UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

RENATA SANTOS DE SOUZA

O MODELO TEÓRICO DO INTUIR EMPÁTICO NA FORMAÇÃO DO ESTUDANTE DE ENFERMAGEM: ORIENTANDO O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E PRODUZINDO METAMORFOSE

RIO DE JANEIRO
2016

RENATA SANTOS DE SOUZA

O MODELO TEÓRICO DO INTUIR EMPÁTICO NA FORMAÇÃO DO ESTUDANTE DE ENFERMAGEM: ORIENTANDO O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E PRODUZINDO METAMORFOSE

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Rosane Mara Pontes de Oliveira

RIO DE JANEIRO

2016

S791m Souza, Renata Santos de
O modelo teórico do Intuir Empático na formação do estudante de enfermagem: orientando o cuidado em saúde mental e produzindo metamorfose/Souza, Renata Santos de. Rio de Janeiro, 2016.
278f.

Orientador: Rosane Mara Pontes de Oliveira.
Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

1. Ensino. 2. Cuidado. 3. Enfermagem. 4. Saúde Mental. I. Oliveira, Rosane Mara Pontes de, orient.
II. Título.

RENATA SANTOS DE SOUZA

O MODELO TEÓRICO DO INTUIR EMPÁTICO NA FORMAÇÃO DO ESTUDANTE DE ENFERMAGEM: ORIENTANDO O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E PRODUZINDO METAMORFOSE

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Rio de Janeiro, 12 de dezembro de 2016.

Aprovada por

_____
Profa. Dra. Rosane Mara Pontes de Oliveira – Presidente
Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ

_____
Profa. Dra. Luzimar dos Santos Luciano
Departamento de Enfermagem - UFES

_____
Profa. Dra. Cristina Maria Douat Loyola
Mestrado Profissional em Gestão de Programas e Serviços de Saúde - UNICEUMA

_____
Profa. Dra. Maria Angélica de Almeida Peres
Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ

_____
Profa. Dra. Virgínia Faria Damasio Dutra
Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ

_____
Profa. Dra. Josete Luzia Leite
Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ

_____
Profa. Dra. Edna Gurgel Casanova
Departamento de Enfermagem - UERJ

RIO DE JANEIRO

2016

Dedico este trabalho

Ao meu amado Senhor e Salvador Jesus Cristo, a quem eu amo, sou e serei eternamente grata!

Ao meu amado esposo que não me deixou desistir, apoiou-me e intercedeu por mim!

Ao meu amado filho, bênção mais preciosa que o Senhor me concedeu, minha alegria, minha riqueza!

Aos meus amados pais que sempre fizeram o melhor por mim e cooperaram por mais esta conquista!

Ao meu amado irmão, que mesmo distante torceu por mim!

Aos meus amados(as) irmãos(ãs) em Cristo da Igreja de Nova Vida em Porto de Santana, pelas orações, pelo carinho e pela amizade.

Que o Senhor os retribua sete vezes mais todo o bem que me fizeram para o alcance desta conquista!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao Deus Pai, a Deus Filho, e ao Deus Espírito Santo, toda honra, toda glória e todo louvor!

Porque Dele e por Ele
Para Ele são todas coisas
Porque Dele e por Ele
Para Ele são todas as coisas
Porque Dele e por Ele
Para Ele são todas coisas
Porque Dele e por Ele
Para Ele são todas as coisas

A Ele a glória
A Ele a glória
A Ele glória
Pra sempre, amém

Quão profundas riquezas
O saber e o conhecer de Deus
Quão insondáveis
Seus juízos e seus caminhos

A Ele a glória
A Ele a glória
A Ele glória
Pra sempre, amém

Ministério de Louvor Igreja Batista da Lagoinha

AGRADECIMENTOS

Ao **meu Deus**, pelo seu amor e cuidado por mim, guiando-me e ajudando-me no Caminho e me permitindo chegar até aqui. Minha eterna gratidão e amor!

Ao **meu esposo**, pelo amor, incentivo, investimento, intercessão e compreensão durante as minhas ausências para o alcance desta conquista. Amo você!

Ao **meu filho**, minha linda herança do Senhor, que de sua forma e com seu amor, buscou aceitar, compreender minhas ausências, minhas longas horas de estudo. Amo você filho!

Aos **meus pais e irmão**, pelo amor e incentivo que contribuíram para o alcance desta conquista. E aos **meus pais, em especial,** pelo investimento em minha vida e pelo amor e cuidado com meu filho. Amo vocês!

Aos **colegas professores do Departamento de Enfermagem** da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), docentes efetivos e aposentados, que se mobilizaram para que o Doutorado Interinstitucional entre a Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e a UFES se realizasse.

À Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela realização do Programa de Doutorado Interinstitucional UFES-UFRJ.

À **professora Dra. Maria Helena Costa Amorim**, por ter me incentivado a realizar o processo seletivo para o DINTER, e por ter sido uma excelente coordenadora, competente, dedicada e atenciosa às necessidades dos doutorandos, bem como a **professora Dra. Márcia de Assunção Ferreira**, que coordenou este doutorado com competência.

Aos **colegas professores do Departamento de Enfermagem**, pelo apoio para que eu cursasse o DINTER. Em especial, minhas colegas da disciplina Atenção à Saúde

do Adulto, **Profa. Dra. Carolina Maia Martins Sales**, **Profa. Dra. Roseane Vargas Rhor**, **Profa. Dra. Flávia Batista Portugal**, e recentemente, **Profa. Ms. Magda Ribeiro de Castro Soares**, pela consideração e apoio sempre que necessitei em decorrência das atividades do DINTER. E, à **Profa. Dra. Elizabete Regina Araújo Oliveira** com quem compartilhei a disciplina Processo de Cuidar em Saúde, bem como à **Profa. Dra. Kallen Dettmann Vandekoken**, que ingressou recentemente na disciplina, que também manifestou semelhante consideração e apoio.

À minha orientadora, **Profa. Dra. Rosane Mara Pontes de Oliveira**, pelo aprendizado durante as orientações, as aulas ministradas nas disciplinas e nas reuniões do núcleo de pesquisa e, em especial, por compartilhar o modelo teórico do Intuir Empático, de sua autoria, e a oportunidade de utilizá-lo nesta pesquisa.

Às **professoras Dra. Ivis Emília de Oliveira Souza** e **Dra. Maria Aparecida Vasconcelos Moura,** pela atenção, carinho e preocupação comigo sempre que nos encontrávamos na EEAN.

Aos **professores do DINTER** que ministraram aulas nas disciplinas e cooperaram para a aquisição de novos conhecimentos e o aprimoramento da minha formação acadêmica.

Aos **colegas do DINTER** pelo companheirismo e aprendizado, em especial, à **Profa. Dra. Cândida Caniçali Primo**, que em todo o tempo foi muito solícita e disponível para nos representar, auxiliar e informar sempre que necessitávamos.

Aos **estudantes de enfermagem do projeto de extensão** Ações de Enfermagem em Saúde Mental, pela oportunidade de ensinar e aprender com vocês novas possibilidades de cuidar em saúde mental.

A todos os **estudantes de enfermagem** que participaram desta pesquisa e que contribuíram para o alcance desta conquista.

Aos irmãos e irmãs em Cristo da Igreja de Nova Vida em Porto de Santana, pela comunhão, orações, carinho, amizade, apoio, torcida... Muito obrigada!

“E não nos cansemos de fazer o bem, porque a seu tempo ceifaremos, se não desfalecermos” (Gálatas 6.9).

RESUMO

SOUZA, R. S.**O modelo teórico do Intuir Empático na formação do estudante de enfermagem:** orientando o cuidado em saúde mental e produzindo metamorfose. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2016.

Desde o seu surgimento até o presente, o ensino de enfermagem em saúde mental acompanha as transformações que ocorrem na assistência em saúde mental ao longo dos anos. Atualmente, o grande desafio é formar enfermeiros de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica e do paradigma psicossocial. Neste sentido, o modelo teórico do Intuir Empático surge como uma teoria para fundamentar o cuidado de enfermagem em saúde mental na perspectiva deste paradigma. O presente estudo teve como objetivos: Descrever a experiência de implementação do modelo teórico do Intuir Empático pelos estudantes de enfermagem no cuidado de enfermagem em saúde mental; Compreender o significado dessa experiência para os estudantes; e Analisar a implementação do modelo teórico pelos estudantes. Participaram do estudo 23 estudantes do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). O cenário da pesquisa foi o Departamento de Enfermagem da UFES e o Centro de Atenção Psicossocial. O caminho metodológico foi orientado pelo referencial teórico do Interacionismo Simbólico e referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados. Para a produção dos dados foram utilizados: entrevista aberta, observação participante e memorandos. Após a produção dos dados, estes foram codificados, gerando 04 categorias e 02 fenômenos dos quais emergiu um fenômeno central: O modelo teórico do Intuir Empático na formação do estudante de enfermagem; orientando o cuidado em saúde mental e produzindo metamorfose. Ao desenvolver o cuidado ao paciente, os estudantes foram norteados pelos conceitos do modelo teórico, cuja aplicação no cuidado favoreceu a superação de estigmas e preconceitos em relação ao paciente, a aquisição de habilidades de relacionamento interpessoal, o aprimoramento da comunicação, a superação das dificuldades para desenvolver o cuidado e a identificação e atendimento das necessidades dos pacientes.

Palavras-chave: Ensino. Cuidado. Enfermagem. Saúde Mental.

ABSTRACT

SOUZA, R.S. **The theoretical model of Empathetic Intuition in the training of nursing student:** guiding care in mental health and producing metamorphosis.2016. Thesis (Doctorate in Nursing)-Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro, 2016.

Since its rise to the present, Mental Health Nursing education accompanies the transformations that occur in mental health assistance over the years. Currently, the major challenge is to train Nurses in accordance with the principles of the Psychiatric Reform and the Psycho-Social Paradigm. In this sense, the theoretical model of Empathetic Intuition arises as a theory in support of nursing care in mental health from the perspective of this paradigm. The present study had as objectives: To describe the experience of implementation of the theoretical model of Empathetic Intuition by nursing students in nursing care in mental health; To understand the meaning of this experience for these students; and To analyze the implementation of the theoretical model for students. In this study 23 students from the undergraduate course in Nursing at the University of Espirito Santo (UFES) have participated. The content of the survey was at the Department of nursing UFES and the Psychosocial Attention Center. The methodological path was guided by the theoretical framework of the symbolic interactionism and the methodological referential Theory based on data. For the production of data were used: open interview, participant observation and memoranda. After the production of this data, each piece of data was coded generating 04 categories and 02 phenomena, of which emerged a central phenomenon: The theoretical model of Empathetic Intuition in the training of nursing student: guiding care in mental health and producing metamorphosis. To develop patient-care students were guided by the concepts of the theoretical model, which favored overcoming stigma and prejudice in relation to the patient, the acquisition of interpersonal relationship skills, improving communication, overcoming difficulties to develop care and identifying and meeting the needs of patients.

Keywords: Teaching. Care. Nursing. Mental Health.

RESUMEN

SOUZA, R.S. **El modelo teórico de Intuir Empático en la formación del estudiante de enfermería:** Guía de atención en salud mental y la producción de metamorfosis. 2016. Tesis (Doctorado en Enfermería)-Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal de Rio de Janeiro, 2016.

Desde su origen hasta la actualidad, la educación de enfermería de salud mental acompaña las transformaciones que se producen en la asistencia de salud mental durante los años. Actualmente, el reto es formar enfermeras con arreglo a los principios de la reforma psiquiátrica y paradigma psico-social. En este sentido, el modelo teórico de Intuir Empático surge como una teoría en apoyo de la atención en salud mental desde la perspectiva de este paradigma de enfermería. El presente estudio tuvo como objetivo: describir a la experiencia de la aplicación del modelo teórico el Intuir Empático por estudiantes de enfermería en la atención de enfermería en salud mental; entender el significado de esta experiencia para los estudiantes; y analizar la aplicación del modelo teórico para los estudiantes. Participaron en este estudio 23 estudiantes de la Licenciatura en enfermería por la Universidad Federal del Espírito Santo (UFES). La en cuesta fue el Departamento de enfermería de la UFES y el Centro de atención psicosocial. La ruta metodológica fue guiada por el marco teórico del interaccionismo simbólico y el metodológico referencial de la teoría basada en datos. Para la producción de datos se utilizó: la entrevista abierta, la observación del participante y las notas. Después de la producción de estos datos fueron cifrados mediante la generación de 04 categorías y 02fenómenos de los cuales surgieron un fenómeno central: El modelo teórico del Intuir Empático en la formación del estudiante de enfermería: Guía de atención en salud mental y la producción de la metamorfosis. Para el desarrollo de los estudiantes de la atención al paciente fueron guiado por los conceptos del modelo teórico, que favoreció la atención superando el estigma y los prejuicios en relación con el paciente, la adquisición de las habilidades de la relación interpersonal, mejorar la comunicación, superación de las dificultades para desarrollar la atención e identificar y satisfacer a las necesidades de los pacientes.

Palabras clave: Enseñanza. Precaución. Enfermería. Salud Mental.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 O início da jornada 21

Figura 2 O ambiente da jornada 45

Figura 3 Qual o caminho a seguir? 62

Figura 4 O modelo teórico do Intuir Empático: uma direção para continuar a jornada 68

Figura 5 O caminhar com o olhar do Interacionismo Simbólico e o andar na Teoria Fundamentada nos Dados 76

Figura 6 Mata da regionalização de saúde em Vitória 85

Figura 7 A chegada de companheiros à jornada: os participantes da pesquisa 94

Figura 8 O caminho em percurso: um horizonte a desvendar 102

Figura 9 Representação do processo de codificação dos dados..... 108

Figura 10 Analisando a viagem realizada pelos participantes da pesquisa: o caminho percorrido, o caminhar, a bagagem, os companheiros de viagem..... 109

Figura 11 Fenômeno 1: O processo de formação do estudante de enfermagem para o cuidado em saúde mental 212

Figura 12 Condição causal do fenômeno 1: Conhecendo o modelo teórico do Intuir Empático..... 213

Figura 13 Condição contextual do fenômeno 1: As manifestações do eu no processo de formação 215

Figura 14 Ações/Interações do fenômeno 1: Implementando o modelo teórico do Intuir Empático no cuidado 217

Figura 15 Condição interventora do fenômeno 1: O tempo influenciando a formação para o cuidado 218

Figura 16 Consequências do fenômeno 1: Desenvolvendo o saber o e o fazer do estudante de enfermagem para o cuidado em saúde mental 219

Figura 17 Fenômeno 2: O desenvolvimento do cuidado em saúde mental fundamentado no modelo teórico do Intuir Empático pelo estudante de enfermagem 222

Figura 18 Condição causal do fenômeno 2: Desenvolvendo um cuidado que se importa 223

Figura 19 Condição contextual do fenômeno 2: Percebendo o ambiente do cuidado 224

Figura 20 Ações/Interações do fenômeno 2: Desenvolvendo um cuidado singular 225

Figura 21 Condição interventora do fenômeno 2: O tempo influenciando o desenvolvimento do cuidado 226

Figura 22 Consequência do fenômeno 2: Produzindo um cuidado fundamentado teoricamente 227
Figura 23 Chegando ao fim da jornada 229
Figura 24 Fenômeno Central: O modelo teórico do Intuir Empático na formação do estudante de enfermagem: orientando o cuidado em saúde mental e produzindo metamorfose 231
Figura 25 Iniciando uma nova jornada 241

LITAS DE QUADROS

Quadro 1 Artigos pesquisados nas bases de dados 36

Quadro 2 Síntese dos planos de ensino das disciplinas Enfermagem Psiquiátrica (1983,1998), Estágio Supervisionado em Enfermagem Psiquiátrica (1983,1998) e Enfermagem em Saúde Mental (1998), segundo carga horária, período, estratégias de ensino e critérios de avaliação 51

Quadro 3 Síntese dos planos de ensino das disciplinas Enfermagem Psiquiátrica (1983,1998), Estágio Supervisionado em Enfermagem Psiquiátrica (1983,1998) e Enfermagem em Saúde Mental (1998), segundo conteúdo programático e local de laboratório 52

Quadro 4 Síntese dos planos de ensino da disciplina Enfermagem em Saúde Mental (2000-2007.1), segundo carga horária, período, estratégias de ensino e critérios de avaliação 54

Quadro 5 Síntese dos planos de ensino da disciplina Enfermagem em Saúde Mental (2000-2007.1), segundo conteúdo programático e local de laboratório 54

Quadro 6 Síntese dos planos de ensino das disciplinas Atenção à Saúde do Adulto (2007.2-2016) e Enfermagem na Saúde do Adulto (2008, 2010, 2011, 2016), segundo carga horária, período, estratégias de ensino e critérios de avaliação 56

Quadro 7 Síntese dos planos de ensino das disciplinas Atenção à Saúde do Adulto (2007.2-2016) e Enfermagem na Saúde do Adulto (2008, 2010, 2011, 2016), segundo conteúdo programático e local de laboratório 57

Quadro 8 Descrição das entrevistas realizadas com os estudantes 104

Quadro 9 Recorte dos dados brutos e códigos preliminares da primeira entrevista 105

Quadro 10 Recorte da codificação dos códigos preliminares com a formação dos códigos conceituais 106

Quadro 11 Recorte da codificação dos códigos conceituais com a formação das subcategorias 107

Quadro 12 Relação de categorias a partir do agrupamento das subcategorias 107

Quadro 13 O modelo teórico do Intuir Empático e a metamorfose do estudante 111

Quadro 14 O Intuir Empático 112

Quadro 15 Dúvidas apresentadas 131

Quadro 16 Aprendizado do Intuir Empático 132

Quadro 17 Primeira impressão sobre o Intuir Empático 133

Quadro 18 Opinando sobre o Intuir Empático 135
Quadro 19 Contribuições para o cuidado 136
Quadro 20 Contribuições para o estudante 137
Quadro 21 Contribuições para o paciente 138
Quadro 22 Avaliação após a implementação 139
Quadro 23 Atitudes após a implementação 142
Quadro 24 O estudante e a arte de cuidar..... 144
Quadro 25 Sentimentos, sensações e expectativas em relação ao paciente ... 145
Quadro 26 A visão sobre o paciente 149
Quadro 27 Reconhecendo dificuldades e fragilidades 152
Quadro 28 Ultrapassando estigmas e preconceitos 154
Quadro 29 Descrição da experiência 156
Quadro 30 Descrevendo a implementação 157
Quadro 31 Não implantação de todos os elementos 159
Quadro 32 Associação às ações e atividades desenvolvidas 161
Quadro 33 Incertezas quanto à implementação 165
Quadro 34 O esquecimento de alguns elementos 168
Quadro 35 Tempo de implementação do Intuir Empático 169
Quadro 36 Percepção da implementação 172
Quadro 37 O cuidado do estudante orientado pelo modelo teórico do Intuir Empático 175
Quadro 38 Abordando o paciente 176
Quadro 39 Conversando com o paciente 178
Quadro 40 A escuta 181
Quadro 41 Permitir falar 182
Quadro 42 Refletindo sobre o que dizer e fazer 183
Quadro 43 Atitudes empáticas 185
Quadro 44 Compreendendo o paciente 187
Quadro 45 Construindo vínculo 189
Quadro 46 Expressando disponibilidade 191
Quadro 47 Dedicando tempo ao atendimento 192
Quadro 48 Querendo ajudar 192
Quadro 49 Reconhecendo o tempo do paciente 193
Quadro 50 Respeitando o tempo do paciente 194
Quadro 51 Acreditando no paciente 195

Quadro 52 Esperançando o paciente 195
Quadro 53 Incentivando o paciente 196
Quadro 54 O cuidado do estudante e seu entorno 197
Quadro 55 Identificando as necessidades dos pacientes 199
Quadro 56 Planejando ações 200
Quadro 57 Ações desenvolvidas 201
Quadro 58 Elementos mais relevantes ao cuidado 204
Quadro 59 Saberes importantes ao cuidado 205
Quadro 60 Tempo necessário para cuidar 206
Quadro 61 A prática dos profissionais do CAPS 208

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Perfil sociodemográfico dos estudantes do curso de graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo 96

Tabela 2 Perfil acadêmico dos estudantes do curso de graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo 98

Tabela 3 Percepção dos estudantes sobre a área de saúde mental 100

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1	Pintura em tela retratando o conceito de Escuta Qualificada	114
Fotografia 2	Palavras-chave retratando a compreensão do conceito Escuta Qualificada	115
Fotografia 3	Pintura em tela retratando o conceito de Intuição	116
Fotografia 4	Palavras-chave retratando a compreensão do conceito Intuição	116
Fotografia 5	Pintura em tela retratando o conceito de Empatia	117
Fotografia 6	Palavras-chave retratando a compreensão do conceito Empatia	118
Fotografia 7	Pintura em tela retratando o conceito de Esperançar	119
Fotografia 8	Palavras-chave retratando a compreensão do conceito Esperançar	120
Fotografia 9	Pintura em tela retratando o conceito de Prontidão para Cuidar	121
Fotografia 10	Palavras-chave retratando a compreensão do conceito Prontidão para Cuidar	122
Fotografia 11	Pintura em tela retratando o conceito de Conhecimento Técnico	123
Fotografia 12	Palavras-chave retratando a compreensão do conceito Conhecimento Técnico	125
Fotografia 13	Pintura em tela retratando o conceito de Tempo	126
Fotografia 14	Palavras-chave retratando a compreensão do conceito Tempo	126
Fotografia 15	Pintura em tela retratando o conceito de Cuidado Pós-Demanda	128
Fotografia 16	Palavras-chave retratando a compreensão do conceito Cuidado Pós-Demanda	129
Fotografia 17	Pintura em tela retratando o conceito de Experiência de Cuidar	130
Fotografia 18	Palavras-chave retratando a compreensão do conceito Experiência de Cuidar	130

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 22
1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS E PONTO DE PARTIDA 22
1.2 A PROBLEMATIZAÇÃO E A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE TESE ... 23
1.3 A JUSTIFICATIVA, A RELEVÂNCIA E AS CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA 34
2 O ENSINO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL.... 46
2.1 O ENSINO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO 50
3 AS TEORIAS DE ENFERMAGEM NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL 62
4 O INTUIR EMPÁTICO..... 69
4.1 COMPONENTES DO INTUIR EMPÁTICO 69
4.1.1 Empatia..... 69
4.1.2 Intuição..... 70
4.1.3 Experiência de Cuidar 71
4.1.4 Conhecimento Técnico..... 71
4.2 ELEMENTOS DA CLÍNICA DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA QUE FUNDAMENTAM O INTUIR EMPÁTICO..... 72
4.2.1 Tempo..... 72
4.2.2 Cuidado Pós-Demanda..... 73
4.2.3 Escuta Qualificada..... 74
4.2.4 Prontidão para Cuidar..... 74
4.2.5 Esperançar..... 74
4.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE O INTUIR EMPÁTICO 75
5 O CAMINHO METODOLÓGICO..... 77
5.1 O REFERENCIAL TEÓRICO 77
5.2 O REFERENCIAL METODOLÓGICO 80
5.3 TIPO DE PESQUISA..... 83
5.4 CENÁRIO 84
5.5 PARTICIPANTES 88
5.6 TÉCNICA DE PRODUÇÃO DOS DADOS..... 88
5.7 IMPLICAÇÕES DO PESQUISADOR 93
5.8 CUIDADOS ÉTICOS 93
6 APRESENTANDO OS PARTICIPANTES DA PESQUISA..... 95
7 APRESENTANDO A ANÁLISE DOS DADOS..... 103

8 ANALISANDO OS DADOS..... 110
8.1 O MODELO TEÓRICO DO INTUIR EMPÁTICO E A METAMORFOSE DO ESTUDANTE 110
8.1.1 Subcategoria A: Conhecendo o Intuir Empático..... 112
8.1.2 Subcategoria I: O Intuir Empático, suas contribuições e implicações..... 136
8.2 O ESTUDANTE E A ARTE DE CUIDAR 143
8.2.1 Subcategoria B:Percebendo o paciente 145
8.2.2 Subcategoria C: Refletindo sobre si 152
8.2.3 Subcategoria E: Descrevendo a experiência de implementação do Intuir Empático 156
8.3 O CUIDADO DO ESTUDANTE ORIENTADO PELO MODELO TEÓRICO DO INTUIR EMPÁTICO 174
8.3.1 Subcategoria F: Tendo uma postura acolhedora..... 175
8.3.2 Subcategoria G: Usando a prontidão para cuidar, o tempo e a esperança para cuidar..... 190
8.4 O CUIDADO DO ESTUDANTE E SEU ENTORNO 197
8.4.1 Subcategoria D:Detectando as necessidades e cuidando..... 198
8.4.2 Subcategoria H:Identificando os aspectos que influenciam o cuidado..... 204
9 INTERRELACIONADO OS FENÔMENOS..... 211
9.1 O PROCESSO DE FORMAÇÃO DO ESTUDANTE DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL 211
9.1.1 Conhecendo o modelo teórico do Intuir Empático..... 213
9.1.2 As manifestações do eu no processo de formação..... 208
9.1.3 Implementando o modelo teórico do Intuir Empático no cuidado..... 215
9.1.4 O tempo influenciando a formação para o cuidado..... 216
9.1.5 Desenvolvendo o saber e o fazer do estudante de enfermagem para o cuidado em saúde mental..... 218
9.2 O DESENVOLVIMENTO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL FUNDAMENTADO NO MODELO TEÓRICO DO INTUIR EMPÁTICO PELO ESTUDANTE DE ENFERMAGEM 221
9.2.1 Desenvolvendo um cuidado que se importa..... 223
9.2.3 Percebendo o ambiente do cuidado..... 224
9.2.4 Desenvolvendo um cuidado singular..... 225
9.2.5 O tempo influenciando o desenvolvimento do cuidado..... 226
9.2.6 Produzindo um cuidado fundamentado teoricamente..... 227
10 APRESENTANDO O FENÔMENO CENTRAL..... 230

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 242
12 REFERÊNCIAS..... 246
ANEXOS..... 260
APÊNDICES..... 268

Figura 1 -O início da jornada.

Fonte: Delírios da alma. Disponível em: <http://www.deliriosdaalma.com/2012/09/estradas-separadas.html>. Acesso em 05 de fevereiro de 2016.

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS E PONTO DE PARTIDA

A minha aproximação com o objeto de estudo desta tese inicia-se no decorrer da minha trajetória acadêmica, tendo continuidade na minha carreira profissional.

Ao ingressar no curso de enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), em 2001, pude participar de dois programas de extensão dessa Universidade que me possibilitaram entrar em contato com pessoas com sofrimento ou transtorno mental– o Programa de Atendimento ao Alcoolista (PAA) e o Núcleo de Estudos sobre o Álcool e outras Drogas (NEAD). O ingresso nesses programas me permitiu ser monitora na disciplina de Enfermagem em Saúde Mental, bem como ser bolsista de iniciação científica e desenvolver pesquisas que contribuíssem com o cuidado de enfermagem a essas pessoas (SOUZA, 2004; SOUZA, 2005; SIQUEIRA *et al*., 2007; SOUZA, 2008), apresentações em eventos e publicações de artigos científicos sobre a temática (SIQUEIRA; GARCIA; SOUZA, 2005; SOUZA; SIQUEIRA, 2005; MARDEGAN; SOUZA; BUAIZ; SIQUEIRA, 2007; PORTUGAL; SOUZA; BUAIZ; SIQUEIRA, 2008; PEREIRA; SOUZA; BUAIZ; SIQUEIRA, 2008; TEIXEIRA; SOUZA; BUAIZ; SIQUEIRA, 2010).

Em 2005, quando concluí a graduação em Enfermagem, retornei à UFES como professora substituta na disciplina de Enfermagem em Saúde Mental, onde permaneci por dois anos. Após, mais um ano como professora voluntária, até ingressar no Mestrado em Saúde Coletiva, em 2007. Nesse período, além de compartilhar meus conhecimentos técnicos científicos com os estudantes, pude acompanhá-los no cuidado às pessoas internadas no antigo Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, hoje Hospital Estadual de Atenção Clínica, bem como às pessoas atendidas no PAA do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM).

No Mestrado, dando continuidade à minha trajetória acadêmica, desenvolvi a dissertação investigando o uso de álcool e tabaco entre os universitários do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFES.

Durante esse período, continuei ministrando disciplinas em Enfermagem em Saúde Mental, em instituições privadas, para os níveis médio e superior. Já em 2009, após ingressar no Departamento de Enfermagem da UFES como professora assistente, atuando na disciplina Atenção à Saúde do Adulto tive, ainda, a

oportunidade de manter o contato com as pessoas com sofrimento ou transtorno mental.

Em 2010, desejando aprofundar meus conhecimentos nessa área, ingressei no curso de Pós-Graduação em Psicanálise Clínica, com intuito de agregar tais conhecimentos à minha prática em enfermagem.

No entanto, apesar dessa trajetória na saúde mental, quando ingressei na disciplina Atenção à Saúde do Adulto, em que um dos cenários de prática é a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), percebi que faltava algo no cuidado às pessoas com sofrimento ou transtorno mental. Pessoas que não estavam internadas em hospitais psiquiátricos, mas que estavam em seus lares e que precisavam de auxílio para prosseguir em suas vidas, para dar sentido a elas. Sendo assim, comecei a me questionar: Como auxiliar essa pessoa a prosseguir? A se inserir na sociedade? A exercer a sua cidadania? A sua autonomia? A ser o protagonista de sua vida? Assim, quando me propus a participar do processo seletivo para o doutorado, essa passou a ser a minha grande inquietação: buscar um objeto de estudo que corrobore com o cuidado de enfermagem em saúde mental.

Ao refletir sobre a minha inquietação e dialogar com a minha orientadora compreendi que *o que me inquietava não era o que fazer com a pessoa com sofrimento ou transtorno mental nos cenários de assistência à saúde mental, mas "como fazer", ou seja, qual é o ponto de partida que o enfermeiro deve ter para implementar o cuidado, qual é o eixo norteador desse cuidado. Entendendo isso, questionei-me*: "Se o docente não possui um ponto de partida de como ensinar o cuidado de enfermagem em saúde mental, como os discentes aprenderão esse cuidado?".

1.2 A PROBLEMATIZAÇÃO E A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE TESE

Atualmente, o ensino de enfermagem em saúde mental nos cursos de graduação em enfermagem do Brasil vem sofrendo alterações por conta da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sobretudo a partir de 2001, com a promulgação da Lei nº. 10.216 (BRASIL, 2004) que redireciona o modelo de atenção à saúde mental no

país, e das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, estabelecidas pela Resolução CNE/CES nº 3(BRASIL, 2001).

A Reforma Psiquiátrica é um processo social complexo que se configura a partir da inter-relação de quatro dimensões: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. É um movimento que busca refletir sobre os conceitos da psiquiatria, desconstruindo conceitos historicamente criados e compartilhados; busca rediscutir e redefinir as relações sociais civis em termos de cidadania, direitos humanos e sociais; preconiza um modelo assistencial que oriente as práticas em saúde mental; e visa transformar as relações entre sociedade e loucura (AMARANTE, 2003).

Com base nas práticas oriundas do processo da Reforma, surge o paradigma emergente das práticas em saúde mental – o Paradigma Psicossocial, que possui uma nova concepção sobre o processo saúde-doença-cura, os meios de trabalho, as formas de relação intra-institucionais e com a clientela; corroborando com efeitos éticos e terapêuticos (COSTA-ROSA, 2000; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003; COSTA-ROSA, 2013).

Nesta perspectiva, o ensino de enfermagem em saúde mental precisa romper com o enfoque do paradigma dominante, também conhecido como Paradigma Asilar ou Manicomial, e voltar-se para a pessoa e sua experiência de sofrimento, para a família e para a sociedade, buscando a valorização da cidadania e da inserção social do sujeito por meio de estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Nesse cenário, o cuidado de enfermagem em saúde mental deixa de ser baseado apenas em normas e rotinas para ser construído no cotidiano do exercício profissional, por meio do vínculo que o enfermeiro estabelece com a pessoa, sua inserção nos projetos terapêuticos e participação nas discussões de equipe (VASCONCELOS *et al*., 2008).

A pessoa com sofrimento ou transtorno mental, que antes era atendida prioritariamente em hospital psiquiátrico, hoje dispõe de uma Rede Atenção Psicossocial (RAPS) com serviços disponíveis na Atenção Básica – Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleo de Saúde da Família (NASF), Consultório de Rua, na Atenção Psicossocial Especializada – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), na Atenção a Urgências e Emergências – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e na Atenção Hospitalar –

enfermarias especializadas e Serviço Hospitalar de Referência, entre outros (BRASIL, 2011).

O enfermeiro, que atua nos serviços da RAPS, precisa estar preparado para atender esses pacientes, conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em enfermagem define em seu perfil profissional.

> (...) generalista, humanista, crítico e reflexivo. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (Res. 03/2001, Art.3, 1¶).

Na literatura, observamos ainda alguns enfermeiros cuja assistência encontra-se centrada no conhecimento da psiquiatria tradicional, com enfoque na doença e medicalização (OLIVEIRA *et al*., 2011), que se sentem despreparados para atuarem neste novo modelo (WAIDMAN *et al*., 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2011; RIBEIRO *et al.*, 2010; PAES *et al.*, 2010) e que reproduzem o estigma em relação à doença (OLIVEIRA *et al.*, 2011).E estes são alguns dos enfermeiros que recebem os discentes nos cenários de prática/estágios da disciplina de enfermagem psiquiátrica e saúde mental dos cursos de graduação em enfermagem do país.

Neste sentido, se existem enfermeiros que relatam não se sentirem preparados para cuidar da pessoa com sofrimento ou transtorno mental de acordo com o modelo de atenção psicossocial, reproduzindo ainda o modelo tradicional, como poderão supervisionar os estudantes de enfermagem no cuidado a esta clientela? Quem será para o estudante a referência de cuidado para essa população? O enfermeiro assistencial? O enfermeiro docente? Tais indagações mostram a relevância do papel do enfermeiro docente no ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental. Ressaltam a necessidade de este educador possuir um ponto de partida, um referencial teórico que fundamente o cuidado de enfermagem em saúde mental, já que, segundo Rodrigues *et al.* (2014) e Oliveira (2005), o estudante tem o docente como modelo de aprendizagem.

Sendo assim, com o intuito de verificar como o ensino de enfermagem em saúde mental do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo tem formado enfermeiros para realizarem o cuidado em saúde

mental, resolvemos desenvolver uma pesquisa (SOUZA *et al.*, 2016)tendo como objetivos: Identificar o conhecimento adquirido pelos enfermeiros durante a sua formação acadêmica sobre o cuidado de enfermagem em saúde mental; Analisar se esse conhecimento se encontra de acordo com a reforma psiquiátrica brasileira e o paradigma psicossocial; e Analisar se esse conhecimento preparou os enfermeiros para realizarem o cuidado de enfermagem em saúde mental.

Participaram do estudo 19 enfermeiros egressos do curso de graduação em enfermagem da UFES que concluíram o curso na instituição nos anos de 2013 e 2014.

A partir da análise dos dados, detectamos cinco categorias que apresentamos a seguir.

a) Expectativas quanto ao aprendizado sobre saúde mental

Esta categoria reflete as expectativas dos enfermeiros antes e após o aprendizado sobre a temática saúde mental no curso de graduação em enfermagem.

Observamos que o desejo de aprender sobre os transtornos mentais e como lidar com a pessoa com transtorno mental foi uma constante na fala dos enfermeiros.

> Eu esperava aprender como posso atuar enquanto enfermeiro sem entrar no campo do psicólogo [...] Como atuar com a pessoa com a saúde mental prejudicada, quais eram os tipos de transtornos, quais os transtornos que podem ou não reverter, os motivos dos transtornos, se eram hereditários ou não, como o transtorno poderia se agravar e se estabilizar para que eu ajudasse, talvez, a retardar ou melhorar a qualidade de vida daquela família, sempre pensando como auxiliar aquilo como enfermeiro (E 03).
>
> Assim, eu esperava que a gente fosse saber como lidar com estes indivíduos. Então, eu criei aquela expectativa. Saúde mental! O que vai acontecer? O que que vai vir? (E 06)

E apenas poucas enfermeiras manifestaram o não atendimento das suas expectativas após a vivência desse aprendizado.

> Então, eu esperava mais. Até que eu fui buscando mais, estudei o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Aí eu aprendi sobre a esquizofrenia, alguma coisa assim. Foi conteúdo ministrado, mas não foi aprofundado. Aí eu busquei para me aprofundar (E 05).

> Não teve o retorno que a gente esperava [...] a gente não absorveu muita coisa, não teve muita matéria voltada para saúde mental, nem prática (E 07).

> É, então, eu vou falar que, assim: depois que acabou a graduação a gente, eu, pelo menos, fiquei um pouco frustrada. Porque a gente viu muito pouco isso, um momento só durante a faculdade, então, aquela expectativa gerada, é, ela se tornou frustrada (E 18).

b) Conhecimento apreendido sobre o cuidado de enfermagem em saúde mental

Esta categoria evidencia o conteúdo teórico e prático apreendido pelos enfermeiros durante o curso sobre o cuidado de enfermagem em saúde mental.

Quanto ao conteúdo teórico foi unânime nos relatos dos enfermeiros a apreensão do conhecimento sobre os transtornos mentais.

> Transtornos de ansiedade, de depressão, de personalidade. A gente teve estas matérias (E 10).

> Então, na teoria eu lembro que no quinto período a gente teve um adendo, assim, de saúde mental dentro da disciplina Enfermagem na Saúde do Adulto. E, aí, as aulas falavam sobre os transtornos de Esquizofrenia, Bipolaridade, que são os principais que eu me lembro. É, tivemos lições das características dos transtornos (E 15).

Em relação à prática do cuidado, alguns enfermeiros mencionaram que, durante as aulas práticas das disciplinas, aprenderam questões relativas à medicação e à consulta de enfermagem, e poucos disseram que participaram de oficinas junto com outros profissionais.

> Lá no professor X a gente fazia consulta de enfermagem, fazia medicação, tinha contato com o paciente, conversava, ouvia as histórias deles e as formas de enfrentamento (E 02).

> A gente aplicava os cuidados de enfermagem aos pacientes, tanto a administração de medicamentos, quanto as oficinas, conversa e, consultas de enfermagem, fizemos algumas também (E 03).

c) Percepção sobre o ensino de saúde mental

Nesta categoria está presente a percepção do ensino de saúde mental pelos enfermeiros e as fragilidades deste, influenciando o aprendizado.

Com relação às disciplinas que ministram conteúdos relativos à saúde mental, alguns enfermeiros reconhecem que o aprendizado foi favorecido em uma das disciplinas.

> Até que, no quinto período, que foi com o professor X, a gente pode ter uma visão mesmo da saúde mental. Porque, no quarto período, a gente também tem saúde mental, mas assim, não acho que é saúde mental, assim, não fica muito clara. Em Atenção à Saúde do Adulto a gente não estuda estes transtornos [...] Então assim, o conteúdo de saúde mental até que eu achei que no quinto foi muito bem colocado [...] Mas no quarto, não foi bem assim, mas no quinto a gente teve um aprofundamento em relação a isto (E 01).
>
> [...] no quarto período a gente não tinha, assim, um campo específico para a saúde mental. Então, a gente acabava abordando a saúde mental, dentro de um contexto maior, da Unidade Básica de Saúde. É legal? É, mas ao mesmo tempo, você queria às vezes dar uma atenção maior à saúde mental e não conseguia. Já no quinto, como a gente estava em um campo que era somente de saúde mental, não tinha como fugir, a gente acabava vendo as patologias e vendo como a gente ia atuar (E 14).

Na percepção dos enfermeiros a carga horária destinada ao ensino não é suficiente.

> Então, assim, foi muito pouco. Foi coisa de duas semanas que a gente foi lá com o professor X e teve esse contato. A aula teórica também foi muito pouca (E 04).
>
> É bem pequeno o tempo que a gente tem com a saúde mental. Foi bem curto o período (E 09).
>
> [...] na parte prática, eu acho que ela fica um pouco a desejar. Acho que a carga horária no campo de prática deveria ser maior [...] Eu senti a falta de mais horas de prática para lidar realmente, vivenciar realmente a psiquiatria (E 17).

O relato de um enfermeiro mostra as implicações dessa fragilidade para o despertar do seu interesse pela área de saúde mental.

> Eu não me sinto preparado e também é um gosto pessoal de sentir à vontade em trabalhar com esse tipo de paciente. E eu não consegui desenvolver isso na faculdade. E eu acho que há uma falha muito grande na graduação em relação a isso porque a gente não consegue criar gosto pela saúde mental. Porque é uma coisa tão pontual, é uma coisa tão rápida! E é uma coisa que é tão diferente, por exemplo, quando você está no quarto período e vê saúde mental na Atenção Básica: a gente está aprendendo a puncionar, a dar injeção, a fazer procedimento. Quando que o acadêmico vai querer aprender saúde mental, enquanto ele está doido para fazer curativo, puncionar, fazer medicação? Então, ele vai gastar o seu tempo fazendo aquilo, então ele vai se interessar mais por aquilo. E a saúde mental acaba sendo um cenário. E, no quinto período, a mesma coisa, você está prestando assistência hospitalar, passando sonda, você está fazendo

> curativo, você está fazendo medicação. Então a saúde mental continua sendo um cenário secundário (E 16).

Na visão de outros para o processo ensino-aprendizagem:

> O cuidar em si, acho que quase nada, eu aprendi mais a patologia porque eu não sei lidar com estes pacientes, acho isso um déficit. Porque não achei que ensinou o cuidar em si, como cuidar destes pacientes. Eu acho que a base foi fraca no sentido de não ter carga horária suficiente [...] Então, acho que pecou isto também, não teve tempo, não teve tempo de ensinar, não teve tempo de aprender e, às vezes, são muito corridos os períodos (E 08).

> Acho que o tempo que a gente tem para ter este convívio é pouco, o estágio é pequeno. Por que eu acho que é um conteúdo tão complexo, que você precisa ir mais afundo [...] você tem a experiência, mas você não sai totalmente capacitado para lidar com estas pessoas (E 02).

d) Sugestões para o ensino de saúde mental

Nesta categoria, os enfermeiros fazem sugestões para o ensino de saúde mental na graduação. Alguns enfermeiros mencionaram a necessidade de ter uma disciplina específica para o conteúdo de saúde mental, outras sugestões individuais foram: o conteúdo ser abordado durante toda a graduação, a abordagem dos aspectos sociais envolvidos no processo de sofrimento, as políticas, a rede de atenção e outros transtornos mentais, conforme se observa nas seguintes falas.

> Então, o que eu senti falta foi de uma matéria mais sólida, mais consolidada e talvez até individualizada das outras disciplinas para a gente poder estudar melhor estes tipos de transtornos [...] Acho que a gente poderia explorar mais a parte social da saúde mental, pois a gente não teve muito esta abordagem, a gente teve uma abordagem mais clínica, acho que seria legal pontuar estas questões caso tenha uma disciplina exclusiva para este tema (E 10).

> Mas eu acho que realmente há necessidade de ter uma matéria exclusiva de saúde mental na graduação de enfermagem [...] Acho que poderia ter sido abordado também outros transtornos. Ter falado mais da história da saúde mental no Brasil e no mundo, pra gente poder ter mais noção dos direitos dos pacientes com transtorno mental (E 15).

> Acho que políticas voltadas para este indivíduo seria muito bom ver no sexto período, quando temos a disciplina de saúde coletiva. Mas, a gente não vê isso (E 06).

e) Preparo profissional para o cuidado de enfermagem em saúde mental

Esta categoria evidencia o preparo profissional dos enfermeiros, a partir da graduação, e as implicações deste para realizarem o cuidado em saúde mental. Dez enfermeiros relataram que têm o preparo mínimo para lidar com a pessoa com transtorno mental e nove enfermeiros mencionaram que não sabem como lidar, revelando seus estigmas e preconceitos em relação à pessoa.

> A partir da graduação eu não me comprometeria. Eu iria fazer um curso específico para saúde mental antes de atuar ou durante, atuando, porque o preparo é mínimo [...]. Eu ia lidar com acompanhante dele, pois o acompanhante seria o porta-voz do paciente e não direto com o paciente. Se ele chegar sozinho no atendimento, sinto muito, mas chamo alguém capaz... No momento de surto! Socorro! Não saberia lidar! Não mesmo! (E 07)

> Não prepara a gente para lidar porque é um conteúdo muito vasto. Porque o pouco que a gente tem não é suficiente nem teórico, nem prático. E quando a gente chega à vida, depara-se com certas coisas que a gente não foi sensibilizado antes. Não sei lidar com pacientes com transtornos mentais, não gosto, não sei lidar, tenho medo de lidar e para mim eles sempre vão me bater (E 08).

Quando se fala em saúde mental, é natural que venha à mente as doenças, a pessoa com transtorno mental e as formas de tratamento, pois historicamente é o que permeia o imaginário social (SILVA; VIANNA; SILVEIRA, 2007) e o que permeou o ensino de enfermagem em saúde mental ao longo dos anos (FERNANDES, 1982).

No entanto, a saúde mental vai além da doença e de suas formas de tratamento, é uma área de conhecimento e de atuação no âmbito das políticas de saúde, que envolve várias áreas do saber – psiquiatria, neurologia, psicologia, psicanálise, antropologia, sociologia, história, etc., pois se refere ao estado mental das pessoas e das coletividades (AMARANTE, 2015).

Assim, o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental a partir da reforma psiquiátrica e do paradigma psicossocial deve ir além dos cuidados básicos de enfermagem com a pessoa, devendo oportunizar ao estudante as condições necessárias para: identificar os determinantes biopsicosocioculturais e os fatores políticos envolvidos no adoecimento; atribuir importância à pessoa com sofrimento e/ou transtorno mental, considerando a pertinência desta a um grupo familiar e social; investir na mobilização da pessoa como principal participante do tratamento;

conhecer outros meios de tratamento para além da medicação; compreender que o sofrimento e o transtorno mental não devem ser obrigatoriamente removidos; enfatizar a inserção social do indivíduo e as formas de valorização da cidadania por meio de uma vivência em equipe de trabalho interdisciplinar (COSTA-ROSA, 2000; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003; COSTA-ROSA, 2013).

No curso estudado constatamos que o ensino de enfermagem em saúde mental ainda está orientado pelo paradigma asilar (COSTA-ROSA, 2000; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003; COSTA-ROSA, 2013) com enfoque na psicopatologia e cuidados de enfermagem direcionada à pessoa, como a administração de medicamentos e a consulta de enfermagem, e cujo aprendizado do cuidado de enfermagem se dá de forma fragmentada, com pouca vivência em trabalho em equipe interdisciplinar.

Neste curso, com a reforma ocorrida no Projeto Pedagógico do Curso em 2006, a disciplina Enfermagem em Saúde Mental teve seu conteúdo e carga horária distribuídos em duas disciplinas do 4º e 5º período, respectivamente, Atenção à Saúde do Adulto e Enfermagem na Saúde do Adulto, a primeira com enfoque na atenção básica e a segunda no contexto hospitalar.

Na visão dos enfermeiros, a disciplina Atenção à Saúde do Adulto apresentou algumas fragilidades no ensino de saúde mental, visto que a mesma não possibilitou a compreensão da saúde mental na atenção básica e não oportunizou eficientemente o aprendizado do cuidado a essa clientela. Segundo alguns, a saúde mental não é bem compreendida, pois a teoria não aborda os transtornos mentais e na prática o cuidado é dificultado pelos outros enfoques da disciplina.

A disciplina Atenção à Saúde do Adulto aborda várias áreas do conhecimento na atenção básica – processo saúde-doença, saúde ambiental, saúde mental, doenças transmissíveis, doenças crônico-degenerativas, biossegurança nas ações de saúde e segurança do trabalho e nas ações de enfermagem e procedimentos de enfermagem – cuidados na administração de medicamentos e com as feridas. No tocante à saúde mental, ela instrumentaliza o estudante para desenvolver a entrevista e a avaliação do estado mental, a relação de ajuda, a intervenção em crise e contextualiza a saúde mental na atenção básica por meio das políticas públicas de saúde mental.

Assim, evidencia-se, pelos relatos de alguns enfermeiros, a visão reducionista da saúde mental à doença, corroborando com a percepção de alguns estudantes da

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, com relação à disciplina de Enfermagem na Atenção Básica (MIYAI; BARROS; CORTES, 2013).

Neste estudo, também constatamos, pelo relato de um enfermeiro, que os múltiplos enfoques das disciplinas Atenção à Saúde do Adulto e Enfermagem na Saúde do Adulto não favoreceram o despertar do seu interesse pela área de saúde mental, pois as demais áreas geraram mais expectativas e interesse, assim como no estudo de Miyai, Barros e Cortes (2013) envolvendo estudantes de enfermagem, que relataram maior expectativa quanto aos procedimentos como curativos, pré-natal e cuidado com idosos.

A carga horária insuficiente destinada à saúde mental em alguns cursos de enfermagem é uma realidade no Brasil (MIYAI; BARROS; CORTES, 2013; VILLELA; MAFTUM; PAES, 2013; RODRIGUES; SANTOS; SPRICIGO, 2012a; RODRIGUES; SANTOS; SPRICIGO, 2012b) e em outros países (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2007). Existem 19 países, principalmente de baixa renda, onde não há ensino de saúde mental na graduação (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2007).

No curso estudado, algumas mudanças foram iniciadas na disciplina Atenção à Saúde do Adulto a partir de 2014, como a revisão de conteúdos teóricos considerando os princípios da reforma psiquiátrica, do paradigma psicossocial e as ferramentas de trabalho para o cuidado em saúde mental na Atenção Básica, bem como a inserção de um novo campo de prática, o CAPS, para oportunizar aos discentes um convívio maior em experiência de aprendizado com a pessoa com sofrimento ou transtorno mental. Pessoas que são encontradas por eles, não somente no CAPS, mas nos outros cenários de prática da disciplina, as UBSF, que estão inseridas dentro das regiões de saúde cobertas pelo CAPS.

Embora a apreensão do conhecimento sobre o cuidado de enfermagem em saúde mental pelos enfermeiros ter se concentrado sobre patologia e medicação, os mesmos, ao fazerem sugestões para este ensino, revelaram o desejo de conhecer sobre questões relacionadas às quatro dimensões da reforma psiquiátrica - teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural (AMARANTE, 2003). Entre outras sugestões, também manifestaram a necessidade de uma disciplina específica para o conteúdo de saúde mental, e que o mesmo seja contemplado durante toda a graduação, corroborando com a realidade de outros cursos de

enfermagem dos estados do Rio de Janeiro (MAGNAGO; TAVARES, 2012) e Santa Catarina (RODRIGUES; SANTOS; SPRICCIGO, 2012b).

Neste curso de graduação, a maioria dos enfermeiros informou ter um preparo mínimo para lidar com a pessoa com transtorno mental, os demais relataram não saber lidar, e alguns manifestaram medo em relação à pessoa. Outros estudos também apontam essa fragilidade na formação de enfermeiros, que se sentem despreparados para atuarem na perspectiva do paradigma psicossocial (WAIDMAN; MARCON; PANDINI; BESSA; PAIANO, 2012; OLIVEIRA; SILVA; SILVA; CARTACHO, 2011; RIBEIRO; MEDEIROS; ALBUQUERQUE; FERNANDES, 2010; PAES; BORBA; LABRONICI; MAFTUM, 2010) e que reproduzem o estigma em relação à doença (OLIVEIRA; SILVA; SILVA; CARTACHO, 2011).

A carga horária destinada ao ensino de saúde mental também foi apontada por alguns enfermeiros como um dos fatores dificultadores ao processo ensino-aprendizagem. E, a evidência mostra que a exposição apropriada ao conteúdo curricular de saúde mental, bem como a prática clínica supervisionada em uma área de relevância em saúde mental, contribuem para que os estudantes de enfermagem desenvolvam atitudes positivas em relação à saúde mental e às pessoas com transtorno mental (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2007).

Sendo assim, considerando as mudanças ocorridas na disciplina Atenção à Saúde do Adulto e o processo de discussão e reformulação do Projeto Pedagógico do Curso, em andamento, entre outras medidas, acreditamos ser necessário, para atender uma demanda identificada na formação dos enfermeiros deste curso – o saber lidar com a pessoa com sofrimento ou transtorno mental – o ensino de uma teoria de enfermagem que fundamente esse saber lidar.

Neste sentido, a fim de agregar um referencial teórico que norteie o ensino e a prática do cuidado de enfermagem em saúde mental integrado aos pressupostos do paradigma psicossocial, apresento como ***objeto de estudo***: “O cuidado de enfermagem em saúde mental prestado por estudantes de enfermagem, fundamentado no modelo teórico do Intuir Empático”.

O Intuir Empático foi um modelo teórico desenvolvido por Oliveira (2005) para nortear o cuidado da enfermeira psiquiátrica, sendo caracterizado por um processo dinâmico e pessoal, a partir do qual a enfermeira constitui sua ação de cuidar de pessoas com sofrimento ou transtorno mental. Tal teoria foi construída considerando

o cuidado de enfermagem segundo o paradigma psicossocial, sendo adequada a sua utilização no contexto intra e extra-hospitalar (OLIVEIRA, 2005).

Portanto, para o atendimento ao objeto de estudo proposto, apresento como ***questão norteadora***:

- Como os estudantes experienciam a implementação do modelo teórico do *Intuir Empático* no cuidado de enfermagem em saúde mental?

E para responder a essa questão, apresento como ***objetivos***:

- Descrever a experiência da implementação do modelo teórico do Intuir Empático pelos estudantes no cuidado de enfermagem em saúde mental;
- Compreender o significado da experiência, pelos estudantes, de implementar o modelo teórico do Intuir Empático no cuidado de enfermagem em saúde mental;
- Analisar a implementação do modelo teórico do Intuir Empático pelos estudantes ao realizarem o cuidado de enfermagem em saúde mental.

1.3 A JUSTIFICATIVA, A RELEVÂNCIA E AS CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA

Desde o seu surgimento até o presente, o ensino de enfermagem em saúde mental acompanha as transformações que ocorrem na assistência em saúde mental ao longo dos anos.

Na atualidade, a assistência deve ser fundamentada no Paradigma Psicossocial, que preconiza assistência em serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, o resgate da cidadania da pessoa, sua reabilitação psicossocial e inserção social.

Sendo assim, realizamos uma revisão integrativa da literatura com o intuito de conhecer o panorama do ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental na graduação (LIMA; SOUZA 2014). Desenvolvemos uma busca nas bases de dados de Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Base de dados de enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Publicações

Médicas (PUBMED) a partir da questão norteadora: “Quais os estudos disponíveis na literatura sobre o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental na graduação?”. Para tal, utilizamos os descritores preconizados pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) em português, inglês e espanhol, sendo os seguintes e seus compatíveis linguísticos: Ensino; Educação; Enfermagem; Enfermagem Psiquiátrica; Saúde Mental; e Cuidados de Enfermagem. Optou-se por trabalhar com os estudos identificados a partir do cruzamento dos descritores de dois em dois e três em três para seleção dos artigos estudados.

Os critérios de inclusão definidos foram: artigos publicados no período de 2010 a 2014, com resumos disponíveis nos idiomas inglês, português e espanhol, e que respondam à questão norteadora. Já os critérios de exclusão foram: editoriais, cartas ao editor, monografias, dissertações, teses, resumos de congresso ou eventos científicos e artigos de revisão e reflexão. O recorte temporal do ano de 2010 a 2014 foi assim redefinido, pois no desenvolvimento da revisão com recorte temporal de 2002 a 2014 identificamos um artigo de revisão de literatura com objeto de estudo semelhante ao nosso e recorte temporal do ano de 2002 a 2009.

A partir desses critérios, obteve-se um total de 332 estudos e, após leitura e análise dos resumos, foram excluídos 49 que não respondiam à pergunta norteadora ou eram repetidos e 283 foram submetidos à leitura na integra. Apenas um artigo da base de dados da BDENF não estava disponível para acesso *online* e não foi obtido. Ao final, foram selecionados 15 artigos, sendo 06 artigos da base SCIELO, 06 da BDENF e 03 da LILACS, cujas referências são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Artigos pesquisados nas bases de dados.

Identificação do Artigo	Referência
A1	MIYAI, F. T.; BARROS, S.; CORTES, J. M. O Aluno de enfermagem e o ensino de saúde mental na atenção básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 4, p. 94-101, 2013.
A2	MACHADO, D. M.; GOTTEMS, L. B. D.; PIRES, M. R. G. M. Aprendizagem em saúde mental por meio da produção videográfica: relato de experiência. **Texto e Contexto de Enfermagem**, v. 22, n.4, p.1205-1213, 2013.
A3	VILLELA, J. C.; MAFTUM, M. A.; PAES, M. R. O ensino de saúde mental na graduação de enfermagem: um estudo de caso. **Texto e Contexto de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 397-406, 2013.
A4	RODRIGUES, J.; SANTOS, S. M. A.; SPRICIGO, J. S. Ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental na graduação em enfermagem. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 6, p. 844-851, 2012.
A5	RODRIGUES, J.; SANTOS, S. M. A.; SPRICIGO, J. S. Ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental através do discurso docente. **Texto e Contexto de Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 616-624, 2012.
A6	FERNANDES, C. *et al*. Refletindo sobre a qualidade da supervisão no ensino clínico de enfermagem em saúde mental: perspectiva dos supervisores. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. v. 7, s/n., p.25-32, 2012.
A7	NEVES, H. G. *et al*. O processo de formação do enfermeiro em saúde mental para atenção primária em saúde. **Revista de Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 1, p. 53-63, 2012.
A8	MAGNAGO, C.; TAVARES, C. M. M. O ensino de enfermagem psiquiátrica nas universidades públicas do estado do rio de janeiro. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 50-58, 2012.
A9	ROCHA, A. T. S. *et al*. Cuidado em saúde mental: um sistema para ensino em enfermagem. **Journal of Health Informatics**, v. 14, número especial, p. 103-107, 2012.
A10	JUNIOR, A. C. S.; OTANI, M. A. P. O ensino da enfermagem psiquiátrica e saúde mental no currículo por competências. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 539- 545, 2011.
A11	BARROS, S.; CLARO, H. G. Processo de ensino aprendizagem em saúde mental: o olhar do aluno sobre reabilitação psicossocial e cidadania. **Revista da Escola de Enfermagem**, v.45, n.3, p. 700-707, 2011.
A12	ROCHA, G. S. D. C.; BARCELOS, I. C. R. R.; COLODA, R. G. A distância da proximidade entre o asilo psiquiátrico e a produção de sentidos: o aprendizado de enfermagem psiquiátrica dos dias atuais. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 2, n. 4, p. 1313-1325, 2010.
A13	ALBUQUERQUE, V. S.; CAMPOS, J. C. L. Saúde mental no currículo integrado do curso de enfermagem do UNIFESO: diversificação de cenários e de estratégias de ensino-aprendizagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 2, n. 4, p. 1516-1527, 2010.
A14	SOARES, A. N.; SILVEIRA, B. V.; REINALDO, A. M. S. Serviços de saúde mental e sua relação com a formação do enfermeiro. **Revista de Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 3, pg. 47-56, 2010.
A15	COTTA, E. M.; CASTRO, A. C. H. O. A.; BOTTI, N. C. L. Oficina bem viver – construção de tecnologias e significados de educação em saúde na área da saúde mental. **Revista Eletrônica de Saúde Mental, Álcool e Drogas**, v. 6, número especial, p. 471-492, 2010.

