porque se eles me fazem perguntas, eu acho que de uma forma ou de outra já tenho habilidade para responder ao que eles querem saber ou podem saber. Embora não me considere mais fria, apenas tenho mais à vontade para estar com eles e sinto as coisas de outra forma, porque frieza não, definitivamente não.

No fundo estes casos fazem-me reflectir muito sobre a minha própria existência. Sem dúvida! Embora nunca me leve a evitar os doentes terminais. A esses doentes procuro dar tudo o que posso e sei porque procuro tratá-los como acho que gostaria que me tratassem a mim. Definitivamente e sem dúvida nenhuma que são doentes que me fazem viver a vida o melhor possível, porque apesar de tudo, eles enriquecem muito o nosso dia-a-dia.

2. Descreva o que mais o(a) ajuda nesses momentos.

O facto de sabermos que temos conhecimentos que nos permitem estar na profissão e nomeadamente nesta área com algum à vontade, porque se não estivermos seguros em termos técnicos e não só, farmacológicos, não podemos estar à vontade nesta área.

O facto que nos sentimos bem connosco próprios é fundamental porque acho que quem não estiver bem consigo próprio e com a vida não tem capacidade para ajudar e lidar com este tipo de doentes. Se em termos pessoais estivermos com algum tipo de problema é inevitável não se ter tanta disponibilidade para os doentes.

Resumindo, ao fazer aquilo que se gosta e saber como é essencial e estar bem consigo mesmo são os 3 aspectos vitais que mais me ajudam.

Essencialmente acho que quem já esteve no papel de doente, vai olhar para os doentes de uma outra forma e perceber perfeitamente o que é que o doente precisa.

3. Descreva o que sente aquando o contacto com os familiares do doente terminal e as experiências resultantes desse mesmo contacto.

A relação com os familiares acho que **é muito positiva** de uma forma geral, só que há um grande entrave quer no nosso relacionamento em relação ao doente quer no nosso relacionamento com os seus familiares, porque existe a discrepância entre aquilo que eles sabem e aquilo que nós sabemos e para além disso aquilo que nós não sabemos que eles sabem, porque não podemos estar à vontade com uma determinada pessoas não soubermos o que é que ele sabe. Não se pode ajudar de uma forma descontraída e amena que é o que eles precisam porque não sabes até que ponto podes ir. Existe uma falta de comunicação relativamente ao diagnóstico e à evolução da doença, porque se não sabemos o que é que o médico falou ou até que ponto foi, acabamos por não saber até que ponto podemos ir, e nesta área da oncologia é muito complicado, sendo ainda mais complicado com a família do que com o próprio doente, pois este a determinada altura apercebe-se... existe uma frase que eu conheço que reflecte bem o que se passa: “quem não for capaz de perceber um olhar dificilmente entenderá uma grande explicação”, portanto isto para querer dizer que os doentes não precisam que a gente lhes diga nada, eles percebem a situação. No entanto há familiares que já não percebem tão bem as coisas, pelo menos como os próprios doentes.

Apesar de tudo e de nem todos os familiares serem interessados, **as experiências com os mesmos são positivas**. Por vezes acho que demonstram muita insegurança que prejudica o doente, porque os stressa mais, não lhes dá a tranquilidade que eles precisam na altura, **mas tudo isto se entende porque são humanos** e não podem estar indiferentes ao sofrimento do seu ente querido. Por vezes detecta-se alguma revolta e/ou frustração por parte dos familiares.

4. Tente descrever uma experiência com doentes em fase terminal que mais o(a) tenha marcado.

Tenho várias... mas definitivamente **a que mais me marcou foi a de um miúdo que tive na medicina, com 16 anos** e com leucemia, com uma história de vida tristíssima, mas um miúdo fantástico e uma pessoa excepcional. Ele entrou com esse diagnóstico, ainda bem fisicamente, e nós vimo-lo ali na medicina sem apoio familiar absolutamente nenhum, porque ele vivia com uma senhora lá da paróquia dele a pedido

do padre, e a senhora que trabalhava não podia vir vê-lo. O seu quadro clínico depressa agravou e nós vimos aquele miúdo a definhar progressivamente acabando por morrer... e foi dos doentes em fase terminal que sem sobra de dúvida mais me marcou. Assim como emocionou toda a gente porque ele próprio era muito emotivo, muito meigo muito tudo... chamava-se Luís. Podemos trabalhar 100 anos que nunca mais nos esqueceremos daquele “puto”.

5. Na sua opinião, quais são as necessidades dos enfermeiros, e as suas em particular, ao cuidar um doente terminal em contexto hospitalar.

Acima de tudo, acho que precisamos todos, ou a classe em si precisa estar muito bem formada em relação a este tipo de doentes, quer em termos de patologias, recursos farmacológicos, técnicos e psicológicos. Acima de tudo em termos emocionais, estes doentes precisam que lhes saibamos dar apoio emocional e não só, porque são um tipo de doentes que precisam de um enfermeiro no verdadeiro significado da palavra. Depois precisamos de enquanto classe que se articula com outras, nomeadamente a médica, precisamente de uma **maior articulação entre estas duas classes profissionais**, porque se há algumas equipas que colaboram muito contigo e se trabalha verdadeiramente em equipa, outras há que não e se isto não acontece, não existem desempenho eficaz.