Fonte: LIMA e SOUZA (2014).

A coleta de dados foi realizada com auxílio de quadros previamente definidos, contendo: Referência Bibliográfica, Objetivos, Métodos, Resultados e Considerações Finais/Conclusão. A análise temática de Minayo (2006) foi o método utilizado para examinar os dados, sendo o estudo desenvolvido durante os meses de abril a novembro de 2014.

Quanto à procedência dos artigos, 14 foram publicados em periódicos de circulação nacional e um estudo em Portugal. No Brasil, 03 publicações foram oriundas dos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais cada; Santa Catarina, com 02 publicações; e Curitiba, Distrito Federal, Mato Grosso, Pernambuco e Portugal, com uma publicação cada. Todos os estudos estavam disponíveis na língua portuguesa. Dos 15 estudos analisados, a maior produção se concentrou no ano de 2012, com seis artigos publicados, seguido de quatro artigos em 2010, três em 2013 e dois em 2011. Quanto ao delineamento metodológico, 12 artigos apresentaram abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratório, 02 relatos de experiência e 01estudo transversal.

A partir da leitura e análise dos artigos, identificamos três temas presentes nas publicações: A) Implicação do currículo para o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental; B) Ensino prático do cuidado de enfermagem em saúde mental; e C)Implicação do ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental para a formação do enfermeiro.

Em relação ao tema **Implicação do currículo para o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental**, identificamos:

- ✓ *Distribuição do ensino no currículo:* o conteúdo é ministrado juntamente com outras disciplinas (A1 e A3) e três universidades do Rio de Janeiro possuem uma disciplina específica na grade curricular, além de terem conteúdos distribuídos em mais de uma disciplina (A8);
- ✓ *Carga horária do ensino:* carga horária teórica insuficiente para abordar os conteúdos necessários (A1); carga horária teórica e prática insuficiente (A3 e A4); carga horária de prática insuficiente (A5).
- ✓ *Conteúdo abordado:* política nacional de saúde mental, campo psicossocial, epidemiologia dos transtornos mentais comuns e do uso de bebidas alcóolicas (A1); necessidade de aulas teóricas sobre os transtornos mentais na disciplina de Enfermagem na Atenção Básica (A1);

os diferentes dispositivos de tratamento e rede de apoio social (A3); reforma psiquiátrica, política de saúde mental, relação pessoa a pessoa, transtornos mentais, modelos e níveis de atenção em saúde e organização da rede sanitária em saúde mental (A5);

- ✓ *Referenciais teóricos utilizados:* a Teoria das Relações Interpessoais, de Hildegard E. Peplau e a Teoria Pessoa a Pessoa, de Joyce Travelbee (A4); a Teoria Pessoa a Pessoa e a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de A. Horta (A5); a Teorias das Necessidades Humanas Básicas e a do Autocuidado, de Dorothea E. Orem (A9);
- ✓ *Estratégias de ensino:* aula expositiva, seminários, estudo de caso, comunicação terapêutica, terapia de grupos, leitura e discussão de textos, filmes, oficinas, debate em grupo, produção individual e coletiva de textos, criação de material artístico educativo, dinâmica e trabalho em grupos e consulta de enfermagem (A1, A3, A4, e A5); produção videográfica (A2); programa de computador que simula o atendimento à pessoa com transtorno mental (A9).

Sobre o tema **Ensino prático do cuidado de enfermagem em saúde mental**, detectamos:

- ✓ *Corpo docente:* necessidade de docente capacitado em saúde mental para ministras as aulas práticas/estágio (A1); número insuficiente, inviabilizando aulas práticas em outros campos da RAPS (A3);
- ✓ *Estágio clínico supervisionado:* pode ser um elemento facilitador ao programa de ensino, no entanto, é preciso haver a integração ensino-serviço para que o supervisor esteja ciente do que é ministrado pelo docente em sala de aula (A6);
- ✓ *Preparo dos profissionais dos cenários de prática/estágio:* despreparo das equipes de atenção básica, com relações permeadas por estigma e negligência no cuidado à pessoa com transtorno mental; atendimento rápido e ineficaz no cuidado em saúde mental, mas com boa disposição para o processo ensino-aprendizagem (A1);
- ✓ *Cenários de prática/estágio:* UBS (A1); CAPS III, Ambulatório de Saúde Mental, leitos psiquiátricos em Hospital Geral, Ambulatório do Programa de

Atendimento ao Alcoolista, Hospital Psiquiátrico, Residência Terapêutica e Hospital-Dia (A14); asilo psiquiátrico (A12);

- ✓ *Laboratório de aulas práticas:* aprendizado em laboratório de habilidades – técnica de entrevista, anamnese e exame psíquico, atividades de integração ensino-trabalho-cidadania e visitas guiadas (A13);
- ✓ *Educação em saúde:* construção de tecnologias de educação em saúde para uso em oficinas com os pacientes (A15).

Com relação ao tema **Implicação do ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental para a formação do enfermeiro**, observamos:

- ✓ *Fatores que corroboraram com o preparo inadequado durante a graduação:* formação orientada por práticas reducionistas de acordo com o modelo manicomial e limitação dos campos de prática/estágio, com destaque para os hospitais psiquiátricos (A8); os estudantes de um curso de graduação cujo currículo é integrado, operacionalizado por meio de metodologia ativa de ensino, não foram devidamente preparados para atuarem no CAPS, havendo a necessidade de que os professores, facilitadores do processo ensino-aprendizagem, estimulem os estudantes na busca de conhecimento e os cenários de prática sejam reorganizados para oferecer melhor oportunidade de aprendizado (A11);
- ✓ *Contribuições do ensino teórico para a formação:* o desenvolvimento de competências no processo de ensino-aprendizagem em saúde mental da escola de enfermagem da Universidade de São Paulo preparou os estudantes com competências necessárias para a reabilitação psicossocial e a desconstrução de preconceitos (A12);
- ✓ *Contribuições do ensino prático para a formação:* o asilo psiquiátrico – contribuiu para uma visão humanizada do cuidado de enfermagem, não preconceituosa em relação ao paciente e não estigmatizada em relação ao mundo psiquiátrico (A13).

Neste estudo, podemos evidenciar algumas deficiências no ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental: como a carga horária teórica e prática insuficiente; número insuficiente de docentes; necessidade de docentes capacitados

para ministrarem aulas práticas; limitação dos cenários de prática, utilizando pouco os serviços da RAPS; e despreparo dos profissionais da Atenção Básica. Como pontos positivos, destacamos: a presença de disciplina específica no currículo e conteúdos de saúde mental distribuídos em outras disciplinas; diversidade nas estratégias de ensino; e estágio clínico supervisionado por preceptor.

Constata-se, em geral, que o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental não utiliza teorias de enfermagem para fundamentar a prática do cuidado. Apenas três estudos citaram as teorias que têm sido empregadas, a saber: a Teoria das Relações Interpessoais, de Hildegard E. Peplau; a Teoria Pessoa a Pessoa, de Joyce Travelbee; a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de A. Horta; e a Teoria do Autocuidado, de Dorothea E. Orem.

A Teoria das Relações Interpessoais e a Teoria Pessoa a Pessoa são teorias de origem estrangeira (americana),desenvolvidas há mais de 40 anos, num contexto histórico, social e político diferente do momento atual da assistência em saúde mental brasileira. Tais teorias foram construídas num período em que a assistência era centrada no hospital psiquiátrico, cujo foco do tratamento era a cura da doença e a remissão dos sintomas e o paciente era excluído do tratamento e do convívio em sociedade. Ambas teorias contribuíram significativamente para o ensino e o cuidado de enfermagem psiquiátrica, ao estabelecer a importância do relacionamento interpessoal e da comunicação no cuidado em saúde mental, vindo a influenciar esse ensino e esse cuidado em diversos países do mundo, bem como no Brasil.

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas foi desenvolvida por uma enfermeira brasileira em 1970e estabelece que a assistência de enfermagem é desenvolvida quando as necessidades do sujeito – psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais – se manifestam sob a forma de sinais e sintomas. O enfermeiro identifica essas necessidades, o grau de dependência do paciente a um cuidador e inicia o processo de enfermagem. Essa teoria se apoia e engloba leis gerais que regem os fenômenos universais, como: a lei do equilíbrio (homeostase ou homeodinâmica), a lei da adaptação e a lei do holismo. A autora se baseia nos seguintes pressupostos: a) a enfermagem é um serviço prestado ao ser humano, que é parte integrante do universo dinâmico estando em constante interação com o universo, o qual provoca mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço; b) a enfermagem é parte integrante da equipe de saúde, que previne e reverte o desequilíbrio do indivíduo pelo atendimento de

suas necessidades básicas, reconduzindo-o à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço (HORTA, 1979).

A Teoria Geral de Enfermagem foi desenvolvida por Orem e esta delineia quando as ações de enfermagem são necessárias e propõe o envolvimento do indivíduo em seus próprios cuidados, sendo composta por três teorias inter-relacionadas: a) Teoria do Autocuidado: consiste na prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem estar; b) Teoria do Déficit de Autocuidado: especifica quando a enfermagem é necessária para auxiliar o indivíduo a providenciar o autocuidado e; c) Teoria dos Sistemas de Enfermagem: apresenta como as necessidades de autocuidado serão atendidas pelo enfermeiro, pelo paciente ou por ambos (FOSTER; BENETT, 2000).

As teorias de Horta e de Orem trouxeram grandes contribuições ao cuidado de enfermagem em geral. No entanto, no cuidado específico de enfermagem em saúde mental, para atender a uma necessidade que identificamos na formação de enfermeiros da UFES (SOUZA *et al*., 2016), o “como lidar” com o paciente, o “como realizar o cuidado” a esse paciente, tais teóricas não respondem a essa necessidade.

Cianciarullo *et al*. (2008) afirmam que as teorias de enfermagem, para terem utilidade, precisam ser desenvolvidas a fim de atender às mudanças socioculturais e políticas da época.

George (2000) declara que somente ao fazermos uso de modelos e teorias de enfermagem na prática é que poderemos verificar qual modelo ou teoria melhor se aplica a determinada situação.

Neste sentido, o modelo teórico do Intuir Empático surge como uma proposta para subsidiar o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental na perspectivado paradigma psicossocial.

O modelo teórico foi utilizado em duas pesquisas sobre o cuidado de enfermagem em saúde mental em instituições do Rio de Janeiro, a primeira envolvendo enfermeiras de um hospital psiquiátrico (ALVES, 2008; ALVES; OLIVEIRA, 2010) e a segunda realizada com enfermeiras do Programa de Saúde da Família (SILVA, 2012).

No primeiro estudo, envolvendo seis enfermeiras de um hospital psiquiátrico do estado do Rio de Janeiro, com o objetivo de aplicar o modelo teórico do Intuir Empático à rotina do cuidado da enfermeira, identificou-se que as enfermeiras

concordaram com o modelo, relataram que seus conceitos são importantes, possíveis e ideais para serem aplicados. As enfermeiras mencionaram que a utilização do modelo teórico contribuiria para melhorar o cuidado na *clínica de enfermagem psiquiátrica* e na enfermagem em geral e sugeriram que o modelo fosse ensinado na graduação e difundido entre todos os profissionais de enfermagem. No entanto, não foi possível observar a utilização do modelo teórico pelas enfermeiras visto que as ações de gerência e liderança sobrepunham as ações de cuidado a partir do modelo (ALVES, 2008; ALVES; OLIVEIRA, 2010).

No segundo estudo, desenvolvido com dezessete enfermeiras que atuam no Programa de Saúde da Família do município de Vassouras, e que também foram apresentadas ao modelo teórico e avaliadas quanto ao desenvolvimento de suas ações de cuidado a partir do modelo, os resultados mostraram que as enfermeiras acreditam na teoria como uma proposta para subsidiar suas ações de cuidado à pessoa com sofrimento ou transtorno mental. De acordo com elas, o modelo contribuiu com a maneira de ver a pessoa com transtorno mental e como realizar o cuidado de uma forma mais reflexiva. Assim, após a experiência com o modelo, as enfermeiras disseram que assumiram uma postura mais sensível e humanizada no trato a pessoa com transtorno mental (SILVA, 2012). No entanto, semelhantemente aos resultados de Alves (2008) e Alves e Oliveira (2010) as enfermeiras mencionaram ter dificuldade para aplicar os conceitos do modelo teórico devido à sobrecarga de tarefas administrativas e gerenciais. Segundo elas, somasse a isso a formação profissional na graduação com enfoque no diagnóstico e tratamento da doença, formando profissionais orientados pelo modelo biomédico (SILVA, 2012).

Sendo assim, acreditamos que este estudo contribuirá para o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental, pois ao utilizar um modelo teórico para fundamentar o cuidado do estudante de enfermagem, este o realizará embasado cientificamente, sendo orientado por uma teoria que direcionará a sua prática do cuidado (GEORGE, 2000).

Em relação ao cuidado de enfermagem em saúde mental, favorecerá a melhoria do mesmo, pois o modelo teórico contém conceitos que orientam a prática do cuidado, não sendo esta desenvolvida ao acaso, por improviso ou sem propósito, mas de maneira organizada (MCEWEN; WILLS, 2016).

Por ser uma teoria prática, isto é, construída a partir da prática do cuidado realizado por enfermeiras psiquiatras, o modelo teórico se propõe a orientar o

cuidado de enfermagem à pessoa com sofrimento ou transtorno mental. Assim, acreditamos que este estudo contribuirá para a melhoria dessa pessoa, pois por ser uma teoria consoante aos princípios do paradigma psicossocial, no que tange ao objeto de cuidado, o modelo teórico atribui importância à pessoa ao direcionar o olhar do enfermeiro para a mesma e para a sua experiência de sofrimento, e ao investir na sua mobilização como participante principal do tratamento (COSTA-ROSA, 2000; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003; COSTA-ROSA, 2013).

Para Almeida Filho, Moraes e Peres (2009), o uso de teorias é relevante, e na saúde mental, a questão mais importante é a pessoa que sofre, sendo necessário pensar a sua singularidade, o seu desejo e a sua verdade em uma perspectiva ética de construção de cidadania.

Segundo Kantorski (2010), há uma realidade em movimento na qual se introduzem tecnologias de abordagem/intervenção no sofrimento mental, construídas ou redimensionadas no interior do processo da reforma psiquiátrica, que necessitam ser incorporadas à formação dos trabalhadores de saúde mental.

Dessa forma, acreditamos que o modelo teórico do Intuir Empático é uma tecnologia de abordagem ao sofrimento mental que pode ser incorporada à formação de enfermeiros em saúde mental.

Com relação à pesquisa, o conhecimento produzido a partir deste estudo pode incentivar o desenvolvimento de novas pesquisas que visem à construção, aplicação e avaliação de teorias no ensino, no cuidado e na pesquisa em enfermagem em saúde mental, pois versa sobre duas áreas de prioridades de pesquisa em enfermagem, a saber, Concepções Teórico-Filosóficas em Enfermagem e Processo de Cuidar em Enfermagem (CARVALHO, 2013).

Além disso, contribuirá com a pesquisa, pois a temática encontra-se de acordo com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, como a utilização de novas tecnologias na atenção às pessoas com transtorno mental (BRASIL, 2008).

O modelo teórico do Intuir Empático configura-se como uma tecnologia assistencial (TA). Segundo Nietsche *et al.* (2005),TA são tecnologias que incluem a construção de um saber técnico-científico resultante de pesquisas, emprego de teorias e da experiência cotidiana dos profissionais e clientela. Para os autores, a TA deve viabilizar dimensões interacionais, proporcionando aos profissionais a utilização dos sentidos para a escolha e a realização da assistência permitindo

(re)encontrar a sensitividade, a solidariedade, o amor, a ética, o respeito de si e do outro (a clientela), tendo como finalidade apoiar, manter e promover o processo da vida das pessoas em situações de saúde e doença.

Acreditamos que esse conhecimento produzido também será inovador, pois o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental, de acordo com a literatura, em sua maior parte, não utiliza teorias de enfermagem (LIMA; SOUZA 2014).

Além disso, os desdobramentos do estudo permitirão ampliar os debates sobre a clínica da enfermagem psiquiátrica, fornecer subsídios para o desenvolvimento de outras pesquisas sobre a temática, fortalecer a rede de pesquisadores e a construção científica do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (NUPESAM) do Departamento de Enfermagem Médica-Cirúrgica (DEMEC) da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), bem como promover um estreitamento nas produções interdisciplinares com o Departamento de Enfermagem da UFES.

Como plano de disseminação da pesquisa propõe-se a apresentação dos resultados do estudo em eventos científicos, publicação de artigos, bem como a apresentação no Departamento de Enfermagem da UFES e no Centro de Atenção Psicossocial.

Figura 2 - O ambiente da jornada.

Fonte: Blog e mania. Disponível em: <http://blog.emania.com.br/dicas-fotos-de-paisagens/>. Acesso em 05 de fevereiro de 2016.

2 O ENSINO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

A profissão de enfermagem tem sua origem no século XIX, a partir das ideias, propostas de trabalho e obras realizadas por Florence Nightingale, na Inglaterra. As ideias e práticas de Nightingale foram consideradas em todo o mundo uma reforma da enfermagem – a *Revolução Nightingale*, qualificando-a como a primeira enfermeira moderna (MIRANDA, 1994).

Nightingale se preocupou em romper com qualquer prática de saúde desvinculada de formação oficial e treinamento específico, buscando se aproximar da cientificidade. Para a organização de um saber da enfermagem, Florence busca incorporar os requisitos impostos pela racionalidade científica para o status de ciência: neutralidade em relação ao objeto, aproximação aos centros acadêmicos na sistematização do ensino e investigação empírica (MIRANDA, 1994).

A enfermagem implantada por Florence incorporou a racionalidade científica por meio de um *poder disciplinar*, que se constitui por elementos característicos da profissão: vigilância constante, espaço individualizador e classificativo, controle e registro do tempo e dos espaços dos pacientes nos hospitais, organização, disciplinarização e controle dos pares. Tal poder disciplinar ainda se encontra presente na enfermagem, embora de forma mais sutil (MIRANDA, 1994).

Miranda (1994, 1998) destaca que a pessoa com transtorno mental não foi objeto de interesse para essa enfermagem, ou seja, esse paciente em particular não foi incluído na clientela atendida pela enfermagem no modelo Nightingale e nem na sua implantação no Brasil no século seguinte, como veremos a seguir. Para a autora, Nightingale não via essa clientela como aquela que necessitava de assistência de enfermagem e de seu trabalho capacitado, embora no século XIX já havia uma movimentação em torno da humanização das prisões e dos hospícios.

No Brasil, a assistência à pessoa com transtorno mental era realizada pelos “enfermeiros”, pessoas sem nenhuma capacitação, em geral escravos e voluntários, por meio de ações de controle, vigilância e repressão aos pacientes, sob a supervisão das irmãs de caridade, que administravam as Santas Casas de Misericórdia (fundadas no séc. XVI, em Santos, Rio de Janeiro, Vitória, Olinda e Ilhéus). A partir de 1830, os médicos começam a contestar a situação de encarceramento dos pacientes, que impossibilitava o domínio médico sobre a loucura e a produção de saber/poder recorrentes. Tais reivindicações culminam com

a criação do Hospício Pedro II, em 1852, na cidade do Rio de Janeiro, e o Hospício São Paulo, em 1896, na cidade de Santos (MIRANDA, 1994).

Vale destacar que os hospícios, construídos com o intuito de fornecer um espaço socialmente terapêutico para a pessoa com transtorno mental, têm o seu objetivo obstruído pela psiquiatria que, ao construir o seu saber "identifica a *anormalidade* do louco como subproduto da degeneração das raças negra e pobre, inadaptadas a vida livre das cidades, cuja degenerescência pode ser transmitida por graus crescentes através das gerações" (MIRANDA, 1994, p. 87). Assim, a loucura é vista como algo ameaçador à vida urbana, e o papel da psiquiatria era realizar a profilaxia do meio urbano, enquanto construía o seu saber (MIRANDA, 1994).

Miranda (1994,1998) declara ainda que o nascimento da enfermagem psiquiátrica no Brasil não surgiu para atender uma melhora na assistência ao paciente, mas para viabilizar, dentro do hospital psiquiátrico, as possibilidades de o discurso psiquiátrico brasileiro tornar-se científico.

A primeira escola de enfermagem criada no modelo Nightingale, no Brasil, foi a EEAN, em 1923. A introdução do ensino de enfermagem psiquiátrica no currículo ocorreu progressivamente, a partir de 1926 com aulas teóricas ministradas por médicos, até a ocorrência de estágio em hospital psiquiátrico a partir de 1950 (PERES; BARREIRA, 2008).

A obrigatoriedade da disciplina "Enfermagem Psiquiátrica" no ensino dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil só ocorre em 1949, com a Lei n. 775/49, que tornava obrigatório o estágio em todos os campos assistenciais básicos (FERNANDES, 1982; GEOVANINI, 2005).

Fernandes (1982), analisando o ensino de enfermagem psiquiátrica no Brasil, em sua pesquisa envolvendo 22 programas de ensino no período de 1930/1964, identificou que o enfoque das disciplinas relacionava-se aos aspectos clínicos da doença mental e as terapêuticas biológicas, centradas no hospital. No final dos anos1950 aparecem, em alguns programas, abordagens psicanalíticas e relacionadas ao comportamento humano. Todavia, as atividades de estágio continuam sendo as tradicionais, relacionadas às necessidades básicas, à administração de medicamentos e ao manejo de pacientes agitados, por meio da contenção mecânica e do isolamento em quarto forte.

A partir de 1940, enfermeiras americanas, influenciadas pela teoria de Harry Stack Sullivan, que acreditava que a doença mental resulta de uma perturbação das

relações interpessoais, começaram a se preocupar em se qualificar nas técnicas psicoterápicas utilizadas pelos psiquiatras. Dentre elas destaca-se Peplau (1952) que introduziu o relacionamento terapêutico como o principal instrumento para a assistência de enfermagem psiquiátrica, o qual veio a influenciar o ensino nos cursos de enfermagem no Brasil (BARROS, 1996).

Fernandes (1982), em sua análise dos programas de ensino no período de 1964/1980, destaca o aparecimento de conteúdos relativos à Psiquiatria Preventiva e a atuação do enfermeiro junto à família, à escola e a outras instituições; aulas sobre assistência de enfermagem aplicada aos transtornos mentais e sobre psicofármacos; as atividades de estágio começam a ser direcionadas também aos familiares, embora ainda se concentrem nos hospitais psiquiátricos.

Conforme vimos, o ensino de enfermagem psiquiátrica no Brasil, desde o seu surgimento até o presente, incorpora as mudanças que ocorrem na concepção da loucura e, consequentemente, na assistência à pessoa com transtorno mental, sendo influenciado pelas questões sociais, políticas, econômicas e ideológicas de cada época, tanto no cenário nacional quanto no internacional.

A partir da década de 70, iniciam-se, em diversos países do mundo, movimentos de contestação do saber e das práticas psiquiátricas, especialmente em França, Inglaterra, Estados Unidos e Itália, que vieram a influenciar a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Dentre estes, destaca-se o movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, cujo processo de desinstitucionalização tornou-se referencial estruturante da Reforma Psiquiátrica no Brasil (BIRMAN; COSTA, 1994).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira traz um redirecionamento da assistência à pessoa com transtorno mental no país, com um novo olhar sobre o objeto da psiquiatria, que se desloca da doença para a pessoa e à sua experiência de sofrimento. É um movimento político, social e ideológico, cujos atores defendem uma nova forma de tratamento da doença mental, que não o modelo manicomial, centrado no hospital psiquiátrico, na medicalização e na exclusão social. A reforma é um movimento que tem, entre os seus objetivos, a *desinstitucionalização*, a *reabilitação psicossocial*, a *reinserção social* e a valorização da *cidadania* dos sujeitos.

A *desinstitucionalização* significa a desconstrução da lógica manicomial, entendida como o conjunto que deve ser desmontado para que a pessoa, mesmo doente, tenha um contato efetivo com a comunidade (AMARANTE, 2008).

A *reabilitação psicossocial* consiste no conjunto de ações que visam aumentar as habilidades da pessoa, diminuindo as deficiências e os danos causados pelo transtorno mental (SARACENO, 1999). Ela também pode ser entendida como um processo pelo qual se proporciona ao sujeito com limitações a restauração no melhor grau possível de autonomia de suas funções na comunidade (PITTA, 1996).

Para que haja a reabilitação psicossocial é necessária a reinserção social do paciente em seu meio, que consiste na finalidade do tratamento.

Todas essas ações visam à reconstrução da cidadania dos sujeitos, que deve contemplar os três vértices da vida humana – casa, trabalho e rede social (SARACENO, 1999). A cidadania consiste num conjunto de direitos que confere à pessoa a possibilidade de participar ativamente da vida em comunidade, direitos garantidos pela constituição federal brasileira e, no caso de pessoas em sofrimento mental, garantidos pela Lei N. 10.216/2001 (BRASIL, 2004).

Assim, a partir desse processo da Reforma Psiquiátrica, cria-se uma rede de atendimento à pessoa com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, a RAPS, substitutiva ao hospital psiquiátrico, onde os profissionais se deslocam da assistência predominantemente hospitalocêntrica para atuarem em serviços extra-hospitalares a fim de viabilizarem os pressupostos da reforma.

Todas essas mudanças refletem diretamente na prática e no ensino de enfermagem, uma vez que despertam um repensar na formação e atuação. Atualmente vivenciamos um momento de transição do Paradigma Manicomial para o Psicossocial, que também se reflete no ensino de enfermagem em saúde mental.

No Paradigma Psicossocial, como o *objeto* é a *pessoa* e a *cidadania* é a *meta* e a *finalidade do tratamento*, o enfermeiro deve atuar como promotor e facilitador de cuidados pessoais, agenciador de oportunidades de vida e educador de saúde, entre outros. Tais funções terão como meta o protagonismo das pessoas e familiares, cuja ação central é a reconstrução da história da pessoa, o significar, ou ressignificar do seu sofrimento mental na sua história de vida. Nessa assistência, o enfermeiro precisa viabilizar o discurso dos sujeitos e assegurar a sua escuta, e deve-se utilizar de métodos psicossociais que dialoguem com outros saberes e práticas, por meio da interdisciplinaridade (OLIVEIRA; ALESSI, 2005; OLIVEIRA; MARCON, 2006).

O ensino sob esse paradigma precisa romper com o enfoque do modelo médico-psiquiátrico, centrado na remissão dos sintomas da doença (FERNANDES *et*

al. 2009) e voltar-se para os princípios da reforma psiquiátrica desenvolvendo nos estudantes habilidades e competências para lidar com: a inclusão social, a autonomia e cidadania do paciente, o humanismo, a formação interdisciplinar, o relacionamento interpessoal e terapêutico, e o trabalho em equipe multiprofissional (MAGNAGO; TAVARES, 2012).

Tal ensino deve ser pautado em “teorias e referenciais que permitam a assimilação de aptidões que certifiquem uma ação holística e solidária”, tais como “criatividade, comunicação terapêutica, sensibilidade de escuta e empatia, capacidade de relacionamento interpessoal com paciente, equipe, família e comunidade” (MAGNAGO; TAVARES, 2012, p.52).

2.1 O ENSINO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

Para a construção deste capítulo, discorremos sobre o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental desde a criação do curso de graduação em enfermagem da UFES até o presente. A história e análise desse ensino se deram por intermédio dos conteúdos expressos nos Projetos Pedagógicos do Curso e nos Planos de Ensino das disciplinas responsáveis por este conteúdo disponibilizados pelo Colegiado e Departamento de Enfermagem do curso.

O curso de graduação em Enfermagem e Obstetrícia da UFES foi criado em 1976. O primeiro currículo do curso foi baseado na legislação vigente sobre o ensino de enfermagem – o Parecer/CFE Nº 163/72 e a Resolução/CFE Nº 04/72.O curso foi estabelecido em seis períodos, ou três anos, com uma carga horária de 2.650 horas, com o objetivo de preparar enfermeiros com capacidade para atuar como participante do processo de assistência de enfermagem, como educador, participante em pesquisa, administrar serviços de enfermagem e participar das associações de classe (UFES, 2003).

Neste currículo havia a disciplina obrigatória de Enfermagem Psiquiátrica, cuja carga horária era constituída de 30 horas de teoria, 30 horas de exercício e 120 de laboratório, totalizando 180 horas. A disciplina era oferecida no 4º período do curso e era ministrada por duas docentes. Em 1983, inicia-se o segundo currículo do curso,

contendo oito períodos ou quatro anos e uma carga horária de 3.495 horas. E, para a sua implementação, o Departamento organizou-se internamente em quatro grandes áreas: Materno-Infantil; Médico-Cirúrgico; Psiquiátrica e Saúde-Pública. Além das mudanças estruturais na organização, nesse currículo iniciou-se o enfoque partindo do homem sadio ao homem doente, respeitando todas as etapas do seu ciclo de vital(UFES, 2003).

Nesse currículo havia as disciplinas obrigatórias de Enfermagem Psiquiátrica e Estágio Supervisionado em Enfermagem Psiquiátrica e uma disciplina optativa de Enfermagem em Saúde Mental, conforme descrevem os Quadros 2 e 3.

Quadro 2 - Síntese dos planos de ensino das disciplinas Enfermagem Psiquiátrica (1983,1998), Estágio Supervisionado em Enfermagem Psiquiátrica (1983,1998) e Enfermagem em Saúde Mental (1998), segundo carga horária, período, estratégias de ensino e critérios de avaliação.

Disciplina	Carga Horária	Período	Estratégias de Ensino	Critérios de Avaliação
Enfermagem Psiquiátrica (ENF 1699)	60 horas (30 de teórica e 30 de laboratório)	5º período	- Aula expositiva - Estudo de caso - Seminário - Estudo dirigido - Visitas institucionais e domiciliares - Vídeos educativos - Dramatizações	- Provas - Relatório de estudo dirigido - Seminário - Resenha de filme - Dramatizações
Estágio Supervisionado em Enfermagem Psiquiátrica (ENF 1711)	60 horas (laboratório)	5º período	- Estudo de caso - Seminário - Estudo dirigido - Visitas institucionais e domiciliares	- Seminário - Relatório de estudo dirigido - Processo de enfermagem - Visitas institucionais
Enfermagem em Saúde Mental (ENF1719)	45 horas (teórica)	–	- Aula expositiva dialogada - Estudo dirigido - Filme - Seminário - Visita institucional	- Participação em sala e em atividades grupais; - Resenha de filme - Relatório de visita institucional - Estudo dirigido - Seminário - Ficha de leitura

Fonte: Planos de ensino das disciplinas do currículo de 1983.

Quadro 3 - Síntese dos planos de ensino das disciplinas Enfermagem Psiquiátrica (1983,1998), Estágio Supervisionado em Enfermagem Psiquiátrica (1983,1998) e Enfermagem em Saúde Mental (1998), segundo conteúdo programático e local de laboratório.

Disciplinas	Conteúdo Programático	Local de Laboratório
Enfermagem Psiquiátrica (ENF1699)	História da psiquiatria e enfermagem psiquiátrica (instrumentos básicos da enfermagem psiquiátrica); relação de ajuda; entrevista e funções psíquicas; terapêuticas na área psiquiátrica e de enfermagem psiquiátrica (somática, psicológica e social); dependência química (álcool e drogas); transtornos neuróticos (ansiedade, somatoformes e dissociativos); psicoses (esquizofrenia, distúrbio bipolar); transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes (enurese/encoprese, autismo infantil); psicofarmacos; urgências psiquiátricas (crise convulsiva, distúrbio neuro-vegetativo, *delirium tremens* e risco de suicídio)	_____
Estágio Supervisionado em Enfermagem Psiquiátrica (ENF 1711)	Vivência ambulatorial e hospitalar da assistência de enfermagem nas dependências químicas (álcool e drogas), distúrbios neuróticos (ansiedade, somatoformes e dissociativos), psicóticos (esquizofrenia e distúrbio bipolar), infantis (enurese/encoprese e autismo) e nas urgências psiquiátricas (crise convulsiva, distúrbio neuro-vegetativo, *delirium tremens* e risco de suicídio), bem como o papel dos psicofármacos no tratamento das mesmas.	- Programa de Atendimento ao Alcoolista (PAA) - Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho (HAB) - Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT) - Visitas institucionais: Alcoólicos Anônimos (AA); Narcóticos Anônimos (NA); Ambulatório de Saúde Mental do Centro de Referência em Especialidades (ASMCRE)
Enfermagem em Saúde Mental (ENF1719)	Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica; Política de saúde mental da Secretaria Estadual e Municipal de Saúde; Ansiedade normal e patológica; Teoria da crise no ciclo vital; Infância, Adolescência, Idade Adulta e Senescência; Temas em Saúde Mental.	- Locais de assistência durante o ciclo vital: creches; orfanatos; Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE);asilos - Locais de assistência em dependência química - Grupos de ajuda mútua

Fonte: Planos de ensino das disciplinas do currículo de 1983.

Nesse currículo, observam-se algumas mudanças realizadas no ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental. A disciplina de Enfermagem Psiquiátrica tem uma diminuição de 120 horas em sua carga horária, passando a dispor de 60 horas semestrais. Criasse a disciplina de Estágio Supervisionado em Enfermagem

Psiquiátrica com 60 horas de laboratório, demonstrando uma redução de 60 horas na carga horária de disciplina obrigatória do currículo destinada ao ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental.

A disciplina de Enfermagem Psiquiátrica enfoca o ensino do cuidado de enfermagem ao indivíduo adulto doente, embora contemple alguns transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes.

A disciplina de Estágio Supervisionado em Enfermagem Psiquiátrica tinha como campos de laboratório o PAA e o Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho (HAB), tendo também em determinado semestre, o Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT), quando houve a presença de professor substituto na disciplina. Os locais de visitas institucionais também contemplavam apenas serviços de assistência ao adulto, bem como grupos de ajuda mútua.

Neste currículo, há a inclusão da disciplina optativa, Enfermagem em Saúde Mental, que abordava, entre outros, o indivíduo sadio durante o seu ciclo vital. O laboratório era desenvolvido por meio de visitas institucionais em diversos serviços que ofereciam assistência a criança, ao adulto e idoso.

O terceiro currículo iniciou em 1999, mantendo oito períodos ou quatro anos e uma carga horária de 3.810 horas. Este veio para atender a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (LDB) Nº 9.394,de 20 de dezembro de 1996, e a Portaria Nº1721, de 15 de dezembro de 1994-MEC, sendo organizado nas quatro áreas temáticas: Bases Biológicas e Sociais, Fundamentos de Enfermagem, Assistência de Enfermagem e Administração em Enfermagem (UFES, 2003).

O currículo apresenta uma visão biopsicossocial, buscando uma formação crítica, reflexiva e criativa. Para tanto, os alunos vivenciavam a prática em laboratório nos diversos cenários do cotidiano da enfermagem, como as instituições de saúde (hospitais, ambulatórios, unidades de saúde), escolas, organizações não governamentais e outros. Para cada período do curso ficou estabelecido um eixo central e um transverso, permeando todas as disciplinas pertencentes aquele período (UFES, 2003).

Nesse currículo, as disciplinas de Enfermagem Psiquiátrica e Estágio Supervisionado em Enfermagem Psiquiátrica tornam-se uma única disciplina, intitulada Enfermagem em Saúde Mental, cujas características estão descritas nos Quadros 4 e 5.

Quadro 4 - Síntese dos planos de ensino da disciplina Enfermagem em Saúde Mental (2000-2007.1), segundo carga horária, período, estratégias de ensino e critérios de avaliação.

Disciplina	Carga Horária	Período	Estratégias de Ensino	Critérios de Avaliação
Enfermagem em Saúde Mental (ENF 04071)	120 horas (60 de teórica e 60 de laboratório)	4º período	- Aula expositiva - Estudo de caso - Estudo dirigido - Seminário - Visita institucional e domiciliar - Vídeos educativos e dramatizações	- Provas; - Resenha de filme - Relatório do estudo dirigido - Seminário - Dramatizações

Fonte: Planos de ensino da disciplina do currículo de 1999.

Quadro 5 - Síntese dos planos de ensino da disciplina Enfermagem em Saúde Mental (2000-2007.1), segundo conteúdo programático e local de laboratório.

Disciplinas	Conteúdo Programático	Local de Laboratório
Enfermagem em Saúde Mental (ENF 04071)	Evolução histórica da psiquiatria, enfermagem psiquiátrica e enfermagem em saúde mental; Política nacional de saúde mental; Ações de saúde mental do enfermeiro; Ansiedade normal e patológica; Instrumentos básicos da enfermagem em saúde mental (autoconhecimento, princípios, comunicação, interação, ambiente terapêutico, processo de enfermagem); assistência de enfermagem nas manifestações comportamentais do paciente dependente químico (álcool e drogas), com transtornos neuróticos (ansiedade, somatoformes e dissociativos); com transtornos psicóticos (esquizofrenia, distúrbio bipolar); e em urgência psiquiátrica (crise convulsiva, *delirium tremens* e risco de suicídio); Autismo infantil	- PAA - HAB - Visitas institucionais: ASMCRE, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidade Psiquiátrica e de Dependência Química do Hospital da Polícia Militar, AA, Familiares de Alcoólicos Anônimos (AL-ANON), Filhos de Alcoólicos Anônimos (AL-TEEN), NA, CPTT, Centro de Valorização da Vida (CVV), Urgência Psiquiátrica do Hospital São Lucas.

Fonte: Planos de ensino da disciplina do currículo de 1999.

Nessa disciplina, o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental volta-se para o indivíduo adulto doente, e mantém como locais de laboratório o PAA e o HAB. No entanto, na operacionalização desses laboratórios, os estudantes escolhiam um dos dois campos para fazerem as aulas práticas e realizavam visitas institucionais aos serviços de atendimento à pessoa com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas ou com sofrimento ou transtorno mental.

Sendo assim, observa-se nesse currículo uma fragilidade encontrada no ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental: o enfermeiro egresso desse curso era formado ou com alguma experiência no cuidado à pessoa com transtorno mental ou com alguma vivência no cuidado à pessoa com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Em 2006, em virtude das recomendações da Resolução CNE/CES nº 3, de 07 de novembro de 2001, que trata das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (MEC, 2001) cria-se o quarto currículo do curso. Tal currículo se estrutura em cada período por meio de um enfoque central, da integração horizontal entre as disciplinas do período e da integração vertical entre as disciplinas desse período com as disciplinas do período anterior e posterior. Em cada disciplina são estabelecidas as competências, habilidades, bases tecnológicas e estratégias a serem desenvolvidas (UFES, 2006).

Nesse currículo, a carga horária e os conteúdos relativos à disciplina de Enfermagem em Saúde Mental foram distribuídos entre as disciplinas Atenção à Saúde do Adulto e Enfermagem na Saúde do Adulto, conforme apresentam os Quadros 6 e 7.

Quadro 6 -Síntese dos planos de ensino das disciplinas Atenção à Saúde do Adulto (2007.2-2016) e Enfermagem na Saúde do Adulto (2008, 2010, 2011, 2016), segundo carga horária, período, estratégias de ensino e critérios de avaliação.

Disciplina	Carga Horária	Período	Estratégias de Ensino	Critérios de Avaliação
Atenção à Saúde do Adulto (ENF 05031)	360 horas (150 de teórica e 210 de laboratório)	4º período	- Aula expositiva-dialogada Dinâmicas de grupo - Visita técnica - Observação sistemática - Casos de situações problemas - Seminário - Laboratório interno e em campo	- Avaliação diagnóstica - Avaliação formativa - Avaliação somativa: Instrumento de avaliação das atividades de laboratório; Relatórios de atividades; Relatórios das visitas técnicas; Prova; Seminário; Auto avaliação conjunta; Portfólio das atividades práticas; Leitura e discussão de obra literária; Diário de campo; Auto avaliação; Estudo de caso
Enfermagem na Saúde do Adulto (ENF 04072)	420 horas (120 de teórica e 300 de laboratório)	5º período	- Aula teórica - Ensino clínico - Visita técnica - Atividade de laboratório - Leitura de textos e romances - Seminário - Painel	- Avaliação diagnóstica - Avaliação somativa: Leitura e discussão de textos e obras; Estudo de caso; Prova; Exercícios teóricos e práticos; Visita técnica; Seminário.

Fonte: Planos de ensino das disciplinas do currículo de 2006.

Quadro 7 - Síntese dos planos de ensino das disciplinas Atenção à Saúde do Adulto (2007.2-2016) e Enfermagem na Saúde do Adulto (2008, 2010, 2011, 2016), segundo conteúdo programático e local de laboratório.

Disciplinas	Conteúdo Programático sobre Saúde Mental	Local de Laboratório
Atenção à Saúde do Adulto (ENF 05031)	Política Nacional de Saúde Mental; Rede de Atenção Psicossocial; Projeto Terapêutico Singular; Autoconhecimento; Comunicação Terapêutica; Relacionamento Terapêutico; Ambiente Terapêutico; Relação de Ajuda; Crise (do desenvolvimento, situacional e acidental) e Intervenção; Avaliação do estado mental (Entrevista e Exame do estado mental); Sofrimento Mental; Transtorno Mental Comum; Transtorno Mental Grave; Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao Uso de Crack, Álcool e outras Drogas; Grupo; Oficinas terapêuticas; Abordagem Familiar (Genograma e Ecomapa)	- Laboratório de Enfermagem - PAA - Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) - Centro de Vigilância em Saúde Ambiental (CVSA) - Pronto Atendimento da Praia do Suá (PA) - Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
Enfermagem na Saúde do Adulto **(ENF 04072)**	Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ao paciente com transtornos mentais: Contextualização histórica do cuidado com o paciente psiquiátrico; Cuidados de enfermagem a pacientes com transtornos neuróticos: os Transtornos de Ansiedade, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtornos Conversivos, Dissociativos e Hipocondríacos; Cuidados de enfermagem a pacientes com transtornos psicóticos: Transtorno Afetivo-Bipolar, Esquizofrenia; Cuidados de enfermagem ao paciente neurológico e em Urgências Psiquiátricas	- Laboratório de Enfermagem - Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes - CAPS situado no Centro de Referência em Especialidades (CRE)

Fonte: Planos de ensino das disciplinas do currículo de 2006.

A disciplina Atenção à Saúde do Adulto enfoca o cuidado ao indivíduo na Atenção Básica e contempla várias áreas do conhecimento, tais como: processo saúde-doença, saúde ambiental, saúde mental, doenças transmissíveis, doenças crônico-degenerativas, biossegurança nas ações de saúde e segurança do trabalho e nas ações de enfermagem, e procedimentos de enfermagem.

A disciplina Enfermagem na Saúde do Adulto enfoca o cuidado ao indivíduo no contexto hospitalar e aborda o processo de envelhecimento, adoecimento; políticas e qualificação do cuidado ao paciente; paciente clínico, cirúrgico e crítico; suporte emocional e relação de ajuda ao paciente internado; sistematização da assistência de enfermagem; trauma; distúrbios de líquidos, eletrólitos, hematológicos, cardiorrespiratórios, digestivos, neoplásicos, ortopédicos, tegumentares, sensitivos e neurológicos; suporte nutricional; procedimentos de

enfermagem; assistência de enfermagem â pessoa com transtorno mental e em emergências psiquiátricas; entre outros.

Desde o seu surgimento até o momento, a disciplina Atenção à Saúde do Adulto já teve vários campos como laboratório, mas atualmente mantém o Laboratório de Enfermagem, as UBSF de Consolação e Andorinhas e o CAPS. No tocante a carga horária de aula prática, em ambas as disciplinas, os estudantes vivenciam o rodízio nos laboratórios permanecendo, aproximadamente, em cada disciplina um total de 40 horas em experiência de aprendizado no cuidado à pessoa com sofrimento ou transtorno mental.

Em 2010, o Colegiado do Curso de Enfermagem identifica a necessidade de discussão e reformulação do Projeto Pedagógico do Curso e inicia este processo por meio de oficinas pedagógicas com a participação de docentes e representação estudantil.

Na disciplina Atenção à Saúde do Adulto, algumas mudanças foram iniciadas a partir de 2014, considerando as discussões e deliberações sobre o ensino de saúde mental ocorridas nas oficinas pedagógicas e os resultados do estudo de Souza *et al*. (2016), como a revisão de conteúdos teóricos considerando os princípios da reforma psiquiátrica, do paradigma psicossocial e as ferramentas de trabalho para o cuidado em saúde mental na Atenção Básica, bem como a inserção de um novo campo de prática, o CAPS, para oportunizar aos discentes um convívio maior em experiência de aprendizado com a pessoa com sofrimento ou transtorno mental. Pessoas que são encontradas por eles, não somente no CAPS, mas nos outros cenários de prática da disciplina, as UBSF, que estão inseridas dentro das regiões de saúde cobertas pelo CAPS.

A partir da análise dos Projetos Pedagógicos do Curso e dos Planos de Ensino das disciplinas responsáveis pelo conteúdo de saúde mental, constata-se que, nesse curso, assim como nos cursos de graduação em enfermagem de todo o país, ao longo dos anos, esse ensino também foi influenciado pelos paradigmas que permearam as práticas em saúde mental da época.

Paradigma é definido como modelo teórico, que é entendido como modo de explicação, construção teórica realizada, hipotética, que serve para analisar ou avaliar uma realidade concreta (JAPIASSU; MARCONDES, 1991). A Enfermagem, bem como outras áreas do saber, acompanha e apreende os aspectos inovadores

das mudanças paradigmáticas tanto no ensino quanto na prática assistencial em saúde mental (COLVERO; MACHADO, 2000)

Observa-se que, até o terceiro currículo, o paradigma predominante no ensino de saúde mental foi o paradigma asilar (COSTA-ROSA, 2000; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003; COSTA-ROSA, 2013), cujo ensino focalizava a doença, o indivíduo como destinatário principal das ações, bem como a medicação como meio de tratamento, e a prática realizada somente em serviços especializados, como o HAB e o PAA. Ressalta-se, também, a presença do paradigma interpessoal (ADAMS, 1992 *apud* JORGE; SILVA, 2000) constatada por meio da abordagem da interação enfermeiro-paciente como instrumento básico da enfermagem em saúde mental. Vale destacara iniciativa da disciplina optativa de Enfermagem em Saúde Mental que na década de 90 contemplava a saúde mental no indivíduo sadio durante o seu ciclo vital.

No quarto currículo, a saúde mental é estabelecida de forma transversal na matriz curricular, com intuito de ser abordada nas ações de enfermagem ao indivíduo durante as fases do ciclo vital, e na sua assistência, tanto na atenção básica quanto no contexto hospitalar. No entanto, pela análise dos Planos de Ensino verificamos que a saúde mental se concentrou nas disciplinas Atenção à Saúde do Adulto e Enfermagem na Saúde do Adulto, disciplinas em que os dois docentes que eram responsáveis por esse conteúdo na disciplina de Enfermagem em Saúde Mental (ENF 04071) foram inseridos.

Para Rodrigues (2010), o processo de integrar a saúde mental no currículo, e o modo como este será desenvolvido e avaliado após a sua implantação, deve ser antecedido pela sensibilização dos docentes que não lecionam o campo da saúde mental, uma vez que, em sua pesquisa, identificou alguns docentes que aceitaram a integração da saúde mental no currículo, mas outros que sequer se propuseram a desenvolver os conteúdos do campo da saúde mental em sua área específica. Essa situação pode interferir no processo de sensibilização do estudante para integrar a saúde mental em seu cuidado à saúde.

Um avanço observado nesse quarto currículo foi a abordagem da saúde mental na atenção básica, corroborando com a recomendação da Lei nº. 10.2016, de 06 de abril de 2001, que redireciona o modelo de assistência em saúde mental no país, e preconiza o atendimento à pessoa com sofrimento ou transtorno mental preferencialmente em serviços comunitários em saúde mental.

Nota-se, ainda, que, desde a criação desse curso até o presente, existe uma lacuna no ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental à criança e ao adolescente, conteúdo abordado pontualmente por algumas disciplinas do segundo e terceiro currículos, com enfoque sobre as patologias.

Segundo Rodrigues (2010), para se pensar o ensino de enfermagem em saúde mental na graduação, é preciso saber qual a concepção que se tem sobre saúde mental, pois esta orientará a formação e a prática profissional. Para o autor, a saúde mental é um campo de conhecimento polissêmico, que se fundamenta em três dimensões: 1) é transversal à saúde – pois valoriza a subjetividade de cada pessoa e família; b) é uma especificidade – pois a intervenção é junto à pessoa com sofrimento mental; e c) é uma especialidade – pois se promovem ações em saúde com pessoas com transtornos mentais graves e severos (RODRIGUES *et al*., 2010).

Sendo assim, na formação do enfermeiro generalista, observa-se a necessidade do processo ensino-aprendizagem fundamentar-se em cuidados primários em saúde mental que valorizem o subjetivo em qualquer ação em saúde, com o intuito de desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes para intervenções às pessoas com sofrimento mental, na presença ou não de transtornos mentais (LUCCHESE; 2007; ESPIRIDIÃO *et al*., 2013).

Portanto, no curso de enfermagem da UFES, observa-se o processo de transição em que se encontra o ensino de saúde mental, rompendo com uma formação de cunho especialista para uma formação generalista que contemple a saúde mental como campo de conhecimento transversal à saúde, mas que considera a especificidade e a especialidade na atenção à saúde mental.

Figura 3 - Qual o caminho a seguir?

Fonte: Blog O grande Diálogo. Disponível em: <http://ograndedialogo.blogspot.com.br/2016/01/os-dois-caminhos.html>. Acesso em 05 de fevereiro de 2016.

3 AS TEORIAS DE ENFERMAGEM NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

A preocupação da enfermagem com o conhecimento teórico surge com Florence Nightingale, que afirmava que a enfermagem necessitava de conhecimentos diferentes da ciência médica. Florence estabeleceu as premissas que fundamentavam a profissão, preconizando um conhecimento de enfermagem direcionado às pessoas, às condições em que elas viviam e em como o ambiente poderia atuar sobre a saúde das mesmas (NIGHTINGALE, 1989). No entanto, apesar da forte influência de Nightingale, a enfermagem passou a assumir uma orientação profissional sob a mesma perspectiva médica, concentrando as suas ações na doença em vez de no paciente (SOUZA, 1984*apud* TANNURE, 2010).

Florence é considerada a primeira teórica da enfermagem, e quase um século após a publicação de Notes on Nursing, em 1859, em que ela descreve as premissas básicas para a prática de enfermagem, é que outros estudiosos de enfermagem passaram a desenvolver trabalhos filosóficos e teóricos para descrever e definir a enfermagem e orientar a sua prática (MCEWEN, 2016).

Nos anos 1950, o pensamento teórico na enfermagem enfocou, principalmente, o que as enfermeiras fazem e seus papéis funcionais, centralizando a assistência de enfermagem sobre os problemas e as necessidades do paciente. Nos anos 1960, as teorias de enfermagem focalizaram o relacionamento entre a enfermeira e o paciente. Os anos 1970 foram uma década em que muitas teorias de enfermagem foram apresentadas pela primeira vez, e várias foram revisadas nos anos 1980, com base nos achados de pesquisa que as expandiram. Ainda nessa década, novas teorias foram incorporadas à enfermagem. Já a partir dos anos 1990, diversas pesquisas têm sido desenvolvidas com intuito de testar e expandiras teorias de enfermagem (HICKMAN, 2000).

Meleis (1997, p. 22) define a teoria de enfermagem como “uma construção articulada e comunicada da realidade criada ou descoberta dentro da ou pertinente à enfermagem com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem.” Do mesmo modo, para Leopardi (1999), a teoria busca descrever determinado fenômeno da realidade, detectando sobre quais problemas se debruçam, como eles são compreendidos, como devem ser abordados e quais os resultados esperados.

O uso da teoria possibilita estrutura e organização ao conhecimento de enfermagem e proporciona uma “prática racional e sistemática, desafiando e validando a intuição” (MCEWEN, 2016, p. 26). Além disso, ela aprimora a prática à medida que direciona “a observação dos fenômenos, a intervenção de enfermagem e os resultados a se esperar” (CIANCIARULO *et al*., 2008, p.36). Em relação ao ensino, as teorias fornecem ao aluno a base para a assistência e o conhecimento científico da profissão (MATOS *et al*., 2011).

Assim, ao se utilizar a teoria no ensino e na prática da enfermagem a assistência não será desenvolvida ao acaso, mas fundamentada em um corpo de conhecimento sobre o fenômeno, que direcionará as ações de enfermagem.

As teorias de enfermagem, com base no alcance ou na abstração da teoria, podem ser classificadas em: *meta-teorias*, *grandes teorias*, *teorias de médio alcance* e *teorias práticas*. As *meta-teorias* enfocam aspectos amplos, como os processos para se gerar o conhecimento e o desenvolvimento da teoria. As *grandes teorias* buscam elucidar as amplas áreas dentro da disciplina e podem incorporar inúmeras outras teorias. As *teorias de médio* alcance são mais específicas e envolvem um número limitado de conceitos e um aspecto restrito da realidade. As *teorias práticas* (microteorias, teorias prescritivas ou teorias específicas à situação) são mais específicas que as de médio alcance e fornecem orientações direcionadas para a prática (MCEWEN, 2016).

Como o objeto de estudo desta tese se propõe a analisar a utilização de um modelo teórico, o Intuir Empático, que emergiu da análise da prática de enfermeiras psiquiatras, descreveremos um pouco mais as teorias práticas de enfermagem. Estas são utilizadas para fornecer cuidados de enfermagem aos pacientes. Entre as características comuns às teorias práticas destacam-se: serem utilizadas para realizar intervenções de enfermagem; estarem relacionadas à comunicação; podem ser derivadas de grandes teorias, teorias de médio alcance, da prática clínica e/ou da pesquisa e descrever, explicar ou prescrever práticas de enfermagem específicas; combinam um conjunto de princípios ou orientações para a prática, e “podem beneficiar a prática e o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem, permitindo a análise profunda de determinada ação ou prática de enfermagem”(MCEWEN, 2016, p. 428).

As teorias práticas são aplicadas com facilidade na pesquisa e na prática de enfermagem. Tais teorias, em sua maioria, emergem da pesquisa da teoria

fundamentada ou da síntese e integração dos resultados de pesquisa e da aplicação desse conhecimento a uma situação ou população específica. Comumente, a intenção é desenvolver uma estrutura ou um projeto com intuito de entender determinada situação ou grupo definido de pacientes (MCEWEN, 2016).

Na tentativa de explicar alguns fenômenos da enfermagem surgiram algumas teorias que são utilizadas no cuidado de enfermagem em saúde mental.

Hildegard Peplau, enfermeira com experiência na área de enfermagem hospitalar especializada e geral, no Corpo de Enfermagem do Exército dos Estados Unidos e na pesquisa em enfermagem, especialmente, para a prática em enfermagem psiquiátrica, publicou o livro Interpersonal Relations in Nursing, em 1952, onde descreve sua teoria para a prática de enfermagem, os papéis que a enfermeira assume durante as situações de enfermagem e as fases que devem ser realizadas durante o relacionamento enfermeira-paciente. A autora descreve a enfermagem como um processo de interação interpessoal, de cunho terapêutico, entre a enfermeira e o paciente a fim de esclarecer os problemas dos pacientes e juntos estabelecerem metas para a solução desses problemas. Para a autora, nesta interação, tanto a enfermeira quanto o paciente crescem com a experiência. Durante o relacionamento interpessoal a enfermeira e o paciente devem vivenciar as fases de *orientação, identificação, exploração* e *resolução* e a enfermeira atua podendo assumir os papéis de *professor, recurso, conselheiro, líder, especialista técnico* e *substituto* (BELCHER; FISH, 2000).

A Teoria de Peplau contribuiu significativamente para compreensão e introdução do conhecimento sobre o relacionamento enfermeira-paciente na prática de enfermagem. No entanto, do ponto de vista da exequibilidade, observamos uma dificuldade para aplicação dessa teoria pela enfermagem na assistência em saúde mental brasileira. A autora estabelece que para haver o incentivo para o processo terapêutico é necessário, na interação enfermeira-paciente, o desenvolvimento de uma meta comum, cuja obtenção deve ser alcançada por meio de uma série de passos seguindo um padrão sequencial. De acordo com a autora, esse padrão é constituído pelas fases de *orientação, identificação, exploração* e *resolução*, que se sobrepõem, inter-relacionam-se e variam em duração à medida que o processo evolui para uma solução.

Refletindo a respeito e considerando:

- a realidade brasileira em que o número de enfermeiros no Brasil, no ano de 2008, era da ordem de 178.546 enfermeiros, com uma média de 0,94 enfermeiro por mil habitantes (DATASUS, 2014), que o número de leitos psiquiátricos no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2008 totalizavam 36.797 leitos (BRASIL, 2012), e que a grande maioria desses enfermeiros não atuam na assistência em saúde mental;
- a Portaria Nº 251 (BRASIL, 2004),que estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, onde se preconiza, pelo menos, 01 profissional enfermeiro para cada 240 leitos, e ainda01 enfermeiro para cada 40 pacientes com 20 horas de assistência semanal;
- a Portaria Nº 336 (BRASIL, 2004) e a Portaria Nº 615, que tratam dos CAPS, onde se preconizam, dependendo do tipo de CAPS, para uma média de 20 a 60 pacientes atendidos por turno (04 horas), podendo chegar a 40 a 120 pacientes ou mais atendidos por dia, pelo menos 01 profissional enfermeiro na equipe multiprofissional;
- a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), que estabelece que cada equipe de saúde da família, que contém 01 profissional enfermeiro, é responsável por 3.000 a 4.000 pessoas cadastradas em seu território; e
- a Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2013), que preconiza que as pessoas em sofrimento mental devem ser assistidas na atenção básica, e considerando que, no Brasil, a estimativa de sofrimento mental na população adulta é de aproximadamente 30% no período de um ano, e que cerca de 20% demanda algum tipo de atenção em saúde mental (RIBEIRO; POÇO, 2007); pergunto:

Como o enfermeiro pode em sua assistência em saúde mental estabelecer um relacionamento interpessoal com o paciente, conforme preconiza a teoria de Peplau, com todas as pessoas por ele atendidas? Para a realidade brasileira, na prática, torna-se difícil para o enfermeiro desenvolver as fases sequenciais da teoria, com todos os pacientes, com a duração que elas requerem, devido ao número

elevado de pacientes sob os seus cuidados, bem como ao tempo limitado que possui, em decorrência das outras atividades que tem que exercer no seu cotidiano profissional.