Em termos de estrutura física, o hospital deixa muito a desejar, pois não estamos minimamente preparados para receber este tipo de doentes, até porque não existe local apropriado para estarem e acabam por estar diluídos no meio de outros doentes ditos “normais”. Se bem que não sou apologista do isolamento, de todo, mas acho que devíamos ter recursos para que se fosse preciso ou quando fosse preciso o colocássemos num sítio mais privado. Não temos alternativas e estamos obrigatoriamente sujeitos às regras do internamento dos serviços que são comuns a todo o tipo de doentes e diagnósticos.

ENTREVISTA N.º 6

SEXO: Feminino

IDADE: 38 anos

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL COM DOENTES ONCOLÓGICOS: 12 anos

1. Perante a experiência de cuidar doentes em fase terminal, tente descrever o que sente nessas situações.

Dependendo do diagnóstico desse doente, dependendo se tem bom prognóstico e favorável para ter alguma qualidade de vida durante mais algum tempo. Mas essencialmente o que eu sinto é o não poder fazer mais pelo doente, a não ser dar acompanhamento e tentar não passar ao doente a imagem que estou a sentir. Sinto alguma **frustração** por não conseguir por vezes apoiar de uma outra maneira, a que ele seja independente o maior espaço de tempo possível. **É isso que me revolta...** o facto de eu não poder fazer mais por este tipo de doente.

Em relação ao que era no início da carreira acho que não estou mais fria, **menos emotiva talvez**, porque **uma pessoa vai ganhando “calo” ao longo do tempo.**

As pessoas são também totalmente diferentes, na sua maneira de estar, o que no fundo leva a que nós tenhamos outra postura por vezes. Mas dedico-me muito ao doente, não digo de forma exagerada mas agora entrego-me mais do que antes, deveria ser talvez ao contrário, mas não. Dedico-me mais a este tipo de doentes em fase terminal, do que por vezes aos outros doentes, porque vejo que os outros não precisam tanto de cuidados, é nesse sentido.

Procuro saber junto do doente o que é que o doente sabe, para saber como é que irá reagir, mas normalmente **evito falar da morte.**

2. Descreva o que mais o(a) ajuda nesses momentos.

Olhar para o doente como se fosse meu familiar. Imagino, seja novo ou seja velho, e toca-me mais... cada vez mais, talvez por ser... não sei, muito sensível nesse sentido. Quanto mais velhinhos, mais pena tenho deles, porque conseguiram chegar a uma idade em que já só esperam a morte natural, mas acontece-lhes algo que os vai afectar muito mais física e psicologicamente. Por esse facto necessitam de mais nós, que lhes falta mais carinho.

3. Descreva o que sente quando o contacto com os familiares do doente terminal e as experiências resultantes desse mesmo contacto.

Os próprios familiares muitas vezes negam e não querem aceitar. Fingem que não é nada e viram costas e quando não acreditam são acompanhados por um médico. As minhas experiências negativas são mais nesse sentido. Por vezes reconhecem-nos gratidão e a ingratidão que se denota, vem daqueles que não aceitam a situação do seu familiar, e por vezes acham que nós temos culpa na situação, e que os doentes se encontram numa situação terminal e bastante debilitados porque nós não lhes damos atenção suficiente. Os familiares estão cada vez mais exigentes... porque acham que à medida que a medicina avança talvez a cura talvez estivesse de estar mais próxima.

4. Tente descrever uma experiência com doentes em fase terminal que mais o(a) tenha marcado.

Uma doente que eu conheci à muito tempo e que inclusive tratava por “tu”, em que o seu marido era uma simpatia, sempre nos agradeceu e reconheceu o nosso trabalho e o que nós fazíamos era sempre o bem e o melhor.

Tive outra que me morreu nos braços durante a noite e que me chocou. A filha quando chegou, que até era nossa colega, já não encontrou a mãe com vida. Essa

senhora era uma pessoa que lutava para viver e que a sua doença oncológica evoluiu de tal forma, que foi tudo muito rápido (1 mês) e acabou por morrer em coma.

5. Na sua opinião, quais são as necessidades dos enfermeiros, e as suas em particular, ao cuidar um doente terminal em contexto hospitalar.

Acho que precisávamos de um espaço para estar com esses doentes. Um espaço quer físico, quer humano, onde pudéssemos estar, conversar... temos enfermarias muito grandes e estamos a prestar cuidados e os outros olham. Nem que se queira individualizar o doente, não se consegue, porque há sempre aquele receio que o outro ouça e que passe a mensagem errada aos familiares.

Também formação ao pessoal... nomeadamente **ética**. Porque por vezes a morte é desvalorizada, como acto espiritual, por vezes por falta de tempo. Respeitar a privacidade, o saber ser e o saber estar, a humanização perante estes doentes.

ENTREVISTA N.º 7

SEXO: Feminino

IDADE: 31 anos

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL COM DOENTES ONCOLÓGICOS: 6 anos

1. **Perante a experiência de cuidar doentes em fase terminal, tente descrever o que sente nessas situações.**

Essencialmente acho que numa primeira fase é sempre aquela sensação de que tu não vais poder fazer nada, que não vais conseguir salvar aquele doente e é um **bocado frustrante** porque tudo aquilo que tu fazes provavelmente ele nunca vá reconhecer, daí a frustração e a raiva.

No início talvez até evitasse um pouco estes doentes, fazia o que tinha de fazer e saía, mas agora tento ultrapassar o mais possível, tento falar com “ele”, falar com a família. Acho que tenho outra abertura em relação aos primeiros tempos enquanto profissional.

Sinto a sensação de fracasso muitas vezes, embora cada vez menos porque se fica com a sensação de que lhe conseguiste aliviar a dor, estar com o doente, o que é importante para cada um como pessoa, como enfermeiro... se calhar no início sim, mas à medida que os dias vão passando com a pessoa e com a família vai-se sentindo que se fez realmente alguma coisa.

Todo este processo faz-me reflectir sobre a minha vida e sobre a dos meus familiares principalmente.

2. Descreva o que mais o(a) ajuda nesses momentos.

Penso que tentei dar o meu melhor... que estou a ajudar no que posso ajudar... se chega para a família, não sei, mas para mim nesse aspecto é satisfatório. É achar ao máximo que estou a fazer pelo doente o melhor que posso... é isso!

3. Descreva o que sente aquando o contacto com os familiares do doente terminal e as experiências resultantes desse mesmo contacto.

Em relação aos familiares... é complicado, porque às vezes não se sabe se ao falar com aquela pessoa acerca do seu familiar, podemos falar abertamente sobre tudo... há pessoas que têm abertura para se falar dessa forma e que dizem “eu estou preparado para falar da morte de...”, eu nesta situação sabe-se lá como é que a pessoa vai reagir ao saber determinada informação, mas é complicado saber quem é que vai estar preparado para ouvir determinadas coisas.

De um modo geral o contacto é positivo, fora os casos em que os familiares estão numa fase de revolta... em que nos sentimos frustrados porque não nos sentimos recompensados pelo esforço que fazemos.

4. Tente descrever uma experiência com doentes em fase terminal que mais o(a) tenha marcado.

Uma das experiências que me marcou mais foi um dos filhos presenciar a morte da mãe. No momento em que ela faleceu saí disparada da enfermaria... mas lembro-me sempre da imagem do filho e do seu sofrimento... estes familiares conseguiram estar com a mãe até ao final e assistiram à sua morte.

5. Na sua opinião, quais são as necessidades dos enfermeiros, e as suas em particular, ao cuidar um doente terminal em contexto hospitalar.

Aquilo que eu acho que falta, tem muito a ver com a qualidade de vida dos doentes em fase de fim de vida... os doentes são mal seguidos, com dores... acho que os médicos também não estão preparados para este tipo de situações.

Deveria haver uma equipa mais presente, para a dor. Mais formação para os enfermeiros... e mais condições físicas nos serviços... um quarto ou dois, preparados para receber estes doentes e os seus familiares que quisessem ficar junto do doente.

ENTREVISTA N.º 8

SEXO: Masculino

IDADE: 31 anos

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL COM DOENTES ONCOLÓGICOS: 6 anos

1. Perante a experiência de cuidar doentes em fase terminal, tente descrever o que sente nessas situações.

Basicamente o que eu sinto nessas alturas é a necessidade que eu tenho de fazer com que as pessoas se sintam o melhor possível, visto que as pessoas estão a sofrer. Mas eu uso um sistema que é... evitar ao máximo que os doentes se apercebam... filtro as minhas emoções. Não me deixo afectar, separo muito bem as coisas porque não posso... vejo no entanto a minha mulher que também, trabalha com doentes em fase terminal e que se deixa afectar muito, enquanto que eu, evito isso. Nunca evitando o doente nem a família, tento confortá-los o mais possível, aqui tento dar o melhor que tenho...

O último sentimento que tenho é a sensação de perda em relação à pessoa... porque há sempre uma sensação de perda, por muito que se espere. Depois há a compaixão, pena também pela pessoa e acho que são sentimentos que qualquer pessoa sente e que não somos só nós. Não sinto é frustração, porque se tenho consciência que prestei todos os cuidados, não me vou sentir frustrado, porque no fundo sei que o fim será sempre o mesmo. Pode-se sentir alguma, mas porque às vezes por culpa das condições não conseguimos dar o melhor que queremos.

Todos os dias damos de “caras” com um fim que poderá ser de todos nós...

2. Descreva o que mais o(a) ajuda nesses momentos.

Se calhar precisava de tempo para responder a isso... Tenho uma filosofia de vida muito prática e quero as coisas com sentido prático, sempre com o objectivo de fazer as coisas pelo melhor, tentando não entrar muito na vida dos doentes... e filtrar os sentimentos. Porque sei que nestes casos não posso alterar o rumo das coisas... se me deixar levar, vou sofrer!

Tento ser mais simpático, mais do que empático, embora não tenha sido isso que me ensinaram no curso a ser...

3. Descreva o que sente aquando o contacto com os familiares do doente terminal e as experiências resultantes desse mesmo contacto.

O contacto com os familiares é normal... lá está... é prático... é tentar orientá-los, no sentido de que a situação é de facto irreduzível, apoiá-los o máximo possível, para não sofrerem com falsos sentimentos, faço-o de modo natural, sem fingimentos.