Joyce Travelbee, enfermeira psiquiátrica, docente e escritora, publicou o livro Intervenciónen Enfermería Psiquiátrica, de 1969, em que descreve sua teoria Relação Pessoa a Pessoa. Travelbee preconiza seis premissas básicas para essa relação e nove objetivos. Para a autora, a enfermagem psiquiátrica é um processo interpessoal entre a enfermeira e a pessoa, entendida como paciente, família ou grupo de pessoas, que necessitam da ajuda que a enfermeira pode oferecer. A enfermeira atua prevenindo o adoecimento, promovendo saúde e ajudando a pessoa a enfrentar a experiência de sofrimento. Para a autora, a experiência de sofrimento ajuda o ser humano a crescer e se fortalecer, identificando sua limitação e potencialidade (TRAVELBEE, 1979).

A relação pessoa a pessoa é uma meta a ser alcançada, é o resultado de várias interações planejadas com um propósito entre a enfermeira e o paciente, em que ambos aprendem, afetam e são afetados um pelo outro através dos sentimentos, pensamentos e comportamentos. Durante este relacionamento o enfermeiro e a pessoa vivenciam as fases *prévia, introdutória (orientação), identidades emergentes* e *término*, que se sobrepõem umas as outras (TRAVELBEE, 1979).

A Teoria de Travelbee contribuiu significativamente para a continuidade da produção do conhecimento sobre o relacionamento terapêutico, pois se observa na teoria a influência das ideias de Peplau, embora apresentasse avanços considerando a família e a comunidade, a prevenção do adoecimento e a promoção da saúde, discorrendo também sobre os aspectos que envolvem a comunicação com o paciente. No entanto, tal teoria apresenta a mesma dificuldade que a teoria de Peplau, do ponto de vista prático, da exequibilidade, para a atuação do enfermeiro na assistência em saúde mental no Brasil, conforme descrito anteriormente.

Alguns estudos realizaram uma análise crítica dessas teorias de enfermagem para o cuidado em saúde mental. O estudo de Cardoso, Loyola e Oliveira (2006) analisou a teoria de Peplau e sua associação com os preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. As autoras afirmam que os conceitos da teoria ainda são aplicáveis, embora seja um referencial elaborado nos anos 50. Todavia, a teoria apresenta alguns limites, visto que a autora não aprofundou a discussão sobre as

ações em dispositivos extra-hospitalares, bem como as ações clínicas necessárias a esses dispositivos, e não abordou a Reabilitação Psicossocial.

O estudo de Waidman, Elsen e Marcon (2006) analisou a teoria de Travelbee explicitando suas possibilidades e limites e como ela pode ser utilizada no cuidado às famílias de pessoas com transtorno mental. As autoras afirmam que a teoria é atual e prática, mas que precisa ser revisada, pois mesmo reconhecendo que o trabalho com a pessoa com transtorno mental deve envolver a família e comunidade. Travelbee não apresenta sua concepção de família e como pode ser desenvolvido o trabalho com ambas, apontando lacunas que deverão se preenchidas em estudos futuros. Os autores ressaltam que, apesar do trabalho da teórica ser inovador, até para os tempos atuais, o fenômeno da desinstitucionalização e da reinserção social precisa ser agregado a teoria.

Neste sentido, apresentamos no capítulo seguinte, o modelo teórico do Intuir Empático, uma teoria exequível em qualquer ambiente onde se realiza o cuidado de enfermagem em saúde mental e que é consoante aos pressupostos do paradigma psicossocial.

Figura 4 - O modelo teórico do Intuir Empático: uma direção para continuar a jornada.

Fonte: Salto Quântico. Disponível em: <http://www.saltoquantico.com.br/2015/09/15/bussola-espiritual/>. Acesso em 05 de fevereiro de 2016.

4 O INTUIR EMPÁTICO

O modelo teórico do Intuir Empático é uma *teoria prática*, desenvolvida por Oliveira (2005), que utilizou o método da *teoria fundamentada nos dados* para analisar a prática assistencial de enfermeiras psiquiatras ao realizarem o cuidado aos pacientes. Ele foi construído com intuito de orientar a prática do cuidado de enfermagem psiquiátrica e consiste num processo dinâmico e pessoal, a partir do qual o enfermeiro constitui sua ação de cuidar de pessoas com transtorno mental (OLIVEIRA, 2005).

4.1 COMPONENTES DO INTUIR EMPÁTICO

O modelo teórico do Intuir Empático, ao propor descrever o processo de cuidar das enfermeiras psiquiatras, assinala alguns componentes que fazem parte do “bom cuidado de Enfermagem”. São eles: *empatia*, *intuição*, *experiência de cuidar* e *conhecimento técnico* (OLIVEIRA, 2005).

4.1.1 Empatia

Empatia é entendida como a “tendência para sentir o que sentiria caso estivesse na situação e circunstância experimentadas por outra pessoa” (FERREIRA, 2004, p. 734).Taylor (1992, p. 43) define *empatia* como “a capacidade em reconhecer, até certo ponto compartilhar, as emoções e os estados da mente de outra pessoa e compreender o significado e a importância do comportamento dessa pessoa”. Arantes, Stefanelli e Fukuda (2008) afirmam que a *empatia* implica em manter o mundo da pessoa como foco central da interação e, inclui: a percepção dos sentimentos, emoções e perspectivas da pessoa em relação à situação vivenciada; a comunicação da própria percepção à pessoa e validação da compreensão da mesma, bem como a atuação terapêutica sobre esta compreensão.

Para Oliveira (2005, p.133) “a *empatia* está na atitude que adotamos para reconhecer e compreender os sentimentos e comportamentos das pessoas, bem como as circunstâncias que as afetam em um determinado momento”. Assim, para que o enfermeiro seja empático nas relações que estabelece com o cliente é preciso

deixar de lado suas opiniões pessoais e valores a fim de envolver-se sem preconceitos no mundo deste (OLIVEIRA, 2005).

O benefício da *empatia* na interação pessoal é que a pessoa se sinta valorizada, cuidada e aceita. Mas, para que isso ocorra é necessário que o enfermeiro forneça, primeiramente, a base contextual para o relacionamento por meio da sinceridade e da consideração positiva incondicional à pessoa. A compreensão transmitida à pessoa, através da *empatia*, confere a esta um sentimento de identidade, que a impulsiona a agir em direção à transformação do autoconceito de si. Assim, com a mudança do autoconceito muda-se também o comportamento, produzindo um resultado clínico efetivo para a terapia. Oliveira (2005) também destaca que a capacidade de ter *empatia* está associada à disposição interna da pessoa, bem como, ao afeto que a une a outras pessoas, que as torna disponíveis para escutá-las (OLIVEIRA, 2005).

4.1.2 Intuição

A palavra *intuição*, segundo o dicionário da língua portuguesa, pode significar: “ato de ver, perceber, discernir; percepção clara e imediata; discernimento instantâneo; visão”; bem como, “ato ou capacidade de pressentir; pressentimento” (FERREIRA, 2004, p. 1125).

Lamond e Thompson (2000) compreendem a *intuição* como um conjunto de conhecimentos próprios, adquiridos ao longo de múltiplas experiências do ser, que afloram na mente espontaneamente, sem necessidade de ninguém transmitir nada, pois que tais conhecimentos pertencem ao universo peculiar e subjetivo de conhecimentos do sujeito.

Para Guimarães (2005) ela se refere a

> uma forma de apreensão do conhecimento que se dá de uma maneira sintética, imediata e inexplicável, ancorada na experiência, indicando algo da esfera do sensível, peculiar apenas para aquele que sente, e que resulta na criação de algo novo.

A *intuição* é muito utilizada diante de acontecimentos inesperados e que de súbito não são reconhecidos pelo profissional de saúde (GUIMARÃES, 2005).Na prática de Enfermagem, ela tem sido considerada um componente importante para o

julgamento clínico e a tomada de decisão (LAMOND; THOMPSON, 2000), bem como para a solução de problemas complexos na prática clínica, gerenciamento, educação e pesquisa em enfermagem (KING; APPLETON, 1997).

Para Oliveira (2014), *intuição* é perceber, discernir, ter consciência espontânea de um novo conhecimento e para a autora no cuidado de enfermagem psiquiátrica é possível a convivência do saber científico com o saber intuitivo e empático conferindo qualidade a essa clínica.

4.1.3 Experiência de Cuidar

No modelo teórico do Intuir Empático, outro componente importante é a *experiência de cuidar*. Para Oliveira (2005) enfermeiros que não possuem *experiência de cuidar* de pessoas com transtorno mental trazem consigo equívocos e pré-conceitos, bem como, sentimentos de temor, ansiedade, nervosíssimo, ambivalência e incertezas, que traduzem o despreparo ou falta de experiência. A autora afirma que “a competência e a iniciativa pessoal do enfermeiro irá determinar a interpretação do papel da enfermagem na assistência e o sucesso de sua implementação” (OLIVEIRA, 2005, p. 204).

Por isso, Travelbee (1979)ressalta a importância da supervisão em enfermagem psiquiátrica, isto é, a relevância de estudantes de graduação em enfermagem e de enfermeiras inexperientes que iniciam a prática assistencial em saúde mental, possuírem uma supervisora, uma enfermeira psiquiatra qualificada, que possua mestrado, especialização na área ou seja docente de curso de graduação em enfermagem.

4.1.4 Conhecimento Técnico

No modelo teórico do Intuir Empático, a ação de cuidar do enfermeiro fundamenta-se no *conhecimento técnico*, científico e intuitivo, bem como em suas habilidades, experiências e em sua capacidade empática que, associados, constroem junto com a pessoa com transtorno mental, o cuidado de enfermagem (OLIVEIRA, 2005).

Carvalho (2013) também ressalta a importância do conhecimento para efetivar o domínio do saber profissional do enfermeiro, e afirma ser imperiosa a

necessidade de os estudantes de enfermagem serem capacitados com competências técnico-científicas do saber-fazer e do poder-fazer na assistência aos clientes.

Para Oliveira (2005), o conhecimento técnico necessário ao trabalho dos enfermeiros psiquiatras é adquirido a partir do ensino prático do cuidado durante a formação profissional do enfermeiro e da presença de um bom instrutor durante essa formação.

4.2 ELEMENTOS DA CLÍNICA DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA QUE FUNDAMENTAM O INTUIR EMPÁTICO

A *clínica de enfermagem psiquiátrica* consiste num processo de busca que implica uma capacidade de observação disciplinada e o desenvolvimento de habilidades para aplicar conhecimentos teóricos à prática da relação interpessoal, em prol da atenção à pessoa com transtorno mental (MIRANDA; FIGUEIREDO; VIEIRA, 2000).

Esta clínica possui uma medida de indisciplinaridade, sendo fiel à abertura, à tolerância, à diferença e à diversidade, características da psiquiatria, cujo tratamento direciona-se à pessoa e sua experiência de sofrimento (OLIVEIRA, 2005).

A *clínica de enfermagem psiquiátrica* se estrutura a partir de elementos constitutivos, os quais fundamentam o Intuir Empático, a saber: *tempo, cuidado pós-demanda, escuta qualificada, prontidão para cuidar* e *esperançar*.

Em seu modelo teórico, Oliveira (2005) buscou dar significado a estes elementos atribuindo-lhes uma definição no ato de cuidar, com intuito de clarear e nortear as ações na prática de cuidar da *clínica de enfermagem psiquiátrica*.

4.2.1 Tempo

Para compreensão do elemento *tempo*, tomamos para o seu significado o que diz o dicionário da língua portuguesa: “momento ou ocasião apropriada (ou disponível) para que uma coisa se realize” (FERREIRA, 2004, p. 1930).

Na *clínica de enfermagem psiquiátrica* o *tempo* se refere ao *tempo* da pessoa com transtorno mental e não ao *tempo* do enfermeiro (OLIVIERA, 2005), isto é, o *tempo* da pessoa ter condições de responder ao tratamento, pois como o objeto de

cuidado da enfermagem é a pessoa, o *tempo* para cada pessoa significar ou re-significar sua experiência de sofrimento na sua história de vida, querer construir projetos de vida, responder a terapia individual ou de grupos, querer inserir-se em atividades, entre outros, são aspectos singulares e individuais de cada pessoa, cujo *tempo* para que isso ocorra deve ser respeitado pelo enfermeiro.

4.2.2 Cuidado Pós-Demanda

Na *clínica de enfermagem psiquiátrica,* o cuidado de enfermagem consiste, *a priori*, em acolher e interagir com a pessoa com transtorno mental, criando alternativas para a expressão da sua produção psíquica. Esta produção comporta, pelo menos, dois tipos de sofrimento. O primeiro tipo faz parte da vida, e se refere à dor de ser humano, o qual a pessoa do cuidado precisa da garantia do direito de expressão, e com ele, o aprendizado da convivência; este sofrimento é singular e intransferível, nele, a pessoa precisa viver a dor, para conhecer o eu sofrido, conviver com o eu e poder decidir sobre a dor. O segundo tipo de sofrimento é aquele que deve ser aliviado com as possibilidades culturais, de lazer e terapêuticas oferecidas pelos serviços e profissionais de saúde, bem como pela comunidade (MIRANDA, 1998).

Para essa autora, a compreensão desses dois sofrimentos é indispensável para a realização de um “cuidado de enfermagem competente, com arte, sensibilidade e solidariedade”. Quando o enfermeiro propicia a pessoa do cuidado condições mínimas para iniciar um movimento de significação do sofrimento, desenvolve o seu papel de cuidador, que é o de acolher a demanda do cliente (MIRANDA, 1998). Do mesmo modo, Oliveira (2005) também acredita que a *clínica de enfermagem psiquiátrica* é constituída por um conjunto de demandas que são apresentadas pela pessoa e nomeadas pelo enfermeiro.

Segundo o dicionário da língua portuguesa demanda pode ser entendida como “ação de demandar”, que se refere, entre outros, a: “ter necessidade de, precisar de, necessitar; pedir, solicitar” (FERREIRA, 2004, p. 615).

Sendo assim, na *clínica de enfermagem psiquiátrica* o cuidado de enfermagem só pode ser construído *a posteriori*, isto é, a partir da demanda e do significado que cada pessoa lhe atribui (LOYOLA; ROCHA, 1998).

Para Oliveira (2005) o *cuidado pós-demanda é* aquele que o enfermeiro precisa ser aceito pelo cliente, respeitando as vontades e as necessidades deste, a fim de estimula-lo para a autonomia do cuidado. Esse cuidado acontece quando o enfermeiro interage com o cliente, identifica suas necessidades e, para o atendimento destas, o inclui na tomada de decisão. O cuidado é totalmente direcionado a pessoa e esta é colocada na condição de copartícipe, isto é, sujeito ativo do cuidado.

4.2.3 Escuta Qualificada

Escuta pode ser entendida como “ato de escutar”, ou seja: “tornar-se atento ou estar atento para ouvir, dar ouvidos a; aplicar o ouvido com atenção para perceber ou ouvir, prestar atenção para ouvir alguma coisa” (FERREIRA, 2004, p. 797). E o termo qualificado, significa “que tem certas qualidades”, “que possui qualificação”, “habilitado” (FERREIRA, 2004, p. 797).

Sendo assim, na *clínica de enfermagem psiquiátrica*, a *escuta qualificada* é aquela em que o enfermeiro se propõe a ouvir a pessoa e compartilhar com a mesma a sua situação de sofrimento, dividindo com ele essa experiência. Somente após uma *escuta qualificada* é que a enfermeira está pronta para estruturar qualquer tipo de intervenção, caso seja necessário (OLIVEIRA, 2005).

4.2.4 Prontidão para Cuidar

Para a compreensão desse elemento tomemos como significado o que diz o dicionário da língua portuguesa sobre prontidão: “prestes ou pronto a agir, a entrar em ação” (FERREIRA, 2004, p. 1641).

Na *clínica de enfermagem psiquiátrica* o enfermeiro precisa ter *prontidão para cuidar*, que significa “estar ao lado do paciente, fazer o caminho com ele, conhecê-lo e criar com ele um espaço de vida” (OLIVEIRA, 2005, p. 11). Essa prontidão exige do enfermeiro muita disponibilidade para compartilhar a vida e o sofrimento do cliente e obter as informações necessárias para ajuda-lo.

4.2.5 Esperançar

O termo *esperançar* pode ser entendido como “dar esperança, animar, estimular”, bem como “ter ou adquirir esperança” (FERREIRA, 2004, p. 808).

A *clínica de enfermagem psiquiátrica* é uma clínica que induz o *esperançar*, uma clínica na qual o enfermeiro deve manter-se disponível e envolvido com o cuidar, esperando que a pessoa manifeste seus desejos, se envolva no tratamento, independente do tempo necessário para que isso ocorra e, porventura, se vier a ocorrer (OLIVEIRA, 2005). Para essa autora, o esperançar na *clínica de enfermagem psiquiátrica* significa estar implicado, ou seja, a postura do enfermeiro consiste em não desistir da pessoa, usar da criatividade diante de situações que parecem não haver possibilidade, não desistir de tentar proporcionar o cuidado, e esperançar com o cliente que é possível fazer melhor. “Esperançar é aguardar com esperança de que um pequeno nada ocorra” (OLIVEIRA, 2005, p. 170).

4.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE O INTUIR EMPÁTICO

O modelo teórico do Intuir Empático configura-se numa excelente escolha para fundamentação do cuidado de enfermagem psiquiátrica e saúde mental no Brasil, pois, por ser uma teoria prática, fornece orientações direcionadas à prática de enfermagem, permitindo a sua análise e permitindo contribuir para o conhecimento em enfermagem.

É um modelo exequível em qualquer lugar onde se realiza a assistência de enfermagem psiquiátrica e saúde mental, sendo consoante com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira e do paradigma psicossocial, pois, para se viabilizar a cidadania da pessoa com transtorno mental, é necessário dar voz a este sujeito tornando-o agente nesse processo, o que pode ser conseguido por meio da implementação da empatia, da escuta qualificada e do cuidado pós-demanda pelo enfermeiro. Para se alcançar a meta da reabilitação psicossocial, além da empatia e a escuta, o enfermeiro precisa utilizar-se da prontidão para cuidar, sendo sensível ao tempo do cliente e utilizando-se do esperançar, a fim de viabilizará a inserção social do sujeito. Por fim, para isso, o enfermeiro precisa usar o seu conhecimento técnico e a sua intuição, haja visto que nesse cuidado a atuação do enfermeiro não está escrita em protocolos, normas e rotinas, mas se desenvolverá no cotidiano do exercício profissional.

Figura 5 - O caminhar com o olhar do Interacionismo Simbólico e o andar na Teoria Fundamentada nos Dados.

Fonte: Luso Poemas. Disponível em:<http://www.lusopoemas.net/modules/news/article.php?storyid=300362>. Acesso em 05 de fevereiro de 2016.

5 O CAMINHO METODOLÓGICO

5.1 O REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico que mais se aproximou do objeto de estudo desta tese foi o Interacionismo Simbólico. Tal referencial trata de grupos ou sociedades humanas, da interação social, do homem como agente e da atividade humana. Neste estudo, trabalhamos com um grupo de estudantes de enfermagem que realizaram a ação de cuidar de pessoas a partir de uma interação, que ao lidarem com as mesmas desenvolveram ações com base nos significados por eles atribuídos aos símbolos que emergirem desta interação.

Tal referencial é apropriado para a pesquisa, o ensino e a assistência em enfermagem, pois ele valoriza, sobretudo, o significado que o ser humano atribui as suas experiências. É por meio da apreensão do significado dessas experiências que o enfermeiro procura meios de qualificar o ensino e a assistência de enfermagem(DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

O contexto histórico em que o Interacionismo Simbólico se origina data do início do século XX, período marcado por problemas sociais decorrentes do processo de industrialização e urbanização, que impulsionou estudiosos da época a desenvolverem uma perspectiva teórica que se ocupasse do estudo do comportamento social humano (CARVALHO, 2011).

As correntes teóricas que vieram a dar origem a essa perspectiva denominada Interacionismo Simbólico são advindas das obras clássicas da Escola de Chicago como Charles Cooley, John Dewey, William Thomas e, sobretudo, George Mead, considerado o principal precursor e inspirador do movimento interacionista (HAGUETTE, 2005; TREZZA, 2002; CARVALHO, 2010; 2011).

Os estudiosos da Escola de Chicago sofreram influência da Filosofia do Pragmatismo, corrente que surge no final do século XIX, em diversos países, mas principalmente nos Estados Unidos e Inglaterra. Desenvolvendo-se, inicialmente, a partir dos trabalhos de John Dewey e George Mead, especialmente em relação à interpretação dos processos e operações psíquicas segundo a sua eficácia para a solução dos problemas encontrados pelas pessoas no curso de seu comportamento (CARVALHO, 2010; 2011).

O pensamento de Mead, além da filosofia do pragmatismo, também foi influenciado pelas ideias de Charles Darwin e pelas concepções behavioristas (OLIVEIRA, 2005; CARVALHO , 2010; 2011).

Mead traz uma grande contribuição à análise da interação social, a qual preconiza que existem duas formas de interação na sociedade humana: “a conversação dos gestos” e o “uso de símbolos significantes”, que para Blumer (1980), foram denominadas, “interação não-simbólica” e “interação simbólica”, respectivamente. Segundo Blumer (1980, p. 125), “a interação não-simbólica ocorre quando se reage diretamente à ação de outra pessoa sem interpretá-la; a interação simbólica refere-se a interpretação do ato”.

A interação simbólica envolve a apresentação de gestos e o significado dos mesmos. Assim, quando o expositor de gestos apresenta-os, o faz como indicações ou signos do que pretende fazer, bem como espera que o reagente faça ou compreenda. Já a pessoa que reage organiza sua resposta de acordo com o significado que os gestos lhe transmitem. Dessa forma, quando o significado é o mesmo pra ambos, as partes se entendem mutuamente (BLUMER, 1980).

Neste sentido, assim como Blumer, acreditamos que, para que o cuidado realizado por estudantes de enfermagem as pessoas com transtorno mental seja eficiente, é necessário que durante essa interação estes estudantes interpretemos significados envolvidos nos atos apresentados pelos pacientes para, em seguida, responderem a estes atos, sendo de grande relevância que o estudante compreenda este significado como aquele que o emitiu.

No interacionismo simbólico, o universo em que ocorre a interação é composto de objetos, que são produtos dessa interação. Tais objetos podem ser classificados em *objetos físicos* (p. ex. cadeira), *objetos sociais* (p. ex. estudantes) e *objetos abstratos* (p. ex. princípios morais). Assim, a natureza do objeto compreende o significado que possui para a pessoa para quem constitui objeto, sendo que este significado determina a forma pela qual a pessoa vê o objeto e pela qual se encontra preparada para reagir ao mesmo (BLUMER, 1980).

Nesta concepção teórica, o significado dos objetos é considerado como criação social, ou seja, como elementos formados e originados do processo de definição e interpretação, no decorrer da interação humana, sendo que tais objetos são passíveis de sofrerem mudanças quanto aos seus significados (BLUMER, 1980).

Para explicar este processo de definição e redefinição de objetos no universo da interação humana, Mead introduz as noções de *Self, Eu* e *Mim*. O *Self* surge e se desenvolve a partir da interação social e significa que da mesma forma que o ser humano age em relação ao outro, ele se relaciona consigo mesmo e age em relação a si próprio. O *Eu* e o *Mim* são duas fases distintas do *Self,* em que a primeira consiste na resposta da pessoa para a atitude do outro, a "tendência impulsiva do indivíduo", e a segunda, o conjunto elaborado das atitudes do outro que a pessoa assume, o "outro generalizado", o "outro incorporado ao indivíduo" (HAGUETTE, 2005; SANTOS, 2008).

Neste sentido, o ser humano, ao entrar em contanto com o universo que o cerca, passa por um processo de auto-interação no qual identifica um objeto a partir do que observa, atribuindo-lhe um significado por meio do qual fundamenta as suas ações. De igual maneira, os estudantes desta pesquisa sofreram este processo de auto-interação ao estabelecerem a interação com os pacientes construindo para si significados que embasaram sua conduta.

As concepções apresentadas na teoria de Mead são consideradas, em conjunto, a principal fonte da qual se extraíram as interpretações que deram origem ao interacionismo simbólico (CARVALHO 2010; 2011).

O interacionismo simbólico começou a se delinear entre os anos de 1930 e 1940, tendo seu nome cunhado por Herbert Blumer, em 1937, que estabeleceu seus pressupostos, fundamentados em três premissas básicas (BLUMER, 1986):

- A primeira premissa estabelece que os seres humanos buscam agir em relação às coisas com base nos significados que elas têm para eles. As coisas referem-se a tudo aquilo que o ser humano encontra em seu mundo, como objetos físicos, outros seres humanos, individualmente ou em grupos, categorias de seres humanos, instituições, princípios orientadores, atividades e situações da vida cotidiana.
- A segunda premissa preconiza que o significado das coisas é derivado ou procede da interação social que os seres humanos estabelecem uns com os outros.
- A terceira premissa afirma que os significados podem ser tratados ou modificados através de um processo interpretativo usado pelo ser humano ao lidar com as coisas que ele encontra.

O interacionismo simbólico trabalha com alguns conceitos que fundamentam a análise da sociedade e do comportamento humano na perspectiva interacionista, dentre eles encontram-se o *significado*, o *símbolo*, o *self*, a *mente*, a interação social e a *sociedade*.

Para os interacionistas o *significado* é produto da interação humana, ou seja, são criações que emergem das atividades dos indivíduos à medida que eles interagem (BLUMER, 1980). O *símbolo* é a forma pela qual a comunicação se dá entre as pessoas, e é por meio da sua interpretação que a interação social ocorre. O *self* refere-se à capacidade do ser humano ser objeto de sua própria ação, ou seja, objeto de si próprio (BLUMER, 1986). A *mente* é um processo que socorre quando o indivíduo interage consigo próprio, por meio do *self*, usando símbolos significantes (HAGUETTE, 1990). A *interação social* é construída a partir da ação social, ou seja, de pessoas agindo a partir de sua interpretação da situação. A interação é simbólica quando os atos de cada pessoa têm significado para o emissor e o receptor da ação (BLUMER, 1986). E a *sociedade* é considerada toda atividade grupal, que se baseia no comportamento cooperativo (HAGUETTE, 2005).

Concluindo, os estudantes de enfermagem, ao desenvolverem o cuidado aos pacientes, utilizaram as três premissas do interacionismo simbólico: imprimiram um significado em relação ao modelo teórico do Intuir Empático, quando este lhe foi apresentado e quando foi implementado; imprimiram um significado em relação à mensagem emitida pelo paciente, à medida que interagiram com este e consigo mesmo, e imprimiram ações a partir da interpretação dos significados.

5.2O REFERENCIAL METODOLÓGICO

A Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) surgiu a partir da colaboração dos sociólogos Barney G. Glaser e Anselm L. Strauss (1965, 1967) durante os seus estudos sobre o processo da morte em hospitais. Esta teoria alia duas tradições opostas, e concorrentes, da sociologia: de um lado o positivismo da Universidade da Colúmbia, refletindo a formação quantitativa de Glaser, e, de outro, o pragmatismo e a pesquisa de campo da escola de Chicago, origens de Strauss (CHARMAZ, 2009).

Em 1967, o primeiro livro de Glaser e Strauss, The Discovery of grounded theory, articulou estratégias metodológicas sistemáticas e preconizou o “desenvolvimento de teorias a partir da pesquisa baseada em dados, em vez de dedução de hipóteses analisáveis a partir de teorias existentes” (CHARMAZ, 2009, p.17).

No segundo livro, The Discovery of grounded theory, Glaser e Strauss contestaram os princípios metodológicos da época e forneceram estratégias sistemáticas para a prática da pesquisa qualitativa a fim de que “a análise qualitativa sistemática tivesse sua própria lógica e pudesse gerar teoria” (CHARMAZ, 2009, p.19).

O terceiro livro de Glaser e Strauss, The Discovery of grounded theory*,* trouxe grandes contribuições à pesquisa qualitativa ao defendê-la como “uma abordagem metodológica confiável em si mesma e não meramente uma precursora à elaboração de instrumentos quantitativos” (CHARMAZ, 2009, p.20).

A TFD pode ser entendida como uma *metodologia*, um *método*, ou uma *constelação de métodos*. Como uma *metodologia* refere-se ao modo de pensar a realidade social, orientando o método e a análise teórica do mesmo; como um *método,* constitui um conjunto de procedimentos para recolher e analisar os dados da pesquisa; e como uma *constelação de métodos*, um conjunto de procedimentos para tratar os dados da pesquisa com várias indicações de procedimentos, de acordo com os autores utilizados (TAROZZI, 2011).

A TFD tem como propósito construir uma teoria fundamentada nos dados de grande valor para a prática (TAROZZI, 2011). Pode ainda ser utilizada em pesquisas de natureza exploratória quando se tem como objetivo gerar uma teoria, explicar um processo, ação ou interação; quando é necessário um procedimento sistematizado passo a passo; e quando a pesquisa é orientada para os dados (GASQUE, 2007).

Este referencial metodológico foi apropriado ao objeto de estudo dessa tese,pois a mesma se propôs a estudar o processo, a ação de cuidar dos estudantes de enfermagem ao implementarem o modelo teórico do Intuir Empático no cuidado aos pacientes.

Para a Enfermagem, a TFD é um referencial metodológico bastante promissor, uma vez que viabiliza a construção de conhecimentos sobre fenômenos pouco ou ainda não explorados oriundos da prática de enfermagem, bem como a proposição de teorias a partir dos dados (LEITE *et al*, 2012).

O modelo do processo de pesquisa na TFD, apresenta uma interdependência e encadeamento circular das partes em que as atividades ocorrem simultaneamente, e nesse processo, incluem-se três etapas principais: a *amostragem teórica,* a *codificação e a redação da teoria.*

A amostragem teórica é o processo de coleta de dados para a geração da teoria por meio da qual o analista coleta, codifica e analisa conjuntamente os dados, decidindo quais serão coletados a seguir e onde encontrá-los para fundamentar a teoria emergente. Esse processo é controlado pela teoria em formação (STRAUSS; CORBIN, 2008). Nessa metodologia, preconiza-se que o pesquisador deve, inicialmente, deixar o seu conhecimento em estado de "suspensão" para que a teoria possa emergir, ou seja, deve se estar aberto ao novo e ao inesperado (FLICK, 2004).

Durante a amostragem teórica, os dados são coletados, codificados e analisados de forma sistemática e simultânea até a saturação teórica, e para tal, deve-se usar a "sensibilidade teórica", definida como a destreza para olhar os dados com perspicácia e imaginação com o objetivo de verificar a relevância dos dados e discernir o que é ou não é pertinente ao estudo (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Gasque (2007) ressalta que os critérios de seleção da amostra não se baseiam nas técnicas usuais como amostragem aleatória e estratificação, mas pelos *insights* que se acredita que uma pessoa possa trazer para o desenvolvimento da teoria. Nesse sentido, a representatividade da amostra é garantida por sua relevância.

Várias técnicas de coleta de dados podem ser utilizadas na TFD, como a observação participante, entrevistas, discursos, cartas, biografias, autobiografias, pesquisa na biblioteca. Mas, independente da técnica, destaca-se que a abordagem se concentra na interpretação dos dados (GASQUE, 2007).

Durante a coleta de dados, que ocorre gradualmente, segue-se à análise dos dados por meio da codificação, descrita a seguir.

A codificação refere-se aos procedimentos utilizados para rotular e analisar os dados coletados (GASQUE, 2007). Envolve comparações constantes entre fenômenos, casos e conceitos, as quais conduzem ao desenvolvimento de teorias por meio da abstração e relações entre os elementos (FLICK, 2004).

Os procedimentos de codificação são denominados de codificação aberta, axial e seletiva.

A codificação aberta é o processo analítico pelos quais os conceitos são identificados e desenvolvidos em relação as suas propriedades e dimensões. Tal processo envolve as atividades de quebrar, examinar, comparar, conceituar e categorizar os dados que serão sumarizados em uma lista de códigos e categorias originadas dos rótulos atribuídos a cada frase, linha ou parágrafo (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O produto dessa fase é uma lista de códigos e categorias que deve ser complementada pelas notas em código (memorando) criadas para explicar e definir o conteúdo dos códigos e categorias. A codificação axial é a segunda etapa do método e, após a realização da codificação aberta, os códigos oriundos desta são reagrupados de novas formas, originando-se os códigos conceituais (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Na codificação axial o objetivo é reorganizar os códigos, em nível maior de abstração. Assim, novas combinações são novamente estabelecidas de modo a formar as subcategorias que, por sua vez, serão organizadas compondo categorias de tal forma que se inicia o delineamento de conexões, primando por explicações precisas dos fatos da cena social (GASQUE, 2007).

A codificação seletiva consiste na terceira etapa, tendo por objetivo refinar e integrar categorias, desvelando uma categoria que se considere como central, permeando todas as demais, a qual consistirá na teoria do estudo. Nesta, todo o potencial de abstração é empregado no âmbito teórico dos dados investigados, fazendo emergir a teoria da pesquisa (STRAUSS; CORBIN, 2008).

No decorrer do processo da pesquisa, o pesquisador construiu vários instrumentos analíticos como memorandos, diagramas, registro das relações entre a categoria central e as subcategorias e uma história analítica global que serão o alicerce para a redação da teoria (GASQUE, 2007).

5.3 TIPO DE PESQUISA

O caminho metodológico percorrido teve seus alicerces na abordagem qualitativa, utilizando a pesquisa exploratória e descritiva. O método qualitativo, segundo Minayo (2006),

> é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

O estudo exploratório é aquele desenvolvido em áreas e sobre problemas dos quais há escasso ou nenhum conhecimento acumulado e sistematizado (TOBAR; YALOUR, 2001). Enquanto a pesquisa descritiva tem como característica principal a descrição das características de determinada população ou determinado fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre as variáveis (GIL, 2002).

5.4 CENÁRIO

O estudo foi desenvolvido no Departamento de Enfermagem do CCS da UFES, localizado no bairro Maruípe, e no CAPS III, localizado no bairro São Pedro, ambos situados no município de Vitória, Espírito Santo.

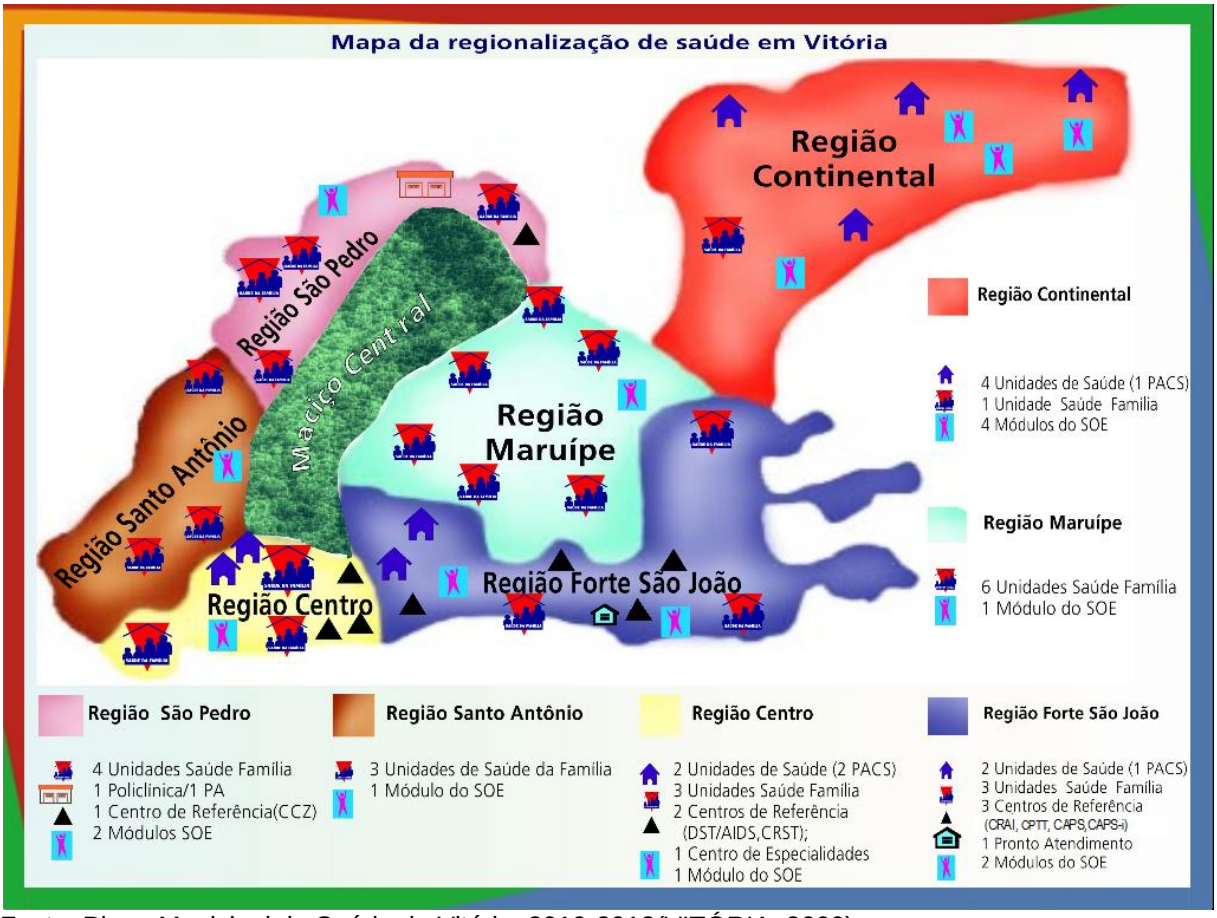
O curso de graduação em Enfermagem e Obstetrícia da UFES originou-se em 1976 e esteve vinculado ao Departamento de Medicina Social do Centro Biomédico durante três anos. Em 07 de novembro de 1979, através da Resolução Nº 50, do Conselho de Ensino e Pesquisa da UFES, foi criado o Departamento de Enfermagem (UFES, 2006).

O curso dispõe de uma coordenação administrativa, o Departamento de Enfermagem, e outra didática, o Colegiado de Enfermagem. O Departamento é composto por 35 professores no quadro permanente, que ministram disciplinas do ciclo profissionalizante e 20 docentes de outros Departamentos (Ciências Biológicas, Fisiológicas, Filosóficas, Morfologia, Nutrição, Patologia, Psicologia Social e Desenvolvimento) que ministram disciplinas do ciclo básico, 04 professores substitutos, e 01 secretária.

O município de Vitória integra a Região Metropolitana da Grande Vitória e possui uma população de 320.156 habitantes (Fonte - IBGE projetada 2009 para o TCU), juntamente com os municípios de Serra, Vila Velha, Cariacica, Viana, Fundão e Guarapari. O sistema de saúde do município se organiza sobre bases territoriais, onde a distribuição dos serviços segue uma lógica de delimitação de áreas de abrangência e o território é concebido como um espaço geográfico onde as pessoas vivem, estabelecem suas relações sociais, trabalham, cultivam suas crenças e

cultura. O objetivo é prevenir riscos e evitar danos à saúde, a partir de um diagnóstico situacional e das condições de vida de populações em áreas delimitadas. Assim, na territorialização da saúde, Vitória se divide em 06 Regiões (Figura 6) (VITÓRIA, 2009).

Figura 6 – Mata da regionalização de saúde em Vitória.



Fonte: Plano Municipal de Saúde de Vitória: 2010-2013(VITÓRIA, 2009).

- ***Região I – Continental:*** É composta por 14 bairros (Antônio Honório, Boa Vista, Goiabeiras, Jabour, Jardim da Penha, Maria Ortiz, Mata da Praia, Morada de Camburi, Pontal de Camburi, República, Segurança do Lar, Solon Borges, Aeroporto e Jardim Camburi), que se distribuem em 05 Territórios de Saúde (Bairro República, Jabour, Maria Ortiz Jardim da Penha e Jardim Camburi);
- ***Região II – Maruípe:*** Compreende 18 bairros (Maruípe, Bairro da Penha, Bonfim, Gurigica, Consolação, Horto, Itararé, Joana D'Arc, São Benedito, Santa Cecília, Santa Martha, Santos Dumont, São Cristovão, Tabuazeiro,

Andorinhas, Bairro de Lourdes, Bonfim), que se distribuem em 06 Territórios de Saúde (Maruípe, Consolação, Bairro da Penha, Bonfim, Andorinhas e Santa Marta);

- ***Região III – Centro:*** É composta por 11 bairros (Centro, Fonte Grande, Piedade, Bairro do Moscoso, Parque Moscoso, Santa Clara, Ilha do Príncipe, Santa Tereza, Morro do Quadro, Bairro do Cabral e Vila Rubim), que se distribuem em 04 Territórios de Saúde (Fonte Grande, Ilha do Príncipe, Santa Tereza/Avelina e Vitória);
- ***Região IV – Santo Antônio:*** É composta por 09 bairros (Santo Antônio, Bela Vista, Caratoíra, Estrelinha, Ariovaldo Favalessa, Grande Vitória, Inhanguetá, Mário Cypreste, Universitário), que se distribuem em 03 Territórios de Saúde (Grande Vitória, Santo Antônio e Favalessa);
- ***Região V – São Pedro:*** É composta por 10 bairros (Comdusa, Conquista, Ilha das Caieiras, Nova Palestina, Redenção, Resistência, São José, Santo André, São Pedro e Santos Reis), que se distribuem em 04 Territórios de Saúde (Resistência, Ilha das Caieiras, Santo André e São Pedro V);
- ***Região VI – Forte São João:*** É composta por 19 bairros (Bento Ferreira, Cruzamento, Forte São João, Fradinhos, Ilha de Santa Maria, Ilha de Monte Belo, Jesus de Nazareth, Jucutuquara, Nazareth, Romão, Barro Vermelho, Enseada do Suá, Ilha do Boi, Ilha do Frade, Praia do Canto, Praia do Suá, Santa Helena, Santa Lúcia e Santa Luiza), que se distribuem em 04 Territórios de Saúde (Forte São João, Ilha de Santa Maria, Jesus de Nazareth, Praia do Suá e Santa Luiza);

A Região São Pedro é a região mais carente de Vitória e de povo ação mais recente, região em que os bairros surgiram a partir da ocupação do lixão da cidade e da invasão de áreas de manguezal, no final da década de 70. Mas, a partir dos anos 90, intensificaram-se os investimentos em urbanização, desenvolvimento socioeconômico, recuperação e preservação ambiental. Este programa de desenvolvimento urbano foi um dos representantes do Brasil na Habitat 2 e tornou-se referência no País. Destaca-se que nesta região localiza-se o maior manguezal do estado do Espírito Santo. A Região de Santo Antônio abriga os bairros mais antigos da capital e onde também se encontra ocupação em morros. A Região de

Maruípe, uma área de ocupação antiga, abriga o Hospital Universitário (VITÓRIA, 2009).

É com base nessa territorialização de saúde que o CAPS III organiza o acolhimento e acompanhamento das pessoas com transtorno mental, atendendo na atenção diária as pessoas provenientes das Regiões de Saúde de São Pedro, Santo Antônio e Maruípe, e no acolhimento noturno pessoas de todo o município de Vitória.

O CAPS III foi inaugurado no dia27 de novembro de 2014e atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, sendo um serviço que proporciona atenção contínua com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana. A assistência prestada ao paciente inclui: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas, executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração da pessoa com transtorno mental na comunidade e sua inserção familiar e social conforme preconiza as Portarias Nº 336/2002, Nº 3.088/2011 e Nº 615/2013. A equipe de profissionais que atuam no CAPS é composta de 01 médico clínico, 02 médicos psiquiatras, 05 enfermeiros (sendo dois diaristas e 03 plantonistas), 02 psicólogos, 03 assistentes sociais, 02 terapeutas ocupacionais, 01 técnico esportivo, 01 farmacêutica, 01 musico-terapeuta, 01 arte-terapeuta, 02 técnicos de enfermagem, 13 auxiliares de enfermagem e06 assistentes administrativos. Na atenção diária são atendidos, em média, 110 pacientes e há uma estimativa de atendimento de cerca de mais 100 pacientes em decorrência de outras demandas.

No curso de Enfermagem da UFES, corroborando com a política nacional de saúde mental, um dos cenários de assistência de enfermagem em saúde mental para as aulas práticas dos estudantes é o CAPS III. Neste sentido, a escolha para a realização da pesquisa neste cenário, foi devido ao fato do mesmo ser um serviço de atenção em saúde mental, de referência para o tratamento da pessoa com transtorno mental, preconizado pela política nacional de saúde mental, bem como ser um dos cenários de prática dos estudantes do curso de Enfermagem da UFES, para o ensino prático de conteúdos relativos à saúde mental.

5.5 PARTICIPANTES

O estudo foi desenvolvido com23 estudantes do curso de graduação em Enfermagem do CCS da UFES. Na graduação em enfermagem da UFES são cerca de 60 alunos que ingressam no curso, anualmente, sendo aproximadamente, 30 alunos por semestre. No semestre em que se deu a realização da pesquisa, 23 estudantes estavam matriculados na disciplina de Atenção à Saúde do Adulto. Os critérios de inclusão para participação dos estudantes na pesquisa foram: a) estar regularmente matriculado no curso de graduação em Enfermagem; b) ser estudante do quarto período da graduação; c) estar regularmente matriculado na disciplina Atenção à Saúde do Adulto; e d) aceitar participar voluntariamente da pesquisa.

5.6 TÉCNICA DE PRODUÇÃO DOS DADOS

Os instrumentos de produção de dados utilizados foram as entrevistas aberta (APÊNDICE A), a observação participante(APÊNDICE B) e os memorandos. A entrevista "aberta" ou“não-estruturada” ou "conversa com finalidade", utiliza um roteiro invisível que serve de base para o pesquisador. O pesquisador trabalha a partir de um esquema de pensamento, buscando detectar os fios relevantes para o aprofundamento da conversa, tendo como objetivos: a) a descrição do caso individual; b) a compreensão das especificidades culturais mais profundas dos grupos e; c) a comparabilidade de diversos casos (MINAYO, 2006).

A observação participante é uma técnica na qual o observador participante toma parte no funcionamento do grupo ou da instituição em estudo, procurando observar e registrar informações dentro dos contextos, experiências e símbolos relevantes aos participantes. Esta técnica permite ao pesquisador visualizar o que teria escapado a um observador mais passivo ou dissimulado. Entre as formas de manutenção de registros nos estudos de observação participante encontram-se os diários e as anotações de campo. Neste estudo, optamos por utilizar as anotações de campo, que podem ser classificadas, segundo a sua finalidade em: *anotações de observação* (descrições objetivas e completas de eventos e conversas);*anotações teóricas* (tentativas interpretativas para atribuir significados às observações);*anotações metodológicas* (instruções ou lembretes sobre como as

observações subsequentes serão feitas); e *anotações pessoais* (comentários sobre o próprio pesquisador durante o processo de pesquisa) (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Na TFD, os memorandos são recursos utilizados pelo pesquisador para documentarem suas ideias sobre os dados, os temas e o esquema conceitual emergente. Eles preservam as ideias que podem não parecer inicialmente produtivas, mas que se mostram valiosas, uma vez desenvolvidas, além de estimularem o pesquisador a refletir e descrever os padrões nos dados, a relação entre as categorias e as conceitualizações emergentes (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A forma de registro dos dados foi o gravador, por meio do qual as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas.

Os procedimentos envolvidos para a coleta de dados se deu em dois momentos, a saber:

a) Primeiro momento

Inicialmente, foi enviada uma carta de anuência à Diretora do CCS (ANEXO A), contendo informações sobre a pesquisa, junto com o projeto de tese, para solicitar autorização para realização da pesquisa com os estudantes de enfermagem. Também foi encaminhada uma carta de anuência para a Secretária Municipal de Saúde de Vitória - SEMUS (ANEXO B), junto com o projeto e a carta de solicitação para pesquisa na SEMUS (ANEXO C) preconizada pelo Manual de Orientações de Pesquisa em Saúde no Município de Vitória-ES (VITÓRIA, 2014), para solicitar autorização para realização da pesquisa no CAPS III.

Após a autorização para realização da pesquisa pelo CCS e Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, a pesquisadora entrou em contato com a coordenação da disciplina Atenção à Saúde do Adulto para solicitar autorização para ministrar o modelo teórico do Intuir Empático como um referencial teórico para o cuidado de enfermagem em saúde mental, considerando que modelos teóricos e saúde mental são temáticas abordadas por esta disciplina. Os docentes da disciplina tinham ciência do estudo, pois a pesquisadora já os havia informado. Então, após a concordância da coordenação da disciplina, esta concedeu à pesquisadora uma aula teórica da mesma para que pudesse ministrar o modelo teórico aos estudantes. No

dia da aula sobre o modelo a coordenação da disciplina apresentou a pesquisadora, que informou aos estudantes sobre a pesquisa, e estes foram convidados a participar da mesma.

O modelo teórico foi ministrado aos estudantes no dia 03 de setembro de 2015 e ao término da aula os estudantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, sendo que uma via ficou de posse da pesquisadora e outra de posse do participante (ANEXO D).

A aula teórica sobre o modelo foi ministrada por meio de metodologia participativa. Primeiramente a pesquisadora apresentou aos discentes como o modelo teórico foi construído, bem como os estudos desenvolvidos com o mesmo. A seguir, os 23 alunos foram divididos segundo os conceitos do modelo teórico em 08 grupos. Cada grupo recebeu um conceito da teoria para ler; escrever palavras-chave sobre este; ilustrar a compreensão do grupo sobre o mesmo em uma pintura em tela e socializar este conceito com a turma. A cada apresentação dos componentes pelos grupos, a pesquisadora discutia os mesmos com os estudantes, trazendo exemplos da aplicabilidade dos mesmos na prática de enfermagem em saúde mental, sendo dada oportunidade aos alunos de opinarem sobre os conceitos, tirarem suas dúvidas e relatarem sua compreensão sobre os mesmos. A pesquisadora preocupou-se em trazer exemplos, situações práticas para discutir com os alunos, considerando que era o primeiro contato dos discentes, na graduação, com conteúdos relativos à saúde mental e ao cuidado da pessoa com sofrimento ou transtorno mental.

A opção por esta forma de apresentação do modelo teórico pela pesquisadora se deu devido ao fato dos estudantes estarem às vésperas da realização das primeiras provas teórica e prática da disciplina, encontrando-se de certa forma ansiosos. O lúdico, a pintura em tela, foi uma forma encontrada pela pesquisadora de descontrair os discentes e auxiliar na apreensão do conhecimento. A aula foi registrada por meio de registro fotográfico com o consentimento dos participantes deste que o anonimato deles fosse preservado.

b) Segundo momento

Após o aprendizado do modelo teórico pelos estudantes em sala de aula, estes foram realizar as aulas práticas no CAPS III, onde implementaram o modelo teórico no cuidado aos pacientes. A disciplina Atenção à Saúde do Adulto possui uma carga horária semestral de 150 horas de aulas teóricas e 210 horas de aulas práticas. As aulas práticas da disciplina acontecem às segundas-feiras, de 13:00h às 17:00h e as quintas e sextas-feiras, de 07:30h às 12:30h (UFES, 2015).

Os cenários onde as aulas práticas da disciplina são desenvolvidas são: o CAPS III, a UBSF de Consolação e a UBSF de Parque Moscoso. Os estudantes vivenciam o rodízio nestes três campos de prática, permanecendo, em média, 10 dias em cada campo (UFES, 2015). Digo em média, pois, neste semestre, alguns dias os alunos não foram ao CAPS III por motivo de greve de ônibus, mudança de atividade da disciplina (visita técnica à instituição de saúde) e realização de dedetização no CAPS III.

Os grupos de estudantes que fizeram aulas práticas no CAPS III no período de produção de dados desta pesquisa foram assim distribuídos:

- *Grupo 01:* composto por 07 estudantes que realizaram as aulas práticas no período de 10 de setembro a 02 de outubro de 2015.
- *Grupo 02:* composto por 08 estudantes que realizaram as aulas práticas no período de 05 a 30 de outubro de 2015;
- *Grupo 03:* composto por 08 estudantes que realizaram as aulas práticas no período de 05 a 27 de novembro de 2015.

As atividades desenvolvidas pelos estudantes nas aulas práticas no CAPS III no período de produção dos dados deste estudo foram:

- *A Consulta de Enfermagem:* Realizada às segundas-feiras, por meio do método científico processo de enfermagem. Os estudantes realizam a consulta ao paciente, em dupla ou em trio, sendo acompanhamentos pelo professor;

- *As Oficinas de Autocuidado:* realizadas às quintas-feiras, cujos temas trabalhados no semestre no cuidado aos pacientes foram: Estresse; Ansiedade; Memória; Cuidado com unhas e mãos; Verminoses; Cuidado com os pés; Cuidados com a pele; Cuidado com os cabelos e Odores corporais;
- *As Oficinas de Habilidades:* realizadas às sextas-feiras; cujas atividades realizadas no semestre com os pacientes foram: mosaico livre em madeira; confecção de caderno, porta-treco, centopeia, porta-recado, quadro, porta-retrato, ímã de geladeira e confecção de enfeites para decoração da festa e preparação do desfile da primavera.
- Outra atividade também desenvolvida pelos estudantes neste semestre foi à construção de um *portfólio*, sobre o processo de aprendizado na realização do processo de enfermagem com um paciente por eles atendido.

Ressalta-se que o planejamento e execução das Oficinas de Autocuidado e de Habilidades estiveram sob a responsabilidade dos discentes sob a supervisão e acompanhamento do professor. Os estudantes também participaram de outras oficinas no CAPS III, como a de musicoterapia, *jump*, futebol, grupo de psicoterapia, meus medicamentos e do salão de beleza, com intuito de vivenciar o trabalho em equipe interdisciplinar.

Durante as aulas práticas no CAPS III os 23 estudantes foram observados pela pesquisadora quanto à implementação do Intuir Empático no cuidado aos pacientes. Na última semana de aula prática de cada grupo, deu-se início às entrevistas aos estudantes. Para a realização das entrevistas foi feito contato telefônico com os estudantes e agendado local, data e horário para o desenvolvimento das mesmas. As entrevistas aconteceram nas dependências do Departamento de Enfermagem no melhor dia e horário para os entrevistados.

Antes de iniciar as entrevistas a pesquisadora permitia que os estudantes tivessem conhecimento do roteiro de entrevista para, a seguir, proceder à mesma. Após a realização das primeiras entrevistas foi detectado a necessidade de fazer a caracterização dos participantes da pesquisa, bem como alterações no roteiro de entrevista. Sendo assim, foi criado um roteiro de caracterização dos participantes da

pesquisa (APÊNDICE C) e feitas às alterações necessárias no roteiro de entrevista para que se fossem atingidos os objetivos da pesquisa (APÊNDICE A).

A coleta e análise dos dados procederam-se por meio da codificação aberta, axial e seletiva, conforme preconiza o método da teoria fundamentada nos dados, sendo apresentada a seguir.

5.7 IMPLICAÇÕES DO PESQUISADOR

A pesquisadora é professora da disciplina Atenção à Saúde do Adulto, todavia, para a produção de dados desta pesquisa, solicitou ao Departamento de Enfermagem Licença Capacitação por um período de 90 dias para exercer somente a condição de pesquisadora.

Sendo assim, a participação da pesquisadora no cenário do estudo deu-se somente para a produção de dados a partir da observação e registro das informações sobre a implementação do modelo teórico do Intuir Empático pelos estudantes no cuidado às pessoas com transtorno mental.

O pedido de Licença Capacitação foi aprovado pelo Departamento de Enfermagem no dia 06 de agosto de 2015, compreendendo o período de 01 de setembro a 30 de novembro de 2015, período este em que se deu a coleta e análise dos dados conforme preconiza o método de pesquisa da TFD.

5.8 CUIDADOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da EEAN-UFRJ, sendo aprovado pelo parecer Nº. CAEE 46162214.1.0000.5238.O estudo foi conduzido de acordo com os dispositivos legais da Resolução Nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Os participantes da pesquisa assinaram o TCLE, consentindo a sua participação no estudo, termo este que lhes garante: o sigilo; o anonimato; a privacidade; a participação de forma voluntária, podendo em qualquer momento da pesquisa, parar ou suspender a sua participação na mesma, bem como dar

continuidade na pesquisa de acordo com a sua aquiescência; e lhes fornece informações sobre o estudo; os riscos e benefícios.

Os participantes foram identificados por codinomes pela pesquisadora, após estes se definirem enquanto pessoa, conforme uma das questões do roteiro de caracterização dos participantes (APÊNDICE C).

Figura 7 - A chegada de companheiros à jornada: os participantes

Fonte: Site Ekonomista. Disponível em: <http://www.e-konomista.com.br/d/viajar-te-faz-uma-pessoa-melhor-e-feliz/>.Acesso em 15 de março de 2016.

6 APRESENTANDO OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico dos estudantes, onde se observa prevalência do sexo feminino (87,0%), predomínio da faixa etária de 19 a 21 anos (65,2%), de estudantes solteiros (91,3%), procedentes do município de Vitória (43,6%), que residem com a família (69,6%), cujos gastos são custeados pelos pais (78,3%). Locomovem-se para a Universidade por meio de ônibus (78,3%), prevalecendo uma média de 05-30min (39,3%), tendo a maioria apenas os estudos como atividade ocupacional (95,6%).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos estudantes do curso de graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo.