Para já tenho tido um feedback positivo por parte dos familiares... vêm falar comigo, interrogam-me... Embora como qualquer profissional já tenha sentido, por parte dos familiares, algum tipo de frustração por não ser reconhecido. Por vezes são actos espontâneos e dos quais os familiares se arrependem mais tarde e nós temos que compreender, porque por vezes a revolta é uma atitude natural...

4. Tente descrever uma experiência com doentes em fase terminal que mais o(a) tenha marcado.

Acho que foi o ano passado... é uma senhora que estava em fase terminal e o marido dela estava aí todos os dias... não me recordo do nome dela... aí está... tendo outra coisa... não me consigo lembrar do nome das pessoas... recordo-me da cara, mas o nome passa-me... mas não me esqueço da situação!

Essa senhora esteve muito tempo aí internada e faleceu de uma forma brusca e o marido não estava nada à espera e veio aí numa manhã de sábado, em que nós tivemos que lhe dar a notícia e... era um senhor já idoso... em que tivemos que lhe dar assistência e foi uma situação muito chocante, marcante para toda a gente... tivemos que nos revezar uns aos outros para que ninguém desse a entender que tinha ficado afectado com a situação e ao mesmo tempo confortar a pessoa. Foi uma situação de levar as lágrimas aos olhos... foi um momento raro, foi um daqueles momentos em que não consegui filtrar... e lá está... sofre-se, e eu tento evitar esse tipo de situação.

5. Na sua opinião, quais são as necessidades dos enfermeiros, e as suas em particular, ao cuidar um doente terminal em contexto hospitalar.

Acho que o nível da formação escolar deveria ser mais aplicável na prática. Apoio teórico mais aprofundado de como se lida com estas situações. Não aquela psicologia de “chapa” que toda a gente dá... que não chega. Outro tipo de ensino que nos desse capacidades psicológicas para conseguir dar a volta às situações.

Em relação ao espaço físico, temos lacunas por todos os lados: não temos privacidade do doente; apoio médico para o doente; consulta da dor para o doente; sem condições físicas para receber um familiar com o doente.

O facto de colocar um doente consciente num quarto com os familiares para mim não é isolar o doente... é evitar que o mesmo esteja exposto a um conjunto de ruídos que incomodam... nos países do 1º mundo é assim que acontece. Têm centros de apoio com uma equipa multidisciplinar que acompanha o doente até ao fim e que providenciam tudo. Aí se calhar têm uma relação muito mais aprofundada relativamente aos sentimentos com o doente. Mas aí a filtragem não se faz, pelo que vi... sentem mais a perda do doente pois empenham-se mais, nesses espaços totalmente adequados.

ENTREVISTA N.º 9

SEXO: Feminino

IDADE: 26 anos

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL COM DOENTES ONCOLÓGICOS: 5 anos

1. Perante a experiência de cuidar doentes em fase terminal, tente descrever o que sente nessas situações.

Tenho um cuidado completamente diferente em relação aos outros pacientes que estão numa fase curativa de uma doença. Cuidar doentes em fase terminal é um recortar de conhecimentos que ainda não são muito difundidos a nível do país e a nível de Portugal, que é completamente diferente nas normas e até na forma como se cuida e que é um tipo de conhecimento que também, não é desenvolvido cá, por isso uma doente terminal não é um doente que está a terminar a vida... é um doente que pede outro tipo de cuidados completamente diferentes... não é “não há nada a fazer”, há muito a fazer, só que a maior parte das pessoas não sabem o que fazer.

Quanto a sentimentos... exactamente os mesmos sentimentos que sinto quando trato de outro doente, simplesmente eu acho que estes doentes precisam de um pouco mais de paciência. São doentes muito apelativos que levam a uma situação que eu acho que é... humildade... porque eles têm muito mais para nos ensinar do que nós temos para lhes dar.

Não tenho sentimentos de raiva ou de compaixão... é um doente para mim, é uma pessoa que está ali, que merece o meu respeito e que não me leva a ter mágoa e que saio daqui frustrada, não. Cuido de uma pessoa, dou o meu melhor... muitas vezes saio é com a frustração de que poderia ter feito mais para ajudar. Eu trato os pacientes como eu acho que deveria ser tratada... sempre pensei desta forma. Cuido o outro, não como eu acho que deve ser, mas como eu quero que seja, dentro dos parâmetros do profissionalismo, como é óbvio.

2. Descreva o que mais o(a) ajuda nesses momentos.

A minha experiência de vida... a própria pessoa que está lá, a família... muitas vezes ajuda imenso a saber o que é que “ele” gosta, o que é correcto e o que não. O que me ajuda mais é a minha filosofia de vida, sem dúvida. Cuidar de alguém que está a morrer, não é alguém que vai morrer daqui a umas horas, mas que vai viver mais algumas horas. É um bocado contra a filosofia dos outros profissionais.

3. Descreva o que sente aquando o contacto com os familiares do doente terminal e as experiências resultantes desse mesmo contacto.

A maior parte das experiências com familiares é positiva, o grande problema é que pouca gente pensa na sua morte ou na morte do outro e quando chega cá, ao hospital depara com a morte de alguém que lhes é querido.

Sinto perante os familiares, às vezes, a impotência e não perante a pessoa que está a morrer, porque uma coisa é o sofrimento físico e outra é o psicológico e acho que é muito mais difícil lidar com o sofrimento psicológico.

Porque são pessoas que nos são desconhecidas, enquanto que a doente se vai tornando familiar à medida que vamos lidando com ela, os familiares são pessoas estranhas que nos caem do nada e com quem tu tens de lidar e que nunca os conheceste. É muito complicado... se conseguires explicar às pessoas que só estás a tentar dar ao doente qualidade de vida, elas vão colaborar. Eu nunca tive nenhum problema com nenhum familiar...

4. Tente descrever uma experiência com doentes em fase terminal que mais o(a) tenha marcado.

Um doente que me pediu eutanásia às 3 da manhã... ele disse-me que empurrava a seringa, para lhe dar a morfina toda... um homem muito culto que esteve no serviço, de 53 anos de idade, que se culpava com o filho ileostomizado e também com cancro e a mulher que também estava a morrer com cancro da mama, mas que ainda vinha visitá-

lo. Ele tinha o abdómen aberto e simplesmente me pediu. Eu expliquei-lhe que era contra a eutanásia e que se ele o queria fazer, teria que o fazer com um médico. Que era impraticável em Portugal. Eu acho que ele estava em tal sofrimento que acho que quando estão em sofrimento não pensam. E na hora do sofrimento físico em que ele tinha a dor controlada ele tinha o sofrimento psicológico de alguém que teve tudo na vida e que via agora que o dinheiro não podia comprar a sua vida. Essa experiência marcou-me para sempre e marcou-me o sofrimento psicológico, mais do que o sofrimento de dor que nós conseguimos controlar. O sofrimento psicológico gera a situação de impotência.

5. Na sua opinião, quais são as necessidades dos enfermeiros, e as suas em particular, ao cuidar um doente terminal em contexto hospitalar.

É não estarmos formados para lidar com o tal sofrimento psicológico. A grande lacuna nos cuidados de saúde são as regras de boa educação, como cumprimentar o doente pelo nome e não sabemos lidar com o sofrimento do outro gerando situação de impotência.

A área em que há uma grande lacuna nos cuidados e a área do lidar humano. Tentar perceber os outros não no nosso mundo mas no mundo deles.

ENTREVISTA N.º 10

SEXO: Feminino

IDADE: 34 anos

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL COM DOENTES ONCOLÓGICOS: 11 anos

1. **Perante a experiência de cuidar doentes em fase terminal, tente descrever o que sente nessas situações.**

Depende, varia conforme o tipo de doente, do relacionamento já tinha com esse doente e também do estado do doente, do estado de consciência que o doente apresente, da situação, da idade, no fundo de sentimentos que todos demonstram. Existe aquele tipo de doente que mesmo sabendo que está numa fase terminal e está agarrado à vida, que há qualquer coisa que o impede, no fundo, de se libertar e esse tipo de doente “mexe” mais connosco.

Quando nós estamos com doentes que ainda não viveram, a gente começa a pensar para nós próprios no fundo o que é que é a vida, o que é que adianta de andarmos aqui de forma gananciosa, a trabalhar, andar a poupar, andar a tentar construir alguma coisa se no fundo a vida é tão curta, e tão de repente a gente pensa que está muito bem e dá-nos qualquer coisa, ou vamos ao médico e ficamos a saber que temos qualquer coisa e que 3 ou 4 meses de vida...

Perante isto acho que ficamos a pensar, enfim... a gente lida com o facto todos os dias... no início choca um bocado, mas ao fim de uns anos as coisas são vistas de outra maneira, relembra outros casos que teve e situações. No início custa um bocado mais, eu acho... agora, já são muitos anos e começamos a saber desligar do trabalho e ir para casa arrumando o assunto num “cantinho” e vamos viver a nossa vida. Mas não evito propriamente um doente terminal, mas se for um doente muito apelativo e fizer muitas perguntas fico um bocado sem respostas e fica-se triste porque se está a dar esperanças a uma pessoa que não tem esperanças nenhuma. Fica-se com pena...

2. Descreva o que mais o(a) ajuda nesses momentos.

Penso que temos que aproveitar a vida o mais que se pode e tem que se aproveitar todos os momentos e aproveitar o dia-a-dia porque nunca se sabe qual irá ser o seu amanhã. Deixar de lado as tristezas e as quezílias que às vezes existem entre as pessoas e fazer tudo por viver em harmonia e por ser feliz, passear, divertir-se cada um à sua maneira. Aproveitar os minutos todos... isso ajuda-me imenso.

3. Descreva o que sente aquando o contacto com os familiares do doente terminal e as experiências resultantes desse mesmo contacto.

Depende dos familiares... e depende da forma como eles reagem à situação. Revolta às vezes um bocado ver os familiares perante o doente em fase terminal, virem para discutir as heranças junto do doente e dos outros doentes. Revolta as pessoas trazerem os doentes e abandonarem-nos e não aparecerem. Mas, no fundo, a experiência também me diz que cada um chega ao fim da vida e tem um bocado daquilo que construiu durante a sua vida e que também contribuíram para a situação devido à sua maneira de estar na vida.