Características	N	%
Sexo		
Masculino	03	13,0
Feminino	20	87,0
Faixa etária		
19 – 21 anos	15	65,2
22 – 24 anos	05	21,7
25 – 27 anos	01	4,4
28 – 30 anos	-	-
31 – 33 anos	02	8,7
Estado civil		
Casado	02	8,7
União estável	-	-
Solteiro	21	91,3
Divorciado	-	-
Viúvo	-	-
Município de residência		
Vitória	10	43,6
Serra	03	13,0
Vila Velha	07	30,4
Cariacica	03	13,0
Guarapari	-	-
Viana	-	-
Com quem reside		
Família	16	69,6
Amigos	03	13,0
Sozinho	01	4,4
Namorado	03	13,0
Quem contribui com as despesas		
Pais	18	78,3
Estudante e outros	03	13,0
Auxílios da Universidade	02	8,7
Como se locomove para a Universidade		
Ônibus	18	78,3
Carro	01	4,4
A pé	04	17,3
Tempo gasto no trajeto para a Universidade		
05 - 30min	09	39,3
31 - 60min	07	30,4
61min -1h 30min	03	13,0
1h 31min - 2h	04	17,3
Ocupação		
Estudante	23	100,0
Empregado	01	4,4
Autônomo	-	-
Total	**23**	**100**

Fonte: Dados da pesquisa.

Donati, Alves e Camelo (2010) em seu estudo com 82 estudantes ingressantes no curso de enfermagem de uma faculdade privada do estado de São Paulo, identificaram resultados semelhantes ao nosso em que 90,2% dos estudantes são do sexo feminino, na faixa etária entre 17 a 20 anos e 89,3% solteiros. Na pesquisa de Bampi*et al* (2013), envolvendo 56 acadêmicos de enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília encontraram predominância do sexo feminino (85,7%), da faixa etária de 18 a 25 anos (98,2%), de estudantes que vivem sem parceiro (96,4%) e que apenas estudam (96,4%), corroborando com os nossos achados.

Em nosso estudo, entre os estudantes solteiros, nove estão namorando, e entre estes uma estudante mora com o namorado e outras duas estudantes moram, respectivamente, com o namorado e amigos. Quanto às despesas, uma estudante depende exclusivamente dos auxílios da Universidade (bolsa permanência, auxílio moradia, auxílio alimentação, auxílio xerox e auxílio transporte) para manter-se no curso e custear as despesas da casa junto com o namorado, outra depende dos auxílios da Universidade e ajuda dos pais, duas dividem as despesas com o cônjuge e, uma, com a irmã e a tia, com quem mora.

Em um estudo envolvendo 1097 estudantes de cursos de graduação em enfermagem de instituições públicas e privadas do país, com o objetivo de traçar o perfil destes, 21,9% dos estudantes de universidades públicas contribuem com as despesas da casa, sendo 53,2% dessa contribuição se faz por meio de bolsa de estudo (PIERANTONI *et al*., 2008).

A Tabela 2, sobre o perfil acadêmico dos estudantes, mostra que a maioria destes realiza as disciplinas do 4º período - Atenção à Saúde do Adulto (100%), Educação em Saúde (78,3%), Imunologia (73,9%) e Nutrição e Dietética (82,6%) -, 43,6% realiza atividade de pesquisa e 39,3% atividade de extensão, 78,3% não possui outra formação profissional, 82,6% não realiza nenhum curso no momento e a maioria está satisfeita com a opção pelo curso de Enfermagem (95,6%).

Tabela 2 - Perfil acadêmico dos estudantes do curso de graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo.

Características	N	%
Disciplinas que cursa na graduação		
Atenção à Saúde do Adulto	23	100
Educação em Saúde	18	78,3
Imunologia	17	73,9
Nutrição e Dietética	19	82,6
Outras	02	8,7
Atividades que exerce na graduação		
Monitoria	04	17,3
Extensão	09	39,3
Pesquisa	10	43,6
Assistência	01	4,4
Nenhuma	02	8,7
Satisfação com a opção pelo curso		
Sim	22	95,6
Não	01	4,4
Outra formação profissional		
Sim	05	21,7
Não	18	78,3
Formação complementar		
Sim	04	17,3
Não	19	82,6
Total	**23**	**100**

Fonte: Dados da pesquisa.

Ressalta-se que realizar todas as disciplinas do 4º período significa que o estudante possui apenas o horário de almoço e uma tarde livre disponível na carga horária semanal da grade curricular para realizar as atividades extracurriculares ou disciplinas pendentes e optativas.

Entre as áreas das atividades extracurriculares exercidas pelos estudantes, encontram-se: saúde mental (06 estudantes), fisiologia (05 estudantes), histologia (02 estudantes), semiologia (02 estudantes), saúde coletiva, patologia, saúde da mulher e genética com 01 estudante, respectivamente, sendo que apenas 04 estudantes realizam suas atividades recebendo bolsa. Apenas uma estudante cursa, além das disciplinas do 4º período, a disciplina de Bioquímica, do 2º período, e outra estudante uma disciplina optativa de Libras.

É importante destacar que quase todos os estudantes estão inseridos em pelo menos uma das funções da universidade – ensino, pesquisa, extensão e

assistência, propiciando a estes acadêmicos condições para o aprofundamento teórico e o desenvolvimento de habilidades relacionadas à atividade docente por meio da monitoria (ABREU *et al*., 2014), o início da construção do ser pesquisador e da inserção na produção do conhecimento em enfermagem (SANTOS; ANJOS; ALMEIDA, 2013), bem como o estímulo ao exercício da cidadania e da responsabilidade social por meio das ações de extensão (OLIVEIRA; ALMEIDA JÚNIOR, 2015).

Na pesquisa de Pierantoni (2008),54,3% dos estudantes de universidades públicas (n =191) realizavam atividade extracurricular, sendo que 32,5% realizavam iniciação científica, 30,9% atividades de extensão e 30,4% eram acadêmicos bolsistas. Em relação ao tema de interesse dos estudantes destacou-se a saúde pública (47,7%), a obstetrícia (36,8%) e a saúde da família (34,1%), chamando-nos a atenção que nenhum discente revelou interesse pela área de saúde mental (PIERANTONI *et al*., 2008). Em nosso estudo, 26,0% dos estudantes estão inseridos em atividade extracurricular na área de saúde mental e 26,0% do total de discentes são acadêmicos bolsistas.

Nesta pesquisa, cinco estudantes possuem formação profissional, sendo uma pedagoga, dois técnicos de enfermagem, uma técnica em secretaria e outra técnica em logística. Três discentes realizam curso de línguas e uma, curso de música. No estudo de Pierantoni*et al*. (2008), 4,5% dos estudantes de universidades públicas revelaram outra formação profissional, sendo que 12,5% dos estudantes realizaram pedagogia e 23,5 fizeram o curso técnico em enfermagem.

Após a experiência vivenciada no campo de prática do CAPS, ao serem arguidos sobre o interesse pela área de saúde mental (Tabela 3), a maioria dos discentes relataram gostar da área. Duas estudantes mencionaram a possibilidade de atuação no futuro e uma afirmou não gostar e outra relatou não ter interesse pela área de saúde mental.

Tabela 3 **–** Percepção dos estudantes sobre a área de saúde mental.

Percepção sobre a área de saúde mental	**Entrevistado**
Tem interesse e gosta muito. Pensa nisso para o futuro.	Compreensivo
É muito importante.	Esforçada
Sensacional. Houve identificação com a temática.	Correta
Tem interesse e gostou muito.	Corajosa
Muito interessante e gosta, mas não sabe se tem perfil para atuar.	Emotiva
Gostou bastante.	Sonhadora
Gosta da área. Área rica.	Indecisa
Gosta da área e se identifica.	Sonhador
Gostou bastante.	Perseverante
Gosta da área. Experiência muito positiva.	Otimista I
Gosta da área.	Sincera
“Não tinha interesse antes, mas depois da experiência no CAPS cresceu um pouco o interesse”.	Otimista II
“Gosto. É minha área de especialização no futuro”.	Bipolar
“Acho uma área muito interessante”.	Tranquila
Gosta da área.	Pensante
“Gostei da experiência, mas não me identifico com a área”.	Animada
“Gosto da saúde mental, mas não sei exatamente o interesse”.	Carinhosa I
Não tem interesse em saúde mental.	Sentimental
Gosta da área.	Tranquilo
Não gosta.	Guerreira
“Gosto, com certeza”.	Determinada
Gosta da área.	Carinhosa II
“Gosto muito de psiquiatria”.	Persistente

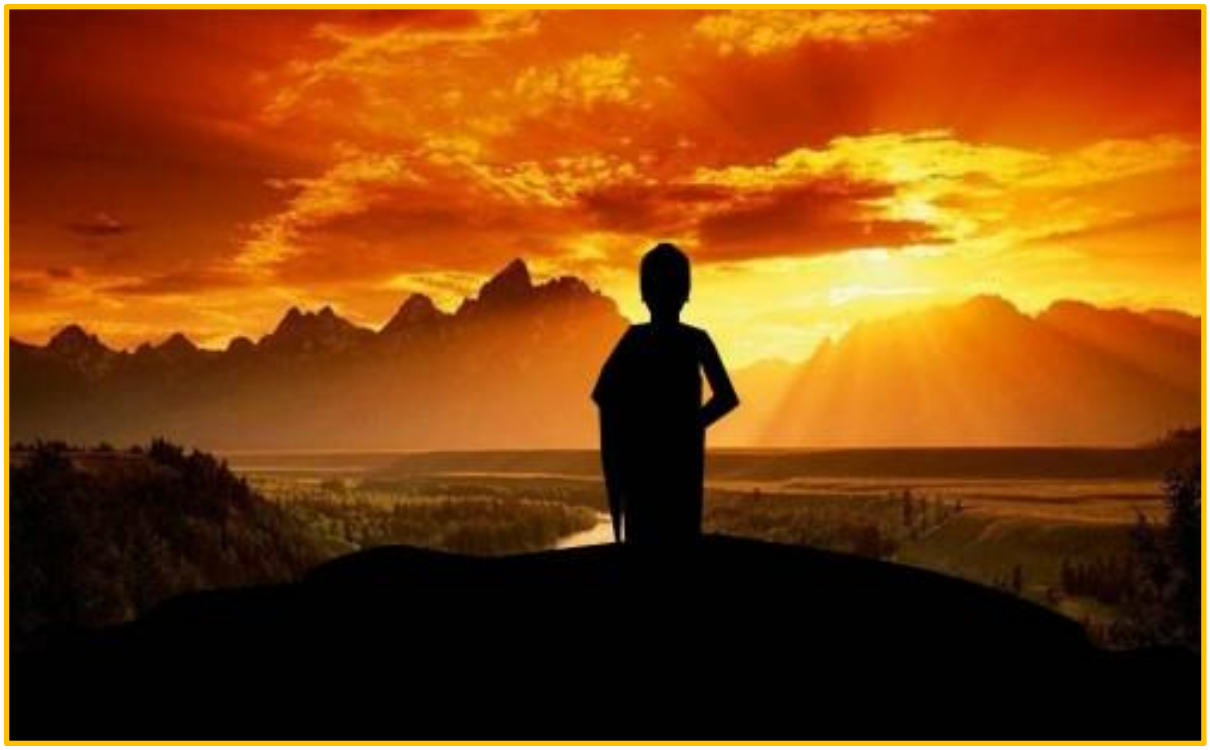
Fonte: Dados da pesquisa.

Atualmente, a formação do enfermeiro generalista vivencia um grande desafio, pois o ensino de saúde mental, em vias de ruptura com o especialismo na formação, converge para a compreensão da saúde mental como campo transversal do conhecimento, fundamentado na atenção psicossocial, e inserido no contexto do SUS, junto com a saúde coletiva (RODRIGUES, 2010).

Tal formação exige do enfermeiro generalista as competências em saúde mental necessárias para o seu cuidado à pessoa com sofrimento ou transtorno mental em qualquer serviço que compõe a RAPS, seja nas UBSF, nas UPA, na Atenção Hospitalar, entre outros, independente do seu interesse ou gosto pela área de saúde mental.

Rodrigues (2010) destaca em seu estudo a importância de se considerar a forma como a saúde mental será abordada no currículo de enfermagem. Pois, a integração da saúde mental em disciplinas ou em conteúdos tem como possível consequência à perda do foco da saúde mental no currículo, podendo também interferir na sensibilização do aluno quanto o despertar do seu interesse pela saúde mental.

Figura 8 **-** O caminho em percurso: um horizonte a desvendar.



Fonte: Blogger Lucas Matos. Disponível em:<http://lucasandeilson.blogspot.com.br/2011/12/ja-fiquei-horas-olhando-pro-horizonte.html>. Acesso em 05 de fevereiro de 2016.

7 APRESENTANDO A ANÁLISE DOS DADOS

Esclarecemos que, em virtude da saturação da amostragem teórica do estudo ter ocorrido na 15ª entrevista, momento em que percebemos que os dados das entrevistas não apresentavam novos conceitos, a apresentação da análise dos dados é referente à participação de 15 estudantes no estudo.

O registro da observação participante dos estudantes, durante as aulas práticas no CAPS III, totalizou 48 horas.

Ressalta-se que o tempo para o desenvolvimento da observação participante sofreu interferência de algumas questões, tais como:

- ✓ *Horário de início e término das aulas práticas:* os estudantes, na primeira hora de aula, finalizavam a preparação das oficinas e aguardavam a chegada dos pacientes, que muitas vezes, chegavam atrasados devido ao transporte, sendo iniciada a prática uma hora depois, algumas vezes um pouco mais tarde; e ainda os estudantes finalizavam as atividades pelo menos uma hora antes do término da aula para fazerem o registro dos pacientes no prontuário e conversarem sobre questões relacionadas à prática com o professor.
- ✓ *Horário de saída dos pacientes na segunda-feira:* os pacientes iam embora antes do término da aula prática, em média, por volta das quatro horas.
- ✓ *Alteração no cronograma das oficinas do CAPS III na segunda-feira:* tal mudança resultou em redução do número de pacientes para a consulta de enfermagem com os estudantes.
- ✓ *Proximidade da pesquisadora com os pacientes:* devido ao fato da pesquisadora já conhecer os pacientes há cerca de 18 meses, estes, por vezes, queriam a sua atenção e um momento para conversar.
- ✓ *Participação em disciplina do doutorado:* a pesquisadora não esteve presente na primeira semana de aula prática do segundo grupo de estudantes para realizar o módulo da disciplina “Linguagem e subjetividade: implicações para a pesquisa em enfermagem”, que ocorreu no período do dia 05 ao dia 09 de outubro de 2015.

Ao final de cada observação participante foi realizada uma análise das anotações de campo que serviu de base para a entrevista. O tempo de realização das entrevistas totalizou 07 horas e 12 minutos, sendo estas apresentadas no Quadro 8.

Quadro 8 - Descrição das entrevistas realizadas com os estudantes.

Entrevistado	Dados sobre a Entrevista	
	Data	**Tempo de Duração**
Estudante Compreensivo	29/09/15	17mim 42s
	29/10/15	14min 01s
Estudante Esforçada	30/09/15	08min 32s
	27/11/15	27min 01s
Estudante Correta	01/10/15	09min 32s
	21/10/15	16min 27s
Estudante Corajosa	02/10/15	16min 24s
	23/10/15	19min 35s
Estudante Emotiva	06/10/15	11min 29s
	10/11/15	26min 27s
Estudante Sonhadora	07/10/15	07min 12s
	28/10/15	21min 46s
Estudante Indecisa	07/10/15	11min 52s
	28/10/15	24min 23s
Estudante Sonhador	11/11/15	17min 11s
Estudante Perseverante	11/11/15	24min 11s
Estudante Otimista I	12/11/15	24min 57s
Estudante Sincera	17/11/15	26min 40s
Estudante Otimista II	17/11/15	17min 58s
Estudante Bipolar	17/11/15	22min 45s
Estudante Tranquila	19/11/15	29min 02s
Estudante Pensante	24/11/15	27min 10s

Fonte: Dados da pesquisa.

Após a realização de cada entrevista, foi feita a escuta do áudio para a transcrição da mesma. A seguir, procedia-se ao processo de microanálise, que segundo Strauss e Corbin (2008, p.65) é “a análise detalhada linha por linha, necessária no começo de um estudo para gerar categorias iniciais (com suas

propriedades e suas dimensões) e para sugerir relações entre categorias", conforme apresentamos no Quadro 8.

Para facilitar a análise dos dados realizou-se a identificação dos códigos preliminares com algarismos arábicos, conforme se observa no Quadro 9, em que o primeiro algarismo (1) corresponde ao número da entrevista e o segundo (10) refere-se ao décimo código da primeira entrevista. Este recurso possibilitou-me retornar às entrevistas de origem e verificar o contexto da fala do estudante, com intuito de organizar a análise, evitar equívocos e garantir fidelidade ao dado coletado assim como menciona Cunha *et al*. (2012).

Quadro 9 - Recorte dos dados brutos e códigos preliminares da primeira entrevista.

DADOS BRUTOS	CÓDIGOS PRELIMINARES
É que ele reunia diversos fatores que, até então, eu não sabia o quão importantes eles seriam. Que foi apresentados em separado os fatores, esses fundamentos, e depois eles todos, todos juntos, tanto na aula quanto na prática. E apresentado em aula eu fiquei com um pouco de dúvida de como unir todos esses fatores para poder fazer um bom direcionamento, é, exercer uma boa relação com os pacientes. E, quando foi, e eu consegui perceber isso depois, mas na aula, mas na aula em si eu fiquei com um pouco de dúvida de como reunir todos aqueles fundamentos, é, em um só para poder dar um direcionamento.	1.1 Reunindo o Intuir Empático diversos fatores. 1.2 Não sabendo a importância dos fatores. 1.3 Sendo apresentados em separado os fatores. 1.4 Sendo apresentados em separado os fundamentos. 1.5 Sendo apresentados juntos os fundamentos. 1.6 Ficando com dúvida na aula de como unir os fatores. 1.7 Ficando com dúvida de como unir os fatores para fazer um bom direcionamento. 1.8 Ficando com dúvida de como unir os fatores para exercer uma boa relação com os pacientes. 1.9 Conseguindo perceber depois como reunir os fundamentos. 1.10 Ficando com dúvida na aula de como reunir os fundamentos para dar um direcionamento.

Fonte: Dados da pesquisa.

À medida que a codificação aberta era realizada, por meio da microanálise, iam-se realizando as entrevistas com os estudantes com a identificação dos dados brutos, obedecendo ao movimento cíclico de produzir os dados, realizar a codificação aberta e realizar novas entrevistas.

Após a sétima entrevista, foi iniciada a codificação axial, momento em que surgem os códigos conceituais e os dados são reorganizados, de modo a formar as

subcategorias (SILVA, 2013). Para Strauss e Corbin (2008, p. 124) este processo consiste em relacionar as categorias as suas subcategorias para gerar explicações mais precisas e completas sobre os fenômenos.

Neste momento, foram formados, inicialmente, 45 códigos conceituais (APÊNDICE D) que, posteriormente, deram origem a 16subcategorias do estudo (APÊNDICE E), apresentados nos Quadros 10 e 11.

Quadro 10 - Recorte da codificação dos códigos preliminares com a formação dos códigos conceituais.

CÓDIGOS PRELIMINARES	CÓDIGOS CONCEITUAIS
1.1 Reunindo o Intuir Empático diversos fatores. 1.11 Os fatores são os componentes do Intuir Empático. 2.5 Escuta qualificada é ouvir com atenção a problemática da pessoa. 2.8 Falando o Intuir Empático da empatia, da intuição, que é se colocar no lugar do outro. 2.37 Empatia éter vínculo. 3.102 Esperançar é dar esperança para o paciente. 4.33 Percebendo a diferença entre escutar e ouvir. 4.64 Intuição é pensar e desenvolver. 5.58 Prontidão para cuidar é estar ao lado do paciente para o que for necessário. 6.7 Foi feito um modelo teórico a partir da junção da intuição com o conhecimento técnico. 6.58 Achando que se colocar no lugar do outro é ter empatia pelo outro. 7.3 Colocando na teoria as questões da empatia. 7.8 Colocando na teoria a empatia. 7.18 Colocando-se no lugar do outro é ter empatia. 10.5 Observando na teoria a questão da empatia. 10.6 Empatia é pensar e se colocar no lugar do outro. 10.57 Achando que o conhecimento científico (técnico) envolve todos esses (empatia, esperançar, tempo).	I - Caracterizando o Intuir Empático

Fonte: Dados da pesquisa.

Quadro 11 - Recorte da codificação dos códigos conceituais com a formação das subcategorias.

CÓDIGOS CONCEITUAIS	SUBCATEGORIAS INICIAIS
I - Caracterizando o Intuir Empático II - Tendo dúvidas sobre o Intuir Empático III - Descrevendo o aprendizado do Intuir Empático	A - APRENDENDO O INTUIR EMPÁTICO

Fonte: Dados da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu até a obtenção da saturação da amostragem teórica, momento em que percebemos que os dados das entrevistas não apresentavam novos conceitos (STRAUSS e CORBIN, 2008).

Durante esse processo de codificação, foram realizadas comparações entre as subcategorias, a fim de refiná-las e organizá-las (APÊNDICE F), sendo identificadas: 09 subcategorias e 04 categorias de análise, exemplificadas no Quadro 12.

Quadro 12 - Relação de categorias a partir do agrupamento das subcategorias.

SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
A - CONHECENDO O INTUIR EMPÁTICO	**O MODELO TEÓRICO DO INTUIR EMPÁTICO E A METAMORFOSE DO ESTUDANTE**
I - O INTUIR EMPÁTICO: SUAS CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES	
B - PERCEBENDO O PACIENTE	**O ESTUDANTE E A ARTE DE CUIDAR**
C - REFLETINDO SOBRE SI	
E - DESCREVENDO A EXPERIÊNCIA DE IMPLEMENTAÇÃO DO INTUIR EMPÁTICO	
F – TENDO UMA POSTURA ACOLHEDORA	**O CUIDADO DO ESTUDANTE ORIENTADO PELO MODELO TEÓRICO DO INTUIR EMPÁTICO**
G - USANDO A PRONTIDÃO PÁRA CUIDAR, O TEMPO E A ESPERANÇA PARA CUIDAR	
D – DETECTANDO AS NECESSIDADES E CUIDANDO	**O CUIDADO DO ESTUDANTE E SEU ENTORNO**
H - IDENTIFICANDO OS ASPECTOS QUE INFLUENCIAM O CUIDADO	

Fonte: Dados da pesquisa.

Com a análise dos dados foram identificados três fenômenos, sendo um denominado fenômeno central (Figura 9).

Figura 9 - Representação do processo de codificação dos dados.

Fonte: A autora.

Figura 10 - Analisando a viagem realizada pelos participantes da pesquisa: o caminho percorrido, o caminhar, a bagagem, os companheiros de viagem...

Fonte: Site Linguagem do Coração. Disponível em:<http://www.linguagemdocoracao.com.br/pensamentos/id-251194/pegadas_na_areia>. Acesso em 05 de fevereiro de 2016.

8 ANALISANDO OS DADOS

O objeto de estudo desta tese “O cuidado de enfermagem em saúde mental, prestado por estudantes de enfermagem, fundamentado no modelo teórico do Intuir Empático” foi elucidado por quatro categorias que emergiram do processo de codificação dos dados, a saber:

- ✓ O Modelo Teórico do Intuir Empático e a Metamorfose[1] do Estudante;
- ✓ O Estudante e a Arte de Cuidar;
- ✓ O Cuidado do Estudante Orientado pelo Modelo Teórico do Intuir Empático;
- ✓ O Cuidado do Estudante e seu Entorno.

8.1 O MODELO TEÓRICO DO INTUIR EMPÁTICO E A METAMORFOSE DO ESTUDANTE

Esta categoria foi composta por 252 Códigos Preliminares, 10 Códigos Conceituais e 2 Subcategorias: **“Conhecendo o Intuir Empático”** e **“O Intuir Empático: suas contribuições e implicações”**, conforme apresentado no Quadro 13. Ela representa a apreensão do modelo teórico pelos estudantes, sua percepção quando este lhes foi apresentado e após a vivência de implementação, bem como as contribuições e implicações destes após a sua utilização.

[1]O termo “metamorfose” foi utilizado neste estudo como um “símbolo significante”, que significou “mudança no modo de pensar”.

Quadro 13 - O modelo teórico do Intuir Empático e a metamorfose do estudante.

CÓDIGOS CONCEITUAIS	SUBCATEGORIAS
I - Caracterizando o Intuir Empático	**A - Conhecendo o Intuir Empático**
II - Tendo dúvidas sobre o Intuir Empático	
III - Descrevendo o aprendizado do Intuir Empático	
IV - Descrevendo a primeira impressão sobre o Intuir Empático	
V - Opinando sobre o Intuir Empático	
XL - Contribuições do Intuir Empático para o cuidado	**I - O Intuir Empático: suas contribuições e implicações**
XLI - Contribuições do Intuir Empático para o estudante	
XLII - Contribuições do Intuir Empático para o paciente	
XLIII - Avaliando o Intuir Empático após a vivência de implementação	
XLIV - Atitudes frente o Intuir Empático após a experiência de implementação	

Fonte: Dados da pesquisa.

Para os estudiosos do interacionismo simbólico, o ser humano age em relação às coisas baseado nos significados que elas têm para ele. No interacionismo, o universo em que ocorre a interação simbólica é composto de objetos, que são produtos dessa interação. Assim, a natureza do objeto compreende o significado que possui para a pessoa para quem se constitui objeto sendo que este significado determina a forma pela qual ela vê o objeto e pela qual se encontra preparada para reagir ao mesmo (BLUMER, 1980).

Assim sendo, nesta primeira categoria, os objetos envolvidos na interação simbólica foram os estudantes e o modelo teórico.

Na **Subcategoria A: Conhecendo o Intuir Empático**, o modelo teórico foi apresentado aos estudantes e passou a se constituir objeto para estes. Os estudantes atribuíram um significado ao modelo que determinou a forma pela qual eles o viram e pela qual reagiram ao mesmo.

Na **Subcategoria I: O Intuir Empático: suas contribuições e implicações** são descritas pelos estudantes as contribuições do modelo teórico, a percepção sobre o modelo e suas atitudes após a experiência de implementação.

8.1.1 Subcategoria A: Conhecendo o Intuir Empático

Esta subcategoria foi composta por 127 Códigos Preliminares e 05 Códigos Conceituais. Ela aborda o aprendizado do modelo teórico em sala de aula pelos estudantes e a opinião deles sobre o mesmo.

Ao caracterizarem o modelo teórico do Intuir Empático, os estudantes identificam que o modelo é constituído por componentes e elementos e destacam em suas falas: a Escuta Qualificada, a Intuição, a Empatia, o Esperançar, a Prontidão para Cuidar, o Conhecimento Técnico e o Tempo. Não fazendo menção do elemento Cuidado Pós-Demanda.

Sobre a definição dos componentes e elementos do modelo teórico aproximam-se dos conceitos de Oliveira (2005; 2014) e, adiante, será observado que, em geral, a forma como eles apreenderam os conceitos eles aplicaram na prática.

Na aula sobre o modelo teórico, os estudantes fizeram o registro da apreensão sobre os seus componentes e elementos, sob a forma de pintura em tela e palavras-chave, que se assemelham a caracterização descrita por eles no ***Código Conceitual I*** (Quadro 14).

Quadro 14 – O Intuir Empático (continua).

Código Conceitual I: Caracterizando o Intuir Empático	
Códigos Preliminares:	
1.1 Reunindo o Intuir Empático diversos fatores. 1.11 Os fatores são os componentes do Intuir Empático. 2.5 Escuta qualificada é ouvir com atenção a problemática da pessoa. 2.8 Falando o Intuir Empático da empatia, da intuição, que é se colocar no lugar do outro. 2.37 Empatia éter vínculo. 3.102 Esperançar é dar esperança para o paciente. 4.33 Percebendo a diferença entre escutar e ouvir. 4.64 Intuição é pensar e desenvolver. 5.58 Prontidão para cuidar é estar ao lado do	10.58 O conhecimento científico (técnico) é tudo que você aprende para aplicar. 10.85 Escuta qualificada é o momento que você realmente dá atenção ao paciente, deixa-o falar, se expressar e não intervém. 10.89 Achando que escuta qualificada é parar o que se está fazendo e dar atenção a pessoa. 10.100 Achando que prontidão para cuidar é a atitude de ir até o paciente e dizer: “vamos conversar?”. 10.101 Acho que isso é prontidão: “você estar disposto a ir até o paciente”. 11.3 Vendo que têm estudos sobre o Intuir Empático.

Quadro 14 – O Intuir Empático (continuação).

Código Conceitual I: Caracterizando o Intuir Empático	
Códigos Preliminares:	
paciente para o que for necessário. 6.7 Foi feito um modelo teórico a partir da junção da intuição com o conhecimento técnico. 6.58 Achando que se colocar no lugar do outro é ter empatia pelo outro. 7.3 Colocando na teoria as questões da empatia. 7.8 Colocando na teoria a empatia. 7.18 Colocando-se no lugar do outro é ter empatia. 10.5 Observando na teoria a questão da empatia. 10.6 Empatia é pensar e se colocar no lugar do outro. 10.57 Achando que o conhecimento científico (técnico) envolve todos esses (empatia, esperançar, tempo).	11.5 Não estando a conversa terapêutica dentro do Intuir. 11.7 O Intuir Empático é uma coisa que foi estudada. 12.3 É uma teoria mais específica. 12.24 Acreditar que as coisas vão melhorar é esperançar 13.7 Tendo o Intuir Empático tantos conceitos. 14.1 Achando que o Intuir Empático tem muitas ferramentas. 14.11 Esperançar é fornecer esperança à pessoa. 15.75 O tempo (elemento) é entender o tempo do paciente para ele melhorar, desenvolver alguma coisa. 15.83 Esperançar é não desistir de cuidar.

Fonte: Dados da pesquisa.

O símbolo é considerado o conceito central do interacionismo simbólico. São objetos sociais usados para pensar, representar e comunicar. Ele só é simbólico quando expressa um significado, ou seja, uma representação, uma intencionalidade que fornece o simbolismo à comunicação humana. Tais objetos podem ser físicos (coisas), sociais (pessoas) e abstratos (princípios, doutrinas, conceitos, ideias) (BLUMER, 1980, 1986).

Nas pinturas em tela, ao interagirem com o modelo teórico, os estudantes representaram o significado atribuído por eles aos conceitos por meio de diferentes símbolos, conforme exposto a seguir.

Na pintura sobre o conceito Escuta Qualificada (Fotografia 1), os alunos utilizaram o símbolo do arco-íris.

Fotografia 1 - Pintura em tela retratando o conceito de Escuta Qualificada.

Fonte: Estudantes Compreensivo, Animada e Sentimental.

Na bíblia, o arco-íris representa a aliança de Deus com o seu povo (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009).

> Disse Deus: Este é o sinal da minha aliança que faço entre mim e vós e entre todos os seres viventes que estão convosco, para perpétuas gerações; porei nas nuvens o meu arco; será por sinal da aliança entre mim e a terra. Sucederá que quando eu trouxer nuvens sobre a terra, e nela aparecer o arco, então me lembrarei da minha aliança, firmada entre mim e vós e todos os seres viventes de toda carne; e as águas não mais se tornarão em dilúvio para destruir toda carne. O arco estará nas nuvens; vê-lo-ei e me lembrarei da aliança eterna entre Deus e todos os seres viventes de toda carne que há sobre a terra. (GÊNESIS 9;12-16).

Nesta pintura, o significado da Escuta Qualificada para os estudantes refere-se à aliança entre o enfermeiro e a pessoa com transtorno mental, não como a aliança entre Deus e os seres viventes, mas uma aliança terapêutica, que levará a finalidade da Escuta Qualificada descrita por Oliveira (2014): “quando a pessoa que narra a própria história sente-se escutada, valida a sua existência e ressignifica a própria dor”.

Na análise das palavras-chave observa-se que a apreensão deles sobre este elemento (Fotografia 2) refere-se a escutar com atenção para perceber o sofrimento do outro e dividir com ele suas experiências, com intuito de estruturar a intervenção a ser realizada com a pessoa, caso seja necessária, conforme preconiza Oliveira (2005).

Fotografia 2– Palavras-chave retratando a compreensão do conceito Escuta Qualificada.

Fonte: Estudantes Compreensivo, Animada e Sentimental.

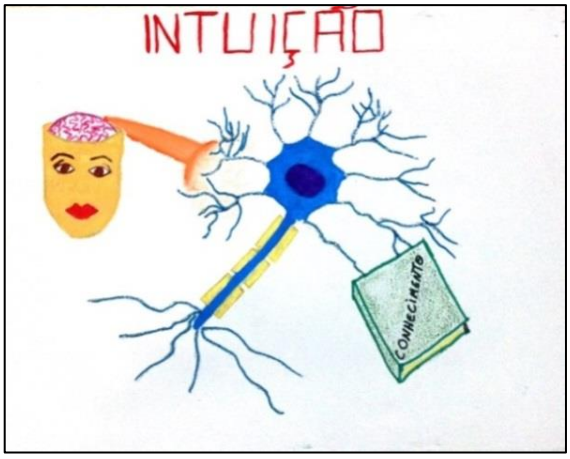
Julgamos ser a Escuta Qualificada um dos conceitos mais difíceis de serem implementados pelo estudante, visto que exige do mesmo disponibilidade interna, conhecimento em semiologia psiquiátrica e, em alguns momentos, estrutura emocional para realizá-la, pois a escuta a uma pessoa com transtorno mental, sobretudo em sofrimento, é uma escuta de alta complexidade, principalmente nos casos em que ocorre alterações do pensamento, da sensopercepção, da afetividade e da vontade.

Sendo assim, na interação simbólica com o paciente, ao realizar a Escuta Qualificada, acreditamos que o estudante efetuará grande esforço para conseguir interpretar as ações e gestos[2]dos pacientes, bem como as suas próprias ações e gestos em relação ao mesmo para realizar o cuidado.

Com relação ao conceito Intuição o símbolo utilizado pelas estudantes na pintura em tela foi um circuito neuronal (Fotografia 3), representando como o estímulo chega ao cérebro e é interpretado gerando uma resposta pelo indivíduo. Da mesma forma, as discentes entendem que a Intuição é ativada a partir de um estímulo externo percebido por ela (acontecimentos), o qual ela interpreta, de acordo com o seu conhecimento, e emite uma resposta.

[2] A interação simbólica segundo Mead consiste na apresentação de gestos e de reação ao significado dos mesmos. “O gesto consiste em qualquer parte ou aspecto de uma ação contínua que traz consigo o ato global de que faz parte” (BLUMER, 1980, p.126).

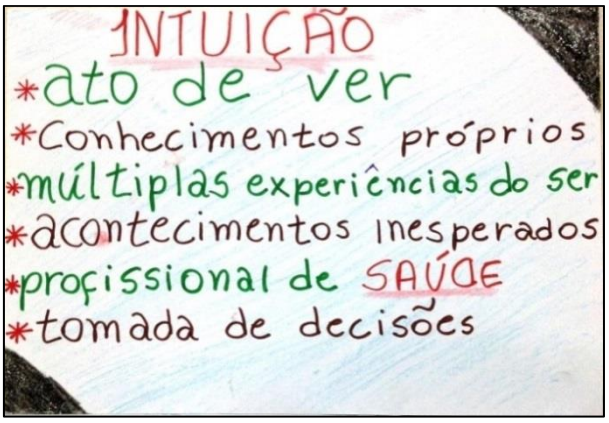
Fotografia 3 - Pintura em tela retratando o conceito de Intuição.



Fonte: Estudantes Carinhosa I, Carinhosa II e Guerreira.

Na análise das palavras-chave observa-se que elas entendem a Intuição como ato de ver, a partir de conhecimentos próprios adquiridos por meio de múltiplas experiências do ser (Fotografia 4). E que este ato de ver, diante de acontecimentos inesperados, auxilia os profissionais de saúde na tomada de decisão, conforme afirmam Lamond e Thompson (2000) e Guimarães (2005).

Fotografia 4– Palavras-chave retratando a compreensão do conceito Intuição.



Fonte: Estudantes Carinhosa I, Carinhosa II e Guerreira.

Outra estudante define este conceito como algo que se pensa e desenvolve:

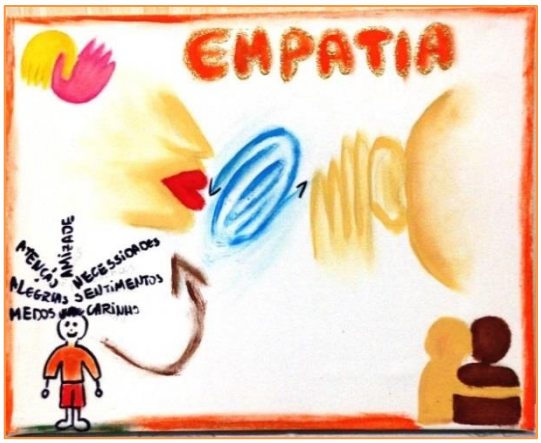
> Porque a intuição é isso: você pensar e já desenvolver (Estudante Corajosa)

O significado atribuído pelas estudantes à Intuição se aproxima do conceito de Oliveira (2014) no sentido de que Intuição é ver, perceber e discernir e que é um componente importante para o cuidado de enfermagem; conhecimento este adquirido por meio de experiências vividas pela pessoa (OLIVEIRA, 2005).

Entendemos que a Intuição, na concepção do interacionismo simbólico seria a atividade interpretativa que os indivíduos realizam das ações uns dos outros e de suas próprias ações ao interagirem, pois, segundo Blumer (1986), à medida que os indivíduos interagem uns com os outros e consigo mesmo, interpretam as ações ao invés de meramente reagir a elas, visto que a interação humana é mediada pelo uso de símbolos, por interpretação e pela determinação de significados às ações.

Sobre o conceito Empatia vemos a representação deste pelas estudantes na pintura em tela (Fotografia 5) mostrando a oportunidade de alguém compartilhar seus medos, alegrias, sentimentos, suas necessidades de atenção, carinho, amizade, entre outras, com alguém que possui uma postura empática de escutar, de estar junto, de estar próximo, de acolher o outro.

Fotografia 5 - Pintura em tela retratando o conceito de Empatia.



Fonte: Estudantes Emotiva e Esforçada.

Analisando as palavras-chave por elas descritas (Fotografia 6), constata-se uma definição mais ampla: “se colocar no lugar do outro, reconhecendo e compartilhando as emoções e os estados da mente, compreendendo o comportamento do outro, colocando-o como foco central, percebendo seus

sentimentos e estabelecendo comunicação terapêutica, deixando os preconceitos e as opiniões pessoais”.

Fotografia 6 – Palavras-chave retratando a compreensão do conceito Empatia.

Fonte: Estudantes Emotiva e Esforçada.

Outras estudantes definem a Empatia como a atitude de “se colocar no lugar do outro” conforme se observa em algumas falas:

> A empatia eu acho que eu usei também [...]. Porque a gente tem que se colocar no lugar do outro, e eu acho que eu fiz isso o tempo todo [...]. Eu acho que se colocar no lugar do outro é ter empatia também pelo outro (Estudante Sonhadora).
>
> De acordo com a teoria, a gente vê a questão da empatia, que é você pensar e se colocar no lugar do outro, que eu acho que eu exercitei muito isso (Estudante Otimista I).

Para Oliveira (2005), a partir do momento que o enfermeiro se coloca no lugar do paciente, o seu papel é falar sobre a sua percepção, de forma que demonstre ao mesmo o seu interesse por ele. O que não significa que o enfermeiro sentirá a mesma emoção que o paciente, mas demonstra que está sensível ao seu sofrimento, e que se importa com ele.

As definições dos discentes estão de acordo com Oliveira (2005, p. 133), que em linhas gerais diz que “a Empatia está na atitude que adotamos para reconhecer e compreender os sentimentos e comportamentos das pessoas, bem como as circunstâncias que as afetam em um determinado momento”.

Para Mead (1962), os seres humanos têm a capacidade de “tomar o lugar do outro”, porque eles têm em comum uns com os outros os mesmos símbolos significantes. Estes símbolos surgem na interação simbólica à medida que os indivíduos interpretam as ações e gestos uns dos outros com base no significado que lhes é atribuído. Sendo assim, diferentes seres humanos podem responder da mesma forma às mesmas ações e gestos, possibilitando o compartilhar de experiências (HAGUETTE, 2005) conforme se observa na relação empática.

Os estudantes ilustram o conceito Esperançar (Fotografia 7) representando o enfermeiro como sendo o Sr. Esperança para a pessoa sob seus cuidados e significam o conceito usando o símbolo da pomba e da ampulheta.

Fotografia 7 - Pintura em tela retratando o conceito de Esperançar.

Fonte: Estudantes Otimista I e Tranquila.

Na simbologia judaico-cristã a bomba simboliza paz, harmonia e esperança (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009). Ela surge a primeira vez na Bíblia quando Noé a envia três vezes, após o dilúvio, para encontrar terra firme. Na primeira vez ela retorna a arca, pois não encontra terra firme, na segunda ela retorna com uma folha de oliveira e na terceira vez ela não retorna. A folha de oliveira e o não retorno da pomba trouxeram esperança para o homem, pois significava que as águas do dilúvio haviam baixado e havia terra firme para recomeçar (GÊNESIS, 8;8-12). Na simbologia cristã ela também é um símbolo do Espírito Santo, a terceira pessoa da Trindade (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2009), como descrito em Mateus (3;16):

“Batizado Jesus, saiu logo da água, e eis que lhe abriram os céus, e viu o Espírito de Deus descendo como pomba, vindo sobre ele”.

A ampulheta é um “instrumento usado para medir o tempo mediante a passagem de certa quantidade de areia” (FERREIRA, 2004). O uso desse símbolo pelos estudantes e a ilustração do enfermeiro como sendo o Sr. Esperança significa que eles entendem o Esperançar como a postura que o enfermeiro tem que ter em relação ao paciente, de não desistir de cuidar com o passar do tempo:

> O esperançar é não desistir de cuidar (Estudante Pensante).

Observando o ***Código Conceitual I***, duas estudantes definem o Esperançar como “dar esperança para o paciente”. Mas, ao examinarmos as palavras-chave (Fotografia 8) observamos que outras alunas compreendem como, além de dar esperança, estimular, animar, usar da criatividade no cuidado, ter disponibilidade para pessoa, não desistindo dela apesar do tempo.

Fotografia 8 – Palavras-chave retratando a compreensão do conceito Esperançar.

Fonte: Estudantes Otimista I e Tranquila.

As discentes aproximam-se do conceito de Oliveira (2005) quando afirmam que o Esperançar é a postura do enfermeiro de não desistir do paciente, a atitude de usar da criatividade no cuidado, manter-se disponível e envolvido com o cuidar. Entretanto, se distanciam do conceito ao dizerem que ele se refere a dar esperança, estimular e animar o paciente.

Oliveira (2005) afirma que o Esperançar significa estar implicado, ou seja, a postura do enfermeiro consiste em não desistir da pessoa, usar da criatividade diante de situações que parecem não haver possibilidade, não desistir de tentar proporcionar o cuidado, e esperançar com o cliente que é possível fazer melhor.

A partir do interacionismo simbólico, observamos, também, que a implementação deste conceito pelos estudantes depende de como eles veem a pessoa com transtorno mental, pois “a loucura”, “o louco”, entre outros, traz o simbólico da incapacidade, inabilidade, improdutividade, inutilidade que permeiam o imaginário social. E no interacionismo, o símbolo do outro pode ser internalizado pelo grupo sem profundas reflexões. Assim sendo, para que os estudantes apliquem este conceito é necessário que reflitam sobre si em busca das significações pessoais acerca da pessoa com transtorno mental, mesmo que influenciados pela significação do grupo, para que vivenciem o que diz Oliveira (2005, p.175) sobre o Esperançar -“aguardar com esperança de que um pequeno nada ocorra”.

As estudantes ilustram o elemento Prontidão para Cuidar (Fotografia 9) em uma paisagem com elementos naturais (céu, sol, montanha, árvore, vegetação) onde representam o enfermeiro fazendo junto com o paciente o caminho do cuidado. E, para trilhar este caminho as discentes utilizam alguns símbolos, como órgãos do sentido (olhos e orelha) e instrumentos (estetoscópio, seringa e relógio) que elas consideram importantes para alcançar o cuidado.

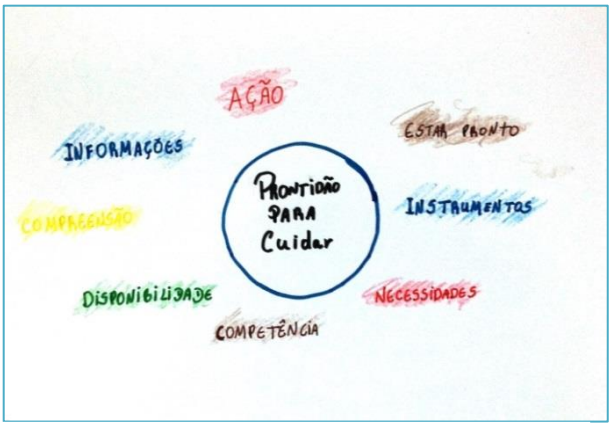
Fotografia 9 - Pintura em tela retratando o conceito de Prontidão para Cuidar.

Fonte: Estudantes Pensante e Sincera.

Analisando a pintura em tela observa-se que para as estudantes a Prontidão para Cuidar ocorre em um ambiente agradável, não necessariamente em instituição de saúde, em que o enfermeiro deve estar ao lado, próximo ao paciente, e no qual é necessário observar e realizar a escuta ao mesmo. Chama-nos à atenção a importância que as alunas dão à escuta ao paciente, representada pela orelha e pelo estetoscópio, instrumento usado para realizar a ausculta em diversas regiões do corpo, mostrando que Prontidão para Cuidar é escutar a fala, mas também o que o corpo diz sobre o paciente. A seringa, de modo geral, é um instrumento usado para realizar procedimentos invasivos no paciente, seja administrando ou retirando substâncias líquidas no organismo, o que revela que, para as discentes, ter Prontidão para Cuidar é ter prontidão para entrar na vida, no sofrimento do paciente, a fim de ajudá-lo. E o relógio, outro instrumento de medida do tempo, sinaliza que para elas é necessário tempo para ter Prontidão para Cuidar.

Com relação às palavras-chave (Fotografia 10), as estudantes compreendem a Prontidão para Cuidar como uma atitude de estar pronto, ter disponibilidade para compreender o paciente e ter competência para obter as informações necessárias para ajudá-lo. Afirmam, ainda, que para isso é necessário o uso de instrumentos pelo enfermeiro representados na pintura em tela.

Fotografia 10 – Palavras-chave retratando a compreensão do conceito Prontidão para Cuidar.



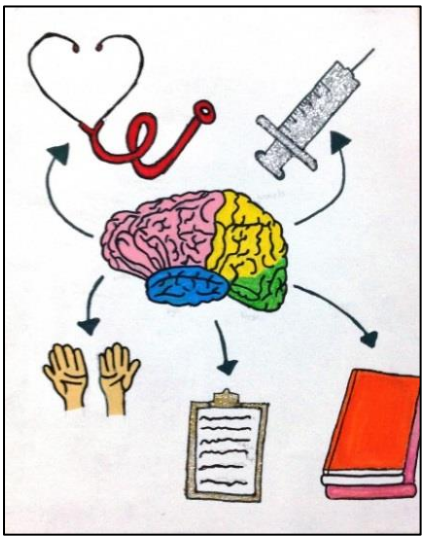
Fonte: Estudantes Pensante e Sincera.

Observa-se que o significado do conceito pelas alunas aproxima-se do que afirma Oliveira (2005), havendo congruência na ilustração da pintura em tela, nas palavras-chave e nas falas de outras estudantes:

> E, também, a prontidão para cuidar, que é estar ao lado dele para o que for necessário, de acordo com as várias instabilidades de humor que ele vai tendo [...]. É você ter prontidão para cuidar independente de como ele esteja, nessas várias mudanças que ele tem, então você sempre tem que estar ali para agir de acordo com a necessidade dele (Estudante Emotiva).
>
> Porque eu vi que eu poderia fazer mais. Então, eu ia até eles, assim, eu acho que essa é a atitude, de você ir e dizer: "Vamos conversar? Quer conversar?" [...] De você ir mesmo atrás. Então, acho que isso é prontidão para cuidar, você estar disposto a ir até o paciente (Estudante Otimista I).

Sobre o conceito Conhecimento Técnico, as estudantes representam este elemento utilizando os símbolos cérebro, estetoscópio, seringa, mãos, prancheta (com anotações) e livro (Fotografia 11).

Fotografia 11 - Pintura em tela retratando o conceito de Conhecimento Técnico.



Fonte: Estudantes Sonhadora e Indecisa.

Analisando a pintura em tela vemos que para as alunas o Conhecimento Técnico se adquire por meio da teoria (livros, anotações) e da prática (mãos, estetoscópio e seringa) a fim de ser registrado e fixado na memória (cérebro). O cérebro que também atua como sede da inteligência e raciocínio, entre outros,

sempre que estimulado impulsionará o indivíduo a colocar este conhecimento em prática.

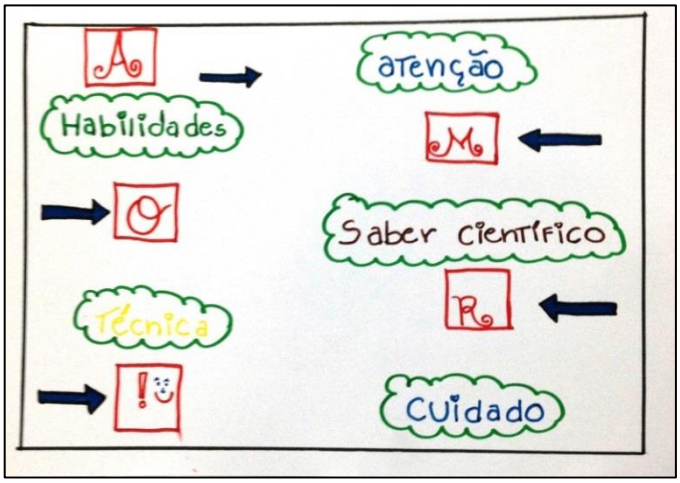
Oliveira (2005) também defende que o ensino de enfermagem em saúde mental precisa ser fundamentado na prática, pois para a autora as situações do cotidiano são ricas de sentidos e o aprendizado se faz a partir dessa vivência. Desperta-nos novamente a atenção a menção dos símbolos estetoscópio e seringa pelas discentes, que anteriormente foram utilizados por outras estudantes para simbolizar o conceito de Prontidão para Cuidar.

Tais símbolos são muito utilizados na Semiologia e Semitécnica, sendo importante ressaltar que a Semiologia está muito presente na memória dos discentes, pois no semestre anterior a este estudo eles iniciaram o aprendizado desse conteúdo, prosseguindo o aprendizado e aplicação deste nos períodos subsequentes. E quanto à Semiotécnica, iniciaram o aprendizado (administração de medicamentos e o cuidado com as feridas) no semestre da pesquisa, assim como os conteúdos relativos à saúde mental. Isso nos revela o quanto os discentes internalizaram esse conhecimento técnico para o cuidado a partir da interação com o mesmo durante o semestre anterior e neste semestre.

O que mais uma vez nos remete à questão do tempo, que esteve presente nos conceitos Esperançar e Prontidão para Cuidar, simbolizado, respectivamente, pela ampulheta e o relógio analógico. Isto é, a importância de se considerar o tempo, a carga horária apropriada destinada ao ensino do cuidado em saúde mental na formação do estudante de graduação em enfermagem para que a interação com a teoria e a interação vivenciada na prática sejam suficientes para a internalização do conteúdo teórico e o desenvolvimento deste na prática, a fim de sedimentar o conhecimento técnico apreendido.

Nas palavras-chave sobre este conceito (Fotografia 12), as discentes destacam a importância do saber científico, da técnica, da atenção, do amor e das habilidades do enfermeiro para realizar o cuidado.

Fotografia 12 – Palavras-chave retratando a compreensão do conceito Conhecimento Técnico.



Fonte: Estudantes Sonhadora e Indecisa.

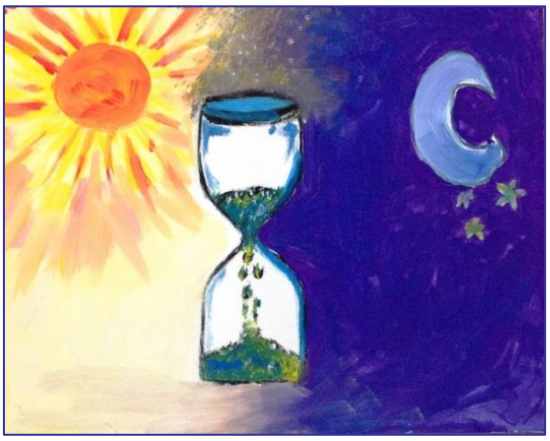
Para Oliveira (2005, p.120),

> o cuidado em psiquiatria é uma assistência pautada no entendimento de que o papel da enfermeira é o de agente terapêutico, e o que sustenta essa prática é o relacionamento terapêutico estabelecido com o paciente a partir da compreensão do significado do seu comportamento.

Neste semestre, os conteúdos da disciplina ministrados aos estudantes que corroboram com o papel do enfermeiro e o relacionamento por ele estabelecido, foram: a Comunicação Terapêutica, a Intervenção em Crise e os Instrumentos de Intervenção Psicossocial. Outros conteúdos relativos ao ensino de saúde mental foram a Política Nacional de Saúde Mental, a Rede de Atenção Psicossocial, Projeto Terapêutico Singular, Avaliação do Estado Mental, entre outros (UFES, 2015).

Em relação ao conceito Tempo (Fotografia 13), os estudantes representam-no por meio dos símbolos sol, lua e ampulheta, demonstrando que não importa quanto tempo passe, seja dia, seja noite, o tempo é do paciente e não do enfermeiro.

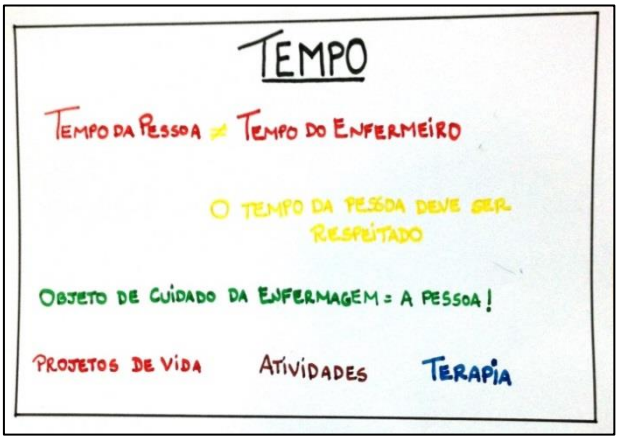
Fotografia 13 - Pintura em tela retratando o conceito de Tempo.



Fonte: Estudantes Tranquilo, Determinada e Persistente.

Ao analisarmos as palavras-chave referentes ao tempo (Fotografia 14) observa-se que eles diferem o tempo do enfermeiro do tempo da pessoa, ressaltando que o tempo do paciente deve ser respeitado, tempo deste querer construir projetos de vida, inserir-se em atividades, responder a terapia. Destacam que o objeto de cuidado da enfermagem é a pessoa e assim como Oliveira (2014, p.5), compreendem que o tempo se refere ao “tempo interno da pessoa que é cuidada”.

Fotografia 14 – Palavras-chave retratando a compreensão do conceito Tempo.



Fonte: Estudantes Tranquilo, Determinada e Persistente.

Atualmente, o cuidado em saúde mental vivencia um momento de transição entre os paradigmas manicomial e psicossocial, momento em que o objeto de cuidado deixa de ser a doença e volta-se para a pessoa e sua experiência de sofrimento. Sendo assim, a enfermagem e a equipe interdisciplinar precisam deixar de controlar os corpos dos pacientes nos locais de tratamento, cessando de negar a sua autonomia e de os excluir da participação no tratamento, para respeitar a pessoa como subjetividade desejante, isto é, alguém que possui vontades e desejos, cujo tempo interno, o tempo de querer algo precisa ser respeitado, entre outros direitos garantidos por lei.

Na literatura, identificamos ainda alguns enfermeiros cujo cuidado encontra-se orientado pelo paradigma manicomial(OLIVEIRA *et al.*, 2011) e que se sentem despreparados para atuarem no paradigma psicossocial (WAIDMAN *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2011; RIBEIRO *et al.*, 2010; PAES *et al.*, 2010).

Neste contexto, registramos a importância da apreensão deste conceito pelos estudantes para que os mesmos não sejam influenciados nos campos de prática e estágio durante a sua formação pela práxis de profissionais de enfermagem e de outros profissionais de saúde que atuam orientados pelo paradigma manicomial e incorporem esse “outro generalizado”[3] (HAGUETTE, 2005) à sua prática, ou seja, para que não incorporem as atitudes, comportamentos, definições, compreensões e expectativas comuns a esse grupo.

Na pintura em tela as estudantes representam o conceito Cuidado Pós-Demanda (Fotografia 15) usando como símbolo o coração para representar a figura do enfermeiro interagindo com o paciente ao realizar o cuidado.

[3] O “outro generalizado” ou o papel coletivo refere-se aquilo que o indivíduo adquire no curso de sua interação com os outros (HAGUETTE, 2005).

Fotografia 15 - Pintura em tela retratando o conceito de Cuidado Pós-Demanda.

Fonte: Estudantes Correta e Corajosa.

Segundo Chevalier e Gheerbrant (2009) o Ocidente fez do coração a sede dos sentimentos. Neste sentido, explica-se porque as discentes ao explanarem sobre o Cuidado Pós-Demanda destacaram sobre a importância do amor para este cuidado. Os autores também afirmam que o coração, por ser um órgão central do indivíduo, corresponde, de maneira geral, à noção de centro. Observando a pintura em tela das alunas podemos depreender o enfermeiro e o paciente no centro deste cuidado, ou seja, o paciente é a pessoa central que participa e recebe este cuidado, e o enfermeiro, como membro da equipe profissional, é a pessoa central que oportuniza esse cuidado.

Na análise das palavras-chave (Fotografia 16), observamos que as alunas compreendem o Cuidado Pós-Demanda como um cuidado que inclui o paciente, o qual o enfermeiro interage com o mesmo, acolhe e respeita suas necessidades; estimula-o e reconhece o seu direito de expressão.

Fotografia 16 – Palavras-chave retratando a compreensão do conceito Cuidado Pós-Demanda.