Muitos vêm para cá para marcar presença e não para verem a pessoa, por outro lado existem os familiares, que, coitados, sofrem imenso e não são os mais apelativos.

4. Tente descrever uma experiência com doentes em fase terminal que mais o(a) tenha marcado.

Sei lá... vamos tendo tantas que nos marcam... marcam sobretudo as pessoas muito novas que realmente ainda tinham muito para viver, que sofrem imenso.

Tivemos por exemplo a Dona Anabela... e depois marca o doente que vamos conhecendo por fases. Aqueles que vão tendo internamento periódicos e que vão chegando cada vez pior.

5. Na sua opinião, quais são as necessidades dos enfermeiros, e as suas em particular, ao cuidar um doente terminal em contexto hospitalar.

Eu acho que o que fazia muita falta são os **cuidados paliativos** que não existem como deveriam existir, se calhar ajudava muito mais os doentes e depois indirectamente ajudavam-nos também a nós. É impensável que os doentes tenham dores e que não estejam nunca bem.

Terem condições para que os familiares pudessem, se o desejassem, estar sempre junto do doente, quartos particulares, por exemplo. Ou seja, **espaço físico adequado e assistência médica adequada** à situação de forma a dar dignidade à pessoa e para lhe aliviar o sofrimento condignamente, num local apropriado e adaptado para o efeito.

ANEXO 5

Estudo de caso

ESTUDO DE CASO

SEXO: Feminino

IDADE: 44 anos

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL COM DOENTES ONCOLÓGICOS: 20 anos

11. Perante a experiência de cuidar doentes em fase terminal, tente descrever o que sente nessas situações.

Quando jovens... uma revolta interior. Hoje já supero muito mais, antigamente não... era capaz de ser muito forte junto dele e depois ir dar assim uma choradinha à casa de banho. Hoje não, sinto muito mais, acho que sinto muito mais porque tenho filhos e ultrapasso junto dos doentes... se eles estão numa fase... embora eu tenha a vontade de estar com eles e dar aquela força, às vezes que eles precisam para poderem encarar a situação... de poder ultrapassar as dificuldades, aceitando a própria doença... às vezes a lágrima solta-se mesmo à frente deles, pronto... os óculos disfarçam muito e acabam por me dar uma certa segurança junto deles.

Também depende do nosso estado de espírito do momento, se o nosso estado de espírito na altura, por razões familiares e outras, nos está a afectar no momento, aquela dificuldade de encarar a situação de doença. Numa fase terminal, nestes doentes sobretudo, eu penso que em todos, mas principalmente nestes, se eles são pais, se os próprios são pais, eu encaro-a com muito mais dificuldade, mas também com muito mais garra para os ajudar... é doloroso... vou para casa muitas vezes a pensar quando estou no meu repouso, passa-me aquela situação, tento-me colocar num prisma lateral, analisando onde posso ter falhado, a ver onde tenho que melhorar, se de facto não lhe dei aquele apoio necessário, aquela ajuda que eles naquele momento poderiam precisar mais e depois também se eu vejo na televisão alguma coisa que esteja relacionada com a situação de uma fase terminal... então aí, desmancho-me toda... tenho que sair, mudar de canal e virar a atenção para outra coisa porque fico mesmo...

E acho que fiquei assim, pior, por causa da situação familiar, não sei se é pelo facto de ter miúdos doentes que me faz com que este sentimento de “pingo no olho” me assole constantemente, mas sofro um pouco com os doentes... e há momentos que este sofrimento me faz ser forte em relação aos doentes, para os ajudar cada vez mais.

Esta vida que nós damos aos outros, porque no fundo nós acabamos por dar muito de nós aos outros, faz-me reflectir, sobretudo nesta idade... ao fim desta caminhada toda, 19, 20 anos de dádiva aos outros... além disso já tenho 40 anos e estes 40 anos fazem-me reflectir e pensar que se calhar daqui a 20 anos, daqui a 30 anos eu já não vou ser a mesma pessoa e provavelmente algum desenvolvimento de alguma doença oncológica e quero encará-la... estou-me a preparar sentimentalmente para a encarar da melhor maneira possível, porque a forma como a vou encarar vai ajudar os meus filhos e eu vou provavelmente ajudar o meu marido a ultrapassar esta dificuldade que provavelmente irá ser muito dolorosa para eles.

Esta vivência toda faz-me reflectir que daqui a uns anos todos nós somos susceptíveis de ter esse tipo de patologia e cada vez mais isto faz pensar que isso realmente é provável, todos nós poderemos ter ou disto ou daquilo, uma patologia desse género e temos de encarar a vida o melhor possível e dando melhor segurança nesse sentido... se nós estamos seguros e nos sentimos seguros, enfrentando esta situação da melhor maneira, provavelmente vamos ajudar muito mais quem nos rodeia... é assim que eu vejo...

Hoje em dia eu sinto tudo com grande profundidade, sobretudo por aquelas pessoas que são jovens e têm filhos, em que têm uma vida onde os filhos necessitam de maior apoio... nas pessoas com uma certa idade, já tento pensar que eles viveram a vida deles, que a vida lhes deve ter proporcionado momentos muito bons.

É triste a situação de uma pessoa chegar a este ponto, sobretudo porque o cancro acaba por deitar abaixo qualquer estado psicológico, não é? E esse “mal”, esse “monstro” acaba por as pessoas... independentemente de virem posteriormente a ultrapassar a doença..., mas inicialmente deita abaixo todas as capacidades psicológicas e físicas dessas pessoas... porque... e eu falo um bocadinho por fora, porque não a tenho, mas se a tivesse iria passar, provavelmente, por todas as etapas que todo o doente oncológico passa... o que eu quero, no momento, é ser forte e tentar ultrapassar todas estas dificuldades, é por isso que encaro a doença com este sentido.

Resumindo, eu encaro a situação sempre de frente, o que eu por vezes tento evitar é aquele mau estar de determinados doentes, que por acharem que são superiores aos outros seres humanos, conseguem “deitar-me abaixo”. Ou seja, há determinados doentes, e esses eu evito, que devido à sua situação financeira ou por acharem que são superiores aos outros... nós temos de tudo... sabes que tudo nos passa pelas mãos e eu sou capaz de dar a minha “camisa” a um doente que precise de apoio, de ajuda, mas humilde... agora aquele que acha que pelo facto de eu ser enfermeira, que é um ser inferior a ele, e que mesmo no momento em que precisam de ajuda ainda conseguem ser arrogantes, embora o trate com humanidade, os meus sentimentos não são os mesmos... ajudo-o... mas no fundo tento evitar aquele atrito, aquela situação de instabilidade que às vezes acaba por se impor e eu então evito... não é não ajudar nas suas necessidades de cuidados, mas... talvez aquela aproximação, não é de todo a mesma aproximação que qualquer doente nos desperta.

12. Descreva o que mais o(a) ajuda nesses momentos.

O que mais me ajuda nesses momentos é que tenho 2 filhos e penso muito neles! Isso dá-me força para trabalhar, reflectir, ajudar e... qual a melhor forma de fazer e às vezes quando estou a fazer alguma coisa reflecto sobre aquilo que estou a fazer e se é mesmo aquilo que devo fazer, a minha tomada de decisão vai ter uma ponderação muito grande.

Falar sobre o assunto também ajuda muito... é uma libertação que nos ajuda em todos os sentidos.

13. Descreva o que sente quando o contacto com os familiares do doente terminal e as experiências resultantes desse mesmo contacto.

Na maioria dos doentes, os seus familiares cumprimentam-nos, vêem-nos cumprimentar na rua, também não esquecem e sempre que encontro um ou outro, agradecem-me e lembram-se das situações em que mais precisaram e do apoio psicológico que lhes foi dado... muitas vezes nem eu me lembro de algumas situações

que eles me tentam recordar, pois são tantas as situações, que algumas acabam por cair no esquecimento e de certa forma eles não nos esquecem... por vezes alguns falam de outros casos que ouvem e dizem “aquele senhor diz que a senhora o ajudou muito”.

Uma vez na Areosa, um senhor agarrou-me no braço e disse-me “senhora enfermeira, nunca mais me esqueci de si, foi tão boa para a minha mulher”... E eu já nem me lembrava quem ele era!

Ou seja, de uma forma geral, os familiares não nos esquecem e agradecem o que nós fazemos... embora hajam evidentemente exceções... mas a maioria é assim, mesmo naquelas situações em que os familiares assistem à morte do seu familiar em fase terminal, podem ficar revoltados naquele momento achando que nós não fizemos o suficiente para... quer dizer, eles viram a nossa preocupação, o nosso tentar fazer e ajudar o máximo, mas a revolta interior deles, resultante da perda do seu ente querido, revolta-se com a pessoa que se encontra mais por perto... somos nós... mas posteriormente eles reconhecem o nosso esforço e a dedicação... a nossa dedicação... sem margem de dúvidas.

14. Tente descrever uma experiência com doentes em fase terminal que mais o(a) tenha marcado.

Olha... eu era jovem, deveria ter 4 ou 5 anos de experiência profissional e conheci uma outra jovem, com um cancro no útero, que acabou por ir para ao isolamento, uma doente da qual ninguém se queria aproximar ou entrar lá dentro, porque a doente cheirava muito mal... era uma jovem, que o cheiro dela incomodava todo o mundo, até empestava os corredores...

O sorriso que eu lhe podia transmitir, embora fosse para ela feito com agrado... e ela sentia o amparo... ela sabia que ninguém gostava de lá ir... praticamente era só eu que lá entrava, nos meus turnos, e isso para além de ter marcado a doente, marcou-me a mim também, porque a compaixão, a dor dela, a angústia e o desespero da morte e do cheiro e do afastamento das pessoas que acabaram por se afastarem dela por causa do cheiro e dos tratamentos que eram necessários.

Isso marcou-me. E marcou-me no sentido de imaginar que um dia fosse eu a estar naquela situação e senti-me revoltada. Ela tinha apenas vinte e poucos anos e não me arrependo de ter feito o que fiz aquela rapariga e era bem notório o afastamento de todos. E não entravam porquê? Primeiro porque era uma fase terminal, o desespero de uma doente em fase terminal, o desespero pelo cheiro que era nauseabundo... tudo isto fazia com que as pessoas recusassem a ir lá trabalhar e a suportar aquele estado.