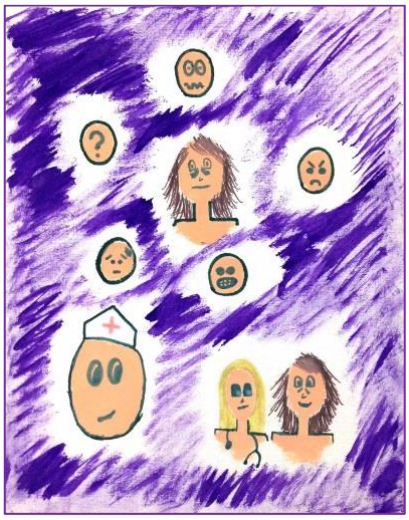
Fonte: Estudantes Correta e Corajosa.

Tal definição assemelha-se a de Oliveira (2005) que diz que o Cuidado Pós-Demanda é aquele em que o enfermeiro precisa ser aceito pelo paciente, respeitando as vontades e as necessidades deste, a fim de estimulá-lo para a autonomia do cuidado. Esse cuidado acontece quando o enfermeiro interage com o paciente, identifica suas necessidades e, para o atendimento destas, o inclui na tomada de decisão.

Para que esse cuidado seja efetivo é necessário que o estudante ao interagir com o paciente seja capaz de interpretar as ações e gestos deste, decodificar os símbolos por eles emitidos e definir os significados atribuídos às ações e gestos para que identifique a real demanda do paciente a fim de acolher, auxiliar, fazer, orientar, encaminhar, entre outros, de acordo com a necessidade dele.

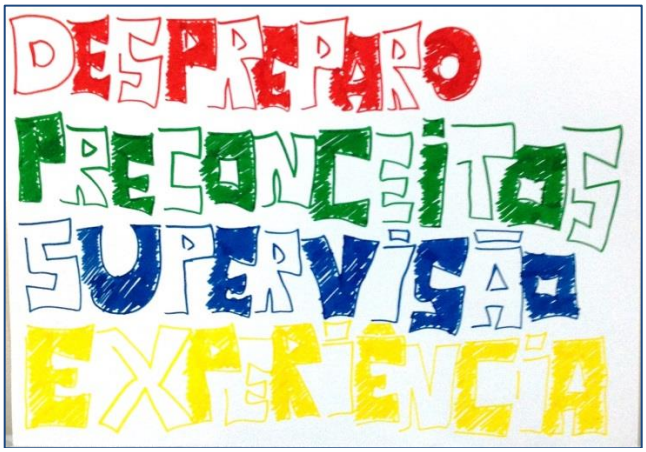
Para Oliveira (2005) enfermeiros que não possuem Experiência de Cuidar de pessoas com transtorno mental trazem consigo equívocos e pré-conceitos, bem como sentimentos de temor, ansiedade, nervosíssimo, ambivalência e incertezas, que traduzem o despreparo, conforme observamos na pintura em tela (Fotografia 17) e nas palavras-chaves (Fotografia 18), descritas pelos estudantes. Tais pré-conceitos, sentimentos e comportamentos foram observados nos estudantes deste estudo durante a interação com o paciente, e serão apresentados e discutidos na categoria O ESTUDANTE E A ARTE DE CUIDAR.

Fotografia 17 - Pintura em tela retratando o conceito de Experiência de Cuidar.



Fonte: Estudantes Sonhador, Perseverante, Otimista II e Bipolar

Fotografia 18 – Palavras-chave retratando a compreensão do conceito Experiência de Cuidar.



Fonte: Estudantes Sonhador, Perseverante, Otimista II e Bipolar

Em sua teoria, Oliveira (2005) menciona a importância da Experiência de Cuidar para a práxis das enfermeiras psiquiatras. Em sua pesquisa ela identificou que enfermeiras que tinham uma experiência de ter cuidado de alguém próximo possuíam uma postura diferenciada que contribuía com o cuidado. No entanto, a autora também afirma que esta Experiência de Cuidar não é condição para se ter

um bom cuidado, pois outras pessoas conseguem oferecer um bom cuidado sem ter tido a experiência, conforme evidenciado em seu estudo.

Quadro 15 – Dúvidas apresentadas.

Código Conceitual II: Tendo dúvidas sobre o Intuir Empático	
Códigos Preliminares:	
1.6 Ficando com dúvida na aula de como unir os fatores. 1.7 Ficando com dúvida de como unir os fatores para fazer um bom direcionamento. 1.8 Ficando com dúvida de como unir os fatores para exercer uma boa relação com os pacientes. 1.9 Conseguindo perceber depois como reunir os fundamentos. 1.10 Ficando com dúvida na aula de como reunir os fundamentos.	4.73 Ficando com dúvida sobre o que é o cuidado pós-demanda. 6.62 Não estando claro o que seja o esperançar. 7.62 Precisando que se esclareça o significado do esperançar. 15.42 Não entendendo muito bem o cuidado pós-demanda. 15.51 Pedindo para falar sobre o conceito de intuição.

Fonte: Dados da pesquisa.

No ***Código Conceitual II*** observamos alguns estudantes manifestando algumas dúvidas em relação ao modelo teórico do Intuir Empático, no tocante a como unir os componentes e elementos para aplicá-los; sobre o Cuidado Pós-Demanda, Esperançar e Intuição (Quadro 15).

Em relação a unir os conceitos do modelo teórico para aplica-los não se faz necessário, pois a implementação deste após a apreensão do seu conhecimento se dá naturalmente no processo de relacionamento com o paciente. À medida que o enfermeiro se relaciona com o paciente ele se utiliza da Empatia, Intuição, Conhecimento Técnico, sua Experiência no Cuidar, realizando uma Escuta Qualificada, para desenvolver um Cuidado Pós-Demanda, demonstrando Prontidão para Cuidar, reconhecendo o Tempo do paciente e induzindo o Esperançar.

Quanto às dúvidas em relação ao Cuidado Pós-Demanda, Esperançar e Intuição, apresentadas por algumas estudantes, estas surgiram no momento da entrevista, sendo esclarecidas pela pesquisadora. Ressalta-se que, no dia da aula sobre o modelo os estudantes, conforme mencionado na metodologia, tiveram a oportunidade de compartilhar suas dúvidas e serem esclarecidos quanto às mesmas.

Em relação o aprendizado do modelo teórico do Intuir Empático (Quadro 16), no dia da aula sobre o modelo, um estudante menciona que os componentes e elementos foram apresentados em separado e outra estudante relata que também teve esse entendimento. Isto pode ter acontecido pelo fato dos componentes e elementos terem sido distribuídos entre os estudantes para leitura, discussão, compreensão e posterior socialização com a turma.

Alguns estudantes mencionam que tinham noção de alguns componentes e elementos do modelo por meio de alguns professores, aulas e disciplinas. A disciplina de Processo de Cuidar em Saúde, situada no segundo período do curso, aborda entre outros conteúdos, a Empatia e a Escuta nas aulas de Comunicação, Relação de Ajuda, Humanização e Acolhimento (UFES, 2014).

Quadro 16 - Aprendizado do Intuir Empático.

Código Conceitual III: Descrevendo o aprendizado do Intuir Empático	
Códigos Preliminares:	
1.3 Apresentando em separado os fatores. 1.4 Apresentando em separado os fundamentos. 1.5 Apresentando-se juntos os fundamentos. 1.18 Tendo noção por meio de alguns professores. 4.1 Não tendo prestado muita atenção no Intuir Empático na primeira vez. 4.2 Lendo o Intuir Empático. 5.4 Observando nas aulas e disciplinas os elementos do Intuir Empático. 5.5 Observando a empatia e a escuta qualificada na disciplina Processo de Cuidar em Saúde. 5.95 Estudando em Processo de Cuidar em Saúde sobre comunicação terapêutica, humanização e acolhimento. 6.3 Vendo os componentes do modelo separadamente. 7.5 Não lendo sobre o que seria a empatia.	7.6 Não tendo visto escrito sobre empatia em uma teoria. 8.1 Não entendendo nada do Intuir Empático. 8.2 Ouvindo a explicação de como o Intuir Empático seria implementado. 8.3 Começando a entender o Intuir Empático depois de ouvir a explicação. 10.60 Ficando muito presa ao material na sala de aula. 10.61 Entendendo algumas coisas na sala de aula. 10.62 Vivenciando a realidade é que se aprende como usar isso (o conhecimento técnico) ao seu favor. 11.6 Não sabendo que tinha um jeito de fazer. 13.82 Lendo e entendendo o Intuir Empático. 15.96 Deixando de estudar (o Intuir Empático).

Fonte: Dados da pesquisa.

Ainda quanto ao processo de aprendizado do modelo teórico, os estudantes relatam:

> Então, a primeira vez, assim, eu não tinha prestado muita atenção. Mas, depois lendo em si, eu achei muito importante. (Estudante Corajosa)
>
> De cara eu não entendi nada [...]. Mas depois que eu ouvi você explicando como ele seria implementado eu comecei a entender. (Estudante Sonhador).
>
> Porque a gente, na sala de aula, fica muito presa ao material. A gente entende algumas coisas, mas quando a gente vivencia, eu acho que mostra mais a realidade pra gente [...]. Você usa o conhecimento que você tem para aplicar na realidade. Como se você fosse modelar o seu conhecimento lá. Só que na realidade você aprende muito com ela. (Estudante Otimista I)

Observamos, nas falas de alguns estudantes, que o aprendizado do modelo teórico foi favorecido de diferentes formas, como a leitura posterior do modelo pela estudante após a apresentação do mesmo em sala de aula, a explicação da pesquisadora sobre o modelo após os discentes relatarem a sua compreensão e a aulas práticas no CAPS para a aplicação do modelo no cuidado aos pacientes.

Quanto à primeira impressão sobre o modelo teórico (Quadro 17) a maioria dos estudantes relatou ter gostado do modelo, outros acharam interessante, alguns revelaram surpresa e curiosidade e apenas dois acharam que não tinha efetividade.

Quadro 17 – Primeira impressão sobre o Intuir Empático (continua).

Código Conceitual IV: Descrevendo à primeira impressão sobre o Intuir Empático	
Códigos Preliminares:	
1.2 Não sabendo a importância dos fatores. 2.1 Ficando curiosa. 3.1 Achando interessante o Intuir Empático. 4.3 Achando o Intuir Empático muito importante. 4.11 Gostando muito. 4.18 Descobrindo que tem um modelo. 5.1 Gostando bastante do Intuir Empático quando foi apresentado na aula. 5.3 Não imaginando como os elementos poderiam ser elencados em uma teoria. 5.6 Não imaginando como os elementos poderiam fazer a diferença quando colocados em prática, principalmente, com o paciente com transtorno mental. 5.7 Gostando muito do modelo. 6.1 Achando o modelo teórico o Intuir Empático, primeiramente, bastante interessante.	10.1 Achando no primeiro dia que o Intuir Empático era muita teoria. 10.2 Achando que não se vivencia a teoria do Intuir Empático. 10.3 Achando que o Intuir Empático era muito teórico. 11.1 Achando o Intuir Empático legal. 11.2 Não achando que tinha uma teoria. 11.4 Achando bem legal. 11.8 Não sabendo que tinha. 11.9 Não sabendo que tinha essa teoria para atuar na área de saúde mental. 12.1 Achando uma coisa diferente. 12.2 Não tendo ouvido falar de uma teoria para cuidar de pessoas com transtornos. 12.4 Achando bem interessante. 13.1 Achando interessante.

Quadro 17 – Primeira impressão sobre o Intuir Empático (continuação).

Código Conceitual IV: Descrevendo à primeira impressão sobre o Intuir Empático	
Códigos Preliminares:	
6.4 Sendo um modelo teórico interessante. 6.8 Achando bastante interessante. 7.1 Gostando bastante do modelo. 7.9 Gostando bastante do modelo. 8.50 Achando que o Intuir Empático não tinha muito efeito. 9.1 Gostando bastante do Intuir Empático quando ele foi apresentado.	15.1 Achando (o Intuir Empático) bacana. 15.2 Não fazendo idéia de que (o Intuir Empático) existia. 15.3 Não sendo falado sobre (o Intuir Empático) durante a faculdade. 15.6 Achando muito bacana (o Intuir Empático). 15.12 Achando muito bacana.

Fonte: Dados da pesquisa.

No estudo desenvolvido por Alves (2008), envolvendo seis enfermeiras de um hospital psiquiátrico do estado do Rio de Janeiro, com o objetivo de aplicar o modelo teórico do Intuir Empático à rotina do cuidado da enfermeira psiquiatra, ao serem apresentadas ao modelo, as enfermeiras demonstraram admiração pelo mesmo.

Em relação à opinião sobre o modelo teórico do Intuir Empático (Quadro 18), quando este lhes foi apresentado, algumas estudantes acharam-no importante, afirmando a sua relevância para a formação profissional do enfermeiro e para organização da sua prática assistencial; outra estudante acredita que ele se baseia em uma boa comunicação e em entender ao próximo; uma discente acredita que ele permite o envolvimento entre o enfermeiro e o paciente, podendo aquele intervir por meio da confiança e de maneira adequada, contribuindo para uma visão diferente sobre o cuidado; outras estudantes acreditam que ele pode contribuir para o cuidado com a pessoa com transtorno mental, bem como em outras áreas da assistência de enfermagem; uma estudante acredita que o modelo direciona o fazer, sendo uma teoria aplicável e, por último, algumas estudantes acreditam que é um modelo apropriado para ser utilizado pela enfermagem.

Quadro 18 - Opinando sobre o Intuir Empático.

Código Conceitual V: Opinando sobre o Intuir Empático	
Códigos Preliminares:	
2.2 Entendendo que se baseia em uma boa comunicação. 2.4 Entendendo que se baseia em entender o próximo. 2.9 Achando que é a teoria correta para se trabalhar. 3.2 Sendo uma visão diferente. 3.3 Trazendo uma visão diferente sobre o cuidado. 3.86 Sendo coisas que podem ser encaixadas na prática assistencial. 3.6 Trazendo o Intuir Empático o envolvimento entre o enfermeiro e o paciente. 3.10 Podendo o enfermeiro intervir por meio da confiança. 3.11 Podendo o enfermeiro intervir no paciente de forma correta. 4.4 Sendo o Intuir Empático importante para quem está estudando para ser enfermeiro. 4.5 Sendo o Intuir Empático importante para organizar a prática. 4.6 Sendo importante para o crescimento profissional. 5.8 Vendo que o modelo pode fazer a diferença para as pessoas com transtorno mental. 5.9 Vendo que o modelo pode fazer a diferença em outros campos de atuação da enfermagem.	5.10 Podendo o Intuir Empático contribuir na unidade básica de saúde, no hospital e em qualquer tipo de serviço. 7.2 Achando que é um modelo bem completo para a enfermagem. 7.12 Achando importante o trabalho do enfermeiro com esses elementos. 7.14 Achando essencial ter o Intuir Empático na saúde mental. 7.16 Sendo muito importante saber a teoria. 9.3 Achando que as ferramentas ajudam. 9.4 Sendo as ferramentas um caminhozinho do que se tem que fazer. 9.6 Parecendo que é uma coisa palpável. 9.7 Parecendo que é uma coisa mais fácil de fazer. 13.4 Achando, às vezes, muito óbvio as coisas que o Intuir Empático aborda. 13.11 Falando o modelo sobre as capacidades do ser. 14.2 Sendo as ferramentas (do Intuir Empático) muito boas. 14.3 Sendo um modelo como se fosse completo. 14.4 Achando que cada item (do Intuir Empático), como o esperançar, conhecimento técnico e os outros, se utiliza no trato com o paciente. 15.4 Sendo uma coisa que não é só usada na saúde mental. 15.5 Sendo (o Intuir Empático) usado em tudo.

Fonte: Dados da pesquisa.

No estudo desenvolvido por Alves (2008), ao serem apresentadas ao modelo, as enfermeiras, assim como os estudantes, concordaram com os conceitos do mesmo, achando-os importantes, possíveis e ideais para serem aplicados.

Durante a interação simbólica o significado atribuído aos objetos pode sofrer mudanças devido ao dinamismo do processo interpretativo que ocorre na interação

(BLUMER, 1986). Sendo assim, à medida que os estudantes interagem com o modelo teórico, ao aplicá-lo no cuidado ao paciente, pode ocorrer alteração no significado que os discentes atribuíram ao modelo, conforme veremos na **Subcategoria I: O Intuir Empático: suas contribuições e implicações**.

8.1.2 Subcategoria I: O Intuir Empático, suas contribuições e implicações

Esta subcategoria foi composta por 125 Códigos Preliminares e 05 Códigos Conceituais. Ela apresenta as contribuições do modelo teórico para o cuidado, para o estudante e paciente, e mostra a avaliação e a postura dos mesmos em relação ao modelo após a experiência de implementação.

Após a implementação do modelo teórico do Intuir Empático pelos estudantes, no cuidado a pessoa com transtorno mental, estes relataram as contribuições do modelo.

Com relação às contribuições para o cuidado (Quadro 19), alguns estudantes afirmaram que o modelo orientou e fundamentou o cuidado, sendo uma base teórica que confere qualidade à assistência.

Quadro 19 – Contribuições para o cuidado.

***Código Conceitual XL:* Contribuições do Intuir Empático para o cuidado**	
Códigos Preliminares:	
1.17 Tendo um direcionamento melhor de como agir. 1.19 Tendo um direcionamento melhor. 1.105 Sendo orientado de uma maneira muito boa pelos fundamentos. 1.107 Sendo bem orientado. 1.108 Dando um caminho. 1.109 Dando um segmento para realizar a prática corretamente.	1.112 Sendo bastante orientado. 4.109 Sendo guiada de certa forma por essa base teórica. 5.12 Percebendo que os elementos fazem a diferença para se obter uma qualidade na assistência. 11.91 Achando que o Intuir Empático ajuda a entender muita coisa no serviço. 15.7 Dando (o Intuir Empático) embasamento para muita coisa.

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto às contribuições para o estudante (Quadro 20), um discente afirmou que se sentiu útil, importante por contribuir com o caso do paciente; alguns estudantes afirmam que adquiriram conhecimento técnico na prática do cuidado,

outra adquiriu paciência para conversar; alguns aprimoraram a comunicação; outra disse que aprendeu a estar disposta para o paciente; outra afirmou que ajudou na criação de vínculo e outra mencionou que o modelo ajudou na adaptação com os pacientes, a entendê-los e a aplicar atitudes simples de uma forma organizada, conforme se observa em sua fala:

> Então, às vezes, um simples gesto de você tocar a mão, de você estar ao lado do paciente ajuda muito, faz muita diferença para ele [...]. Você auxilia-lo nas oficinas é muito importante. E o Intuir Empático ajuda a gente a aplicar e a entender isso de uma forma mais organizada. (Estudante Emotiva)

Quadro 20 – Contribuições para o estudante (continua).

***Código Conceitual XLI:* Contribuições do Intuir Empático para o estudante**	
Códigos Preliminares:	
1.15 Conseguindo se sentir útil. 1.16 Sentindo fazer a diferença para o paciente. 1.20 Percebendo que pôde fazer a diferença. 1.23 Sentindo ter uma boa resposta do paciente. 1.24 Achando-se útil. 1.25 Sentindo-se importante no caso. 1.27 Sentindo que pôde contribuir com algo. 1.57 Aprimorando a comunicação. 1.106 Conseguindo perceber coisas após o conhecimento da teoria. 2.25 Achando que adquiriu muito conhecimento técnico. 2.27 Achando que adquiriu um pouco de experiência. 2.103 Adquirindo conhecimento técnico ao colocar a teoria em prática. 4.12 Tendo um linguajar não adequado anteriormente. 4.13 Achando que agora está começando a falar melhor com o paciente. 4.14 Informando melhor ao paciente os procedimentos que irá fazer. 4.99 Acreditando que sempre irá se lembrar da comunicação terapêutica.	5.121 Ajudando o Intuir Empático bastante na adaptação no meio com os pacientes e no entendimento do outro. 5.122 Tendo uma visão mais ampla. 5.131 Ajudando o Intuir Empático a aplicar atitudes simples. 5.132 Ajudando o Intuir Empático a entender atitudes simples de uma forma mais organizada. 7.28 Achando que adquiriu conhecimento técnico. 8.53 Ajudando muito o Intuir Empático. 9.39 Adquirindo conhecimento técnico com os pacientes. 10.35 Achando que aprendeu isso (estar disposto). 10.36 Achando que aprendeu isso (falar com alegria com o paciente). 10.59 Achando que aprendeu mais conhecimento técnico no campo. 10.65 Aprendendo muito com a realidade, com a vivência, lidando com o cotidiano. 10.66 Adquirindo paciência para conversar. 10.71 Achando que aprendeu muito.

Quadro 20 – Contribuições para o estudante (continuação).

***Código Conceitual XLI:* Contribuições do Intuir Empático para o estudante**	
Códigos Preliminares:	
4.100 Acreditando que sempre irá se lembrar de ser empática. 5.26 Começando agora ter uma outra visão. 5.93 Adquirindo conhecimento técnico na prática. 5.107 Permitindo o Intuir Empático aliar o conhecimento teórico com o empírico.	15.17 Aplicando (o Intuir Empático) na prática ajuda a se aproximar do paciente. 15.18 Aplicando (o Intuir Empático) na prática ajudar a criar laço, vínculo com o paciente.

Fonte: Dados da pesquisa.

No estudo desenvolvido por Silva (2012), envolvendo 17 enfermeiras do Programa de Saúde da Família do município de Vassouras, estado do Rio de Janeiro, com objetivo de compartilhar com estas enfermeiras o modelo teórico do Intuir Empático a fim de orientar o cuidado à pessoa com transtorno mental, após a experiência com o modelo, tais enfermeiras afirmaram que este contribuiu com a maneira de ver a pessoa com transtorno mental, bem como para pensar o cuidado de enfermagem de uma forma mais reflexiva.

No tocante às contribuições para o paciente (Quadro 21), observa-se que o uso da teoria pelos estudantes favoreceu a melhora do paciente, permitindo-o compartilhar suas necessidades. E, uma estudante ressalta a sua contribuição tanto para os profissionais quanto para o paciente:

> Você vê que no CAPS ele (Intuir Empático) tem uma grande aplicabilidade, e é de extrema importância lá, porque ele permite aliar tanto o nosso conhecimento teórico com o empírico para implementarmos junto ao paciente, sempre vendo a singularidade dele. E isso favorece não somente a nós profissionais, mas, também, ao paciente. (Estudante Emotiva)

Quadro 21 – Contribuições para o paciente.

Código Conceitual XLII: Contribuições do Intuir Empático para o paciente	
Códigos Preliminares:	
1.55 Conseguindo com o conhecimento técnico fazer a diferença no cuidado ao paciente. 1.98 Mantendo-se esperançoso contribuiu com o paciente. 1.110 Gerando uma resposta pro paciente. 1.111 Gerando algo que pudesse ajudar o paciente. 3.9 Podendo o paciente se abrir.	3.12 Sendo benéfico para o paciente. 5.16 Vendo a diferença no prognóstico e tratamento do paciente quando aplicado um ou outro componente. 5.84 Percebendo que esperançar a paciente pode ajuda-la a melhorar. 5.109 Favorecendo a teoria os profissionais e pacientes.

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à opinião sobre o modelo teórico do Intuir Empático após a sua experiência de implementação (Quadro 22), observamos que os estudantes consideram-no importante para a formação da pessoa que vai atuar na área de saúde mental; um modelo que não pode faltar na assistência à pessoa com transtorno mental, embora uma estudante afirme que ele é importante para o cuidado a qualquer paciente; relevante para ser utilizado no cuidado à pacientes do CAPS; importante por mostrar como se deve fazer a prática do cuidado; e cujo conteúdo deve ser enfatizado na disciplina Atenção à Saúde do Adulto.

Outras estudantes relatam que o modelo teórico:

> [...] é a base teórica que mostra o caminho de como começar a intervenção com o paciente, de como se colocar no lugar dele, de ouvir os seus problemas, de mostrar os caminhos para vencê-los, dar esperança para o paciente. Acho que é um modelo adequado, coerente para ajudar o paciente. (Estudante Esforçada)
>
> [...] é um modelo completo, contendo todas as partes essenciais para o cuidado a pessoa com transtorno mental. (Estudante Indecisa)

E, ainda, uma estudante sugere a divulgação do modelo:

> É bom que outras pessoas conheçam também, que chegue ao conhecimento de todos, principalmente, das pessoas que vão cuidar desses pacientes. (Estudante Sonhadora)

Quadro 22 – Avaliação após a implementação (continua).

Código Conceitual XLIII: Avaliando o Intuir Empático após a vivência de implementação	
Códigos Preliminares:	
2.29 Achando que o Intuir Empático é a base teórica que mostra o caminho. 2.30 Achando que o Intuir Empático mostra como começar a intervenção com o paciente. 2.31 Achando que o Intuir Empático mostra como se colocar no lugar do paciente e de ouvir seus problemas. 2.32 Achando que o Intuir Empático mostra os caminhos para o paciente vencer os problemas. 2.34 Achando que é um modelo adequado. 2.35 Achando que é um modelo coerente para ajudar o paciente.	8.51 Vendo resultado com o Intuir Empático. 9.78 Achando que o Intuir Empático realmente tinha que ser implementado. 9.79 Sendo a primeira vez que ouviu falar de alguma coisa voltada somente para a saúde mental. 9.84 Sendo o Intuir Empático necessário para fundamentar a prática à pessoa com transtorno mental. 10.102 Achando que a teoria, sendo aplicada, vai ser muito bom para o paciente, para ele ser mais visto.

Quadro 22 – Avaliação após a implementação (continua).

Código Conceitual XLIII: Avaliando o Intuir Empático após a vivência de implementação	
Códigos Preliminares:	
3.84 Achando importante ter o Intuir Empático na faculdade. 3.87 Sendo coisas muito importantes na saúde mental. 4.97 Sendo primordial para quem quer atuar na área de saúde mental. 4.98 Sendo primordial porque sempre vai se lembrar. 4.102 Achando muito bom. 4.105 Sendo muito importante saber. 4.106 Sendo muito importante ter essa base teórica. 5.87 Fazendo o conhecimento técnico muita diferença. 5.88 Sendo o conhecimento técnico um grande aliado para a profissão. 5.105 Tendo o Intuir Empático grande aplicabilidade no CAPS. 5.106 Sendo o Intuir Empático de extrema importância no CAPS. 5.119 Gostando bastante de ter colocado em prática. 6.82 Achando o modelo muito interessante. 6.84 Sendo o modelo que não pode faltar pra cuidar da pessoa com transtorno mental. 6.91 Achando que todos os componentes do modelo devem ser utilizados pra cuidar da pessoa com transtorno mental. 6.92 Sendo bom que outras pessoas conheçam o modelo. 6.93 Sendo bom que o modelo chegue ao conhecimento de todos. 7.69 Achando que é um modelo importante para qualquer paciente. 7.71 Sendo o Intuir Empático um modelo completo. 7.72 Tendo o Intuir Empático partes essenciais	8.49 Sendo muito importante o Intuir Empático para saber como fazer a prática. 10.104 Achando que qualquer pessoa que vai lidar com a (pessoa) com transtorno mental tem que saber disso. 11.89 Achando que o Intuir Empático é uma teoria que tem que ser estudada pra quem quer este campo.11.90 Achando que o Intuir Empático fundamenta muita coisa. 12.56 Achando interessante ter aprendido a teoria. 12.68 Sendo bem legal. 12.69 Gostando bastante. 13.80 Achando que todos os tópicos que o Intuir Empático aborda são importantes. 13.81 Atendendo os tópicos uma demanda específica do paciente. 14.88 Achando que o Intuir Empático é um modelo completo. 10.107 Achando que se houvesse mais isso (Intuir Empático) o paciente se sentiria melhor, fumaria menos, conversaria mais sobre seus problemas. 14.96 Unindo todos os itens do Intuir Empático este se torna completo para realizar o cuidado. 14.97 Sendo muito bom o Intuir Empático. 14.98 Achando que o Intuir Empático serve muito para as Unidades Básicas de Saúde. 14.106 Tendo que utilizar todos os itens do Intuir Empático para alcançar um cuidado holístico. 15.94 Achando que o Intuir Empático é essencial. 15.97 Achando que a disciplina deveria dar mais ênfase ao Intuir Empático. 15.99 Achando que deve ser dado mais ênfase ao Intuir Empático para que seja compreendido e colocado em prática. 15.101 Sendo somente uma aula que a gente

Quadro 22 – Avaliação após a implementação (continuação).

Código Conceitual XLIII: Avaliando o Intuir Empático após a vivência de implementação	
Códigos Preliminares:	
para o cuidado com a pessoa com transtorno mental. 8.48 Vendo depois que o Intuir Empático é muito importante.	teve sobre o Intuir Empático. 15.103 Achando que o Intuir Empático deveria ser mais discutido. 15.104 Achando que deveria ser mais incentivado a estudar o Intuir Empático.

Fonte: Dados da pesquisa.

Ao analisarmos as falas dos quinze estudantes, observamos que treze continuaram definindo positivamente o modelo após a vivência de implementação. No entanto, os significados atribuídos por dois alunos sofreram mudanças. Tais estudantes, que anteriormente acreditavam que o modelo teórico “não tinha muito efeito” ou era “muito teórico” (Quadro 17), respectivamente, após a aplicação no cuidado aos pacientes, com a contínua interação com o modelo, este passou a ter um novo significado.

> Depois que eu usei na prática, eu vi que é muito importante pelo menos para a gente saber como fazer. Porque eu achava que não tinha muito efeito, mas quando eu vi o resultado, pelo menos no pouco tempo que eu fiquei lá, ajuda muito isso, muito (Estudante Sonhador).
>
> Eu acho que ela (a teoria) vai se dar muito bem sendo aplicada. É, se as pessoas conhecessem mais sobre isso, entendeu? Porque eu não sei como é a relação dos profissionais lá, mas eu acho que eles precisam muito disso. Quem vai lidar com transtorno mental tem que saber disso (Otimista I)

No estudo de Alves (2008), as enfermeiras avaliaram que a aplicação do modelo teórico contribuiria para melhorar o cuidado na clínica de enfermagem psiquiátrica, bem como para a enfermagem geral, e sugeriram que o modelo fosse ensinado durante a graduação e que fosse difundido para todos os profissionais de enfermagem, corroborando com os achados do nosso estudo.

Após a experiência de implementação, os estudantes mostraram algumas atitudes em relação ao modelo teórico (Quadro 23).

> E isso a gente vai levar para o resto da vida. Eu posso falar por mim mesma que eu já estou levando para o meu trabalho, lá na clínica. Então, eu acredito que eu vou utilizar bastante, não só na saúde mental, mas também em outras áreas (Estudante Corajosa).

> [...] eu quero levar o Intuir Empático para minha vida, mesmo que eu não trabalhe com pessoas com transtorno mental, mas com qualquer paciente. É, para fundamentar a minha prática (Estudante Indecisa).
>
> Eu acho que ele (Intuir Empático) serve muito para as Unidades Básicas de Saúde, porque pensando agora, eu utilizei todos esses itens lá. Busquei utilizar esses itens porque você tá lidando com pessoas. Então, tem que ter empatia, tem que ter conhecimento, escuta qualificada. Tudo você pode aplicar lá. Porque você está se comunicando constantemente com essa pessoa [...] e a gente não pode olhar somente a ferida e a medicação, a gente tem que olhar para o paciente e para olhar para o paciente a gente tem que utilizar todos esses itens (Estudante Tranquila).

Quadro 23 - Atitudes após a implementação.

Código Conceitual XLIV: Atitudes frente o Intuir Empático após a experiência de implementação	
Códigos Preliminares:	
4.7 Levando para o resto da vida. 4.8 Levando para o trabalho na clínica. 4.95 Utilizando o Intuir Empático no trabalho. 4.96 Tendo certeza que vai utilizar o Intuir Empático futuramente. 4.101 Acreditando que vai utilizar bastante na saúde mental e em outras áreas. 4.110 Comentando com a irmã sobre algumas formas de lidar. 4.112 Comentando com a irmã que está aprendendo e que gostou muito. 5.102 Parando para pensar em casa como que o Intuir Empático ainda não existe na prática. 6.83 Querendo aprofundar no conhecimento do modelo para utilizar.	6.81 Achando que quer usar na vida profissional o modelo. 7.68 Querendo levar o Intuir Empático para minha vida. 11.88 Achando que precisa estudar mais o Intuir Empático. 12.60 Parando para analisar que foi muito importante. 13.10 Achando que irá utilizar o modelo quando for profissional. 14.99 Utilizando todos os itens do Intuir Empático nas Unidades Básicas de Saúde. 14.102 Podendo aplicar o Intuir Empático nas Unidades Básicas de Saúde. 15.95 Achando que deveria estudar mais o Intuir Empático.

Fonte: Dados da pesquisa.

No estudo de Silva (2012), após a experiência com o Intuir Empático, as enfermeiras relataram que assumiram uma postura mais sensível e humanizada no trato com a pessoa com transtorno mental.

Para Mead, o *Self* é formado quando o ser humano se torna objeto de suas próprias ações, isto é, quando ele interage socialmente consigo mesmo. Esse processo social ocorre no interior do indivíduo e se desenvolve a partir de duas fases analíticas: o *Eu* e o *Mim*. O *Eu* é a tendência impulsiva do indivíduo, o *Mim* é o “outro” incorporado ao indivíduo - o conjunto de atitudes, definições, compreensões

e expectativas, ou sentidos comuns ao grupo. O *Eu* atua dando propulsão ao ato social e o *Mim*, direção ao mesmo (HAGUETTE, 2005).

Neste sentido, a partir da análise dessas falas, constatamos que alguns estudantes já incorporaram o “outro generalizado” – os símbolos e o significado do modelo teórico do Intuir Empático, ou seja, internalizaram o que eles adquiriram sobre o modelo durante a interação simbólica com o mesmo. Visto que uma estudante afirma que o seu cuidado na instituição de saúde onde trabalha já está orientado pelo modelo teórico, outra menciona que o modelo orientou o seu cuidado não somente as pessoas com transtorno mental, mas aos usuários por ela atendidos nas UBS, e a terceira que irá fundamentar a sua práxis a partir do modelo teórico.

Nesta categoria, O MODELO TEÓRICO DO INTUIR EMPÁTICO E A METAMORFOSE DO ESTUDANTE, vimos a caracterização do modelo pelos estudantes que, em geral, se assemelhou a definição proposta por Oliveira (2005; 2014). Poucos estudantes mencionaram dúvidas em relação ao modelo, que foram esclarecidas pela pesquisadora. Para alguns alunos, o aprendizado foi favorecido pela leitura do modelo, pela explicação da pesquisadora ou pela vivência na prática. Ao serem apresentados ao modelo, os discentes esboçaram uma impressão e análise positiva sobre o mesmo, exceto na percepção de dois estudantes, que só passaram a avaliá-lo positivamente após a sua aplicação no cuidado aos pacientes. O modelo teórico trouxe contribuições para o cuidado, estudante e paciente e alguns discentes já o incorporaram a sua prática do cuidado a pessoa com transtorno mental e aos demais pacientes por eles atendidos.

Na categoria a seguir, O ESTUDANTE E A ARTE DE CUIDAR, veremos a interação simbólica dos discentes com o paciente e consigo mesmo ao aplicarem o modelo teórico do Intuir Empático.

8.2 O ESTUDANTE E A ARTE DE CUIDAR

Esta categoria foi composta por 508 Códigos Preliminares, 12 Códigos Conceituais e 03 Subcategorias **“Percebendo o paciente”**, **“Refletindo sobre si”** e **“Descrevendo a experiência de implementação do Intuir Empático”**, conforme apresentado no Quadro 24. Ela representa a percepção do estudante sobre o paciente, sobre si e sobre a implementação do Intuir Empático.

Esta categoria retrata o que Mead chama de ***Self*** - quando a pessoa torna-se objeto para si, ou seja, quando a pessoa interage socialmente consigo da mesma forma que interage socialmente com o outro (HAGUETTE, 2005).

Quadro 24 - O estudante e a arte de cuidar.

CÓDIGOS CONCEITUAIS	SUBCATEGORIAS
VI - Conhecendo os sentimentos, sensações e expectativas em relação ao paciente	**B - Percebendo o paciente**
VII - Demonstrando sua visão sobre o paciente	
VIII - Reconhecendo suas dificuldades e fragilidades para realizar o cuidado	**C - Refletindo sobre si**
IX - Ultrapassando os estigmas e preconceitos em relação ao paciente	
XLV - Descrevendo a experiência de aprendizado no campo de prática	
XI - Descrevendo a implementação do Intuir Empático	**E - Descrevendo a experiência de implementação do Intuir Empático**
XII - Reconhecendo a não implementação de todos os elementos	
XIII - Associando a implementação dos elementos às ações e atividades desenvolvidas	
XIV - Tendo incertezas quanto à implementação do Intuir Empático	
XVI - Esquecendo-se de alguns elementos	
XXXVII - Reconhecendo que é necessário tempo para implementar o Intuir Empático	
XV - Descrevendo a percepção sobre a implementação do Intuir Empático	

Fonte: Dados da pesquisa.

Nas **Subcategorias B** e **C**, **Percebendo o Paciente** e **Refletindo sobre si**, o estudante, ao interagir com um novo objeto, o paciente, reflete sobre os seus sentimentos e pensamentos em relação ao mesmo, sobre o seu desempenho ao realizar o cuidado e sobre o seu aprendizado com essa experiência. Já, na **Subcategoria E**: **Descrevendo a experiência de implementação do Intuir Empático**, o processo reflexivo volta-se para a vivência de aplicação do modelo teórico.

8.2.1 Subcategoria B: Percebendo o paciente

Esta subcategoria foi composta por 90 Códigos Preliminares e 02 Códigos Conceituais. Ela aborda os sentimentos, sensações e expectativas que os discentes experimentaram em relação ao paciente, e a sua visão sobre o mesmo.

Com relação aos pacientes os estudantes esboçaram alguns sentimentos, sensações e expectativas, como: receio de como comunicar-se com o paciente e o que dizer ao mesmo; medo do paciente, de como lidar com o mesmo, de atuar na área de saúde mental e ter contato com o paciente; pena devido à história de vida da paciente, por ser uma pessoa nova e por serem negligenciados pela família e sociedade; compaixão pelo paciente; tristeza pela situação da paciente; surpresa, pela mudança positiva no comportamento do paciente; esperança quanto à melhora da paciente; falta de paciência com a paciente; sentimento de impotência por não saber o que fazer com o paciente, e ansiedade pelo paciente não conseguir executar a atividade (Quadro 25).

Quadro 25 – Sentimentos, sensações e expectativas em relação ao paciente (continua).

Código Conceitual VI: Conhecendo os sentimentos, sensações e expectativas em relação ao paciente	
Códigos Preliminares:	
1.47 Surpreendendo-se depois com o que o paciente falou. 1.49 Surpreendendo-se com a maneira do paciente falar (de forma mais séria, mais concentrada). 1.97 Conseguindo manter-se esperançoso (com o paciente). 2.39 Ficando com muita pena da paciente pelo que ela contou sobre sua vida. 2.61 Ficando sem paciência (com a paciente). 2.63 Ficando sem paciência com a paciente. 2.64 Ficando com pena da paciente. 2.66 Ficando triste pela situação da paciente. 2.67 Não tendo paciência com a paciente. 2.70 Não tendo pena da paciente por não saber	4.117 Tendo medo e receio da pessoa com transtorno mental. 5.67 Sentindo-se impotente. 5.80 Esperançando que a paciente pode melhorar. 9.12 Ficando receosa devido a minha dificuldade (comunicação com o paciente). 9.46 Tendo muito medo do paciente. 9.47 Tentando não ter medo do paciente. 9.48 Tendo medo do paciente. 9.49 Tentando não ter medo do paciente. 9.50 Tendo medo do paciente. 9.53 Tendo medo do paciente. 9.56 Tendo um pouquinho de medo de ficar só com o paciente.

Quadro 25 – Sentimentos, sensações e expectativas em relação ao paciente (continuação).

Código Conceitual VI: Conhecendo os sentimentos, sensações e expectativas em relação ao paciente	
Códigos Preliminares:	
o motivo do problema. 2.75 Não conseguindo sentir pena por não saber o motivo da tentativa de suicídio. 2.76 Tendo pena da paciente por ela ser nova. 3.31 Ficando com receio do que dizer (ao paciente). 3.32 Ficando com receio do que não dizer (ao paciente). 3.96 Sentindo-se ansiosa pelo paciente não conseguir fazer. 3.106 Sentindo dó. 3.107 Sentindo pena por serem negligenciados pela sociedade e família. 4.72 Tendo medo em atuar na área de saúde mental. 4.103 Tendo um pouco de medo de atuar no início. 4.104 Tendo um pouco de medo de ter o primeiro contato com pessoas com problema mental. 4.107 Tendo muito medo.	10.8 Tendo esperança que o paciente não vai falar a mesma coisa sempre. 10.9 Tendo esperança que a paciente contaria algo mais. 10.24 Tendo um pouco de receio. 10.38 Esperançando sobre duas pacientes. 10.68 Não tendo muita paciência quando o paciente mudava de assunto. 10.69 Ficando calma para dar mais atenção. 10.72 Mexendo muito comigo o que o paciente falou (“sem vocês aqui, isso aqui é uma bagunça”). 10.75 Ficando emocionada com o retorno dos pacientes. 10.110 Tendo medo. 11.21 Achando a paciente legal. 12.42 Sendo bem marcante com o paciente. 12.64 Tendo medo de como seria. 12.65 Tendo medo de como iria lidar com os pacientes. 12.67 Achando que não ia saber lidar. 14.107 Sentindo compaixão.

Fonte: Dados da pesquisa.

No estudo de Dias (2013) envolvendo estudantes concluintes do curso de graduação em enfermagem do interior do estado de São Paulo com objetivo de verificar os sentimentos e expectativas na abordagem ao paciente com transtorno mental antes e após a vivência do estágio identificou-se que o sentimento experimentado pela maioria dos discentes foi o medo do paciente.

Um estudo desenvolvido com 09 estudantes ingressantes da graduação em enfermagem de uma Faculdade de Enfermagem do estado de São Paulo com o objetivo de conhecer a percepção deles sobre a pessoa com transtorno mental e como o ensino de enfermagem psiquiátrica repercute nesse processo mostrou que,

para esses alunos, a pessoa com transtorno mental é percebida como alguém que desperta emoções conflitantes, como medo, preconceito e compaixão (CAVALHERI; MERIGHI; JESUS, 2007).

Na pesquisa de Rocha (1993), envolvendo 50 estudantes de enfermagem da Universidade de Fortaleza, com objetivo de verificar as mudanças ocorridas nas ideias e sentimentos dos alunos acerca da pessoa com transtorno mental durante o estágio da disciplina Enfermagem Psiquiátrica, identificou-se que os sentimentos expressados pelos discentes foram ansiedade, medo, pena e curiosidade. A ansiedade esteve relacionada com o comportamento de imprevisibilidade do paciente, o medo, assim como em nosso estudo, esteve associado ao desempenho do relacionamento terapêutico e do contato com o paciente. Outros medos apresentados pelos discentes estiveram relacionados ao medo de envolvimento emocional, de desenvolver o transtorno mental e de ser rejeitado e agredido.

O medo da pessoa com transtorno mental e de relacionar-se com ela, mencionado por alguns estudantes, refere-se, provavelmente, ao simbólico que o “louco” traz no imaginário social: a ideia de agressividade, periculosidade, imprevisibilidade, entre outros. Essas significações, internalizadas pelos estudantes, o “outro generalizado”, é proveniente da interação com outros objetos sociais (família, amigos, pessoas significativas) e objetos abstratos (filmes, livros, jornais, documentários).

O medo pode favorecer, na mente do estudante, a criação de imagens distorcidas que impedem a compreensão do real significado para esse sentimento, fazendo com que o mesmo evite o contato com o paciente.

> Porque eu tinha medo dele. Eu tentei não ter, mas eu tinha. Eu tentava ficar um pouco perto dele quando o pessoal da sala estava perto, mas quando eu estava sozinha eu não conseguia, porque eu tinha medo dele (Estudante Perseverante).

Sendo assim, ressaltamos a importância do papel do professor na formação do estudante, auxiliando o discente a superar os seus medos e a estabelecer, no seu pensamento, um quadro real da situação, que só é possível quando o estudante está sensível à experiência e à tentativa, isto é, quando consegue ultrapassar os limites estabelecidos pelas significações que corroboram com o sentimento de medo pela pessoa com transtorno mental.

O sentimento de pena é outra questão que precisa ser trabalhada pelo estudante. O mesmo traz consigo o simbólico da incapacidade, inabilidade, fazendo-nos enxergar o outro como alguém que não tem capacidade de resolver seus problemas, enfrentar situações ou superar adversidades. E, ao tentar ajudar a pessoa, corre-se o risco de estabelecer uma relação de dependência que não favorece o crescimento, a autonomia e o protagonismo da pessoa diante da situação. Este é diferente do sentimento de compaixão, que nos permite reconhecer o sofrimento do outro, sem vê-lo como alguém incapaz de lidar com a situação, mas como alguém que pode ser auxiliado para o enfrentamento de seus problemas.

Outro sentimento que precisa ser superado pelo estudante é o sentimento de impotência diante da situação vivenciada pela pessoa com transtorno mental. Um sentimento que traz o simbólico da impossibilidade, fazendo-nos enxergar a situação como algo que não tem resolutividade, que não existem meios para solucioná-la. Neste sentido, se tal sentimento não for trabalhado, corre-se o risco de não conseguir desenvolver o Esperançar e, em vez disso, o estudante desiste da pessoa, desiste de usar a criatividade em situações em que parece não haver possibilidade e de proporcionar o cuidado (OLIVEIRA, 2005) devido ao fato de ver esgotados os recursos para lidar com a situação.

É importante que o estudante tenha consciência desses sentimentos experimentados em relação ao paciente para que reflita sobre os mesmos (autointeração social) e seja capaz de agir em relação a eles a fim de que as suas ações na interação com o paciente não sofram a influência de tais sentimentos, comprometendo o cuidado. Essa autoconscientização é considerada uma temática fundamental na formação de enfermeiros para o cuidado em saúde mental (RODRIGUES; SANTOS; ZEFERINO; TOSOLI, 2014; PATTERSON; CURTIS; REID, 2008; VANDERMAK, 2006).

Para Stuart e Laraia (2002), entre as qualidades necessárias ao enfermeiro para a efetividade do relacionamento terapêutico, encontram-se a autoconsciência e a exploração dos sentimentos. Do mesmo modo, Taylor (1992), bem como Stefanelli, Fukuda e Arantes (2008) afirmam que quanto mais o enfermeiro se conhece, mais consciente torna-se de suas atitudes e da influência destas em suas ações e no seu comportamento com relação aos outros.

Acerca da visão sobre o paciente (Quadro 26), boa parte dos estudantes afirma que é uma pessoa que necessita de atenção, outros dizem que é uma pessoa

que merece cuidados e alguns que são pessoas carentes, comuns, que necessitam de ajuda, e possuem desejos e vontades.

Quadro 26 - A visão sobre o paciente.

Código Conceitual VII: Demonstrando sua visão sobre o paciente	
Códigos Preliminares:	
1.26 Sabendo a importância do paciente. 1.96 Tendo os pacientes dificuldades devido ao sofrimento mental. 1.101 Achando, no começo, difícil o paciente desenvolver alguma parte. 1.102 Achando que o sofrimento mental atrapalharia o paciente. 1.103 Percebendo depois que é possível. 1.113. Pessoa que merece cuidados. 1.114. Pessoa que necessita de atenção para poder passar pelo sofrimento. 2.50 Pessoa carente de carinho. 2.78 Achando que quanto mais nova é a pessoa, mais fácil sair da depressão. 3.74 Achando que os pacientes não tinham noção da informação científica. 3.105 Achando que são pessoas que necessitam muito de ajuda. 3.111 Achando que são pessoas que necessitam muito de profissionais humanizados. 3.112 Achando que são pessoas que precisam de profissionais que conversem e os distraiam. 4.118 Achando, anteriormente, que eram pessoas que deveriam ser afastadas do meio. 4.119 Pessoas que necessitam muito de atenção. 4.120 Pessoas comuns. 4.121 Pessoas que necessitam de cuidados como qualquer pessoa. 4.122 Pessoas que necessitam de mais atenção do que qualquer usuário. 5.18 Tendo uma outra visão do paciente.	5.32 Pessoa que necessita de atenção especial. 6.74 Pessoa comum. 7.10 Pessoa que tem mais necessidade de ajuda que as demais. 7.15 Sendo pessoas que têm demanda desse Intuir Empático. 8.54 Pessoa igual às demais. 8.55 Pessoa que precisa de atenção e cuidados maiores. 9.80 Pessoas carentes de falar. 9.85 Pessoa de verdade. 9.86 Pessoa que ainda quer fazer coisas. 9.87 Pessoa que ainda tem desejo de fazer muitas coisas. 10.108 Mudando de concepção. 10.112 Pessoas que precisam de ajuda. 10.113 Pessoas que necessitam que alguém olhe por elas. 11.10 Pessoa normal, pois tem necessidades básicas como qualquer pessoa. 11.51 Fazendo os pacientes o que eles querem. 11.58 Não tendo características do transtorno (a paciente). 12.70 Pessoa difícil de lidar. 12.71 Pessoa igual a mim. 13.25 Pessoas que precisam de muita atenção. 13.32 Ser humano que precisa de atenção. 13.34 Pessoa que demanda tempo. 13.64 Pacientes que têm depressão difamam a si mesmos. 13.72 Não vendo a pessoa como diferente, mas como pessoa. 15.115 Pessoas com quem devemos aprender.

Fonte: Dados da pesquisa.

No estudo de Dias (2013), na concepção de alguns estudantes concluintes de um curso de graduação em enfermagem, a pessoa com transtorno mental é vista como uma pessoa inválida, agressiva, estranha e irracional.

Na pesquisa de Cavalheri, Merighi e Jesus (2007) a concepção de 09 estudantes ingressantes de uma Faculdade de Enfermagem do estado de São Paulo sobre a pessoa com transtorno mental é de que esta é uma pessoa diferente, violenta, sem controle, que perde a razão, sem habilidades e sem condições de viver socialmente, ao passo que na visão de 10 enfermeiros egressos dessa mesma universidade, refere-se a uma pessoa que precisa de ajuda, pois a falta de conhecimentos, de recursos psíquicos e emocionais dos profissionais, das famílias e da sociedade favorece a segregação e a exclusão.

No estudo de Rocha (1993) envolvendo 50 estudantes de enfermagem da Universidade de Fortaleza a concepção da pessoa com transtorno mental pelos alunos antes de iniciarem o estágio e após o término do mesmo passou de “pessoas imprevisíveis”, “com distúrbios orgânicos de repercussões psicossociais”, “pessoas sujas e repugnantes”, “retardados mentais” e “pessoas que não se adaptam às imposições sociais” para “pessoas com dificuldades de relacionamento interpessoal”, “pessoas sensíveis que rejeitam os padrões sociais” e “pessoas com comportamento irracional e imprevisível”.

Em nosso estudo também detectamos a mudança na concepção sobre a pessoa com transtorno mental vivenciada pelos estudantes. Um estudante mostra o quanto ele duvidava do potencial do paciente.

> Eu achava que era difícil o paciente desenvolver alguma parte, então, eu achava que aquele sofrimento mental o atrapalharia em diversos ângulos. Mas, depois eu fui percebendo que é possível (Estudante Compreensivo).

Duas estudantes também revelam a mudança que vivenciaram na visão que tinham sobre os pacientes após o contato com os mesmos.

> Antes eu não dava muito importância, então, eu achava, assim, não é que eu excluía, eu tinha receio e medo, então, eu achava que eram pessoas que deveriam ser afastadas do meio. Mas, aí, depois que eu vi diretamente, percebi que são pessoas que necessitam muito de atenção. Pessoas que são comuns, iguais a mim, e que necessitam de cuidado como qualquer outra pessoa. E às vezes, necessitam de mais atenção do que qualquer outro usuário (Estudante Corajosa).

> Mudou a concepção. Porque antes de ter uma vivência, de conhecer, infelizmente, a gente julga muito e a gente tem medo. Infelizmente, nós temos medos, porque nem todas as pessoas estão controladas. Mas, eu acho que essa experiência fez com que eu mudasse de opinião, e visse que são pessoas que precisam mesmo da nossa ajuda. São pessoas que precisam de ajuda, e muitas delas, sabe? Elas realmente necessitam que alguém olhe por elas. Por causa disso, desse estigma mesmo. Que a sociedade tem, infelizmente. Eu era muito assim (Estudante Otimista I).

E outra estudante afirma que o próprio modelo teórico contribuiu em sua mudança de visão sobre o paciente.

> O Intuir Empático faz a gente ter outra visão do paciente e da demanda que ele tem no decorrer da assistência (Estudante Emotiva).

Tais relatos evidenciam a importância do ensino de enfermagem em saúde mental possibilitar ao estudante a experiência de aprendizado do cuidado por meio do contato com o paciente e não somente por meio de livros, filmes, estudos de caso, visita técnica, entre outros, pois, é durante a interação com o paciente que os significados atribuídos pelos estudantes ao seu comportamento podem sofrer mudanças que irão influenciar suas ações em relação ao mesmo. A própria evidência mostra que a prática clínica supervisionada em uma área de relevância em saúde mental contribui para que os estudantes de enfermagem desenvolvam atitudes positivas em relação à pessoa com transtorno mental (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2007).

O modelo teórico do Intuir Empático também atuou como uma ferramenta importante para mudança de visão do estudante acerca da pessoa com transtorno mental, pois, forneceu aos discentes a base de como interagir com o paciente, cuidar do mesmo, ou seja, os estudantes mesmo diante de sentimentos de medo, pena, impotência, entre outros, bem como da visão que tinham do paciente tinham também a base, a fundamentação teórica que orientou a interação e o cuidado ao mesmo.

Leopardi (1999) e Cianciarulo *et al*. (2008), mostram a importância dessa base, dessa fundamentação teórica no cuidado de enfermagem, ao afirmarem que o uso da teoria no cuidado orienta a observação do fenômeno e a identificação dos problemas para direcionar as ações de enfermagem.

Em nosso estudo, constatamos, ainda, na categoria O CUIDADO DO ESTUDANTE ORIENTADO PELO MODELO TEÓRICO DO INTUIR EMPÁTICO que

a concepção que os discentes tiveram sobre quem é a pessoa do paciente influenciou a ação dos mesmos em relação a este.

8.2.2 Subcategoria C: Refletindo sobre si

Esta subcategoria foi composta por 90 Códigos Preliminares e 03 Códigos Conceituais. Ela mostra as dificuldades e fragilidades que os estudantes apresentaram para desenvolver o cuidado ao paciente, seus estigmas e preconceitos em relação ao mesmo e o aprendizado adquirido após a experiência no campo de aulas práticas da disciplina.

Em seus relatos, a maioria dos estudantes expõe algumas dificuldades e fragilidades que tiveram ao realizar o cuidado (Quadro 27), tais como: não saber o que fazer com o paciente, como agir com ele, ou o momento certo de intervir; outros mencionaram dificuldade para entrevistar o paciente, de ouvi-lo, compreender seus problemas, de comunicar-se com ele e de como intervir, orientar; alguns mencionaram que achavam difícil trabalhar na área de saúde mental; outra tinha dúvidas quanto à capacidade de lidar com a pessoa com transtorno mental e uma menciona que, às vezes, o seu estado de humor (desânimo) interferia na relação com o paciente.

Quadro 27 – Reconhecendo dificuldades e fragilidades (continua).

Código Conceitual VIII: Reconhecendo suas dificuldades e fragilidades para realizar o cuidado	
Códigos Preliminares:	
1.92 Não sabendo como conseguir que o paciente melhore. 1.93 Não sabendo como conseguir que o paciente desenvolva alguma parte. 2.6 Achando difícil continuar a entrevista com o paciente. 2.7 Achando difícil entender o problema do paciente. 2.14 Sendo muito difícil. 2.20 Achando que por ser aluna não pode ajudar 100%. 2.21 Não tendo experiência suficiente.	8.32 Não sabendo reagir na primeira vez. 8.45 Não conseguindo se colocar naquela situação. 9.10 Tendo muito problema com a comunicação com o paciente. 9.11 Tendo muito, muito, muito problema com a comunicação com o paciente. 9.13 Pensando depois: “tenho que me soltar”, “tenho que melhorar isso em mim” (comunicação com o paciente). 9.17 Sendo o dia que “quebrei isso” (dificuldade de comunicação com o paciente).

Quadro 27 – Reconhecendo dificuldades e fragilidades (continua).

Código Conceitual VIII: Reconhecendo suas dificuldades e fragilidades para realizar o cuidado	
Códigos Preliminares:	
2.108 Achando difícil trabalhar com saúde mental. 2.109 Não achando difícil trabalhar com a pessoa com depressão. 2.110 Achando difícil trabalhar com a pessoa com problema mais grave, como esquizofrenia. 2.111 Achando difícil trabalhar. 3.34 Não sabendo, no momento, distinguir a intervenção correta para a paciente. 3.35 Não sabendo se poderia ajudar a paciente. 3.109 Não tendo o que fazer diante da situação. 3.110 Não tendo o que fazer como estudante de enfermagem. 4.15 Tendo muita dificuldade de ouvir as pessoas. 4.16 Achando que foi o maior desafio ouvir as pessoas. 4.20 Tendo muita dificuldade para entender, no início, o que seria linguagem terapêutica. 4.21 Tendo muita dificuldade, no início, de como intervir. 4.32 Achando que tinha muita dificuldade de ouvir. 4.37 Não se lembrando da demanda da paciente. 4.48 Sendo péssima de memória. 4.60 Não conseguindo pensar, na hora, o que fazer. 4.71 Não tendo prática em saúde mental. 4.88 Sendo difícil falar. 4.108 Não sabendo como agir. 5.25 Não sabendo, no início, o momento certo de intervir. 5.116 Esquecendo-se de perguntar coisas importantes que podem estar dando origem ao que o paciente está vivendo.	9.49 Tentando ficar um pouco perto do paciente quando os colegas estavam perto. 9.50 Não conseguindo ficar perto do paciente quando estava sozinha. 10.67 Ficando meio perdida quando o paciente mudava de assunto. 10.73 Não duvidando mais do meu potencial e do potencial da minha turma. 10.74 Duvidando, às vezes, da nossa capacidade. 13.19 Tendo dificuldade de interagir com os outros. 13.23 Não sendo fácil se aproximar. 13.24 Sendo trabalhoso se aproximar. 13.30 Tendo uma dificuldade para chegar no paciente. 14.41 Não se sentindo à vontade para orientar em certos assuntos. 14.42 Achando que precisa de mais experiência para saber como lidar com essas situações. 14.43 Não sabendo lidar com paciente com depressão. 14.44 Tendo dificuldade de lidar com paciente com depressão. 14.45 Tendo dificuldade de orientar. 14.46 Achando que a questão de orientação é a parte mais complicada. 14.53 Sentindo, em alguns momentos, um pouco de desânimo. 14.54 Sentindo-me melhor em outros momentos. 14.55 Achando que, às vezes, nem é com o paciente o desânimo. 14.56 Achando que é mais pessoal o desânimo. 14.57 Ficando às vezes com mais vontade de ficar calada. 14.59 Surpreendendo-me comigo mesma. 14.60 Achando que não conseguiria sentar ao

Quadro 27 – Reconhecendo dificuldades e fragilidades (continuação).