Eu não sei se era por ser quase da idade dela... ou por quase sentir o mesmo na pele, na altura eu apeguei-me aquela rapariga.. e ela ainda esteve internada durante bastante tempo... lembro-me perfeitamente... prestar-lhe cuidados a toda a hora, era desesperante naquela rapariga... para o meu despertar acho que foi mesmo... sentir aquilo, a angústia de sentir, que também a mim me podiam por de parte por ter um problema daqueles, que nem sequer foi provocado por nós... que não aconteceu por nós querermos, ou resultante de um erro na nossa vida... mas foi apenas algo que aconteceu, que se produziu e se formou lá dentro, pronto... e que gerou toda aquela complicação e provavelmente foi esse... esse sentir que me fez despertar aquela “dor de mim” em relação a ela, que me deixou muitas noites sem dormir. Pensei muito naquela rapariga. E como esse muitos outros. Mas este tirou-me noites de sono, liguei inclusive durante as férias a perguntar pelo seu estado, por não me conseguir separar do caso. A morfina não fazia efeito, eu passei horas ao lado dela na cama. Durante esse meu período de férias, eu estava no Algarve e num dia em que liguei para saber novidades sobre ela, soube que ela tinha falecido... e eu não estava com ela nesse momento...

Há coisas que me despertam em particular. E é o caso destas pessoas jovens... mas no fundo, quase todos os profissionais se sentem afectados por estes casos. E nós somos uma equipa muito jovem que eu admiro muito... o nosso grupo aqui da Cirurgia. A, o meu grupinho (risos), o nosso grupinho que é todo, de uma forma geral bom... e é isso que eu penso, é que as pessoas independentemente de não o demonstrarem, por vezes, mas sentem-no, não vão para casa pondo uma barreira opaca e esquecem o assunto. Eu acho que não...

15. Na sua opinião, quais são as necessidades dos enfermeiros, e as suas em particular, ao cuidar um doente terminal em contexto hospitalar.

O apoio que muitas vezes nós não temos... muitas vezes o desmornar acaba por nos bater à porta, às vezes sinto e acabo por sair da beira dos doentes e acabo por “despejar” sem ser vista... eu não noto... quer dizer, as necessidades do nosso apoio, nós precisávamos se calhar de alguém que nos fortalecesse o nosso espaço emocional... e provavelmente nos desse aquele conforto e aquela força que nós não temos... se calhar é isso.

As nossas emoções acabam por ser reforçadas por nós, uns com os outros, acabamos por nos defender uns com os outros: “agora vai tu”, porque se calhar é isso que nos conforta, dividindo as emoções, o mau estar uns com os outros, porque em termos de estrutura que nos cedesse apoio psicológico, nós não temos.

Quanto à estrutura física do hospital e em relação a estes doentes... é um bocado relativo... eu que já vivi “o fundo” deste serviço, trabalhar com quarenta e tal, cinquenta doentes sozinha, sem empregada e a tentar reconfortar e depois de uma noite sentir, que passar doente por doente com a mesma emoção. Passar pelo primeiro doente e chegar ao último com a mesma emoção... é gratificante quando a gente recebe um sorriso, mas nem sempre isso acontece, por vezes olham para nós e acham que é nossa obrigação e de facto até é, mas nós também somos seres humanos e temos necessidades de apoio psicológico e incentivo para não nos irmos abaixo. Alguém com quem pudéssemos falar, ouvir, porque o simples ouvir já nos faria sentir melhor.

No fundo, nós precisávamos de um psicólogo, ou de um terapeuta, que nos ouvisse falar das nossas dificuldades, estados emocionais, as nossas necessidades, porque tudo isto, além de toda esta pressão do estado emocional dos doentes que nos transferem e consegue permanecer em nós durante algum tempo, toda esta angústia, das frustrações que temos que encarar no serviço e levar para casa, para os nossos familiares... tudo isto e por vezes ouvimos que somos isto e aquilo... acabamos por ser incompreendidos pelos outros e tudo isso nos deita abaixo emocionalmente.

O que nós somos é enfermeiros com uma capacidade de ultrapassar que é fantástica, porque eu acho que nós somos superiores a muitos psicólogos, muitas vezes porque nós vivemos os momentos, não temos a formação nesse sentido que eles têm,

não temos o apoio que precisamos de ter e no final de contas, somos superiores a todos eles, porque acabamos por cair, levantar, ultrapassar, apoiar e ajudar todos aqueles que precisam, acho que somos uns seres fantásticos. Modéstia à parte... Acho que, no entanto, uns têm mais capacidades do que outros, mas no fundo não deixam de ser seres humanos, e não caem e escorregam e muitos deles conseguem esconder muitas emoções... é o que eu vejo... muitas vezes conseguem. Outros fogem a estas situações tornando-se frios para contactar com as suas próprias dificuldades.

Eu também sou uma pessoa fria... quando sinto determinadas emoções, passo e por vezes sou muito agressiva, quando tento esconder as minhas emoções, porque acho que já me é difícil controlar, já se torna espontâneo, como defesa... espontânea no momento da justiça, mas essa espontaneidade vem com uma certa agressividade misturada, porque muitas vezes já não consigo aceitar determinadas coisas e acabo por “rebentar” e é a agressividade que vem ao de cima.