Código Conceitual VIII: Reconhecendo suas dificuldades e fragilidades para realizar o cuidado	
Códigos Preliminares:	
6.76 Não conseguindo arrumar meios para auxiliar o paciente. 8.23 Não sabendo o que fazer quando a paciente chorou. 8.24 Não lembrando de nada pra fazer quando a paciente chorou.	lado do paciente e ter a coragem de chamar a atenção dele. 14.63 Surpreendendo-me (porque conseguia ouvir o paciente e continuar a conversa). 15.71 Tendo resistência na questão de intervenção.

Fonte: Dados da pesquisa.

No estudo de Rocha (1993) as dificuldades relatadas pelos estudantes de enfermagem no desempenho do cuidado ao paciente com transtorno mental estiveram relacionadas às situações que envolviam contato físico, dificuldades de comunicação, ações imprevistas dos pacientes e expressão de hostilidade dos mesmos, dificuldades de manutenção do relacionamento terapêutico e relativas à elaboração, implementação e avaliação do plano de assistência.

Observa-se em nosso estudo, bem como no de Rocha (1993) a inabilidade dos estudantes para comunicar-se e compreender o paciente e seus problemas, assim como, para agir de acordo com a demanda do mesmo. Acreditamos que tais dificuldades devem-se à pequena experiência de vida, a maturidade nem sempre presente, ou dificuldades inerentes à própria personalidade do estudante.

Alguns estudantes reconhecem que tinham preconceitos e estigmas em relação ao paciente (Quadro 28), mas demonstram que é preciso romper com estas ideias pré-concebidas.

Quadro 28 – Ultrapassando estigmas e preconceitos.

Código Conceitual IX: Ultrapassando os estigmas e preconceitos em relação ao paciente	
Códigos Preliminares:	
2.112 Tendo que vencer seus preconceitos, suas barreiras. 2.113 Sendo difícil. 5.37 Vendo além do preconceito. 9.57 Quebrando muita coisa que tinha fixo na cabeça em relação aos pacientes.	10.18 Pensando da seguinte forma: “Se eu não me comunicar, se eu tiver todos os meus estigmas, todas as minhas barreiras como eu vou conseguir me comunicar com essa pessoa?” 10.109 Julgando muito. 10.114 Tendo o estigma que a sociedade tem. 15.118 Julgando, às vezes.

Fonte: Dados da pesquisa.

Uma estudante menciona como fez para lidar com seus estigmas:

> Eu fiquei pensando na seguinte forma: Se eu não me comunicar, se eu tiver todos os meus estigmas, todas as minhas barreiras, como eu vou conseguir me comunicar com essa pessoa? Então, eu tenho que me colocar exatamente no lugar dela. Pois, eu gostaria que fizessem isso comigo se eu precisasse realmente de ajuda? Então, eu acho que eu usei isso, entendeu? (Estudante Otimista I)

Observa-se que, para romper com seu estigma em relação ao paciente, a estudante se utiliza do modelo teórico, do conceito de Empatia, ao dizer que tem que se colocar no lugar da pessoa para conseguir se comunicar com ela.

A discente se utiliza do modelo e do interacionismo simbólico, pois, ao refletir sobre sua ação em relação ao paciente, adquire consciência do ato, utiliza-se da Empatia para agir em favor do rompimento do estigma, sofrendo uma transformação interna que se externaliza por meio do ato de conseguir se comunicar com o paciente.

Adiante, na categoria “O CUIDADO DO ESTUDANTE ORIENTADO PELO MODELO TEÓRICO DO INTUIR EMPÁTICO” podemos evidenciar o resultado desse movimento de rompimento de preconceitos e estigmas realizado pelos estudantes, corroborando com o cuidado por eles desenvolvido.

Sobre a experiência vivenciada no campo de prática (Quadro 29), alguns estudantes afirmam que tal experiência favoreceu o aprendizado da comunicação, a intervenção com o paciente, bem como o aprendizado para a vida.

> E assim, pela experiência no CAPS, eu falo que a gente tem que aprender muito com eles (pacientes). Ficar lá no CAPS para mim foi um tempo de aprendizado e não só de aprendizado em relação à disciplina, mas em relação à vida. Eu acho que a gente tem que acolher mais; aproximar mais, querer ajudar mais, e saber da história também. Porque, às vezes, a gente julga e não sabe o porquê do paciente estar naquela situação. (Estudante Pensante)

Mais uma vez percebemos pela fala da estudante a importância da interação com o paciente para desconstruir ideias pré-concebidas, que por vezes, podem levar ao julgamento das ações do outro, e construir novas significações que refletem em atos positivos em relação ao paciente e a situação a qual vivencia.

Quadro 29 – Descrição da experiência.

Código Conceitual XLVIII: Descrevendo a experiência de aprendizado no campo de prática	
Códigos Preliminares:	
10.59 Achando que aprendeu mais conhecimento técnico no campo. 10.65 Aprendendo muito com a realidade, com a vivência, lidando com o cotidiano. 10.111 Achando que a experiência mudou sua opinião. 11.86 Aprendendo no campo conhecimento pra vida. 11.87 Não sendo o conhecimento teórico que aprendeu no campo. 12.63 Tendo uma percepção muito diferente antes de ir para o campo. 12.66 Surpreendendo-se bastante no campo. 13.6 Ficando perdido ao ir para a prática. 13.39 Aprendendo muito em ASA que precisa ouvir o paciente. 13.40 Aprendendo muito em ASA que precisa dar espaço para o paciente falar. 13.49 Aprendendo somente quando foi para a prática.	13.50 Aprimorando o que sabe no campo. 13.53 Tendo metas em ASA para desenvolver nos campos. 14.110 Melhorando bastante após a experiência no CAPS. 15.68 Contribuindo a prática para o conhecimento técnico em comunicação. 15.69 Contribuindo a prática para saber conversar com o paciente. 15.70 Contribuindo a prática para desenvolver a intervenção com o paciente. 15.67 Achando que adquiriu conhecimento técnico totalmente na prática. 15.98 Dando muita estrutura (o Intuir Empático) na prática. 15.116 Sendo um tempo de aprendizado a experiência no CAPS. 15.117 Sendo um aprendizado em relação à disciplina e a vida.

Fonte: Dados da pesquisa.

8.2.3 Subcategoria E: Descrevendo a experiência de implementação do Intuir Empático

Esta subcategoria foi composta por 328 Códigos Preliminares e 07 Códigos Conceituais. Ela descreve como os estudantes implementaram o modelo teórico, aborda os componentes e elementos que foram aplicados, e em que situações, e refere-se à análise dos estudantes sobre a utilização do modelo e a influência do fator tempo na implementação.

Ao descreverem a implementação do modelo teórico do Intuir Empático (Quadro 30), alguns estudantes afirmaram que não utilizaram todos os elementos, ao mesmo tempo, na prática do cuidado; outras discentes disseram que, à medida que iam entendendo os componentes e elementos, aplicavam-nos; uma aluna disse que implementou o que lembrava; outras estudantes mencionaram que a

implementação fluiu naturalmente à medida que tinham contato com os pacientes; boa parte dos discentes relataram que aplicaram o modelo teórico sem perceber; algumas alunas disseram que buscavam aplicar o conhecimento técnico de acordo com a realidade; outras estudantes implementaram o modelo, também, em outros pacientes que não apresentavam transtorno mental e uma estudante relata que talvez, ao ler a teoria, o seu desenvolvimento fosse melhor.

Quadro 30 – Descrevendo a implementação (continua).

Código Conceitual XI: Descrevendo a implementação do Intuir Empático	
Códigos Preliminares:	
1.12 Utilizando os fundamentos de maneira correta para prestar o cuidado. 1.13 Reunindo os fundamentos para prestar o cuidado. 1.28 Utilizando a teoria para se fundamentar melhor. 1.104 Não utilizando os fundamentos juntos. 2.2 Entendendo como aplicar as técnicas com o portador de transtorno mental. 3.15 Ficando muito preso ao conceito da teoria. 3.16 Não conseguindo colocar em prática. 3.20 Conseguindo aplicar alguma coisa do meu jeito. 4.17 Achando que praticava. 4.38 Conseguindo desempenhar. 5.11 Colocando os elementos em prática. 5.13 Não conseguindo, em alguns momentos, colocar todos os elementos ao mesmo tempo em prática. 5.30 Sendo automático. 5.31 Entendendo e praticando. 5.90 Achando como aliar o conhecimento técnico ao exercer a prática. 5.91 Achando que o conhecimento teórico e prático se complementam. 6.5 Sendo um modelo teórico que se utiliza no dia-a-dia sem saber que é um modelo.	11.13 Lembrando sempre da intuição. 11.17 Tentando aplicar o que lembrava. 11.55 Lembrando da empatia. 11.59 Não sabendo explicar como desenvolveu a empatia. 11.62 Não sabendo explicar como usou a empatia. 12.5 Não percebendo que aplica as teorias. 12.6 Parando para analisar é que percebe que aplicou as teorias. 12.7 Aplicando as teorias sem pensar. 12.8 Parando para analisar se aplicou a teoria. 12.9 Aplicando sem perceber. 12.11 Associando uma coisa a outra com o passar do tempo. 12.12 Associando uma coisa a outra. 12.57 Esquecendo de pensar em aplicar a teoria. 12.59 Aplicando a teoria. 12.61 Fazendo a teoria porque teve instrução. 12.62 Lendo a teoria antes talvez tivesse sido melhor o desenvolvimento. 13.5 Não praticando as coisas obvias que o Intuir Empático aborda. 13.8 Pensando no que utilizar. 13.9 Pensando em como utilizar. 13.83 Praticando o Intuir Empático. 13.84 Percebendo que está aplicando.

Quadro 30 – Descrevendo a implementação (continuação).

Código Conceitual XI: Descrevendo a implementação do Intuir Empático	
Códigos Preliminares:	
6.10 Não pensando no modelo quando teve a primeira experiência com a pessoa com transtorno mental. 6.11 Fluindo naturalmente. 6.12 Tendo contato com o paciente e utilizando os conceitos. 6.13 Utilizando os conceitos sem saber que estava usando. 7.11 Executando o modelo teórico independente do paciente ter ou não transtorno mental. 7.13 Praticando sem saber. 7.17 Conseguindo aplicar a teoria na prática com conhecimento. 7.70 Fundamentando a minha prática com o Intuir Empático. 8.4 Não percebendo como foi colocar em prática o Intuir Empático. 8.47 Usando o Intuir na prática. 10.64 Modelando o conhecimento técnico de acordo com a realidade. 11.12 Lembrando mais da intuição quando foi aplicar o Intuir Empático.	13.54 Vendo que a empatia, a escuta qualificada e o conhecimento técnico eram os pontos que precisava desenvolver. 14.5 Usando todas as ferramentas do modelo na prática. 14.6 Achando que somente ao parar para pensar e que se repara que usou as ferramentas. 14.7 Achando que utiliza as ferramentas inconscientemente. 14.8 Precisando utilizar todas as ferramentas. 14.9 Utilizando, às vezes, mais uma ferramenta do que outra. 14.95 Tendo que desenvolver mais alguns itens do Intuir Empático. 14.100 Buscando utilizar os itens do Intuir Empático. 15.8 Lembrando também do Intuir Empático na Unidade de Saúde Geni Grijó. 15.9 Fazendo o procedimento e pensando na empatia. 15.14 Aprendendo muito a fazer a escuta.

Fonte: Dados da pesquisa.

A diversidade na forma como os estudantes vivenciaram a implementação dos componentes e elementos do modelo teórico revela-nos o quanto a interação simbólica é experienciada de forma diferente pelos atores envolvidos. Ou seja, para cada estudante houve uma interpretação, uma significação do modelo, que divergiu na maneira dele agir em relação ao mesmo, isto é, de aplicá-lo na prática. Fazendo com que a maioria implementasse o modelo com naturalidade, a partir do que internalizaram do mesmo; e que poucos aplicassem à medida que iam entendendo como utilizá-lo na prática e algumas estudantes que incorporaram tanto os conceitos do modelo que também o utilizaram no cuidado a outros pacientes, que não apresentavam transtorno mental.

Ao descreverem sobre a implementação do modelo teórico (Quadro 31), os discentes destacam em suas falas: a Escuta Qualificada, o Conhecimento Técnico, a Intuição, o Tempo, o Esperançar, a Empatia e a Prontidão para Cuidar. Dois componentes que os estudantes destacaram ter utilizado mais foram: a Intuição e a Empatia. Apenas uma estudante menciona que não utilizou a Intuição e o Conhecimento Técnico, outra não implementou o Esperançar e três afirmaram não utilizar o Cuidado Pós-Demanda.

Quadro 31 - Não implantação de todos os elementos (continua).

Código Conceitual XII: Reconhecendo a não implementação de todos os elementos	
Códigos Preliminares:	
1.21 Não utilizando todos os fundamentos. 1.22 Utilizando alguns fundamentos. 1.35 Sendo bastante influenciado pela escuta qualificada. 1.41 Tentando utilizar a escuta qualificada no caso. 1.59 Surgindo a intuição de acordo com a relação com os pacientes. 1.60 Surgindo a intuição após a conversa. 1.64 Achando que a escuta qualificada, o conhecimento técnico e a intuição o influenciaram bastante. 2.16 Utilizando a escuta qualificada com os pacientes. 2.18 Não conseguindo realizar a escuta qualificada com um paciente. 3.21 Achando que utilizou muito a intuição. 3.23 Achando que utilizou mais a intuição. 3.24 Sendo a intuição o componente que se utiliza no primeiro contato com o paciente. 3.97 Utilizando o tempo. 4.31 Podendo utilizar a escuta qualificada. 4.59 Não utilizando a intuição porque teve que pesquisar depois sobre o caso. 4.65 Usando o esperançar. 4.70 Não utilizando o conhecimento técnico. 5.21 Sendo uma coisa da intuição.	8.46 Usando a empatia com a paciente. 9.22 Implementando a empatia com a maioria dos pacientes. 9.23 Usando mais a empatia com dois pacientes. 9.34 Fazendo bastante escuta qualificada com um paciente e outras duas pacientes. 9.44 Implementando o esperançar com os pacientes. 9.45 Sendo o paciente com quem menos implementou o esperançar. 9.66 Implementando a prontidão para cuidar com todos os pacientes exceto com um paciente. 9.68 Implementando a prontidão para cuidar com todos os pacientes exceto com um paciente. 9.73 Usando a intuição o tempo inteiro. 9.75 Usando a intuição com o paciente. 9.76 Usando a intuição com a paciente. 10.46 Implementando o tempo. 10.49 Utilizando o (tempo) de aproximação. 10.50 Utilizando o (tempo) de poder ter uma conversa. 10.51 Tendo um momento muito importante com a paciente em relação ao tempo de convivência. 10.63 Usando o conhecimento técnico para aplicar na realidade. 10.77 Vivendo a intuição com o paciente. 10.86 Tendo escuta qualificada com a paciente.

Quadro 31 - Não implantação de todos os elementos (continuação).

Código Conceitual XII: Reconhecendo a não implementação de todos os elementos	
Códigos Preliminares:	
5.45 Utilizando a intuição na implementação do modelo teórico. 5.92 Levando o conhecimento técnico para a prática. 5.96 Faltando o cuidado pós-demanda. 5.97 Sendo menos influenciada pelo cuidado pós-demanda. 6.6 Utilizando a intuição diariamente. 6.46 Não sendo o conhecimento técnico tão aplicado. 6.18 Utilizando o tempo. 6.73 Não fazendo o cuidado pós-demanda. 7.4 Tendo a empatia no dia-a-dia. 7.7 Fazendo a empatia em qualquer ambiente. 7.23 Achando que o que mais aplicou foi a empatia. 7.31 Não sendo a escuta qualificada para uma pessoa específica. 7.35 Tendo um exemplo específico sobre a implementação da escuta qualificada. 7.38 Fazendo a escuta qualificada. 8.8 Usando o tempo com a paciente. 8.11 Tentando utilizar o tempo com a paciente. 8.16 Implementando a escuta qualificada com o paciente. 8.27 Implementando o conhecimento técnico mais com um paciente.	10.98 Tendo, com certeza, prontidão para cuidar. 11.18 Não sendo aplicado o cuidado pós-demanda. 11.43 Não utilizando o esperançar. 11.69 Utilizando o tempo. 11.63 Usando a empatia. 12.28 Percebendo que implementou o conhecimento técnico quando acabou o campo. 14.22 Utilizando o conhecimento técnico em comunicação. 14.23 Tentando colocar as técnicas de comunicação em prática. 14.36 Utilizando a escuta qualificada. 14.37 Utilizando muito a escuta qualificada. 14.87 Fazendo a empatia junto com os outros componentes do Intuir Empático. 14.89 Utilizando os itens do Intuir Empático. 14.93 Utilizando mais alguns itens do Intuir Empático. 14.94 Utilizando menos alguns itens do Intuir Empático. 15.45 Não implementando o cuidado pós-demanda. 15.53 Usando a intuição para perceber o humor do paciente, se ele estava bem ou não. 15.59 Usando a intuição nas conversas com a paciente.

Fonte: Dados da pesquisa.

Para Mead, a mente é concebida como um processo que se manifesta sempre que o indivíduo interage consigo utilizando símbolos significantes. Neste processo, o indivíduo seleciona os estímulos que são importantes para suas necessidades, rejeitando outros que consideram desnecessários, visto que todo comportamento humano implica em uma percepção seletiva de situações (HAGUETTE, 2005).

Neste sentido, o fato de a maior parte dos estudantes aplicarem todos os componentes e elementos, exceto um ou outro, e alguns utilizarem mais

determinados conceitos que outros, refere-se, na grande maioria, à seleção que cada discente fez em relação aos conceitos do modelo teórico, considerando a sua pertinência, ou seja, a interpretação que fizeram sobre a necessidade de utilização do conceito. Digo isso, pois, em se tratando do Cuidado Pós-Demanda, outro fator esteve associado à sua não utilização por alguns estudantes, bem como o Esperançar.

Em geral, os discentes associaram a implementação dos componentes e elementos do modelo teórico às ações e atividades por eles desenvolvidas (Quadro 32).

Quadro 32 – Associação às ações e atividades desenvolvidas.

Código Conceitual XIII: Associando a implementação dos elementos às ações e atividades desenvolvidas	
Códigos Preliminares:	
1.56 Aplicando o conhecimento técnico ao se relacionar, conversar com o paciente. 2.107 Tentando demonstrar o esperançar nas consultas. 3.45 Tendo empatia nas oficinas de habilidade. 3.48 Achando que soube escutar de forma correta nas consultas e oficinas. 3.66 Prontidão para cuidar influenciou o cuidado na oficina de autocuidado. 3.72 Utilizando o conhecimento técnico nas oficinas de autocuidado. 3.75 Não utilizando o conhecimento técnico nas consultas. 3.94 Tentando utilizar o tempo nas oficinas. 4.81 Utilizando prontidão para cuidar nas oficinas de autocuidado. 5.89 Implementando o conhecimento técnico nas orientações e na forma de agir com o paciente. 6.14 Utilizando a intuição na hora de fazer uma intervenção para o paciente. 6.15 Utilizando a intuição na hora que o paciente está falando.	6.16 Utilizando a intuição na hora que o paciente está contando uma história sobre ele. 6.17 Utilizando a intuição na entrevista. 6.41 Implementando a escuta qualificada nas oficinas e consulta de enfermagem. 6.42 Fazendo as questões na consulta. 6.47 Utilizando o conhecimento técnico no exame físico. 7.24 Achando que usou a intuição para fazer o diagnóstico. 7.25 Tendo a intuição na conversa com o paciente. 7.27 Achando que usou o conhecimento técnico para fazer o exame físico. 7.30 Achando que adquiriu conhecimento técnico nas consultas e oficinas, conversando com o professor. 9.77 Usando a intuição em quase todas as conversas com o paciente. 13.59 Tendo prontidão para cuidar principalmente nas oficinas. 15.65 Achando que implementou a prontidão para cuidar nas oficinas.

Fonte: Dados da pesquisa.

Alguns alunos mencionaram que utilizaram o Conhecimento Técnico ao se relacionar com o paciente, nas orientações fornecidas, ao realizarem o exame físico, e nas oficinas e consultas de enfermagem. Outras estudantes mencionam o uso da Intuição na conversa com o paciente, ao fazer a entrevista, o diagnóstico e a intervenção de enfermagem. Algumas discentes mencionam o uso da Escuta Qualificada nas oficinas e consulta de enfermagem, outras, o uso da Prontidão para Cuidar nas oficinas de autocuidado e uma aluna, o uso da Empatia nas oficinas de habilidade.

Conforme afirmado na **Subcategoria A: Conhecendo o Intuir Empático**, a forma como os estudantes apreenderam os conceitos do modelo teórico eles aplicaram na prática.

Na caracterização do conceito Conhecimento Técnico eles utilizaram os símbolos cérebro, estetoscópio, seringa, mãos, prancheta (com anotações) e livro, mostrando que tal conhecimento se adquire por meio da teoria (livros, anotações) e da prática (mãos, estetoscópio e seringa) a fim de ser registrado e fixado na memória (cérebro). O cérebro, sempre que estimulado impulsionará o indivíduo a colocar este conhecimento em prática.

Na implementação deste conceito, eles utilizaram o conhecimento em Semiologia para realizarem o exame físico do paciente durante a consulta de enfermagem; usaram o conhecimento sobre questões relacionadas à saúde para fornecerem orientações ao paciente tanto na consulta de enfermagem quanto nas oficinas de autocuidado; e utilizaram o conhecimento em Comunicação Terapêutica para se relacionar com o paciente.

Com relação ao conceito de Intuição, o símbolo utilizado pelas estudantes foi um circuito neuronal, representando como o estímulo chega ao cérebro e é interpretado gerando uma resposta pelo indivíduo. Na aplicação deste conceito, utilizaram a Intuição na entrevista com o paciente para identificar as suas necessidades, defini-las sob a forma de diagnósticos de enfermagem e propor as intervenções de enfermagem.

Na representação do conceito de Escuta Qualificada, os alunos utilizaram o símbolo do arco-íris para descrever a aliança entre o enfermeiro e a pessoa com transtorno mental, aliança estabelecida a partir da escuta do sofrimento e do compartilhamento das experiências do paciente. Este conceito foi aplicado pelos estudantes nas oficinas de autocuidado, ao ouvirem as suas necessidades de

saúde; nas oficinas de habilidade, quando compartilhavam do sofrimento e das experiências expressadas pelos pacientes, enquanto os acompanhavam na confecção das atividades; e na consulta de enfermagem, em um momento de privacidade com o paciente.

Ressaltamos a associação que estes discentes fizeram entre os conceitos do modelo teórico do Intuir Empático – Conhecimento Técnico, Intuição e Escuta Qualificada, e a Consulta de Enfermagem. Tais conceitos foram utilizados na execução do Processo de Enfermagem ao realizarem o Histórico, Diagnóstico e Planejamento de Enfermagem.

O processo de enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional, evidenciando a contribuição da enfermagem na atenção à saúde da população, bem como aumentando sua visibilidade e reconhecimento profissional. Preconiza-se que ele esteja fundamentado num suporte teórico que oriente o histórico, o estabelecimento dos diagnósticos e planejamento, e que forneça a base para avaliação dos resultados de enfermagem alcançados (COFEN, 2009).

Os discentes associaram apenas alguns conceitos do modelo que embasaram teoricamente o processo de enfermagem, no entanto, mais adiante, é possível constatar a utilização dos demais conceitos – Empatia, Prontidão para Cuidar, Cuidado Pós-Demanda e Tempo, fundamentando as etapas do processo por eles desenvolvido. Entretanto, destacamos a importância de um estudo que descreva e relacione o modelo com as etapas do processo de enfermagem e crie um instrumento de coleta de dados baseado neste referencial para o cuidado de enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial.

Com relação ao conceito de Prontidão para Cuidar as estudantes ilustram o elemento em uma paisagem com elementos naturais (céu, sol, montanha, árvore, vegetação) onde representam o enfermeiro fazendo junto com o paciente o caminho do cuidado. E, para trilhar este caminho as discentes utilizam alguns símbolos, como órgãos do sentido (olhos e orelha) e instrumentos (estetoscópio, seringa e relógio) que elas consideram importantes para alcançar o cuidado. Tal conceito foi utilizado pelos estudantes nas oficinas de autocuidado ao ensinarem sobre o autocuidado, ao auxiliarem os pacientes em seu autocuidado ou promovendo o cuidado aos mesmos.

Sobre o conceito de Empatia, este foi representado na pintura em tela pelas estudantes como a oportunidade de alguém compartilhar seus medos, alegrias, sentimentos, suas necessidades de atenção, carinho, amizade, entre outras, com alguém que possui uma postura empática de escutar, de estar junto, de estar próximo, de acolher o outro. Apenas uma estudante disse que o utilizou nas oficinas de habilidade.

Para Blumer (1980) na interação simbólica os atores envolvidos desenvolvem linhas de ação nas inúmeras situações com que se deparam. Isso explica porque a maioria dos estudantes aplicou alguns conceitos em certas ocasiões, provavelmente em momentos que pensaram ser mais apropriado para eles naquela situação.

Alguns estudantes não associaram a utilização dos conceitos às atividades específicas por eles vivenciadas, talvez, conforme apresentado no Quadro 30, por não se perceberem aplicando os conceitos, visto que para alguns a implementação fluiu naturalmente durante a interação com o paciente.

No entanto, mesmo que os alunos associaram a implementação dos conceitos a determinadas atividades vimos a utilização dos mesmos pelos estudantes nas mais diversas situações conforme será apresentado na Categoria O CUIDADO DO ESTUDANTE FUNDAMENTADO NO MODELO TEÓRICO DO INTUIR EMPÁTICO.

O ***Código Conceitual XIV*** foi construído a partir do entendimento das falas dos estudantes, de que estes não tinham certeza se a forma como estavam realizando o cuidado realmente estava sendo fundamentando no modelo teórico do Intuir Empático (Quadro 33).

Quando foram arguidos sobre como implementaram o modelo, eles algumas vezes não afirmavam como tinha sido, usando na maioria das vezes o verbo “achar”, como se observa em algumas falas a seguir.

> Mas, o tempo eu acho que eu utilizei sim. Não sei se eu utilizei da forma correta, mas eu tentei utilizar nas oficinas, respeitar o tempo do paciente para que ele realizasse a atividade (Estudante Correta).

> Eu acho que implementei sim (prontidão para cuidar). Assim, eu sempre tentei demonstrar para aos pacientes que eu estava ali. Mesmo eles não querendo conversar, eu demonstrava que se ele quisesse eu estava ali. Eu dizia: Se você quiser pode me procurar. E às vezes eles me procuravam para conversar, para perguntar alguma coisa. A prontidão, também, eu acho que em relação às oficinas, de demonstrar que a gente estava ali, do lado para auxiliar, ajudar, conversar (Estudante Pensante).

Quadro 33–Incertezas quanto à implementação (continua).

Código Conceitual XIV: Tendo incertezas quanto à implementação do Intuir Empático	
Códigos Preliminares:	
1.42 Não sabendo se utilizou a escuta qualificada. 1.90 Achando que no começo não usou o esperançar. 1.100 Achando, no começo, que não estava utilizando o esperançar. 2.24 Achando que não utilizou adequadamente o tempo para fazer escuta qualificada. 2.26 Não sabendo se usou o conhecimento técnico de maneira correta. 2.51 Achando que não conseguiu realizar a escuta qualificada com um paciente. 2.80 Achando que não conseguiu realizar a escuta qualificada com um paciente. 2.99 Achando que não conseguiu esperar o tempo da paciente. 2.102 Não sabendo se usou as técnicas corretamente devido a falta de experiência. 3.60 Achando que não implementou o cuidado pós-demanda. 3.92 Achando que utilizou o tempo. 3.93 Não sabendo se utilizou o tempo da forma correta. 3.100 Achando que não foi eficaz como utilizou o tempo. 3.103 Não lembrando que utilizou o esperançar com algum paciente. 3.104 Não sabendo se o esperançar se aplicou a uma paciente. 4.9 Não sabendo se estava sendo simpática ou empática. 4.10 Achando, na maioria das vezes, que estava sendo simpática e não empática. 4.53 Achando que não pode desempenhar muito a intuição. 4.80 Achando que utilizou prontidão para cuidar.	8.35 Achando que implementou o cuidado pós-demanda com o paciente. 8.39 Achando que utilizou o prontidão para cuidar com a paciente. 8.41 Achando que usou o prontidão para cuidar mais com a paciente. 8.42 Achando que não usou a empatia. 9.38 Achando que mais adquiriu conhecimento técnico do que implementou. 9.67 Não lembrando se fez o cuidado pós-demanda. 9.74 Achando que implementou a intuição com os pacientes que teve mais vínculo. 10.7 Achando que exercitou muito a empatia. 10.48 Achando que utilizou muito o tempo de cada paciente. 10.84 Não lembrando se utilizou a intuição para realizar o cuidado. 10.90 Achando que usou a escuta qualificada. 10.91 Achando que usou a escuta qualificada com as pacientes. 11.28 Achando que não usou o cuidado pós-demanda. 11.42 Achando que utilizou a escuta qualificada. 11.53 Achando que utilizou o esperançar. 11.49 Achando que teve uma postura segundo o esperançar. 11.67 Achando que utilizou o tempo. 11.73 Achando que conseguiu dar o tempo dos pacientes. 12.13 Achando que o que mais implementou foi a empatia. 12.29 Achando que implementou o conhecimento técnico com o paciente. 12.30 Achando que implementou o conhecimento técnico em relação as técnicas de comunicação e de como lidar com o paciente.

Quadro 33 – Incertezas quanto à implementação (continuação).

Código Conceitual XIV: Tendo incertezas quanto à implementação do Intuir Empático	
Códigos Preliminares:	
5.53 Achando que conseguiu utilizar a intuição. 6.21 Vendo se consegue explicar como implementou a intuição. 6.31 Achando que usou o tempo com a paciente. 6.33 Achando que usou o tempo. 6.52 Achando que usou a empatia. 6.59 Não se lembrando de ter usado o esperançar. 6.60 Podendo talvez ter usado o esperançar. 6.63 Achando que não usou o esperançar. 6.64 Não se lembrando se usou o esperançar com o paciente. 6.65 Podendo ter usado o esperançar de uma forma que não percebeu. 7.29 Não sabendo se implementou o conhecimento técnico. 7.40 Achando que considerou o elemento tempo quando fez o cuidado. 7.46 Achando que usou a prontidão para cuidar. 7.54 Achando que não implementou o cuidado pós-demanda. 7.61 Achando que implementou o esperançar. 8.21 Achando que implementou a intuição com a paciente. 8.34 Achando que não usou a empatia.	13.12 Achando que utilizou a empatia no CAPS. 13.45 Achando que utilizou a escuta qualificada. 13.58 Achando que teve prontidão para cuidar. 13.63 Achando que teve prontidão para cuidar. 14.70 Achando que fez o cuidado pós-demanda. 15.25 Achando que teve uma postura empática com os pacientes. 15.26 Achando que teve uma postura empática principalmente com o paciente. 15.40 Não sabendo se implementou os componentes. 15.43 Achando que não implementou o cuidado pós-demanda. 15.44 Não sabendo se a prática do cuidado nas oficinas de autocuidado se encaixa em cuidado pós-demanda. 15.52 Achando que usou a intuição. 15.61 Achando que implementou prontidão para cuidar. 15.76 Achando que considerou o tempo do paciente. 15.84 Achando que usou o esperançar. 15.100 Tendo um embasamento teórico maior saberia dizer se colocou o Intuir Empático em prática.

Fonte: Dados da pesquisa.

O fato dos discentes demonstrarem incerteza quanto à implementação do modelo teórico não significa que eles não o utilizaram, conforme se observa nas falas e na Categoria: O CUIDADO DO ESTUDANTE FUNDAMENTADO NO MODELO TEÓRICO DO INTUIR EMPÁTICO. Revela que eles não conseguiam se ver, perceber-se implementando estes componentes e elementos no cuidado aos pacientes a ponto de afirmarem a sua utilização, embora estivessem aplicando.

Para Blumer (1986) a ação individual é uma construção criada pelo indivíduo por meio da percepção e interpretação das características das situações nas quais ele atua.

Para o estudante de enfermagem construir a sua ação no tocante a situação vivenciada com o paciente, ele precisa perceber e interpretar os gestos e ações do mesmo para agir em relação a elas, processo pelo qual se encontra em aprendizado. Há de se considerar que a pessoa com a qual ele interage socialmente é um paciente que apresenta alterações de uma ou mais funções psíquicas que se manifestam em seu comportamento; um paciente complexo, de difícil compreensão por alguém que está vivenciando suas primeiras interações.

Neste sentido, o modelo teórico, que orienta como realizar a ação, e não o que fazer na situação está sendo colocado em prática pela primeira vez a partir daquilo que o estudante internalizou sobre o modelo. Ou seja, no momento em que se deu a pesquisa o discente está aprendendo a incorporar o modelo teórico a sua prática e conhecendo a pessoa sob seus cuidados. Isto é, está aprendendo a construir o seu cuidado fundamentado no modelo teórico do Intuir Empático e ressignificando seus sentimentos, sensações, expectativas, preconceitos e estigmas em relação ao paciente. Isto possivelmente explica a insegurança dos alunos em afirmar que implementaram o modelo no cuidado ao paciente.

No momento da entrevista, os alunos se esqueceram de mencionar um ou outro componente e elemento, bem como os nomes de alguns destes e, por vezes, seu significado, sendo necessário, em algumas entrevistas, que a pesquisadora os lembrasse deles (Quadro 34).

Uma estudante diz não ter se lembrando de algum momento em que utilizou a Intuição, no entanto, observa-se sua implementação:

> Ah intuição, hum, eu acho que alguma situação específica, eu não lembro agora. Hum, não sei. No último dia lá, por exemplo: o Sr. G. Eu sabia que ele queria colocar alguma coisa pra fora. Eu sentia que ele não estava num momento muito bom. Assim, que ele não estava bem. E eu sabia que tinha que dar atenção para ele pra ver o que ele conseguia colocar pra fora para se sentir melhor. Foi o dia que a gente ficou lá sentado com ele um tempão, o último dia de campo. Eu saí de lá quase meio dia porque ele estava escrevendo com muita calma e, pra ele era uma carta pra gente. Só que ele estava escrevendo muitas coisas, muitas palavras. A palavra que ele mais escreveu foi desprezo. Escreveu várias vezes. Aí eu sabia que tinha alguma coisa relacionada ao que ele estava sentindo (Estudante Otimista II).

Quadro 34 – O esquecimento de alguns elementos.

Código Conceitual XVI: Esquecendo-se de alguns elementos	
Códigos Preliminares:	
1.85 Não se lembrando o conceito de prontidão para cuidar. 1.89 Não se lembrando do esperançar. 2.55 Querendo que lembre o conceito de cuidado pós-demanda. 3.65 Achando que não se lembra de mais nenhum elemento. 3.91 Esquecendo-se dos elementos tempo e esperançar. 3.101 Não se lembrando o que é esperançar. 4.66 Não se lembrando do esperançar. 4.69 Não se lembrando do conhecimento técnico. 4.74 Não se lembrando do que é cuidado pós-demanda. 4.92 Não se lembrando do tempo. 6.53 Esquecendo-se de falar da empatia. 6.61 Lembrando-se de alguns elementos. 6.66 Pedindo para falar sobre prontidão para cuidar. 7.53 Não se lembrando de mais nenhum elemento que não implementou. 7.55 Pedindo para falar sobre o cuidado pós-demanda. 7.56 Não se lembrando do cuidado pós-demanda. 8.7 Vendo se lembra de todos os componentes do Intuir Empático. 8.20 Esquecendo-se dos outros componentes. 9.2 Não lembrando de todas as ferramentas do Intuir Empático. 9.19 Lembrando de poucos componentes do Intuir Empático. 9.21 Lembrando da empatia, escuta qualificada, tempo, conhecimento técnico, esperançar. 9.24 Lembrando mais ou menos do conceito da empatia porque faz tempo.	9.43 Não se lembrando do esperançar. 9.66 Não se lembrando do cuidado pós-demanda. 9.72 Não se lembrando exatamente da intuição. 10.76 Não se lembrando dos outros componentes. 10.92 Não se lembrando do conceito do cuidado pós-demanda. 10.97 Não se lembrando do significado de prontidão para cuidar. 11.19 Não se lembrando do conceito de intuição. 11.41 Não se lembrando do conceito de escuta qualificada. 11.54 Não se lembrando dos outros conceitos. 11.44 Achando que lembra o conceito de esperançar. 12.33 Não se lembrando de alguma situação em que utilizou a intuição. 12.58 Não se lembrando o que era especificamente a teoria. 13.2 Não se lembrando de todos os tópicos. 13.51 Não se lembrando de outro componente que utilizou. 13.55 Achando que não se lembra dos componentes que não utilizou. 14.90 Não sabendo o nome de cada item (do Intuir Empático). 14.91 Não sabendo o significado de cada item (do Intuir Empático). 15.13 Não se lembrando de todos os componentes do Intuir Empático. 15.22 Não se lembrando (do conceito) de escuta qualificada. 15.39 Lembrando de alguns componentes. 15.41 Lembrando do cuidado pós-demanda. 15.102 Esquecendo-se, às vezes, do Intuir Empático.

Fonte: Dados da pesquisa.

Na interação simbólica com o modelo teórico, o estudante incorporou do modelo o que ele adquiriu no curso da interação com o mesmo e cujas expectativas ele internalizou. Sendo assim, observa-se que alguns conceitos do modelo teórico foram mais significativos para os discentes do que outros, por isso a maior lembrança de alguns conceitos em relação a outros.

Durante a interação social, os significados são formados, sustentados, enfraquecidos, fortalecidos ou transformados por meio de um processo social de acordo com o contexto em que se dá a interação (BLUMER, 1980). Provavelmente, o significado atribuído pelos estudantes aos conceitos durante a aplicação dos mesmos no cuidado ao paciente sofreram o fortalecimento ou o enfraquecimento de acordo com o contexto da interação social, por isso o esquecimento pelos estudantes de alguns significados.

Para implementar o modelo teórico no cuidado aos pacientes, alguns estudantes mencionaram que é necessário tempo para utilizar todos os componentes e elementos, com destaque para a Escuta Qualificada e Prontidão para Cuidar. Uma estudante revela que não conseguiu implementar todos os conceitos devido ao curto espaço de tempo de permanência no CAPS, e algumas discentes, pelo mesmo motivo, não conseguiram realizar o Cuidado Pós-Demanda (Quadro 35).

Quadro 35 – Tempo de implementação do Intuir Empático.

Código Conceitual XXXVII: **Reconhecendo que é necessário tempo para implementar o Intuir Empático**	
Códigos Preliminares:	
2.23 Precisando de tempo para fazer uma escuta qualificada. 2.87 Achando que prontidão para cuidar tem que ser com o tempo. 3.17 Conseguindo com o tempo aplicar alguma coisa. 3.44 Sendo uma coisa que melhora com o tempo (a escuta). 5.14 Demandando um tempo colocar todos os elementos em prática. 5.15 Tendo um tempo determinado para aplicar todos os componentes do modelo teórico. 5.100 Tendo o cuidado pós-demanda depois que fizer a avaliação das orientações.	5.120 Não tendo tempo de colocar em prática todos os elementos. 6.78 Não tendo tempo para fazer o cuidado pós-demanda. 7.50 Achando que teve pouco tempo para ter prontidão para cuidar. 7.57 Fazendo o cuidado pós-demanda quando implementasse a intervenção. 7.59 Não aplicando o cuidado pós-demanda devido ao tempo da consulta. 11.45 Não tendo tempo para realizar o cuidado pós-demanda.

Fonte: Dados da pesquisa.

Como dito anteriormente o ato social é uma construção criada pelo indivíduo por meio da percepção e interpretação das características das situações nas quais ele atua. Sendo assim, esse processo de construção do ato difere de pessoa para pessoa, tanto na ação propriamente dita a ser realizada quanto no tempo para que a mesma seja desenvolvida, pois dependerá da percepção e interpretação individual de cada um sobre a situação. Por isso, para alguns discentes a aplicação de alguns conceitos em relação a outros levou um pouco mais de tempo para sua utilização.

O fato de alguns alunos mencionarem a necessidade de ter tempo para implementar a Escuta Qualificada e a Prontidão para Cuidar, provavelmente, seja devido a dificuldade do estudante em compartilhar dos sentimentos, experiências, do sofrimento e da vida do paciente e a exigência de disponibilidade interna do discente para escutar este paciente e acolher a sua demanda.

Da mesma forma, o fato de poucos alunos dizerem que não implementaram o Cuidado Pós-Demanda atribui-se a necessidade de mais tempo pelo estudante para propiciar ao paciente as condições mínimas para iniciar o movimento de significação do seu sofrimento, e desenvolver o seu papel de cuidador, que é o de acolher a demanda do paciente (MIRANDA, 1998).

Nas pesquisas de Alves (2008) e Alves e Oliveira (2010) não foi possível constatar a implementação dos conceitos do modelo teórico pelas enfermeiras e a justificativa para não aplicação foi a falta de tempo, a dinâmica do trabalho hospitalar, as atividades de gerência, liderança e administrativas que se sobrepõem ao cuidado aos pacientes, a escala de trabalho, entre outras atividades.

Na pesquisa de Silva (2012), as enfermeiras também mencionaram que a dificuldade para aplicar os conceitos do modelo teórico esteve relacionada à falta de tempo, visto que a sobrecarga de tarefas administrativas e gerenciais no Programa de Saúde da Família sob a responsabilidade do enfermeiro exclui o sujeito do cuidado e reflete na má qualidade da assistência de enfermagem. Outra questão relacionada à dificuldade em utilizar os conceitos, mencionada pelas enfermeiras, foi a formação profissional na graduação, na qual, segundo as mesmas, o enfoque é sobre o diagnóstico e tratamento da doença, formando profissionais orientados pelo modelo biomédico.

Cabe ressaltar que o que se observa não é a falta de tempo, que impossibilita o enfermeiro de exercer a sua função terapêutica no cuidado ao paciente, mas como o tempo que ele dispõe, em sua jornada de trabalho, tem sido utilizado. Pois, alguns estudos demonstram que o distanciamento dos enfermeiros do cuidado direto aos pacientes, tendo como justificativa a falta de tempo em virtude das atividades administrativas e burocráticas por eles assumidas, devem-se à falta de preparo desde a formação para realizar as funções terapêuticas e ao número elevado de pacientes sob seus cuidados prejudicando a interação terapêutica. As ações administrativas e burocráticas por eles desenvolvidas tornam-se um meio de fuga da pressão exercida pelos pacientes e de ter que lidar com os conflitos e contradições inerentes ao processo de trabalho em enfermagem psiquiátrica (BRUSAMARELLO *et al*., 2009; TAVARES, 2002).

Em relação à percepção sobre a implementação (Quadro 36), a maioria dos estudantes mencionaram que acharam difícil no início aplicar o modelo teórico, ou um ou outro conceito; outros discentes demonstraram que não apresentaram dificuldade; e uma estudante relata:

> No início, assim, alguns deles foram mais fáceis. Porque já era uma coisa da nossa intuição. Alguns deles, como a gente já tinha alguma vivência, foram mais fáceis de aplicar. A empatia; a escuta; o tempo; a prontidão para cuidar. Mas, o que não era do nosso cotidiano, que a gente não teve uma experiência anterior, foi mais difícil de ser colocado. Então, aquilo que a

gente já tinha um conhecimento prévio era mais fácil de você agir com a intuição com o paciente do que os outros (Estudante Emotiva).

Quadro 36 – Percepção da implementação.

Código Conceitual XV: Descrevendo a percepção sobre a implementação do Intuir Empático	
Códigos Preliminares:	
1.14 Sendo perfeito aplicar o Intuir Empático na prática. 2.10 Achando que o cuidado pós-demanda é o mais difícil. 2.60 Achando que teve mais dificuldade de usar a escuta qualificada com uma paciente. 2.84 Achando difícil conseguir ajudar o paciente sem ter uma escuta qualificada. 2.95 Sendo difícil. 3.4 Tendo na prática assistencial o conceito. 3.5 Sendo o conceito na prática assistencial clínico. 3.14 Tendo dificuldade. 4.19 Sendo um desafio muito grande aplicar o intuir empático na prática. 4.22 Tendo muita dificuldade, no início, de como ser empática sem ser simpática. 4.23 Tendo muita dificuldade, no início, de ser esperançosa. 4.24 Sendo muito difícil. 4.25 Achando bem difícil. 4.26 Tornando-se mais claro com a prática. 4.27 Tornando-se mais fácil com a prática. 4.90 Sendo mais fácil se fosse no hospital. 4.111 Falando com a irmã que é difícil. 5.20 Sendo mais fácil aplicar alguns componentes no início. 5.22 Sendo mais fácil aplicar quando já tinha alguma vivência. 5.23 Sendo a empatia, a escuta e o tempo mais fáceis de serem aplicados. 5.24 Não sabendo, no início, dar o tempo. 5.29 Sendo mais fácil agir com intuição com o paciente quando se tem um conhecimento prévio.	5.69 Sendo muito difícil. 5.28 Sendo mais difícil de ser aplicado quando não se tem uma experiência anterior. 8.5 Sendo fácil colocar o Intuir empático em prática. 8.6 Sendo tranquilo colocar o Intuir Empático em prática. 9.5 Sendo uma teoria que, relativamente, foi a que mais conseguiu colocar em prática em relação aos outros teóricos. 9.8 Sendo um pouquinho difícil no início colocar o Intuir Empático em prática. 10.4 Sendo massa aplicar o Intuir Empático na prática. 10.14 Ficando arrepiada. 10.15 Sendo muito emocionante. 10.16 Ficando muito feliz. 10.17 Sendo ótimo. 10.37 Achando que foi muito marcante. 10.44 Sendo muito bom. 10.45 Gostando. 10.55 Sendo muito interessante. 11.70 Sendo difícil utilizar o tempo no início. 12.10 Sendo difícil aplicar, lembrar de tudo no primeiro dia. 13.52 Achando que a empatia, a escuta qualificada e o conhecimento técnico foram os que mais teve dificuldade. 14.10 Achando importante utilizar todas as ferramentas. 14.92 Percebendo que utilizou todos os itens (do Intuir Empático). 15.15 Sendo muito difícil (a escuta). 15.16 Aprendendo depois como é tranquilo fazer a escuta.

Fonte: Dados da pesquisa.

Ao analisarmos os ***Códigos Conceituais VI, VII, VIII*** e ***IX***, constatamos que os discentes que disseram ter dificuldades para aplicar o modelo ou um ou outro conceito, foram os mesmos que mencionaram ter sentimentos de medo do paciente e medo de atuar na área de saúde mental; sentir pena do paciente, não ter paciência com o mesmo ou sentir-se impotente diante da situação vivenciada pelo mesmo; que relataram ter preconceitos e estigmas em relação ao paciente; que acham difícil atuar na área de saúde mental, que tiveram dificuldade de se comunicar, interagir ou saber o que fazer com o paciente. Isso mostra que, de certa forma, tais sentimentos, preconceitos e estigmas exigiram um tempo diferenciado destes estudantes para que construíssem novas significações acerca do paciente, bem como em relação às suas dificuldades a fim de conseguirem implementar o modelo teórico.

Outra estudante declara sua satisfação por ter implementado o modelo teórico:

> Ai foi muito bom! Fico até emocionada! Pois é tão bom! Às vezes a gente acha que está na faculdade, que a gente vai aprender as coisas, mas a gente não se vê aplicando. Quando a gente usa em um lugar e vê que está dando certo traz um retorno muito bom. E ver o outro que recebeu esse cuidado dado por você, ouvir que ele gostou, que você faz a diferença. Foi muito bom, fiquei muito tocada com isso! (Estudante Otimista I)

Para Blumer (1980), quando o significado derivado da interação simbólica é o mesmo para a pessoa que faz o gesto e para aquela que reage ao mesmo, ambas as partes entendem-se mutuamente.

Podemos observar na fala da aluna que a satisfação com cuidado foi sentida tanto por ela quanto pelo paciente. Contata-se a efetividade na interação simbólica vivenciada por eles, visto que a discente ao interpretar o gesto emitido pelo paciente (sentimentos, pensamentos, comportamentos, desejos, vontades, entre outros) o fez assim como este o significou. Dessa forma, a linha de ação conduzida pela aluna orientada pelo modelo teórico, atendeu a expectativa, a demanda do paciente.

Nesta categoria, O ESTUDANTE E A ARTE DE CUIDAR, mostramos os sentimentos, sensações e expectativas que os discentes tiveram em relação ao paciente, com destaque para os sentimentos de medo, pena e impotência. Expusemos a visão dos estudantes sobre o paciente, em que alguns alunos afirmaram mudança na concepção que tinham sobre a pessoa com transtorno mental. Relatamos algumas dificuldades e fragilidades apresentadas pela maioria dos estudantes para realizarem o cuidado, como a comunicação com o paciente, a

compreensão do mesmo e de seus problemas, e o atendimento às suas necessidades. Demonstramos o rompimento de preconceitos e estigmas relatados pelos discentes e constatamos a importância da vivência da prática do cuidado, que favoreceu não somente o aprendizado da comunicação e a intervenção com o paciente, mas contribuiu com o aprendizado para a vida.

No tocante à experiência de implementação do modelo teórico, discorremos sobre a diversidade na forma com que os conceitos foram aplicados pelos estudantes, sendo que um ou outro não foi aplicado por uma minoria de discentes. Já outros foram mais aplicados e, por vezes, sendo a sua utilização associada às atividades desenvolvidas. Discorremos sobre o fato dos estudantes apresentarem insegurança para afirmar que utilizaram os conceitos e relatamos o esquecimento de alguns conceitos e seus significados por certos discentes. Mostramos a necessidade de tempo pelos alunos para aplicarem todos os conceitos do modelo, que foram implementados pela maioria com certa dificuldade no princípio.

Na próxima categoria, O CUIDADO DO ESTUDANTE ORIENTADO PELO MODELO TEÓRICO DO INTUIR EMPÁTICO, apresentaremos como os discentes aplicaram os conceitos do modelo no cuidado aos pacientes.

8.3 O CUIDADO DO ESTUDANTE ORIENTADO PELO MODELO TEÓRICO DO INTUIR EMPÁTICO

Esta categoria foi composta por 481 Códigos Preliminares, 16 Códigos Conceituais e 02 Subcategorias **“Tendo uma postura acolhedora”** e **“Usando a prontidão para cuidar, o tempo e a esperança para cuidar”**. Ela representa como os estudantes realizaram o cuidado ao paciente a partir do modelo teórico do Intuir Empático (Quadro 37).

Quadro 37 - O cuidado do estudante orientado pelo modelo teórico do Intuir Empático.

CÓDIGOS CONCEITUAIS	SUBCATEGORIAS
XXVIII – Abordando o paciente	**F - Tendo uma postura acolhedora**
XXX – Conversando com o paciente	
XIX - Escutando o paciente	
XXIX – Aprendendo a permitir o paciente falar	
X – Refletindo sobre o que dizer ao paciente e o que fazer com este	
XVII – Demonstrando atitudes empáticas	
XVIII - Compreendendo o paciente	
XXXI – Construindo o vínculo com o paciente	
XXII - Expressando disponibilidade para os pacientes	**G - Usando a prontidão para cuidar, o tempo e a esperança para cuidar**
XXIII - Dedicando tempo para atender os pacientes	
XXIV - Querendo ajudar	
XX - Reconhecendo o tempo do paciente	
XXI - Respeitando o tempo do paciente	
XXV - Acreditando no paciente	
XXVI - Esperançando o paciente	
XXVII - Incentivando o paciente	

Fonte: Dados da pesquisa.

A **Subcategoria F: Tendo uma postura acolhedora** expõe desde a abordagem inicial aos pacientes pelos estudantes até a construção do vínculo com os mesmos.

A **Subcategoria G: Usando a prontidão para cuidar, o tempo e a esperança para cuidar** apresenta como foi a implementação desses dois conceitos do modelo teórico pelos estudantes e o uso da esperança no cuidado.

8.3.1 Subcategoria F: Tendo uma postura acolhedora

Esta subcategoria foi composta por 346 Códigos Preliminares e 08 Códigos Conceituais. Ela retrata a abordagem inicial ao paciente pelos estudantes, a comunicação terapêutica estabelecida, a postura empática dos mesmos e a construção do vínculo com o paciente.

Na abordagem aos pacientes (Quadro 38), os estudantes demonstraram respeito pelos mesmos; um deles ressalta a importância de ser aceito pelo paciente

para o progresso da relação interpessoal; outra menciona o estabelecimento de limite e outra a melhora dessa interação:

> Depois que eu me senti aceito por alguns pacientes eu consegui interagir de uma maneira melhor. Eu consegui auxiliar em coisas que eu já havia percebido (Estudante Compreensivo).
>
> Quando acabou o campo que eu fui perceber que eu tinha implementado (conhecimento técnico). Eu acho que foi muito em relação ao Paciente H. A questão das técnicas de comunicação, de como lidar com ele. Tipo, ele vinha querendo me tocar. Então eu falava: Paciente H, nosso contato é dessa forma, pelo aperto de mão (Estudante Otimista II).
>
> Eu gosto de ouvir o paciente falando, às vezes eu interajo um pouquinho. É que eu estou aprimorando isso. Pois antes eu não fazia isso. Eu melhorei bastante. (Estudante Tranquila)

Quadro 38 – Abordando o paciente.

Código Conceitual XXVIII: Abordando o paciente	
Códigos Preliminares:	
1.36 Sendo diferente porque o paciente sabia meu nome. 1.37 Tendo contado o nome para o paciente. 1.58 Relacionando-se por meio de conhecimento prévio. 1.83 Conseguindo interagir melhor depois de sentir-se aceito pelos pacientes 3.18 Conhecendo os pacientes. 4.29 Achando muito importante o jeito de agir na abordagem ao paciente. 4.30 Abordando a primeira vez o paciente. 4.49 Tratando a pessoa pelo nome. 4.50 Tendo que ter intimidade para tratar a pessoa pelo apelido.	4.51 Cumprimentando a pessoa. 4.52 Apresentando-se para a pessoa. 4.86 Interagindo. 5.128 Lembrando o nome dos pacientes. 8.29 Sabendo como lidar com o paciente. 8.30 Tendo que lidar assim com o paciente. 9.29 Entendendo-se com o paciente. 12.31 Falando para o paciente que o contato deles é por meio do aperto de mão. 13.22 Conseguindo se aproximar. 14.29 Interagindo um pouco mais com o paciente. 14.48 Interagindo um pouquinho. 14.49 Aprimorando a interação. 14.50 Não interagindo anteriormente. 14.51 Melhorando bastante a interação.

Fonte: Dados da pesquisa.

O relacionamento enfermeiro-paciente é o foco do cuidado de enfermagem psiquiátrica e de saúde mental. Para tal, o enfermeiro precisa conhecer as manifestações de comportamento do paciente e ter domínio dos componentes essenciais ao relacionamento, estabelecimento de limites e oferecimento de apoio, bem como da comunicação terapêutica (ARANTES; STEFANELLI; FUKUDA, 2008).

Este conhecimento pôde ser observado na prática do relacionamento terapêutico estabelecido pelos estudantes.

Ser aceito pelo paciente é extremamente importante para o relacionamento enfermeiro-paciente e para Oliveira (2005) um dos requisitos para realização do Cuidado Pós-Demanda. Acreditamos que a aceitação do estudante por parte do paciente deu-se por ele ter conseguido, durante a interação, interpretar o significado dos gestos e ações emitidos pelo mesmo conforme o significado que este os atribuiu. Além disso, pensamos que tal aceitação se deu em decorrência da postura empática do discente com os pacientes, pois a empatia desperta no indivíduo o sentimento de ser valorizado, cuidado e aceito como pessoa (OLIVEIRA, 2005).

Chamar, cumprimentar o paciente pelo nome demonstra uma atitude de respeito e interesse pelo mesmo. Pois, afirma que este é uma pessoa com identidade própria e que é reconhecido como tal (STEFANELLI; ARANTES; FUKUDA, 2008).

O limite tem por objetivo oferecer oportunidades para que a pessoa vivencie experiências que auxiliem na obtenção do controle de seu comportamento (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES; FORCELLA, 2008). Observa-se isso na postura de uma discente quando o paciente manifestou um comportamento não aceito socialmente (tocar indevidamente), e a aluna mostrou como ele poderia controlar o seu comportamento utilizando outro socialmente aceitável.

O diálogo esteve muito presente durante o cuidado realizado pelos estudantes e observa-se o estabelecimento da comunicação terapêutica por eles(Quadro 39).

Quadro 39 – Conversando com o paciente (continua).

Código Conceitual XXX: Conversando com o paciente	
Códigos Preliminares:	
1.46 Falando não para o paciente não teria impacto sobre ele. 1.74 Falando com o paciente que era algo complicado. 1.86 Conseguindo prestar atenção quando os pacientes queriam conversar. 1.87 Conseguindo conversar com os pacientes. 2.41 Falando com a paciente que não era fácil. 2.5 Achando fácil o primeiro contato de conversar com o paciente. 3.55 Achando que não irá ficar claro para o paciente. 3.58 Tentando depois dar um feedback para os pacientes. 3.111 Sendo a paciente que teve mais contato para conversar. 4.35 Conseguindo conversar com o paciente. 4.61 Demorando a falar após a fala da paciente. 4.114 Mudando o rumo da conversa. 5.48 Tendo que retomar o mesmo assunto com o paciente. 5.62 Falando para a paciente vamos mudar de assunto. 5.63 Falando para a paciente vamos falar de outra coisa. 5.72 Conversando com o paciente. 5.73 Falando com a paciente para voltar para conversar. 5.78 Conversando muito com a paciente sobre religião. 6.36 Retomando do ponto da conversa. 6.37 Sabendo voltar ao tema do assunto. 6.40 Tentando atrair a atenção do paciente para o assunto. 6.45 Tentando esclarecer quando o paciente não entendia. 7.32 Conversando com a paciente na oficina. 8.9 Conversando com a paciente. 8.22Conversando com a paciente.	11.23 Podendo conversar com a paciente várias vezes. 11.24 Perguntando em cima do que a paciente falava. 11.25 Conseguindo fazer com que a paciente falasse. 11.34 Conversando com a paciente. 11.36 Perguntando a paciente. 11.48 Não tendo nenhuma conversa íntima com o paciente. 11.68 Tendo bastante tempo após as oficinas para conversar com os pacientes. 11.61 Conversando com os pacientes eles falam. 11.79 Perguntando algumas coisas para a paciente. 11.80 Conversando com as pacientes. 11.83 Achando que se lembrou bastante da conversa terapêutica. 11.85 Achando que a conversa terapêutica foi o que mais se lembrou. 12.21 Conseguindo conversar com a paciente sobre outras coisas. 12.22 Conseguindo tirar outras informações da paciente. 12.43 Conseguindo conversar bastante com o paciente. 12.43 Conseguindo conversar bastante com o paciente. 13.27 Sentando e conversando. 13.27 Sentando e conversando. 13.31 Falando com o paciente toda vez que ele passava perto. 13.32 Falando com o paciente mesmo que ele não respondesse. 13.38 Falando com o paciente sempre que ele passava perto. 13.65 Falando para o paciente: “Você não é assim!”.

Quadro 39 – Conversando com o paciente (continuação).

Código Conceitual XXX: Conversando com o paciente	
Códigos Preliminares:	
8.25 Começando a conversar com a paciente. 8.26 Conversando com a paciente o que sentia. 8.28 Sabendo como falar com o paciente. 8.31 Tendo que falar assim com o paciente. 8.33 Indo falar com o paciente o que ele não podia fazer. 8.36 Começando a conversar. 8.37 Conversando sobre o que o paciente queria mudar. 8.40 Conversando com a paciente. 9.18 Começando a falar com o paciente. 9.25 Indo falar com o paciente. 9.32 Chegando para falar com os pacientes e estes não queriam falar. 9.37 Tentando dar um feedback para a paciente. 9.41 Sabendo conversar com os pacientes. 9.61 Não sabendo se a paciente acredita nas coisas que a gente fala com ela. 9.62 Falando com a paciente que a unha que ela fez havia ficado bonita. 9.63 Falando para a paciente que ela tinha feito a unha “direitinho”. 10.13 Querendo conversar com o paciente no final do dia. 10.28 Falando com alegria com o paciente. 10.30 Não sendo uma coisa mecânica (falar com alegria com o paciente). 10.32 Fazendo mecanicamente não dá certo (falar com alegria com o paciente). 10.34 Tendo que vir de você (falar com alegria com o paciente). 10.43 Falando com o paciente, mesmo quando ele não olhava para mim. 10.88 Falando “tudo bem” quando a paciente não queria mais falar. 10.93 Conversando com a paciente. 10.115 Falando não para o paciente. 11.16 Estendendo mais o assunto. 11.22 Conversando com a paciente.	14.13 Falando com a paciente. 14.25 Tentando voltar a conversa para o paciente responder aquilo que preciso ouvir. 14.34 Tentando conversar com o paciente novamente. 14.61 Fazendo algumas perguntas para o paciente. 14.62 Ficando uma hora conversando com o paciente. 14.65 Tentando sempre entrar no assunto e continuar a conversa. 14.66 Tentando conversar com os pacientes que só ficam fumando. 14.75 Sentando para conversar com o paciente. 14.76 Puxando um pouco de assunto com o paciente. 14.77 Começando a conversar com o paciente. 14.84 Achando que foi a paciente com quem mais conversou. 14.103 Comunicando-se constantemente com a pessoa. 15.24 Tendo oportunidade de saber mais sobre os pacientes a partir da conversa. 15.33 Falando com o paciente que gostava de vê-lo sorrindo. 15.35 Falando com o paciente que não precisava ficar chateado. 15.56 Achando que conversou muito com a paciente por meio da intuição. 15.58 Conversando mais com a paciente. 15.60 Achando que conversou com a paciente mais sobre a família. 15.63 Falando com a paciente mesmo esta não dando atenção. 15.77 Conversando com o paciente. 15.81 Continuando a conversar com o paciente. 15.88 Conversando com a paciente. 15.91 Conversando com a paciente.

Fonte: Dados da pesquisa.

Os estudantes utilizaram algumas estratégias que estimulam a expressão de sentimentos, pensamentos e experiências, pelos pacientes, tais como: verbalizar interesse; fazer pergunta; permitir ao paciente que escolha o assunto; identificar os temas; colocar em foco a ideia principal; e dizer não (STEFANELLI; ARANTES; FUKUDA, 2008; STUART; LARAIA, 2002).Na fala de alguns discentes, verifica-se a disposição interna para realizar o diálogo:

> Eu fiquei tão incomodada quando eu cheguei lá (no CAPS) e o professor falou assim: “Olha, tem pacientes que são muito difíceis de conversar”. Por exemplo, a Paciente C, a Paciente D. Aí, eu falei: “Gente, eu estou incomodada, eu quero conversar com ela, quero conversar sobre outro assunto que não seja comida”. E eu consegui conversar com ela (Estudante Otimista I).
>
> O Paciente I é uma pessoa que a gente tem dificuldade para chegar nele. Mas não é porque ele não fala com a gente que eu não vou falar com ele. Toda vez que ele passava perto de mim eu falava: “Oi, Paciente I”! Eu falava com ele mesmo que ele não me respondesse, porque ele é um ser humano assim como eu, ele precisa de atenção. Eu tentei me colocar. Imagina, se todas as pessoas deixassem de falar com ele porque ele não se comunica, porque, querendo ou não, é trabalhoso, porque é uma pessoa que demanda tempo para ela, em algum momento, chegar em você. Mas, quando a gente estava terminando a prática no CAPS, ele já estava se aproximando do grupo, da forma dele, mas ele estava se aproximando. Então assim, eu sempre estava me colocando no lugar dele. Imagina se eu tivesse um problema e as pessoas me ignorassem? Então sempre que ele passava perto de mim, eu falava ou chamava (Estudante Bipolar).

Observa-se, nas falas, que a disposição interna para o diálogo esteve associada à Empatia dos estudantes pelos pacientes. O incômodo que a estudante sentiu ao saber que a paciente era uma pessoa de difícil diálogo e quando o realizava o assunto era comida, impulsionou-a, deu-lhe motivação para conversar com a paciente. A outra aluna, ao se colocar no lugar do paciente, sentiu que não gostaria que as pessoas a ignorassem, por isso, mesmo o paciente não lhe respondendo, cumprimentava-o diariamente.

Quando nos colocamos no lugar do outro, podemos perceber, pelo processo de autointeração social, como nos sentiríamos se vivenciássemos a situação dele. Isso nos faz refletir sobre nossas ações em relação ao outro e termos condições de modificá-las com intuito de melhorar nossa linha de ação em relação ao mesmo.

O saber ouvir é uma das estratégias terapêuticas mais importantes no relacionamento enfermeiro-paciente (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008). Observa-se que, além de saber ouvir, os estudantes apresentaram disposição para escutar (Quadro 40):

> É, a escuta qualificada, por exemplo, nas oficinas quando o paciente interrompia, você saber parar e ouvir, falar e ao mesmo tempo retomar do ponto em que parou, sem deixar de ouvir, de se prontificar para ouvir o paciente (Estudante Sonhadora).
>
> Aí eu escutei as demandas da Paciente B, ela falou do filho dela, que já tinha gostado do Paciente E [...]. Eu fiz essa escuta qualificada e tentei dar apoio sobre isso (Estudante Indecisa).

Quadro 40 – A escuta.

Código Conceitual XIX: Escutando o paciente	
Códigos Preliminares:	
1.31 Conseguindo escutar. 1.34 Tentando dar uma resposta boa para o paciente depois da escuta. 1.39 Ouvindo melhor. 1.45 Ouvindo o que o paciente estava com vontade de fazer. 1.48 Sendo uma coisa diferente escutar o paciente falar dessa maneira. 1.50 Percebendo que tem foco para escutar. 1.51 Escutando o que o paciente estava sentindo. 3.25 Escutando a primeira vez a história do paciente. 3.49 Escutando sem interromper. 3.50 Escutando todas as queixas. 3.51 Tentando reverter para o paciente após escutar as queixas. 4.43 Ouvindo de verdade a pessoa. 4.44 Não estando cansada para ouvir o que a pessoa estava falando. 6.35 Sabendo parar e ouvir o paciente falar. 6.38 Não deixando de ouvir o paciente. 6.39 Não deixando de se prontificar para ouvir o paciente.	7.33 Escutando o que a paciente falou. 7.37 Escutando as demandas da paciente. 9.14 Começando a tentar escutar as pessoas. 9.35 Escutando a paciente. 11.30 Escutando muito. 11.31 Escutando mais do que falando. 11.32 Escutando com atenção. 11.35 Escutando para tentar entender. 11.37 Prestando atenção. 11.38 Escutando bastante. 11.39 Escutando quem tinha para ser escutado. 11.40 Escutando porque talvez poderia fazer sentido o que a paciente falava. 12.46 Sentando e ouvindo. 14.47 Gostando de ouvir o paciente. 14.64 Ouvindo o paciente. 15.10 Tendo que escutar. 15.11 Tendo que prestar atenção no que o paciente está falando. 15.19 Escutando o paciente. 15.23 Escutando a história de vida de três pacientes.

Fonte: Dados da pesquisa.

Para Oliveira (2005), a disposição para escutar está associada à disposição interna da pessoa que tem uma postura empática, conforme veremos no ***Código Conceitual XVII***.

Constata-se que a escuta realizada pelos estudantes foi desenvolvida de acordo com a Escuta Qualificada preconizada por Oliveira (2005), pois os discentes estruturaram suas intervenções conforme o que ouviam dos pacientes. Ou seja, a interpretação que os alunos fizeram dos gestos e ações dos pacientes por meio da escuta levou-os a pensar em ações e agir de forma que melhor atendessem as necessidades dos pacientes.

No diálogo com os pacientes, os estudantes reconheciam a importância de permitir o paciente se expressar sem interrupções (Quadro 41), por meio de uma comunicação empática.

Quadro 41 – Permitir falar.

***Código Conceitual XXIX:* Aprendendo a permitir o paciente falar**	
Códigos Preliminares:	
1.29 Vendo que limitar as falas do paciente pode ser prejudicial. 3.43 Atropelando a fala do paciente. 3.52 Não adiantando escutar a pessoa e intervir em sua fala. 3.53 Prejudicando o pensamento do paciente ao intervir em sua fala. 3.54 Prejudicando o meu pensamento ao intervir na fala do paciente. 3.57 Esperando os pacientes falarem tudo. 4.40 Tentando deixar a pessoa à vontade para falar. 4.41 Não fazendo semblante de assustada e impressionada com o que a pessoa falava. 4.46 Deixando a pessoa se expressar. 4.47 Deixando a pessoa ao máximo à vontade. 7.41 Achando que a pessoa só quer falar naquele momento.	7.42 Achando que a pessoa não quer que fale alguma coisa. 9.15 Tentando falar o mínimo possível para as pessoas poderem falar. 10.87 Deixando a paciente falar à vontade. 12.23 Esperando a paciente terminar de falar. 13.41 Precisando dar espaço para o paciente falar no CAPS. 13.42 Sendo uma técnica que precisou desenvolver: deixar o paciente falar. 13.43 Sendo algo que o professor falou que eu desenvolvi: deixar o paciente falar. 13.44 Gastando um tempo grande (deixando o paciente falar). 13.74 Abrindo um espaço para o paciente falar. 13.75 Não tendo que regrar o tempo para o paciente falar. 14.40 Deixando mais a paciente falar.

Fonte: Dados da pesquisa.

Permitir ao paciente falar sem interrupções é uma estratégia de comunicação relevante, pois se evita a comunicação unidirecional, uma vez que não é dada ao paciente a oportunidade de se manifestar (STEFANELLI, FUKUDA, ARANTES,

2008) e possibilita ao estudante a identificação de mais símbolos significantes que irão auxiliar na interpretação dos gestos e ações dos pacientes.

Boa parte dos estudantes afirmaram que refletiam sobre o que dizer ou fazer com o paciente ao realizarem o cuidado (Quadro 42), demonstrando uma prática reflexiva, e que considerava a singularidade deste.

Quadro 42 – Refletindo sobre o que dizer e fazer.

Código Conceitual X: Refletindo sobre o que dizer e fazer com paciente	
Códigos Preliminares:	
3.30 Falando para paciente o que achava válido para ela. 3.33 Vindo muita coisa na cabeça para falar para a paciente. 3.36 Tentando selecionar nos pensamentos o que era propício para a paciente. 3.37 Tentando selecionar nos pensamentos o que era correto. 3.38 Achando ideias corretas para dizer à paciente. 4.56 Não precisando pensar muito como agir. 6.22 Tendo uma ideia do que usar para intervir diante do que o paciente falou. 6.23 Achando que a intervenção para o paciente seja sobre violência devido ao seu relato. 6.24 Pensando numa intervenção a partir do relato do paciente. 6.25 Pensando numa intervenção a partir da conversa com o paciente. 9.16 Vendo o que podia falar em cima do que os pacientes falavam. 10.80 Parando para pensar. 10.81 Parando para pensar (o que responder ao paciente).	10.82 Respondendo no impulso. 10.83 Pensando: “Meu Deus! Eu não estou falando com meu coleguinha!” 10.96 Pensando em dar uma orientação à filha da paciente. 12.32 Pensando a técnica a ser usada com o paciente. 14.17 Não sabendo se é certo reforçar a ideia de que a paciente pode ter um emprego. 14.24 Vendo, às vezes, que não era para ter falado aquilo. 14.72 Achando que deveria ter dado um caderninho para a paciente. 14.73 Achando que poderia ter feito um pouquinho diferente. 15.37 Pensando assim: “Ai meu Deus! O que eu vou falar para o paciente?”. 15.72 Pensando assim: “Será que eu posso (intervir)?”. 15.73 Pensando assim: “Será que dá para eu fazer intervenção?”. 15.93 Não sabendo se o que falou com a paciente era o certo na hora.

Fonte: Dados da pesquisa.

Devido ao *Self* o indivíduo é capaz de ter uma vida mental, ou seja, por possuir uma mente ele pode dirigir e controlar seu comportamento ao invés de

tornar-se um agente passivo dos impulsos e estímulos (HAGUETTE, 2005). Assim, ao refletirem sobre o que dizer ou fazer com o paciente os estudantes exerciam a autointeração, isto é a atividade mental de refletir e selecionar o que era mais apropriado para dizer ou fazer em relação ao paciente e à sua situação.

Apenas duas estudantes mencionaram que tiveram dúvidas acerca da conduta que tiveram com o paciente, se a mesma foi apropriada. Tal atitude, uma das situações que Oliveira (2005) cita em decorrência do despreparo ou inexperiência no cuidado à pessoa com transtorno mental, ressaltamos a importância do professor para o processo de formação do estudante. Pois, o aprendizado do cuidado de enfermagem em saúde mental só se dá por meio da prática, da vivência com o paciente e é nessa interação que o professor tem a oportunidade de discutir com o discente o que ele realizou, avaliar o resultado, e repensar junto com ele a prática do cuidado. É nesse momento que o professor estimula o aluno a fazer observações, perceber relações, trabalhar com hipóteses e tomar decisões, ao conversar, discutir e trocar ideias com os discentes (COTTA; CASTRO; BOTTI, 2010).

Em geral, os estudantes implementaram a Empatia (Quadro 43) ao realizarem o cuidado aos pacientes, seja por meio da comunicação verbal e não verbal, fazendo uso terapêutico de si próprio, ou tentando colocar-se no lugar do paciente (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008; STUART; LARAIA, 2002) conforme se observa:

> Aí quando eu fui falar com ele eu vi que não eram somente problemas mentais que ele tinha, mas problemas com a mãe, com o pai, problemas parecidos com os que eu já havia passado. Não era a mesma coisa, mas o sentimento que resultou era igual. Então, o que eu falei para ele, é fazer o que eu faço. Então, a gente meio que se entendeu nisso. Eu vivo perguntando pra ele, se ele tem feito o que eu falei e ele falou que está fazendo, e que está diminuindo as coisas que ele tem (Estudante Perseverante).

Para Stuart e Laraia (2002) o uso terapêutico de si próprio é o principal instrumento de auxílio que a enfermeira psiquiatra pode utilizar na prática, e vemos na fala da estudante uma das qualidades pessoais que as autoras citam como necessária à enfermeira, que é capacidade de servir como exemplo, assim como a discente buscou fazer em relação à situação do paciente. Embora a forma como ela o fez não foi a mais apropriada conforme discutiremos no ***Código Conceitual XXXV***

da **Subcategoria D: Detectando as necessidades e cuidando**, sobre aconselhamento em enfermagem.

Quadro 43 – Atitudes empáticas (continua).

Código Conceitual XVII: Demonstrando atitudes empáticas	
Códigos Preliminares:	
1.32 Conseguindo se colocar no lugar do paciente. 1.65 Colocando-se no lugar do paciente. 1.66 Tentando sentir o que o paciente está sentindo. 1.67 Sendo constrangido por não saber como seria se estivesse naquela situação. 1.70 Tentando se colocar no lugar do paciente. 1.72 Tentando ter a postura de se colocar no lugar do paciente. 2.37 Achando que nunca poderia passar por problemas de depressão. 2.38 Tentando se colocar no lugar do outro. 2.65 Imaginando, pensando “se fosse comigo?”. 2.79 Precisando se colocar no lugar da pessoa como se o problema fosse seu. 2.114 Imaginando: nossa! Por esse problema eu poderia passar! 4.39 Sentando mais próximo à pessoa. 4.42 Olhando com olhar tranquilo para a pessoa. 4.45 Olhando com mais delicadeza. 5.38 Colocando-se no lugar do outro. 5.51 Sentando ao lado do paciente. 5.110 Fazendo muita diferença ter atitudes simples. 5.111 Pegando na mão do paciente. 5.112 Tendo um contato com a pessoa. 5.113 Sendo outra coisa sentar ao lado do paciente. 5.117 Achando que atitudes simples fazem a diferença. 5.126 Tocando a mão do paciente.	9.54 Não olhando torto para o paciente. 9.55 Não destratando o paciente. 9.70 Não deixando o paciente de lado. 10.20 Doando-me. 10.21 Achando que se você não se doar, você fica presa a mesma coisa. 10.25 Sentando com o paciente, como a gente fez, nos últimos dias eles vinham até nós. 10.26 Não precisando chamar mais ninguém. 10.40 Dando todo dia um sorriso. 10.52 Sentando ao lado da paciente. 10.95 Respeitando a paciente. 10.79 Sendo grossa com o paciente. 10.78 Olhando para o paciente. 11.60 Não tendo como não sentir nada. 11.56 Sendo a empatia um dos que mais senti. 11.57 Mostrando para o paciente que para mim ele era uma pessoa. 11.64 Tendo a empatia de sentir como a pessoa está. 12.17 Tentando se colocar no lugar da paciente. 12.19 Imaginando se fosse eu. 12.20 Imaginando se fosse alguém próximo que tivesse transtorno. 12.41 Sentando do lado do paciente e deixando-o conversar, falar. 13.14 Tendo que usar muito a empatia. 13.15 Levando a prática para o lado da empatia. 13.16 Sendo muito difícil se colocar no lugar do outro. 13.17 Colocando-se no lugar do outro requer muito trabalho.

Quadro 43 – Atitudes empáticas (continuação).

Código Conceitual XVII: Demonstrando atitudes empáticas	
Códigos Preliminares:	
5.127 Estando ao lado do paciente auxilia e faz a diferença para ele. 5.130 Sendo muito importante simples gestos. 6.55 Achando que se colocou no lugar do outro o tempo todo. 6.56 Imaginando que qualquer pessoa poderia estar naquela situação. 6.57 Falando várias vezes poderia ser eu aqui. 7.19 Achando muito importante se colocar no lugar da pessoa com transtorno mental. 8.43 Não se colocando no lugar dos pacientes. 8.44 Não tentando estar na situação em que os pacientes vivem. 9.27 Sendo os problemas do paciente parecidos com os que eu já tinha passado. 10.19 Tendo que me colocar exatamente no lugar da outra pessoa.	13.18 Colocando-se no lugar do outro não é uma coisa fácil. 13.21 Começando a se colocar no lugar dos pacientes. 13.33 Imaginando se todas as pessoas deixassem de falar com o paciente porque ele não se comunica. 13.36 Colocando-se sempre no lugar do paciente. 13.37 Imaginando se tivesse um problema e as pessoas a ignorassem. 14.104 Tendo que olhar para o paciente. 14.105 Tendo que utilizar todos os itens do Intuir Empático para olhar para o paciente. 14.108 Pensando que poderia acontecer comigo também.

Fonte: Dados da pesquisa.

Apenas um estudante menciona não ter utilizado a Empatia.

> Empatia eu acho que eu não usei, assim, eu não usei me colocar no lugar deles para tentar estar numa situação que eles vivem. Porque para a gente aquilo começa às 08:00h e termina às 12:00h. E para eles é a vida inteira, então não consegui me colocar naquela situação (Estudante Sonhador).

No entanto, sua atitude revela alguém que se importa com o paciente.

> Teve um dia em que a Paciente B estava muito preocupada e muito mal porque a mãe dela ia viajar e ela ia ficar sozinha. E ela estava preocupada com isso. E eu falei com ela que esse momento que ela iria passar seria bom para ela e que depois disso ela iria ficar bem, que ela veria que o que aconteceu foi bom para mãe dela ver o que ela pode fazer. No caso foi um incentivo positivo que eu dei para ela (Estudante Sonhador).

Para Oliveira (2005, p.133) “a empatia está na atitude que adotamos para reconhecer e compreender os sentimentos e comportamentos das pessoas, bem como as circunstâncias que as afetam em um determinado momento”.

O discente de certa forma utilizou a Empatia ao reconhecer a preocupação da paciente e compreender que a mesma não se sentia bem pela possibilidade de ficar só em decorrência da viagem da mãe. No entanto, foi simpático ao dizer que ela ficaria bem, que seria bom para ela ficar só, para mostrar a mãe o que ela é capaz de fazer, em vez de investigar com a mesma o que contribuía para ela sentir medo de ficar sozinha e como tal situação poderia ser resolvida.

Observa-se no ***Código Conceitual XVIII*** que os estudantes desenvolveram a Empatia segundo Oliveira (2005) visto que os mesmos além de terem atitudes empáticas, buscaram compreender o sofrimento, o comportamento, as dificuldades e as razões do paciente (Quadro 44).

Quadro 44 – Compreendendo o paciente (continua).

Código Conceitual XVIII: Compreendendo o paciente	
Códigos Preliminares:	
1.33 Tentando interpretar o caso. 1.38 Buscando entender melhor o porquê de o paciente querer se matar. 1.40 Conseguindo entender o paciente. 1.43 Tentando buscar no que o paciente falava. 1.44 Tentando interpretar o que o paciente dizia. 1.61 Passando o tempo foi vendo o que poderia ser. 1.62 Sendo algo que o paciente passou na vida. 1.63 Sendo o paciente influenciado a falar coisas. 1.71 Vendo que era algo difícil para o paciente. 1.75 Conseguindo ver que era algo que o paciente queria. 1.76 Conseguindo ver a dificuldade do paciente. 1.77 Tentando enxergar os motivos do paciente. 1.81 Sendo diferente por entrar na realidade do paciente. 1.82 Entrando no sofrimento do paciente para estar auxiliando. 1.91 Vendo a dificuldade do paciente. 1.94 Vendo depois que alguns pacientes foram melhorando.	9.83 Não conseguindo alguns pacientes fazer mais nada. 11.14 Tentando imaginar como o paciente pensa. 11.15 Olhando outros pontos que o paciente pode estar querendo dizer. 11.33 Interessando-se muito pelo porquê das coisas. 11.50 Achando que em algum momento o paciente poderia fazer. 11.52 Podendo em algum momento o paciente vir, sentar e fazer. 11.71 Entendendo o paciente. 11.65 Conseguindo perceber como os pacientes estavam. 12.14 Percebendo que o paciente foi se aproximando aos poucos. 12.15 Sendo bem interessante parar para analisar depois. 12.16 Pensando que qualquer pessoa tem conflitos dentro de casa. 12.18 Tentando entender a situação. 12.34 Sabendo que o paciente queria colocar algo para fora.

Quadro 44 – Compreendendo o paciente (continuação).

Código Conceitual XVIII: Compreendendo o paciente	
Códigos Preliminares:	
2.17 Achando que deve ter sido algo relacionado à noiva do paciente. 2.44 Achando que o fato da paciente querer estudar é uma forma dela sair do problema. 2.49 Não tendo a paciente problemas como os demais pacientes do CAPS. 2.62 Tentando sempre a paciente colocar a culpa em alguém da família. 2.82 Tentando identificar a causa do problema. 3.106 Achando que a paciente se intitula inútil devido à doença. 3.107 Achando que não é culpa da paciente o problema. 4.34 Entendendo o problema da pessoa. 4.54 Estando muito clara a situação. 4.55 Estando a situação bem proposta. 4.57 Achando que as situações estavam impostas. 4.58 Não sabendo se a situação estava imposta. 5.17 Entendendo o caso clínico do paciente. 5.36 Não julgando o paciente. 5.59 Mudando o paciente de humor devido à alteração mental. 5.108 Vendo sempre a singularidade do paciente. 7.20 Conseguindo entender a demanda da pessoa ao se colocar no lugar dela. 7.21 Entendendo o contexto da infância do paciente. 7.22 Conseguindo entender o porquê de o paciente estar daquele jeito. 9.59 Tendo uma paciente que não se acha capaz de fazer nada.	12.35 Sentindo que o paciente não estava num bom momento. 12.36 Sentindo que o paciente não estava bem. 12.37 Sabendo que tinha que dar atenção para o paciente. 12.40 Sabendo que o que o paciente escrevia estava relacionado com o que ele estava sentindo. 13.21 Vendo o que os pacientes passavam. 13.28 Tentando entender. 13.35 Percebendo o ritual do paciente. 13.47 Sabendo entender o que está acontecendo. 13.48 Sabendo o porquê de a paciente estar assim. 13.61 Sabendo que têm pacientes que têm dificuldade. 14.21 Achando que é o meio em que as pacientes vivem que as restringe, complica suas vidas. 14.30 Sabendo um pouco da vida do paciente. 14.39 Achando que tem um problema na família da paciente. 14.109 Pensando o que levou a paciente chegar naquele estado. 15.78 Querendo saber a história do paciente. 15.79 Pensando enquanto o paciente contava sua história. 15.80 Pensando que devia ter alguma coisa errada na história do paciente, pois não fazia sentido.

Fonte: Dados da pesquisa.

Os discentes desenvolveram uma compreensão empática, pois conseguiram ver o mundo do paciente tal qual ele o vivencia (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES,

2008; STUART; LARAIA, 2002), ou seja, conseguiram interpretar o significado das ações e gestos dos pacientes tal qual eles o significaram.

Dessa forma, a postura acolhedora da maioria dos estudantes favoreceu a criação de vínculo com o paciente (Quadro 45).

Quadro 45 – Construindo vínculo.

Código Conceitual XXXI: Construindo o vínculo com o paciente	
Códigos Preliminares:	
2.43 Achando que teve aproximação com a paciente. 2.52 Achando que teve aproximação com a paciente. 2.92 Perdendo rápido o vínculo com o paciente. 2.93 Perdendo o vínculo devido ao estudo, cansaço, trabalho, prova. 3.7 Tentando ter mais vínculo com a pessoa. 3.8 Criando confiança no paciente. 3.40 Podendo criar confiança. 3.46 Tendo uma ligação muito forte com a paciente. 3.47 Construindo uma ligação forte com a paciente. 4.87 Tentando ter mais vínculo com a pessoa. 10.10 Tendo aproximação com o paciente.	10.39 Sendo uma relação de confiança, que você vai desenvolvendo. 10.53 Achando que a relação de tempo e confiança se complementam. 10.54 Percebendo a relação de tempo e confiança com a paciente. 11.20 Sendo a paciente que mais se apegou. 12.45 Sendo especial, pois a paciente criou vínculo comigo. 14.12 Acreditando que demonstrou confiança para a paciente. 15.20 Criando vínculo só de escutar (o paciente). 15.21 Sendo uma criação de vínculo bem bacana.

Fonte: Dados da pesquisa.

Apenas uma aluna menciona a ruptura do vínculo com o paciente:

> Nós perdemos o vínculo rapidinho com o paciente. Pois o período é estressante, não tem jeito. Nós estudamos, ficamos cansados, com raiva de um trabalho que o professor passou, com raiva de uma prova, aí você perde o vínculo rapidinho. Saiu de lá, já era. Perde o vínculo (Estudante Esforçada).

Observa-se que tal ruptura não se refere a algo no relacionamento estudante-paciente, mas à sobrecarga de atividades na graduação que gera estresse e à fadiga no estudante, fazendo com que este não consiga manter o vínculo com o paciente, provavelmente devido à falta de disponibilidade interna para dar prosseguimento.

De acordo com Taylor (1992), para que a interação com o paciente seja efetiva é necessário o estabelecimento de vínculo com o mesmo. Para tal é preciso que a atenção esteja focalizada sobre o paciente de modo a transmitir interesse sincero e disposição para escutá-lo, buscando a aproximação e criação de um sentimento de confiança mútua, prática essa observada na interação dos estudantes com os pacientes.

Para Almeida Filho, Moraes e Peres (2009) é no vínculo que o enfermeiro estabelece com o paciente no cotidiano terapêutico que este tem se firmado como profissional coparticipante de um projeto coletivo.

8.3.2 Subcategoria G: Usando a prontidão para cuidar, o tempo e a esperança para cuidar

Esta subcategoria foi composta por135 Códigos Preliminares e 08 Códigos Conceituais. Ela aborda a disposição interna do estudante para cuidar do paciente, o seu desejo em querer ajudá-lo, o respeito e incentivo ao paciente e a sua esperança no mesmo.

Para Oliveira (2005, p. 11) Prontidão para Cuidar significa “estar ao lado do paciente, fazer o caminho com ele, conhecê-lo e criar com ele um espaço de vida”.

Observa-se nos ***Códigos Conceituais XXII, XXIII e XXIV*** que os estudantes implementam a Prontidão para Cuidar ao demonstrarem disponibilidade para estar com os pacientes, escutar, conversar, auxiliar, compartilhar o sofrimento, dedicarem tempo para atendê-los, impulsionados pela motivação em ajudar (Quadros 46, 47 e 48).

A disponibilidade de tempo, tanto do enfermeiro quanto do paciente, deve ser considerada nas relações interpessoais. O enfermeiro ao analisar suas atividades diárias e as do paciente precisa informa-lo sobre a sua disponibilidade e sempre que não puder atendê-lo deve deixar claro quando o atendimento será feito e cumprir com o prometido (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Quadro 46 – Expressando disponibilidade.

Código Conceitual XXII: Expressando disponibilidade para os pacientes	
Códigos Preliminares:	
1.88 Mostrando-se disponível. 4.84 Estando disposta. 4.85 Mostrando interesse. 4.91 Sendo o tempo que eu disponibilizei. 4.93 Sendo o tempo que se disponibiliza para escutar. 4.94 Sendo o tempo que se disponibiliza para estar naquele momento. 5.27 Tendo prontidão para cuidar. 5.64 Tendo prontidão para cuidar independente de como o paciente está. 5.74 Indo atrás da paciente várias vezes. 5.123 Não estando ali somente para olhar o problema e a doença do paciente. 6.69 Falando para a paciente que se precisasse de ajuda estava ali. 7.39 Estando ali para desenvolver a demanda. 7.48 Estando de prontidão naquele momento. 7.49 Estando de prontidão, a qualquer momento no CAPS, para alguém. 7.51 Falando para o paciente que está ali para o que ele precisar. 7.52 Tendo prontidão para cuidar naquele momento. 10.27 Sendo você estar disposto. 10.29 Não sendo uma coisa mecânica (estar disposto). 10.31 Fazendo mecanicamente não dá certo (estar disposto).	10.33 Tendo que vir de você (estar disposto). 10.70 Estando aqui pra isso (dar atenção). 11.74 Estando disponível para qualquer coisa. 11.75 Não sabendo se os pacientes reconheceram que estava disponível. 11.76 Indo até a paciente. 11.77 Mostrando para a paciente que estava ali caso ela precisasse conversar. 11.78 Indo à paciente. 11.81 Tentando mostrar que estava ali. 12.53 Sentando ao lado do paciente na oficina. 12.54 Ficando com o paciente na oficina até ele fazer. 12.55 Tendo prontidão para compartilhar o sofrimento. 14.52 Tendo prontidão para cuidar. 14.79 Falando para o paciente: “Quando você quiser conversar pode ir lá falar com a gente.”. 15.27 Tentando sempre demonstrar para os pacientes que estava ali. 15.28 Demonstrando para os pacientes que estava ali caso eles quisessem conversar. 15.62 Demonstrando-se disponível para os pacientes. 15.64 Falando para a paciente: “Se você quiser conversar estou aqui para te escutar”. 15.66 Demonstrando que está ali ao lado para auxiliar, conversar.

Fonte: Dados da pesquisa.

Quadro 47 – Dedicando tempo ao atendimento.

Código Conceitual XXIII: Dedicando tempo para atender os pacientes	
Códigos Preliminares:	
3.62 Dando atenção para todos os pacientes na oficina. 3.63 Não tendo tempo para dar atenção a um paciente. 3.64 Tendo oportunidade na consulta para dar atenção a um paciente. 3.68 Estando ocupada com outros pacientes. 3.69 Pedindo aos pacientes para esperar. 3.70 Atendendo os pacientes depois. 6.19 Utilizando o tempo para ouvir o paciente. 6.20 Dedicando um momento para o paciente abrir a mente e contar coisas. 6.26 Tendo tempo para escutar. 6.27 Tendo tempo para ficar com o paciente.	6.28 Tendo tempo para se dedicar ao paciente. 6.32 Tentando novamente quando o paciente não queria participar. 6.67 Tentando auxiliar dois pacientes na oficina. 6.68 Dedicando-se mais a um paciente. 12.38 Ficando sentada com paciente um “tempão”. 12.39 Saindo quase meio dia porque o paciente estava escrevendo com muita calma. 12.44 Dando atenção à paciente. 12.47 Dando atenção. 14.58 Gostando de atender o que o paciente precisava.

Fonte: Dados da pesquisa.

Quadro 48 – Querendo ajudar.

Código Conceitual XXIV: Querendo ajudar	
Códigos Preliminares:	
2.25 Tendo dinheiro pagaria a inscrição da paciente para o vestibular. 2.53 Vendo que tem uma forma de tirar a paciente daquele problema. 2.68 Tendo vontade de ajudar a paciente por ela querer estudar. 2.83 Tentando tirar o paciente daquele problema. 2.115 Querendo ligar para a universidade para saber quando abre a inscrição (para o vestibular). 2.116 Precisando dar um jeito de avisar a paciente sobre a inscrição (no vestibular). 3.42 Querendo logo intervir. 3.108 Vendo situações em que queria ajudar. 5.66 Tendo que ver algo que faça com que a paciente mude.	7.39 Tentando dar apoio a paciente. 8.19 Tentando ajudar o paciente em seus problemas. 9.69 Ajudando o paciente, caso ele precisasse. 9.71 Havendo necessidade chamaria outra pessoa para que juntos ajudassem o paciente. 10.11 Querendo insistir com o paciente. 10.12 Não desistindo daquele paciente. 10.99 Vendo que poderia fazer mais. 12.49 Querendo ter acompanhado mais a paciente. 12.50 Querendo ter visto o que aconteceu depois com a paciente.

Fonte: Dados da pesquisa.

Na caracterização do conceito Tempo os estudantes representaram-no por meio dos símbolos sol, lua e ampulheta, demonstrando que não importa quanto tempo passe, seja dia, seja noite, o tempo é do paciente e não do enfermeiro, conforme afirma Oliveira (2005).

E nos ***Códigos Conceituais XX e XXI*** detecta-se que os discentes reconhecem e respeitam o tempo do paciente (Quadros 49 e 50), segundo se observa em suas falas.

> O tempo tem muito a ver com o desafio de você ensinar as coisas para o paciente e a demora para eles entenderem. A gente tem que saber que eles têm que ter esse tempo para se adaptar e ver como que a mudança no estilo de vida pode melhorar a vida deles. (Estudante Emotiva)
>
> [...] tinha dias que o Paciente F não queria participar da oficina, eu o chamava, mas ele não queria participar, então, eu respeitava o tempo dele. Aí, depois, ele chegava para mim e falava que queria, então, eu o ajudava. (Estudante Indecisa)

Quadro 49 – Reconhecendo o tempo do paciente.

Código Conceitual XX: Reconhecendo o tempo do paciente	
Códigos Preliminares:	
1.78 Tendo o período de o paciente nos aceitar. 1.79 Tendo o tempo do paciente. 1.80 Tendo o tempo para o paciente nos aceitar. 5.47 Demorando tempo para os pacientes entenderem. 5.49 Sabendo que os pacientes têm tempo para se adaptar. 5.50 Sabendo que os pacientes têm tempo para ver que a mudança no estilo de vida irá melhorar a vida deles.	10.47 Identificando que o meu tempo é diferente do tempo do paciente. 10.56 Tendo o (tempo) do paciente querer contar (falar). 13.78 Sendo o CAPS um lugar em que se tem que deixar os pacientes terem o tempo deles. 14.32 Achando que era o momento do paciente. 15.82 Achando que foi questão de tempo do paciente: tempo dele criar confiança, vínculo.

Fonte: Dados da pesquisa.

Quadro 50 – Respeitando o tempo do paciente.

Código Conceitual XXI: Respeitando o tempo do paciente	
Códigos Preliminares:	
3.95 Respeitando o tempo do paciente para realizar a atividade. 4.89 Deixando a paciente passar por aquele momento. 4.114 Esperando a paciente reagir através de um olhar. 4.115 Podendo continuar a entrevista. 4.116 Esperando a paciente. 6.34 Deixando de tentar quando a paciente falava que não queria. 6.43 Esperando o paciente responder de acordo com o tempo dele. 6.44 Esperando o paciente responder enquanto ele pensava. 7.44 Respeitando o tempo do paciente. 8.15 Respeitando o tempo da paciente.	9.33 Tendo que entender quando os pacientes não querem falar. 11.72 Dando o tempo que os pacientes precisassem. 13.76 Deixando o paciente livre para o tempo dele. 13.77 Deixando sempre o tempo do paciente para que ele fale. 13.79 Não obrigando a pessoa a fazer as coisas. 14.31 Deixando o paciente quieto. 14.33 Respeitando o momento do paciente. 14.35 Deixando o paciente, pois este demonstrou querer ficar sozinho. 14.74 Esperando o tempo de o paciente querer falar. 14.78 Respeitando o tempo do paciente. 14.80 Respeitando o tempo do paciente.

Fonte: Dados da pesquisa.

Na caracterização do conceito Esperançar os discentes o ilustram por meio da figura do enfermeiro que representa o Sr. Esperança para a pessoa sob seus cuidados e significam o mesmo usando os símbolos da pomba e da ampulheta, entendendo o Esperançar como a postura que o enfermeiro tem que ter em relação ao paciente, de não desistir de cuidar com o passar do tempo. Para eles, envolve, além de dar esperança, estimular, animar, usar da criatividade no cuidado, ter disponibilidade para pessoa, não desistindo dela apesar do tempo.

Conforme dito anteriormente, os discentes aproximaram-se do conceito de Oliveira (2005) quando afirmaram que o Esperançar é a postura do enfermeiro de não desistir do paciente, a atitude de usar da criatividade no cuidado, manter-se disponível e envolvido com o cuidar. Mas, se distanciaram do conceito ao dizerem que ele se refere a dar esperança, estimular e animar o paciente.

Assim, apesar dos estudantes não desistirem de conversar com os pacientes de difícil comunicação, de convidar para participar de oficinas ou usar da criatividade para despertar o seu interesse em algo, constatamos a não utilização do Esperançar

pelos discentes, conforme se observa nos ***Códigos Conceituais XXV, XXVI e XXVII***. Verificamos isso, quando os discentes afirmaram a utilização do Esperançar, ao acreditarem na capacidade do paciente, ao levarem o paciente a acreditar em sua capacidade, ao incentiva-lo e ao fornecer-lhes esperança (Quadros 51, 52 e 53).

Quadro 51 – Acreditando no paciente.

Código Conceitual XXV: Acreditando no paciente	
Códigos Preliminares:	
1.99 Tendo o paciente potencial mesmo com o sofrimento mental. 2.46 Passando a paciente no vestibular melhoraria sua autoestima. 2.71 Achando que a paciente tem chance de se recuperar se a família ajudar.	2.77 Sendo a paciente alguém que pode estudar, melhorar de vida, sair da depressão. 9.58 Achando sempre que os pacientes são capazes de fazer muita coisa. 14.19 Tendo a paciente capacidade. 14.20 Todas essas pacientes, principalmente, essas duas, têm potencial.

Fonte: Dados da pesquisa.

Quadro 52 – Esperançando o paciente.

Código Conceitual XXVI: Esperançando o paciente	
Códigos Preliminares:	
2.33 Dando esperança ao paciente. 5.83 Esperançando a paciente para que ela possa melhorar no tratamento. 5.86 Esperançando a paciente para ter qualidade de vida e saúde. 7.66 Falando para a paciente ter esperança.	13.71 Mostrando o esperançar para a pessoa por meio da interação. 14.16 Não sendo só com uma paciente o esperançar, mas com outros também. 14.18 Falando para paciente que ela pode ter um emprego, e que talvez assim se sentisse útil e importante.

Fonte: Dados da pesquisa.

Quadro 53 – Incentivando o paciente.

Código Conceitual XXVII: Incentivando o paciente	
Códigos Preliminares:	
2.56 Falando com a paciente que ela é uma pessoa capaz. 2.58 Demonstrando para pessoa que ela pode melhorar. 2.59 Tendo que ter alguém que mostre para a pessoa que ela pode sair daquela situação. 3.98 Dizendo para o paciente vamos fazer. 3.105 Dizendo sempre para a paciente o potencial que ela tem para fazer coisas. 3.108 Dizendo sempre para a paciente que ela tem potencial para fazer coisas. 3.109 Dizendo para a paciente que se ela se dedicar ela vai avançar. 4.67 Falando para a paciente ter força, coragem. 4.68 Falando para a paciente ser forte e continuar o tratamento. 5.79 Mostrando a paciente os pontos positivos que ela possui.	5.81 Mostrando para a paciente como os pontos fortes dela podem melhorar a sua vida. 5.82 Mostrando para a paciente como ela pode melhorar utilizando o que ela tem ao seu lado. 8.14 Falando para a paciente que ela mostraria para mãe o que ela pode fazer. 11.27 Percebendo que quando aplaudia os pacientes ou incentivava-os ficavam melhores. 12.25 Falando para a paciente vamos torcer para que ela te aceite na entrevista de emprego. 12.26 Falando para a paciente a gente tem que acreditar. 12.27 Falando para a paciente que se não for aceita deve tentar de novo. 14.15 Falando para paciente: “Você pode!”, “Você consegue!”.

Fonte: Dados da pesquisa.

Nesta categoria, O CUIDADO DO ESTUDANTE ORIENTADO PELO MODELO TEÓRICO DO INTUIR EMPÁTICO, vimos a abordagem respeitosa dos discentes aos pacientes e o diálogo por meio da comunicação terapêutica, revelando uma prática reflexiva. A aplicação da Empatia e da Escuta Qualificada corroborou para a compreensão dos pacientes e a construção de vínculo com os mesmos. Ao implementarem os conceitos Prontidão para Cuidar e Tempo, os discentes expressaram disponibilidade para os pacientes, reconheceram e respeitaram o tempo dos mesmos. No entanto, constatou-se que os estudantes não implementaram o conceito Esperançar, mas utilizaram-se da esperança no cuidado ao paciente.

Na categoria a seguir, O CUIDADO DO ESTUDANTE E SEU ENTORNO, veremos o cuidado realizado pelos discentes junto ao paciente, bem como os fatores que influenciam este cuidado.

8.4 O CUIDADO DO ESTUDANTE E SEU ENTORNO

Esta categoria foi composta por 192 Códigos Preliminares, 07 Códigos Conceituais e 02 Subcategorias: **“Detectando as necessidades e cuidando” e “Identificando os aspectos que influenciam o cuidado”** conforme apresentado no Quadro 54. Ela representa o cuidado realizado pelos estudantes aos pacientes e os fatores que influenciam este cuidado.

Quadro 54 - O cuidado do estudante e seu entorno.

CÓDIGOS CONCEITUAIS	SUBCATEGORIAS
XXXIV - Identificando as necessidades dos pacientes	**D – Detectando as necessidades e cuidando**
XXXVI - Planejando as ações a serem desenvolvidas com os pacientes	
XXXV - Descrevendo as ações desenvolvidas com os pacientes	
XXXII - Estabelecendo os elementos mais relevantes para o cuidado	**H - Identificando os aspectos que influenciam o cuidado**
XXXIII - Identificando saberes importantes para o cuidado	
XXXVIII - Reconhecendo que é necessário tempo para cuidar do paciente no CAPS	
XXXIX - Analisando a prática dos profissionais do CAPS	

Fonte: Dados da pesquisa.

Esta categoria apresenta um terceiro objeto no contexto da interação simbólica - os profissionais de saúde que atuam no CAPS.

A **Subcategoria D:Detectando as necessidades e cuidando** aborda a identificação das necessidades dos pacientes pelos estudantes, o planejamento das ações a serem realizadas e a execução das mesmas.

A **Subcategoria H:Identificando os aspectos que influenciam o cuidado** apresenta os conceitos do modelo teórico e os saberes considerados importantes pelos estudantes para realizarem o cuidado e, na visão dos discentes, identifica o tempo e a prática dos profissionais do CAPS como fatores que comprometem o cuidado.

8.4.1 Subcategoria D: Detectando as necessidades e cuidando

Esta subcategoria foi composta por 129 Códigos Preliminares e 03 Códigos Conceituais. Ela reflete o cuidado prestado pelos discentes aos pacientes.

Ao realizarem o cuidado, os estudantes identificavam as necessidades dos pacientes por meio da percepção, observação e entrevista (Quadro 55).

A percepção é considerada um elemento fundamental para o desenvolvimento da comunicação (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008). E no interacionismo simbólico ela é utilizada para perceber a intenção dos atos dos outros a fim de que o indivíduo possa direcionar o seu comportamento em relação ao outro (HAGUETTE, 2005).

A observação é um instrumento básico do cuidado de enfermagem que envolve a percepção de estímulos internos e externos captados através dos órgãos dos sentidos. No cuidado de enfermagem, é utilizada para obtenção da coleta de dados do paciente a fim de subsidiar a construção dos diagnósticos de enfermagem, o planejamento, a implementação e a avaliação em enfermagem (CIANCIARULLO, 2000).

Para Loyola (2000), na clínica de enfermagem psiquiátrica o enfermeiro deve ser capaz de exercera observação disciplinada e ter habilidade para desenvolver o relacionamento terapêutico.

A entrevista é a principal ferramenta de trabalho dos profissionais que atuam na saúde mental. Esta, juntamente com a observação cuidadosa do paciente, é o principal instrumento de conhecimento em psicopatologia, pois permite identificar o histórico dos sinais e sintomas que o paciente tem apresentado ao longo da vida, seus antecedentes pessoais e familiares e o exame psíquico. Quando bem conduzida permite de início uma intervenção em saúde mental terapeuticamente exitosa (DALGALARRONDO, 2008).

Quadro 55 – Identificando as necessidades dos pacientes.

Código Conceitual XXXIV: Identificando as necessidades dos pacientes	
Códigos Preliminares:	
1.30 Tentando manter a demanda como foco. 1.84 Conseguindo auxiliar em coisas que havia percebido. 3.19 Vendo as necessidades dos pacientes. 4.79 Acreditando que seja uma demanda da paciente. 5.19 Tendo uma outra visão da demanda do paciente no decorrer da assistência. 5.33 Detectando a necessidade e fazendo. 5.40 Percebendo o que o paciente está precisando. 5.41 Percebendo que o paciente quer que chegue perto dele. 5.42 Percebendo que o paciente quer que fique mais tempo com ele. 5.43 Percebendo que o paciente quer que o auxilie. 5.44 Percebendo que o paciente quer que o oriente. 5.52 Pedindo para o paciente contar sobre a sua vida. 5.53 Pedindo para o paciente contar sobre como passou à noite, o final de semana. 5.54 Pedindo para o paciente contar o que ele conseguiu implementar das orientações fornecidas. 5.55 Pedindo para o paciente contar sobre o que ele conseguiu mudar em sua vida com as orientações fornecidas. 5.56 Pedindo para o paciente contar sobre o que ele está precisando de ajuda. 5.60 Mudando o paciente de necessidade devido à alteração mental. 5.61 Observando que a paciente há dias não conversava. 5.71 Percebendo que a paciente não está bem. 5.76 Vendo que a paciente estava prostrada.	5.114 Pedindo para o paciente contar um pouco sobre a sua vida. 5.115 Pedindo para o paciente contar sobre como passou à noite. 5.124 Tendo o paciente outras demandas. 5.125 Vendo a carência dos pacientes. 6.71 Tendo as demandas do paciente. 7.26 Fazendo um diagnóstico porque é uma demanda do paciente. 9.26 Vendo que o paciente não tinha somente problemas mentais, mas problemas com a mãe e o pai. 9.30 Perguntando para o paciente se ele tem feito o que eu falei para ele fazer. 9.81 Precisando os pacientes que você os escutem. 10.23 Precisando os pacientes que alguém fique perto deles. 11.26 Achando que usou a percepção. 14.26 Perguntando ao paciente sobre a história dele. 14.38 Perguntando estimulava os pacientes a contarem sobre suas vidas. 15.29 Reparando que o paciente estava muito mal. 15.30 Percebendo que o paciente não queria conversar. 15.31 Perguntando para o paciente porque ele estava bravo. 15.32 Perguntando para o paciente o que estava acontecendo com ele. 15.57 Achando a paciente um pouco triste. 15.54 Vendo que não era somente um paciente que não estava bem. 15.89 Perguntando para a paciente porque ela estava assim. 15.90 Perguntando para a paciente: “Você consegue se cuidar. Não consegue?”.

Fonte: Dados da pesquisa.

No tocante às ações a serem desenvolvidas com os pacientes (Quadro 56), uma estudante menciona que precisa pesquisar para fazer as intervenções; outra diz que age pela intuição; outro a partir da interpretação do caso clínico; e outras estudantes propõem intervenções, atividades e usam de estratégias.

Quadro 56 – Planejando ações.

Código Conceitual XXXVI: Planejando as ações a serem desenvolvidas com os pacientes	
Códigos Preliminares:	
1.52 Tentando interpretar influenciou as intervenções no caso. 2.11 Tendo que tentar intervir. 3.27 Intervindo pela intuição. 3.28 Não intervindo pela CIPE. 3.29 Não tendo como acessar a CIPE. 4.36 Conseguindo dar andamento e intervir. 4.62 Não pensando para fazer uma intervenção na hora. 4.63 Tendo que pesquisar para pensar em algo para fazer. 4.75 Propondo atividades para a paciente realizar. 4.76 Propondo atividades para a paciente se distrair. 4.77 Propondo atividades para a paciente não pensar em coisas ruins. 4.78 Propondo atividades para a paciente não ter pensamentos negativos.	5.68 Sendo feitas várias intervenções. 6.72 Não intervindo nas demandas do paciente. 6.75 Não conseguindo intervir. 6.79 Estando com as intervenções prontas. 6.80 Não aplicando as intervenções. 7.34 Intervindo em alguma coisa que a paciente falou. 7.58 Não indo no CAPS para aplicar as intervenções. 7.60 Saindo do CAPS antes de fazer as intervenções. 8.18 Não sendo bem uma intervenção (dar um retorno para o paciente após o seu desabafo). 14.27 Falando para o paciente que levaria um baralho para ele ensina-la a jogar. 14.28 Perguntando ao paciente se ele poderia me ensinar a jogar baralho.

Fonte: Dados da pesquisa.

Duas estudantes disseram que não conseguiram aplicar as intervenções propostas e atribuem o ocorrido ao tempo de permanência no CAPS.

> Então, eu já comecei, já tenho as demandas, mas não intervi. Não fiz esse cuidado pós-demanda ainda, inclusive, tenho até que voltar lá (no CAPS). Então, eu não consegui fazer com o paciente ainda [...]. Primeiro o tempo, porque a gente já saiu de lá (do CAPS). Então o tempo, por isso que eu tenho que voltar. O tempo de estar com o paciente é pouco. Porque quando eu cheguei na parte do cuidado pós-demanda eu já não tinha mais esse tempo para estar fazendo esse cuidado, entendeu? (Estudante Sonhadora)

> Não. Eu iria fazer isso (cuidado pós-demanda) quando fosse implementar as intervenções. Mas, ainda eu não fui lá aplicar as intervenções. O tempo. O tempo de consulta. Porque quando a gente fez as nossas intervenções a gente saiu do CAPS (Estudante Indecisa).

Conforme discutido no ***Código Conceitual XXXVII***, da Categoria O ESTUDANTE E A ARTE DE CUDAR, o tempo foi um fator que contribuiu para a não implementação do Cuidado Pós-Demanda por algumas estudantes e, consequentemente, para as intervenções por elas propostas.

Quanto às ações desenvolvidas com os pacientes (Quadro 57), os estudantes realizaram orientações quanto à saúde, auxiliaram os pacientes na realização das atividades propostas pelas oficinas terapêuticas, ofereceram apoio e aconselhamento sobre questões pessoais, familiares e relacionadas à vida afetiva dos pacientes.

Quadro 57 – Ações desenvolvidas (continua).

Código Conceitual XXXV: Descrevendo as ações desenvolvidas com os pacientes	
Códigos Preliminares:	
1.53 Reunindo pacientes em um momento. 1.54 Conseguindo tranquilizar os pacientes. 1.73 Orientando o paciente. 1.95 Fazendo orientações para alguns pacientes. 2.12 Mostrando técnicas para pessoa sair da ansiedade, depressão. 2.13 Colocando as técnicas dentro da realidade da pessoa. 2.42 Falando com a paciente que ela tinha que superar o divórcio. 2.54 Sugerindo a paciente estudar, entrar em um curso. 2.57 Falando com a paciente que precisa melhorar o vínculo com a mãe, estudar, procurar uma atividade e parar de se automutilar. 3.73 Sendo passada uma informação científica aos pacientes. 4.82 Auxiliando o paciente a limpar as unhas. 4.83 Passando orientações para o paciente. 5.39 Buscando auxiliar a demanda do outro.	9.60 Falando sempre para a paciente que não é assim (que ela não pode pensar que não consegue fazer nada.). 9.64 Falando para a paciente ficar tranquila. 9.65 Falando para a paciente não pensar que não iria conseguir a entrevista de emprego. 10.94 Falando com a paciente que poderia chamar a filha dela no CAPS que conversaria com ela. 12.48 Dando orientações. 12.51 Orientando a paciente quanto ao lazer. 12.52 Chamando os pacientes para as oficinas. 13.62 Sentando e segurando para o paciente pintar. 13.66 Falando para as pacientes: “Vamos para o salão ficar bonita?”. 13.67 Levando as pacientes para o salão. 13.68 Esperando as pacientes no salão. 13.60 Ajudando sempre. 13.73 Ajudando sempre os pacientes. 14.14 Dando dicas de beleza para a paciente.

Quadro 57 – Ações desenvolvidas (continuação).

Código Conceitual XXXV: Descrevendo as ações desenvolvidas com os pacientes	
Códigos Preliminares:	
5.46 Ensinando coisas para o paciente que lhe fará bem. 5.85 Falando sobre hidratação e alimentação com a paciente. 5.98 Começando a implementar com a paciente as orientações. 5.101 Vendo quais orientações serão necessárias acrescentar. 5.129 Auxiliando os pacientes nas oficinas. 7.36 Fazendo a unha do paciente. 7.43 Chamando o paciente para a oficina. 7.45 Ajudando o paciente quando ele queria participar da oficina. 7.63 Falando para a paciente conversar com o paciente. 7.64 Falando para a paciente que talvez o paciente seria uma boa pessoa para ela. 7.65 Falando para a paciente que talvez o paciente a ajudaria em sua melhora e ela na dele. 7.67 Falando para a paciente ter vontade de ficar com o paciente, conversar com ele. 8.10 Chamando a paciente para as oficinas. 8.12 Falando com a paciente que o que ela iria passar seria bom para ela. 8.13 Falando com a paciente que ela iria ficar bem depois de passar por aquela situação. 8.17 Tentando dar um retorno para o paciente após o seu desabafo. 8.38 Orientando o paciente naquilo que ele queria mudar. 9.28 Falando para o paciente fazer o que eu faço. 9.31 Achando que fez efeito (o que eu falei para o paciente fazer). 9.36 Apoiando a paciente.	14.67 Chamando à atenção dos pacientes que só ficam fumando para participar das oficinas. 14.68 Vendo como aliviar um pouco os sintomas da ansiedade. 14.69 Tirando os pacientes do canto em que eles fumam o tempo todo. 14.71 Falando para a paciente fazer um diário. 15.35 Falando com o paciente para conversar com a família para tentar resolver a situação. 15.37 Falando para o paciente tentar conversar com a mulher que está lhe devendo dinheiro. 15.38 Falando para o paciente tentar não emprestar mais dinheiro para a mulher. 15.46 Explicando as questões da oficina de autocuidado para os pacientes. 15.47 Tentando explicar para os pacientes a forma correta de fazer. 15.48 Observando os pacientes fazerem (na oficina de autocuidado). 15.49 Deixando os pacientes fazerem (na oficina de autocuidado). 15.50 Fazendo para o paciente que não conseguia fazer (na oficina de autocuidado). 15.55 Intervindo de alguma forma por conta da intuição. 15.74 Fazendo orientação sobre alguma coisa. 15.85 Tentando conversar com os pacientes em momentos em que eles estavam tristes. 15.86 Dizendo para os pacientes que eles não precisavam ficar daquele jeito (tristes). 15.87 Dizendo para os pacientes que haviam pessoas ali que se importavam com eles. 15.92 Tentando mostrar para a paciente que “não era um bicho de sete cabeças” ficar sozinha.

Fonte: Dados da pesquisa.

No entanto, observa-se o despreparo de uma estudante ao realizar o aconselhamento a paciente.

> A questão do Paciente E, que a Paciente B falou que gostava dele ainda. Aí eu falei com ela para conversar com ele, pois talvez ele fosse uma boa pessoa para ela, talvez ele ajudasse na melhora dela e ela ajudaria na melhora dele. Aí eu falei para ela ter essa esperança, essa vontade de ficar com ele, conversar com ele. Ela falou que já namorou com ele (Estudante Indecisa).

Apoio é o conjunto de ações do enfermeiro que levam o paciente a ter a sensação de que não está sozinho durante a experiência e que o enfermeiro está ao seu lado para auxiliar a enfrentar a situação (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES; FORCELLA, 2008). Vimos a demonstração de apoio pelos discentes durante o cuidado ao paciente ao ouvirem reflexivamente, permanecerem em silêncio, utilizarem o toque, manterem-se ao lado do paciente, demonstrarem sensibilidade aos seus sentimentos e ao identificarem e valorizarem comportamentos adequados.

Todavia, no tocante ao aconselhamento, observa-se o despreparo da discente quanto ao mesmo. Pois, ao invés de ajudar a paciente a identificar possíveis alternativas para situação a aluna incentivou-a a ter esperança de voltar a namorar com o paciente.

Para Taylor (1992), embora o enfermeiro possa ter fortes opiniões sobre qual seja a melhor decisão a ser tomada pelo paciente, deve evitar dividir com ele tais opiniões, pois ele não tem como saber quais opções são melhores. Além disso, o aconselhamento sugere que a pessoa não é capaz de fazer escolhas entre as alternativas disponíveis, podendo tornar-se dependente de alguma outra pessoa para tomar decisões futuras. Assim, em vez de oferecer aconselhamento, o ideal é que enfermeiro e paciente explorem juntos os aspectos positivos e negativos das possíveis alternativas.

Um estudo recente sobre aconselhamento em enfermagem descreve um sistema de aconselhamento para pessoas com necessidades de saúde mental graves e complexas. O sistema fundamenta-se na Teoria da Aliança de Recuperação (RAT) de enfermagem em saúde mental e foi projetado para acomodar técnicas terapêuticas de diferentes abordagens, como terapia cognitivo-comportamental, gestalterapia, entre outros. A função essencial do sistema é ajudar os clientes a identificar e aplicar estratégias de enfrentamento do seu próprio

repertório ou em desenvolvimento e utilizar novas estratégias, para lidar com seus problemas de saúde mental. O sistema fornece aos enfermeiros de saúde mental uma base de sustentação para que atuem de forma menos sistemática, com uso da linguagem cotidiana e da relação enfermeiro-cliente (SHANLEY; SHANLEY, 2012).

8.4.2 Subcategoria H: Identificando os aspectos que influenciam o cuidado

Esta subcategoria foi composta por 63 Códigos Preliminares e 04 Códigos Conceituais. Ela revela os elementos do modelo teórico que os estudantes consideraram mais importantes para a realização do cuidado ao paciente, bem como, alguns saberes que julgaram ser relevantes. Menciona a influência do tempo no desenvolvimento do cuidado ao paciente e a análise dos discentes acerca dos profissionais que atuam no CAPS.

Quanto aos elementos mais relevantes (Quadro 58), seis estudantes destacaram alguns conceitos do modelo teórico do Intuir Empático como sendo os mais importantes para o cuidado, a saber: a Empatia, a Prontidão para Cuidar, a Escuta Qualificada e o Esperançar.

Quadro 58 – Elementos mais relevantes ao cuidado.

Código Conceitual XXXII: Estabelecendo os elementos mais relevantes para o cuidado	
Códigos Preliminares:	
2.35 Achando que o mais importante é se colocar no lugar do outro. 2.106 Achando o esperançar essencial. 3.39 Sendo a empatia outra teoria que tem que ter com o paciente. 3.88 Tendo que saber conversar com escuta qualificada. 5.65 Tendo sempre que estar ali para agir de acordo com a necessidade do paciente. 5.70 Tendo que estar pronto para atender qualquer necessidade. 6.54 Tendo que se colocar no lugar do outro. 6.85 Tendo que ter empatia. 6.86 Tendo que ter tempo para o paciente.	6.87 Tendo que ter escuta qualificada. 13.13 Tendo que se colocar no lugar do outro. 13.46 Tendo que escutar. 13.69 Não tendo o esperançar não se consegue desenvolver nada com as pessoas no CAPS. 13.70 Não sabendo usar o esperançar não se consegue lidar com o paciente. 14.81 Achando que a empatia é o que mais tem que fazer. 14.85 Achando que empatia tem que ser exercida o tempo todo. 14.86 Tendo que ter empatia na comunicação. 14.101 Tendo que ter empatia, conhecimento, escuta qualificada para lidar com as pessoas.

Fonte: Dados da pesquisa.

Ousamos dizer que a Empatia, entre todos, sobrepuja, pois quando a pessoa se mobiliza para reconhecer, compartilhar e compreender os sentimentos, emoções, pensamentos, expectativas e comportamentos do indivíduo, bem como as circunstâncias que o afetam; comunica essa percepção a ele; e atua de forma terapêutica sobre esta compreensão (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008; OLIVEIRA, 2005; STUART; LARAIA, 2002; TAYLOR, 1993) ela inevitavelmente manifesta a disposição interna para desenvolver a Escuta Qualificada e a Prontidão para Cuidar.

Ressaltamos que embora os estudantes mencionassem o Esperançar como um componente importante para o cuidado, os mesmos não o utilizaram na prática, conforme abordado na **Subcategoria G: Usando a prontidão para cuidar, o tempo e a esperança para cuidar**.

Quanto aos saberes importantes para se realizar o cuidado (Quadro 59), os estudantes ressaltam: o conhecimento técnico para cuidar, o conhecimento sobre a patologia e etiologia, bem como sobre a comunicação e a escuta.

Quadro 59 – Saberes importantes ao cuidado.

Código Conceitual XXXIII: Identificando saberes importantes para o cuidado	
Códigos Preliminares:	
3.41 Tendo que saber escutar. 3.81 Sabendo tudo que se relaciona ao dia-a-dia. 3.82 Sabendo tudo que se relaciona a manter-se calmo. 3.89 Tendo que saber escutar para dar um bom retorno ao paciente. 5.118 Tendo que saber o que está levando o paciente a vivenciar aquilo.	6.48 Precisando do conhecimento técnico de como cuidar da pessoa com transtorno mental. 6.49 Tendo que saber o que é esquizofrenia, tipos, distúrbios de atenção. 6.50 Tendo que saber o que o paciente está apresentando. 9.42 A comunicação é muito importante.

Fonte: Dados da pesquisa.

O estudo de Souza *et al*. (2016) envolvendo 19 enfermeiros egressos deste curso, revelou que a maioria sentiu-se prejudicada pela carga horária por eles identificada como insuficiente para o ensino teórico-prático de saúde mental, pois ressaltaram que o tempo foi pequeno para o aprendizado sobre a patologia. Nos relatos dos enfermeiros o que eles mais sentiram falta foi de conhecer mais sobre a patologia. Já neste estudo, observa-se que os discentes além da patologia e

etiologia elencam como importantes para o cuidado o conhecimento sobre comunicação e escuta.

Acreditamos que o próprio modelo teórico favoreceu essa mudança de concepção sobre o conhecimento necessário para o cuidado de enfermagem em saúde mental, pois ao fornecer os elementos que fundamentam o cuidado e, consequentemente, o relacionamento terapêutico, ao relacionar-se com os pacientes os discentes também perceberam a importância do conhecimento sobre comunicação e escuta para cuidar dos mesmos.

Na visão de alguns discentes, o tempo também influenciou o cuidado aos pacientes (Quadro 60), visto que sete estudantes mencionaram o pequeno espaço de tempo de permanência no CAPS como um fator que dificultou o acompanhamento e a avaliação dos pacientes, o desenvolvimento de habilidades, como a paciência e o aprendizado para saber lidar com situações específicas, como a agressividade.

Quadro 60 – Tempo necessário para cuidar.

Código Conceitual XXXVIII: Reconhecendo que é necessário tempo para cuidar do paciente no CAPS	
Códigos Preliminares:	
2.19 Achando que ficou pouco tempo no CAPS. 2.28 Ficando pouco tempo no CAPS. 2.22 Achando que necessita de mais tempo para ajudar o paciente. 2.86 Tendo que ter mais tempo para acompanhar o paciente. 2.88 Não adiantando realizar a escuta qualificada e sumir. 2.89 Achando que tem que acompanhar o paciente. 2.90 Achando que tem que ver a evolução do paciente. 2.91 Achando que o tempo no CAPS é muito pouco. 2.94 Tendo que ter tempo para ter paciência.	3.61 Faltando tempo para um contato mais prolongado com o paciente. 5.99 Não tendo como avaliar as intervenções devido ao tempo que ficou com os pacientes no CAPS. 6.77 Sendo pouco o tempo que ficou com o paciente. 8.52 Ficando pouco tempo no CAPS. 9.40 Sendo com o tempo o saber lidar com o paciente meio agressivo para não ficar com medo. 9.82 O cuidado tem que ser uma coisa contínua. 11.29 Achando que não teve tempo para se envolver assim. 11.46 Não tendo tempo pra tentar ajudar o paciente.

Fonte: Dados da pesquisa.

Novamente, alguns discentes apontam a carga horária de aula prática como uma fragilidade para o processo de aprendizagem. No entanto, observa-se que a questão não é a carga horária, mas como os estudantes utilizaram este tempo para desenvolverem o aprendizado do cuidado ao paciente.

Nas observações participantes, vimos esses estudantes, inicialmente, se esquivando em alguns momentos, da interação, do cuidado ao paciente, concentrando-se mais na organização e preparação das oficinas ou no auxílio aos pacientes na execução das mesmas, com pouca interação com eles. Tal atitude pode ter ocorrido, como um meio de fuga em virtude dos sentimentos em relação aos pacientes, como o medo; e das dificuldades e fragilidades que tiveram para realizar o cuidado, como não saber o que fazer ou como agir com o paciente, dificuldade de entrevista-lo, ouvi-lo e compreender seus problemas, como exposto na Categoria O ESTUDANTE E A ARTE DE CUIDAR.

Assim, estes discentes necessitaram de um tempo maior para trabalhar seus sentimentos e superar suas dificuldades e fragilidades a fim de conseguirem avaliar e acompanhar os pacientes e desenvolverem habilidades para lidar com os mesmos.

A partir da implementação do modelo teórico do Intuir Empático alguns estudantes analisaram a prática dos profissionais do CAPS (Quadro 61) e ressaltaram a importância deles conhecerem e aplicarem a teoria para o aprimoramento do relacionamento com os pacientes. Tais discentes internalizaram o modelo teórico e o incorporaram a sua prática a ponto deste torna-se um referencial para o seu cuidado de maneira que, ao observar a prática do outro, a viam como inapropriada por não ser orientada por esse referencial.

Quadro 61 – A prática dos profissionais do CAPS.

Código Conceitual XXXIX: Analisando a prática dos profissionais do CAPS	
Códigos Preliminares:	
2.47 Achando que o ambiente do CAPS não é bom. 2.48 Achando que o ambiente do CAPS é pior para o tratamento da paciente. 2.72 Achando que os profissionais do CAPS não vão conseguir fazer muita coisa pela paciente. 2.100 Não sendo bom o CAPS para a paciente. 2.105 Achando que a pessoa que trabalha na área de saúde mental tem que ter o esperançar. 6.88 Observando que os profissionais não tinham empatia. 6.89 Notando que os profissionais não tinham muito a intuição. 6.90 Percebendo que os profissionais não tinham tempo para o paciente. 10.22 Reparando que os profissionais não são muito próximos aos pacientes. 10.41 Sentindo muita falta de um sorriso dos profissionais no CAPS.	10.42 Sendo sorrir uma coisa que os profissionais do CAPS precisam. 10.103 Achando que os profissionais do CAPS precisam muito da teoria. 10.105 Achando que falta a vivência dessa teoria pelos profissionais do CAPS. 10.106 Implementando os profissionais do CAPS essa teoria, talvez, tivessem um relacionamento melhor com os pacientes. 13.85 Vendo profissionais que não aplicam o Intuir Empático. 13.86 Vendo alguns profissionais aplicando o tempo. 13.87 Não vendo na enfermagem uma abordagem pelo modelo. 14.82 Ficando com o “coração partido” com algo que a funcionária fez com a paciente. 14.83 Ficando com o “coração comovido”, pois não havia necessidade da funcionária fazer aquilo com a paciente.

Fonte: dados da pesquisa.

É importante ressaltar que esse CAPS é um serviço novo, criado em novembro de 2014, no qual boa parte dos profissionais não possui capacitação ou experiência na área de saúde mental. No ano de 2016, a Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde Professora Ângela Maria Campos da Silva (ETSUS-Vitória) iniciou uma capacitação em saúde mental com esses profissionais, na qual pude contribuir ministrando sobre Paradigmas Asilar e Psicossocial.

Recentemente, pude constatar a importância dessa capacitação e do conhecimento produzido por este estudo para a formação e aperfeiçoamento do enfermeiro para o cuidado em saúde mental, pelo relato de um profissional de nível superior em enfermagem do CAPS, ao dizer, “a gente não aprende isto na universidade: a escutar o paciente. Uma coisa simples, que a gente não sabia o quanto era importante.”

Escutar, conviver, criar vínculo, ser solidário e criativo fazem parte da nova maneira de cuidar da pessoa com sofrimento ou transtorno mental. No CAPS, o exercício profissional do enfermeiro não se baseia apenas em normas e rotinas, mas é uma prática que vai sendo construída/desconstruída no cotidiano, a partir de comunicações intersubjetivas estabelecidas entre todos os atores sociais envolvidos nesse processo e entre esses e a comunidade. Neste cenário, diálogos e mudanças fazem parte do modo de trabalhar, tornando-se o campo efetivo da ação terapêutica do enfermeiro. Neste processo não existe um modelo a seguir, e sim a necessidade de ações voltadas para as necessidades dos pacientes, nas quais podem emergir diálogos, conflitos e significados (ALMEIDA FILHO; MORAES; PERES, 2009).

No estudo de Cavalcanti, Oliveira, Caccavo e Porto (2014), desenvolvido com cinco enfermeiros que atuam no CAPS de Volta Redonda, Rio de Janeiro, os autores identificaram que o cuidado desenvolvido pelos mesmos era fragmentado, pois ora excluía e segregava os usuários; ora valorizava o relacionamento e a comunicação. Tais enfermeiros sentiam-se fragilizados por não saberem qual é o seu papel e se encontravam em um momento de transição e desafio, pois eram estimulados a orientarem a sua prática a partir do paradigma psicossocial embora carregassem o paradigma manicomial em si. Assim como os estudantes deste estudo, os autores acreditam que, para eliminar as ações de descuido e disseminar as ações de cuidado por esses enfermeiros, faz-se necessário que o cuidado destes seja orientado pelo modelo teórico do Intuir Empático, bem como os referenciais da reforma psiquiátrica e da reabilitação psicossocial.

Já na pesquisa de Dutra (2015), envolvendo sete enfermeiros que atuam no CAPS III, situado na Rocinha, Rio de Janeiro, identificou-se que a prática do cuidado realizado pelos enfermeiros reflete o investimento que eles fazem na pessoa com transtorno mental por meio dos conceitos do modelo teórico do Intuir Empático: Escuta Qualificada, Esperançar, Tempo, Empatia e Intuição. Tal investimento visa o alcance do melhor nível de saúde pelo paciente, a sua autonomia e liberdade, a partir da construção de projetos terapêuticos embasados na atenção às necessidades da vida, na subjetividade dos sujeitos atendidos e na complexidade da Abordagem Psicossocial.

Nesta categoria, O CUIDADO DO ESTUDANTE E SEU ENTORNO, mostramos como os discentes identificaram as necessidades dos pacientes, e o planejamento das ações para o atendimento dessas necessidades. As ações

desenvolvidas com os pacientes foram as mais variadas e os discentes elegeram alguns conceitos do modelo teórico como sendo os mais importantes, a saber: Empatia, Prontidão para Cuidar e Escuta Qualificada. Também reconheceram que é preciso ter conhecimento técnico para cuidar, e destacam, como principais, o conhecimento sobre patologia e etiologia, e sobre comunicação e escuta. Na visão de alguns discentes, o tempo de permanência no CAPS também influenciou o cuidado aos pacientes, sendo um fator dificultador para o acompanhamento e avaliação dos pacientes, para o desenvolvimento de habilidades e o aprendizado para lidar com situações específicas. Os estudantes também analisam a prática dos profissionais do CAPS e ressaltam a importância destes conhecerem e aplicarem a teoria para o aprimoramento do relacionamento com os pacientes.

9 INTERRELACIONADO OS FENÔMENOS

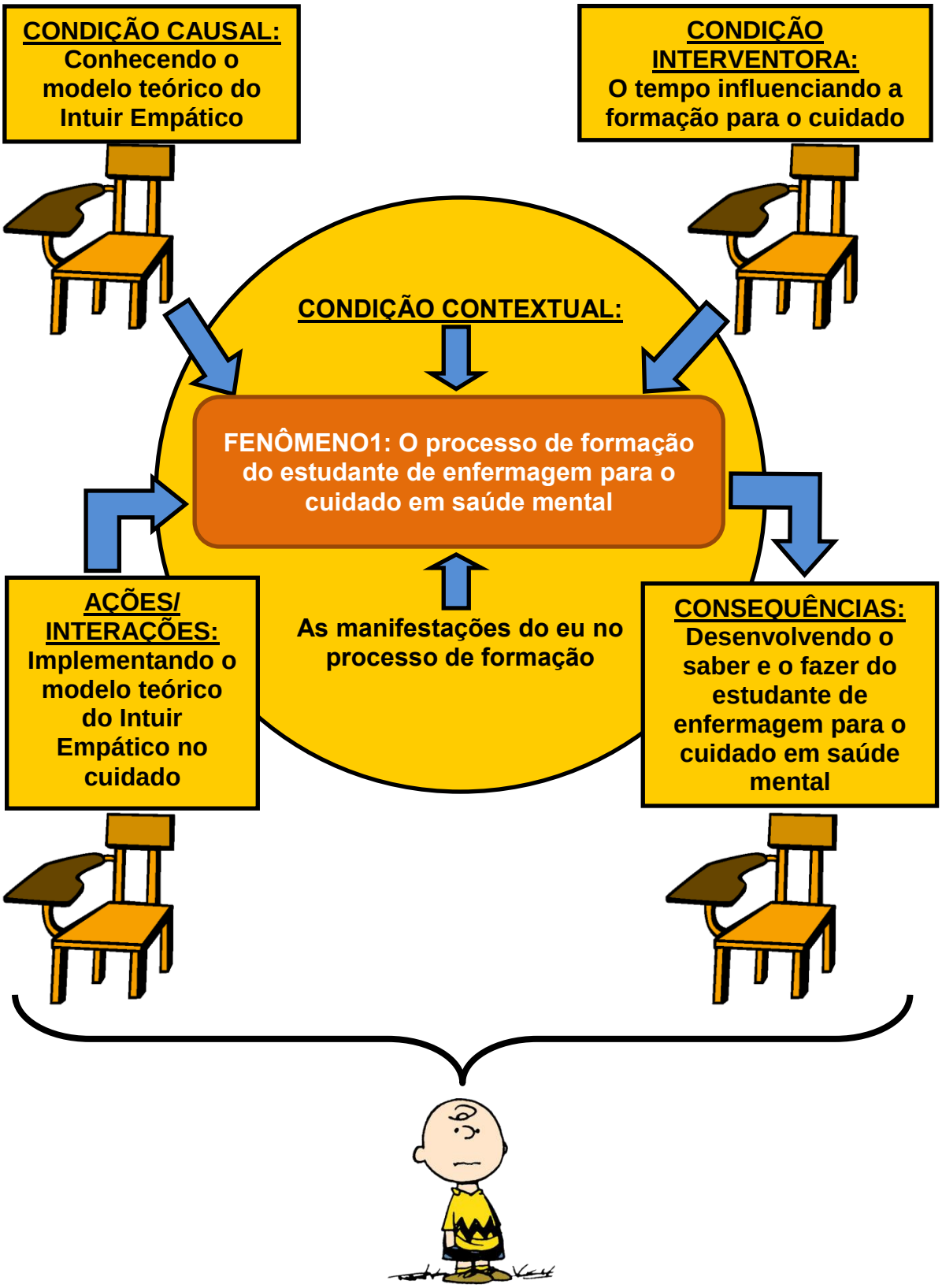
9.1 O PROCESSO DE FORMAÇÃO DO ESTUDANTE DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.

Fenômenos são “ideias centrais nos dados representadas como conceitos” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.103). Ao buscar por fenômenos, o pesquisador está à procura de “padrões repetidos de acontecimentos, fatos ou ações/interações que representem o que as pessoas fazem ou dizem, sozinhas ou juntas, em reposta aos problemas e situações nas quais elas se encontram” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 130).

O **fenômeno 1** “O processo de formação do estudante de enfermagem para o cuidado em saúde mental” trata de como o estudante vivencia o aprendizado para o cuidado em saúde mental (Figura 11). Refere-se aos fatores que contribuem e influenciam este aprendizado, como ele se desenvolve e o que produz para a formação do estudante. Este processo envolve o aprendizado em sala de aula e na prática do cuidado, em que o estudante aprende sobre os fundamentos do cuidado em saúde mental, a ressignificar seus sentimentos, sensações, expectativas, pré-conceitos e estigmas em relação à pessoa com transtorno mental e a aplicar este conhecimento no cuidado. Durante este processo o estudante interage com o modelo teórico do Intuir Empático, o paciente e consigo mesmo, ao interpretar as ações do outro e suas próprias ações em uma perspectiva do interacionismo simbólico.

Um estudo realizado com enfermeiros egressos deste curso de graduação em Enfermagem revelou que o ensino de saúde mental apresentou fragilidades na formação para o cuidado em saúde mental, corroborando com a percepção de que há um preparo insuficiente para o cuidado, bem como a manutenção de estigmas e preconceitos em relação à pessoa com transtorno mental (SOUZA *et al*., 2016), fazendo-se necessário este investimento na formação do discente a fim de contribuir para o saber e o fazer em enfermagem.

Figura 11 – Fenômeno 1: O processo de formação do estudante de enfermagem para o cuidado em saúde mental.



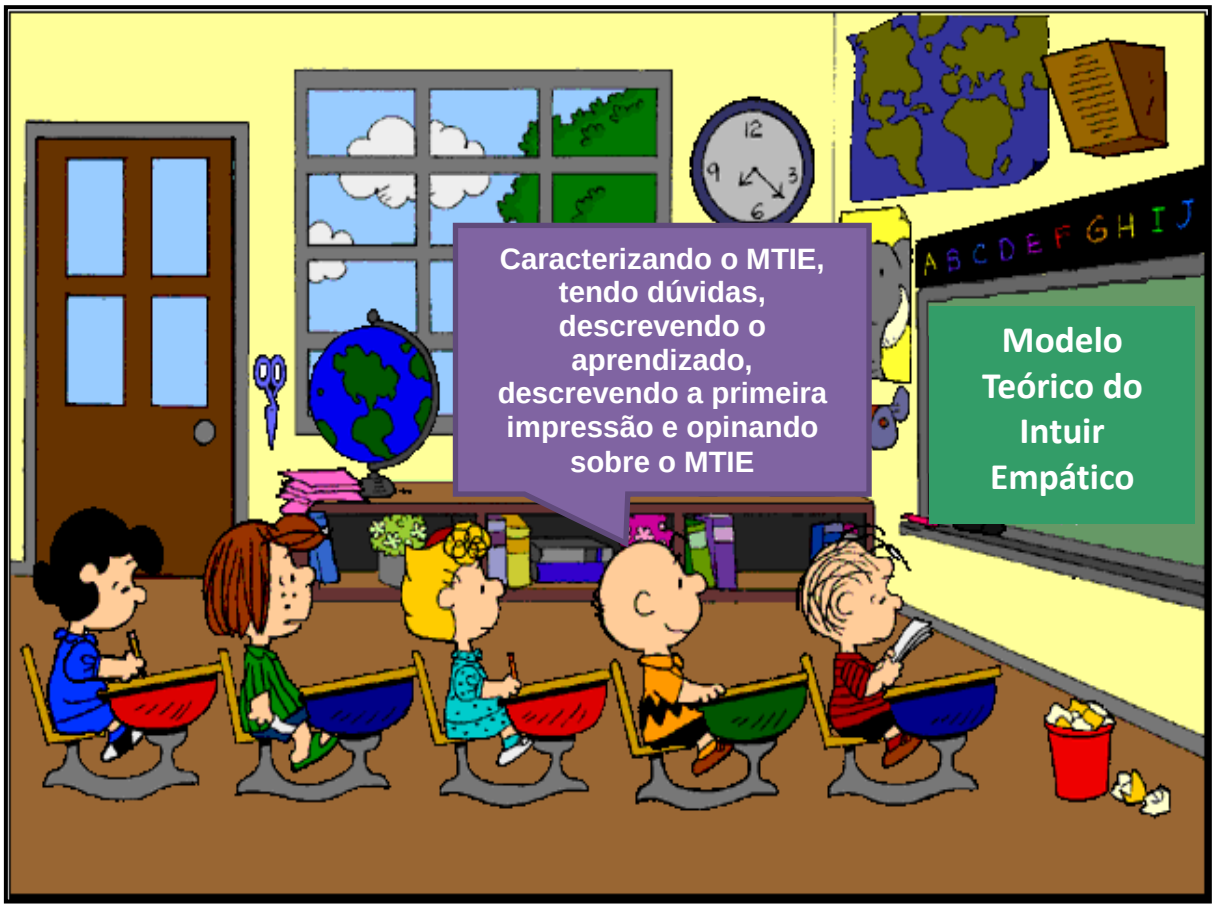
Fonte: A autora.

9.1.1 Conhecendo o modelo teórico do Intuir Empático

"Condições causais geralmente representam conjuntos de fatos ou acontecimentos que influenciam os fenômenos" (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 131).

A **condição causal** "Conhecendo o modelo teórico do Intuir Empático" reflete o aprendizado do modelo teórico em sala de aula pelos estudantes (Figura 12).

Figura 12 –Condição causal do fenômeno 1: Conhecendo o modelo teórico do Intuir Empático.



Fonte: A autora.

O modelo é uma teoria que orienta como realizar o cuidado em saúde mental e seus conceitos assinalam como deve ser a atuação do enfermeiro na prática do cuidado. O modelo teórico estabelece que, para cuidar da pessoa com sofrimento ou transtorno mental é necessário ter Empatia, é preciso se colocar no lugar da pessoa que sofre, sendo capaz de reconhecer e compreender seus sentimentos, pensamentos, comportamentos e as situações que a afetam em determinado momento. Tal Empatia se desenvolve por meio da Escuta Qualificada e da Prontidão

para Cuidar, através da disposição interna para ouvir e da disponibilidade para compartilhar da vida, da experiência e do sofrimento.

Somente a partir da Escuta Qualificada e da Prontidão para Cuidar é possível realizar o Cuidado Pós-Demanda, que consiste em acolher o sofrimento do outro e levá-lo à ressignificação do mesmo. Para isso, o enfermeiro deve-se utilizar do Conhecimento Técnico, da Intuição e da Experiência de Cuidar visto que o sofrimento é singular não podendo ser resolvido com intervenções descritas em livros ou manuais, mas considerando a singularidade da pessoa e a subjetividade do seu sofrimento. Neste cuidar o enfermeiro precisa reconhecer e respeitar o Tempo da pessoa, o tempo para ressignificar seu sofrimento, para responder ao tratamento e para querer. Isto é, o enfermeiro precisa estar comprometido com o cuidar, sem desistir da pessoa sob seus cuidados e de tentar proporcionar o cuidado.

Na interação com o modelo teórico em sala de aula, emergiram vários símbolos significantes da interpretação que os discentes fizeram sobre o modelo, cujos significados aproximaram-se aos conceitos de Oliveira (2005). Neste momento, os estudantes também expressaram aceitação ao modelo teórico, que foi constatada pela análise positiva que a maioria fez do mesmo, exceto na percepção de dois discentes que só o significaram positivamente após a aplicação no cuidado aos pacientes.

Para Miranda (1999) o cuidado de enfermagem fundamenta-se na premissa de que o enfermeiro é um agente terapêutico e a base dessa terapia é o relacionamento terapêutico. Sendo assim, acreditamos que este modelo teórico forneceu aos estudantes os elementos necessários para que eles atuassem como agentes terapêuticos ao se relacionarem e cuidarem dos pacientes, pois, segundo Matos *et al*. (2011) a teoria de enfermagem fornece ao discente a base para o cuidado, bem como o conhecimento científico da profissão.

9.1.2 As manifestações do eu no processo de formação

> Condições contextuais são os conjuntos específicos de condições (padrões de condições) que se cruzam dimensionalmente, neste momento e local, para criar o conjunto de circunstâncias ou problemas aos quais as pessoas respondem por meio de ações/interações (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 131).

A **condição contextual** "As manifestações do eu no processo de formação" revela o que o estudante sente e pensa sobre a pessoa com transtorno mental, e as dificuldades vivenciadas para se relacionar com essa pessoa e realizar o cuidado (Figura 13).

Figura 13 – Condição contextual do fenômeno 1: As manifestações do eu no processo de formação.

Fonte: A autora.

A prática do cuidado com o paciente é o momento ideal para que os discentes identifiquem estes sentimentos, sensações, expectativas e pensamentos em relação ao paciente e tenham a oportunidade deressignificá-los para que consigam realizar o cuidado. As dificuldades para realizar o cuidado também só podem ser trabalhadas e superadas no cotidiano do cuidado ao paciente.

Neste estudo, pelos relatos dos discentes, vimos a contribuição do modelo teórico para a formação do saber do estudante, pois o modelo favoreceu a mudança

de visão acerca da pessoa com transtorno mental e o rompimento de estigmas e preconceitos. Acreditamos que, ao orientar o cuidado ao paciente, o modelo teórico forneceu a base da interação que permitiu ao discente ressignificar seus sentimentos, pensamentos, estigmas e preconceitos a partir de suas experiências pessoais com o paciente, em vez de agirem com base nas significações que incorporaram da interação com outros objetos sociais e/ou abstratos.

9.1.3 Implementando o modelo teórico do Intuir Empático no cuidado

Ações/Interações “representam o que pessoas, organizações, mundos sociais ou nações fazem ou dizem” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 132).

As **ações/interações** “Implementando o modelo teórico do Intuir Empático no cuidado” descrevem como os estudantes aplicaram o modelo teórico ao realizarem o cuidado aos pacientes (Figura 14).

Vimos que a ação de cuidar a partir do modelo teórico se deu de maneira diversificada entre os discentes, pois alguns utilizaram mais determinados conceitos em relação a outros, sendo que alguns conceitos foram mais apropriados de serem aplicados em certas atividades desenvolvidas pelos estudantes.

Para Strauss e Corbin (2008, p.133) as ações/interações “se desenvolvem com o tempo à medida que as pessoas definem ou dão significado às situações”. Por isso, a maioria dos discentes relatou que achou difícil, a princípio, aplicar o modelo teórico ou um ou outro conceito, dificuldade que foi constatada pelo fato destes alunos necessitarem de mais tempo para construírem novas significações acerca do paciente.

Figura 14 – Ações/Interações do fenômeno 1: Implementando o modelo teórico do Intuir Empático no cuidado.

Fonte: A autora.

9.1.4 O tempo influenciando a formação para o cuidado

"Condições interventoras são aquelas que mitigam ou alteram o impacto das condições causais nos fenômenos" (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 131).

A **condição interventora** "O tempo influenciando a formação para o cuidado" representa a carga horária de aula prática da disciplina Atenção à Saúde do Adulto influenciando a implementação do modelo teórico pelos estudantes (Figura 15). Para alguns estudantes é necessário tempo para aplicar todos os conceitos do modelo e

para certos estudantes o tempo de aula prática foi insuficiente para implementarem o Cuidado Pós-Demanda.

Figura 15 – Condição interventora do fenômeno 1: O tempo influenciando a formação para o cuidado.

Fonte: A autora.

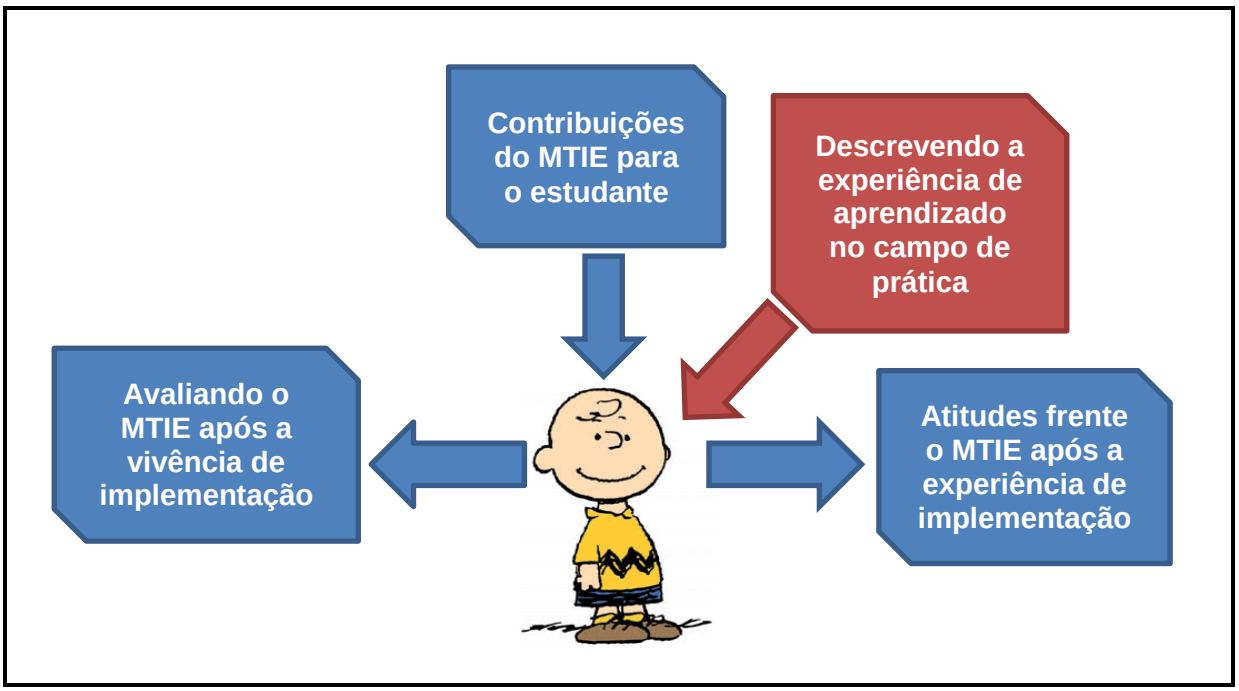
Vimos que a necessidade de tempo para a implementação dos conceitos pelos estudantes esteve possivelmente relacionada à percepção e interpretação individual das situações pelos discentes e consequentemente a construção do ato social.Com relação à necessidade de tempo para aplicação da Escuta Qualificada e da Prontidão para Cuidar acreditamos que tenha sido devido à dificuldade dos estudantes em compartilhar dos sentimentos, experiências, do sofrimento e da vida do paciente e a exigência de disponibilidade interna do discente para escutar o paciente e acolher sua demanda.

9.1.5 Desenvolvendo o saber e o fazer do estudante de enfermagem para o cuidado em saúde mental

Para Strauss e Corbin (2008, p.133), as consequências sobrevêm sempre que ocorre “ação/interação ou quando sua falta for assumida em resposta a uma

questão ou a um problema ou para administrar ou manter uma determinada situação". A **consequência** "Desenvolvendo o saber e o fazer do estudante de enfermagem para o cuidado em saúde mental" trata das contribuições do modelo teórico do Intuir Empático para a formação do estudante, do aprendizado do discente com a experiência no campo de aula prática, da avaliação que os alunos fazem do modelo teórico após a sua utilização e a postura que assumem após a experiência com o modelo (Figura 16).

Figura 16 – Consequências do fenômeno 1: Desenvolvendo o saber o e o fazer do estudante de enfermagem para o cuidado em saúde mental.



Fonte: A autora.

A interação com o modelo teórico do Intuir Empático foi uma experiência singular para cada discente, pois tal vivência teve um significado para cada estudante. Sendo assim, para alguns, o modelo significou sentir-se útil e importante, para outros, a aquisição de conhecimento técnico, o aprimoramento da comunicação, a aquisição de habilidades para o relacionamento interpessoal, a oportunidade para a criação de vínculo com o paciente e a compreensão do mesmo.

Após essa experiência, os discentes avaliaram o modelo teórico como essencial para a formação profissional em saúde mental, modelo que deve ser utilizado no cuidado à pessoa com transtorno mental, mas que tem aplicabilidade no

cuidado a qualquer pessoa; que é importante por orientar como se deve fazer o cuidado e que precisa ser enfatizado na disciplina Atenção à Saúde do Adulto.

O estudo de Souza *et al*. (2016) realizado com 19 enfermeiros egressos deste curso mostrou que a maioria dos enfermeiros relataram ter o preparo mínimo para lidar com a pessoa com transtorno mental e os demais enfermeiros mencionaram que não sabem como lidar e revelaram seus estigmas e preconceitos em relação à pessoa.

Vimos, nesta pesquisa, que o modelo teórico do Intuir Empático forneceu a fundamentação, a base de como cuidar da pessoa com transtorno mental, bem como contribuiu no rompimento de estigmas e preconceitos pelos discentes. Percebemos que o significado atribuído ao modelo teórico pelos estudantes após a experiência de implementação de certa forma promoveu uma transformação social em alguns discentes que afirmaram que passaram a utilizar o modelo para orientar a sua prática no cuidado a qualquer paciente.

No estudo de Souza *et al*. (2016) a disciplina de Atenção à Saúde do Adulto na visão dos enfermeiros apresentou algumas fragilidades no ensino de saúde mental, visto que a mesma não possibilitou a compreensão da saúde mental na atenção básica e não oportunizou eficientemente o aprendizado do cuidado a essa clientela. Segundo alguns, a saúde mental não é bem compreendida, pois a teoria não aborda os transtornos mentais e na prática o cuidado é dificultado pelos outros enfoques da disciplina.

Nesta pesquisa, quanto à experiência no campo de aula prática do CAPS da disciplina Atenção à Saúde do Adulto, os discentes revelam a contribuição da experiência para o aprendizado da comunicação, da intervenção com paciente e o aprendizado para a vida, fazendo referência à mudança de concepção sobre a pessoa com transtorno mental.

9.2 O DESENVOLVIMENTO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL FUNDAMENTADO NO MODELO TEÓRICO DO INTUIR EMPÁTICO PELO ESTUDANTE DE ENFERMAGEM

O **fenômeno 2** “O desenvolvimento do cuidado em saúde mental fundamentado no modelo teórico do Intuir Empático pelo estudante de enfermagem” refere-se ao cuidado realizado pelos discentes e os aspectos que contribuem e influenciam o mesmo (Figura 17).

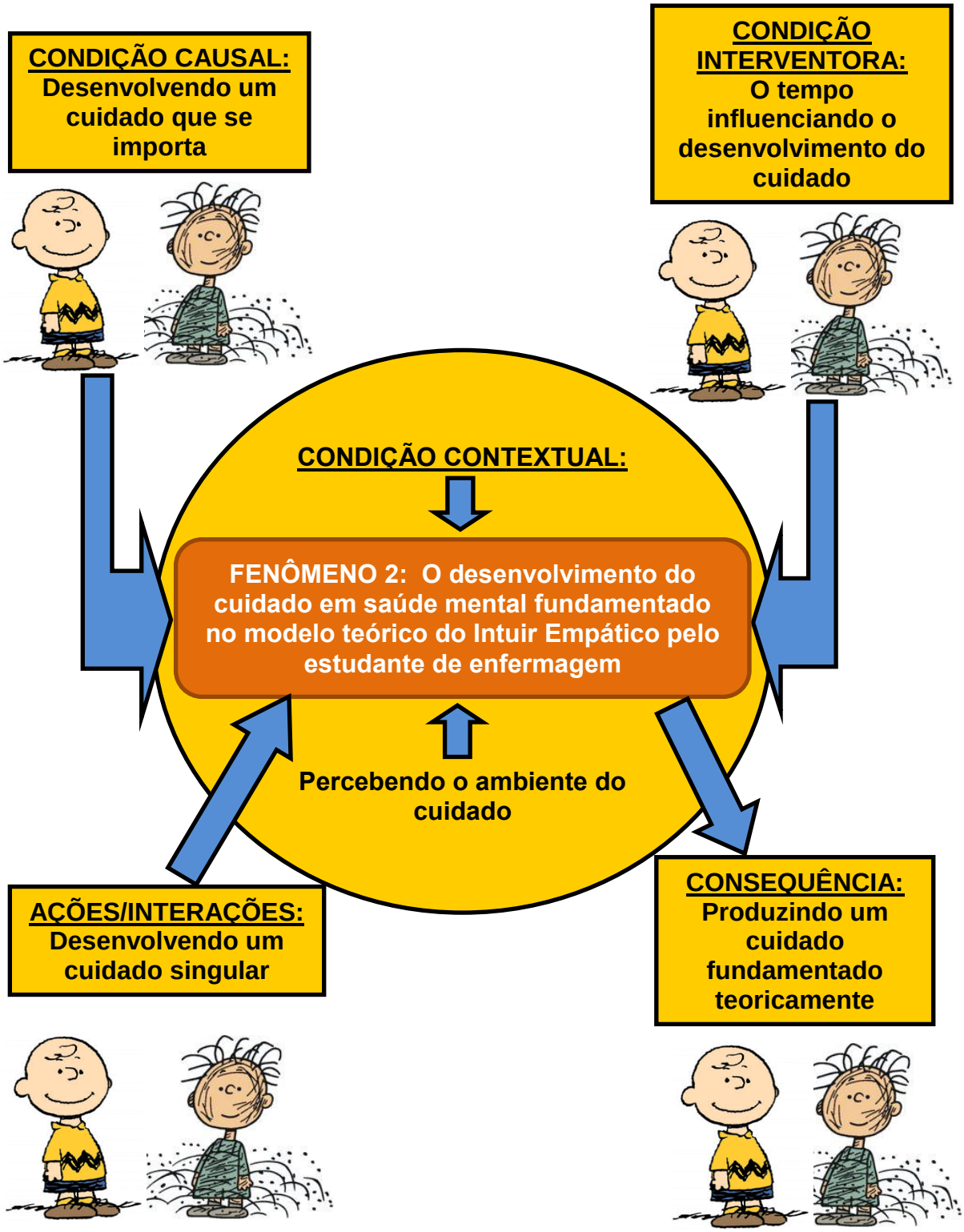
Este cuidado envolve a identificação das necessidades dos pacientes, o planejamento e a implementação das ações de enfermagem. Diz respeito aos conceitos do modelo teórico e suas contribuições para o cuidado, aos saberes identificados como os mais relevantes, e a identificação do tempo de permanência no CAPS e da prática dos profissionais deste serviço como aspectos que comprometem o cuidado.

Durante o desenvolvimento do cuidado os estudantes interagem com o modelo teórico, o paciente, os profissionais do CAPS e consigo mesmo, ao realizar suas ações de cuidado fundamentadas no modelo, ao interpretar as ações dos pacientes e profissionais, bem como suas próprias ações em relação ao paciente.

Para Oliveira (2005) na *clínica de enfermagem psiquiátrica* o cuidado se baseia na tríade: acolhimento, inclusão e tratamento; é um cuidado sofisticado; que não é possível ser realizado por meio de manual; é um cuidado que atinge a singularidade do sujeito e é inclusivo para o cotidiano do mesmo e para a sua família (OLIVEIRA, 2005).

O bom cuidado é aquele em que a enfermeira acredita na pessoa, em sua história, percebe-a como cidadã e só é realizado mediante sua aquiescência. É um cuidado que propõe e faz intervenções, mas que se utiliza da sensibilidade, criatividade, emoções e solidariedade (OLIVEIRA, 2005).

Figura 17 – Fenômeno 2: O desenvolvimento do cuidado em saúde mental fundamentado no modelo teórico do Intuir Empático pelo estudante de enfermagem.

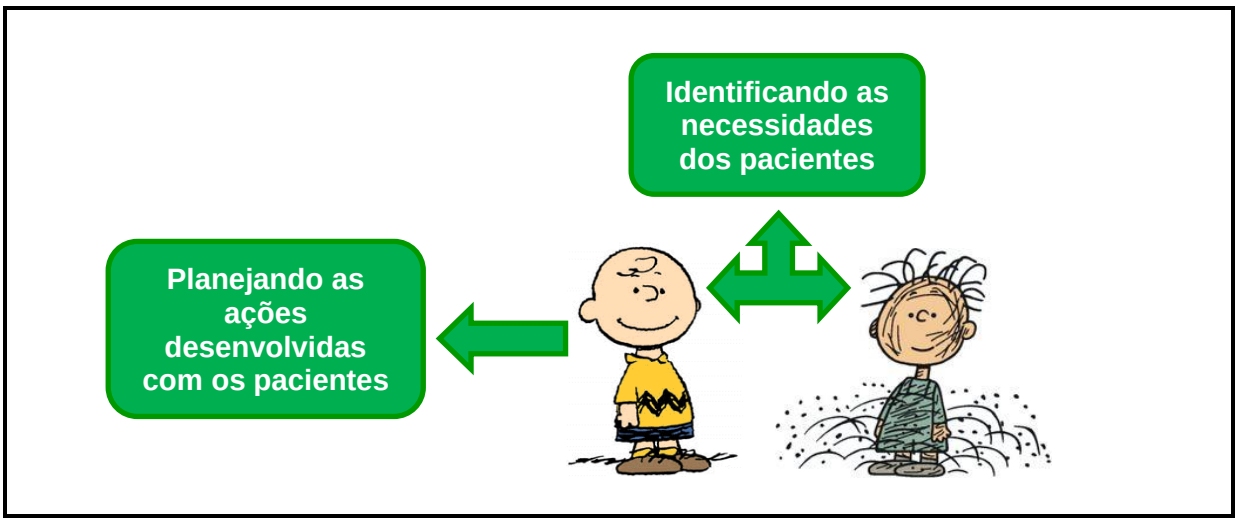


Fonte: A autora.

9.2.1 Desenvolvendo um cuidado que se importa

A **condição causal** “Desenvolvendo um cuidado que se importa” refere-se à condição do estudante se importar com o paciente e sua situação, um cuidado que se preocupa em identificar as necessidades do paciente tal qual ele as significou. Um cuidado sensível detectado por meio da percepção, da observação e da entrevista (Figura 18).

Figura 18 – Condição causal do fenômeno 2: Desenvolvendo um cuidado que se importa.



Fonte: A autora.

Perceber a condição do outro, que este não se sente bem, que precisa de ajuda, de apoio, de orientação, de alguém próximo, de uma escuta revela um cuidado por alguém que se importa. A observação é um instrumento básico do cuidado de enfermagem que o enfermeiro precisa desenvolver, pois acreditamos que na *clínica de enfermagem psiquiátrica* a observação do comportamento do paciente é o passo inicial para a compreensão do seu significado, do sentido de seu sintoma. A entrevista também é uma ferramenta exitosa para a identificação e compreensão do sintoma do paciente, pois permite detectar o histórico dos sinais e sintomas ao longo da vida, seus antecedentes pessoais e familiares e o exame psíquico.

Para Loyola e Rocha (1998) na *clínica de enfermagem psiquiátrica* o cuidado de enfermagem só pode ser construído a *posteriori*, isto é a partir da demanda e do significado que cada pessoa lhe atribui. Sendo assim, a partir da identificação das

demandas, das necessidades dos pacientes os estudantes pensaram no que fazer diante das mesmas. Ou seja, conforme preconiza o interacionismo simbólico, os discentes buscaram interpretar as ações dos pacientes, a sua situação para depois agirem em relação a elas. Do mesmo modo, o planejamento das ações de enfermagem se deu de forma variada pelos discentes: pesquisando e propondo intervenções e atividades, agindo pela intuição e pela interpretação do caso clínico.

9.2.3 Percebendo o ambiente do cuidado

A **condição contextual** “Percebendo o ambiente do cuidado” diz respeito à análise que os discentes fizeram da prática dos profissionais do CAPS a partir do modelo teórico do Intuir Empático. Em sua percepção, os discentes afirmam que os profissionais não utilizavam a Empatia e a Intuição, não tinham tempo para os pacientes e não eram próximos aos mesmos, necessitando da teoria para melhorar o relacionamento com os pacientes (Figura 19).

Figura 19 – Condição contextual do fenômeno 2: Percebendo o ambiente do cuidado.

Fonte: A autora.

Nos estudos de Alves (2008) e Silva (2012) os enfermeiros também não tinham tempo para estar com os pacientes e justificavam a falta de tempo em

decorrência das atividades de gerência e administrativas que se sobrepunham o cuidado com os pacientes. Na pesquisa de Cavalcanti (2010) os enfermeiros também tinham pouca proximidade com os pacientes, pois os mesmos ficavam envolvidos com atividades internas ou externas, como visitas domiciliares ou hospitalares de urgência.

Para implementar o modelo teórico do Intuir Empático no cuidado ao paciente é necessário disponibilidade do enfermeiro para compartilhar do sofrimento, da história, dos sintomas, das experiências, dos tratamentos, das intervenções, enfim, compartilhar da vida do paciente. Para isso, é preciso que o enfermeiro utilize seu tempo para conviver com o paciente e intuir empaticamente o bom cuidado (OLIVEIRA, 2005).

9.2.4 Desenvolvendo um cuidado singular

Figura 20 – Ações/Interações do fenômeno 2: Desenvolvendo um cuidado singular.

Fonte: A autora.

As **ações/interações** “Desenvolvendo um cuidado singular” referem-se às ações desenvolvidas pelos estudantes junto aos pacientes (Figura 20).

Vimos no cuidado realizado pelos discentes um cuidado que atinge a singularidade do paciente, que orienta, auxilia, apoia, aconselha, faz intervenções, e que se utiliza da sensibilidade, criatividade e solidariedade, conforme preconiza Oliveira (2005).

9.2.5 O tempo influenciando o desenvolvimento do cuidado

A **condição interventora** “O tempo influenciando o desenvolvimento do cuidado” diz respeito à carga horária de aula prática da disciplina Atenção à Saúde do Adulto influenciando o cuidado desenvolvido pelos estudantes (Figura 21).

Figura 21 – Condição interventora do fenômeno 2 – O tempo influenciando o desenvolvimento do cuidado.

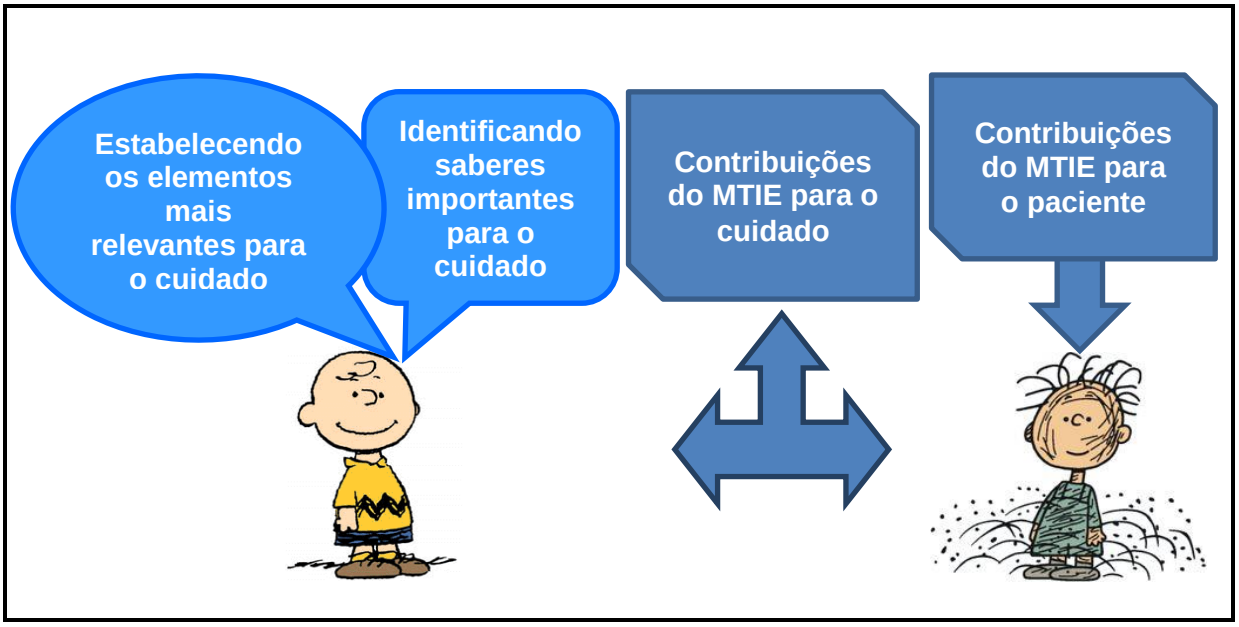
Fonte: A autora.

Sete estudantes mencionaram o tempo de permanência no CAPS como um fator que dificultou o acompanhamento e a avaliação dos pacientes e o desenvolvimento de habilidades de relacionamento interpessoal. Como discutido anteriormente, tais estudantes necessitaram de um tempo maior para trabalhar seus sentimentos em relação ao paciente e superar suas dificuldades e fragilidades para realizar o cuidado, a fim de conseguirem avaliar e acompanhar os pacientes e desenvolverem habilidades para lidar com os mesmos. Neste sentido, destacamos a importância do docente neste processo, pois o mesmo pode ajudar o estudante a trabalhar estes sentimentos e superar suas dificuldades e fragilidades aproveitando as vivências e experiências no campo de aula prática como oportunidades para auxiliar o aluno a desenvolver as habilidades necessárias ao relacionamento terapêutico e o cuidado ao paciente.

9.2.6 Produzindo um cuidado fundamentado teoricamente

A **consequência** “Produzindo um cuidado fundamentado teoricamente” trata dos conceitos do modelo teórico e alguns saberes que os discentes acharam mais importantes para o cuidado e referem-se às contribuições do modelo teórico para o cuidado e paciente (Figura 22).

Figura 22 – Consequência do fenômeno 2: Produzindo um cuidado fundamentado teoricamente.



Fonte: A autora.

Os conceitos Empatia, Prontidão para Cuidar e Escuta Qualificada foram considerados os mais relevantes para fundamentar o cuidado ao paciente, bem como o conhecimento sobre comunicação, escuta e etiologia da doença. Apenas uma estudante afirmou ser importante saber sobre a patologia em si.

O estudo de Souza *et al*. (2016) realizado com 19 enfermeiros egressos deste curso mostrou que, em geral, o que os enfermeiros relataram ter sentido mais falta no ensino de saúde mental na graduação foi o conhecimento sobre as patologias.

Sendo assim, acreditamos que o modelo teórico do Intuir Empático contribuiu para este novo olhar do discente sobre a saúde mental, deslocando sua visão da doença direcionando-a para a pessoa, sua história e sua experiência de sofrimento e para os elementos necessários ao seu cuidado.

Outras contribuições do modelo teórico relatadas pelos discentes foram o favorecimento do compartilhamento das necessidades pelos pacientes e o desenvolvimento de um cuidado que considera a singularidade deste e confere qualidade à assistência.

Figura 23 – Chegando ao fim da jornada.

Fonte: Site Loung empreendedor. A jornada épica de um empreendedor. Disponível em:<http://loungeempreendedor.com.br/2013/07/26/a-jornada-epica-de-um-empreendedor/> Acesso em 15 de novembro de 2016.

10 APRESENTANDO O FENÔMENO CENTRAL

A partir do ato de relacionar categorias com subcategorias em um nível dimensional pode-se relacionar estrutura com processo, ou seja, “associar as circunstâncias nas quais problemas, questões, acontecimentos ou fatos pertencentes a um fenômeno são situados ou surgem”, a “ação/interação de pessoas organizações e comunidades em resposta a certos problemas e questões”, respectivamente (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.127).

Ao integrar a estrutura com processo desenvolvemos o paradigma proposto por Strauss e Corbin (2008), que é constituído pelas condições causais, interventoras, contextuais, ações/interações e consequências que explicaram dois fenômenos que emergiram da análise dos dados “O processo de formação do estudante de enfermagem para o cuidado em saúde mental” e “O desenvolvimento do cuidado fundamentado no modelo teórico do Intuir Empático”.

Ao passar por uma nova análise com o objetivo de identificar o fenômeno central fazendo-se a inter-relação entre os fenômenos “O processo de formação do estudante de enfermagem para o cuidado em saúde mental” e o “O desenvolvimento do cuidado fundamentado no modelo teórico do Intuir Empático” buscamos teorizar o fenômeno central “O modelo teórico do Intuir Empático na formação do estudante de enfermagem: orientando o cuidado em saúde mental e produzindo metamorfose” (Figura 24).

Ao representar o cuidado de enfermagem em saúde mental, prestado por estudantes de enfermagem, fundamentado no modelo teórico do Intuir Empático, identificamos um processo que sofre influência das significações dos discentes sobre o modelo teórico e sobre a pessoa com transtorno mental, do tempo de contato com o paciente para que os estudantes possam construir novas significações sobre o mesmo, aplicar o modelo teórico e realizar o cuidado, bem como do ambiente de cuidado. Durante esse processo os discentes também vivenciam as dificuldades para implementar o modelo teórico e realizar o cuidado ao paciente.

Figura 24 – Fenômeno Central: O modelo teórico do Intuir Empático na formação do estudante de enfermagem: orientando o cuidado em saúde mental e produzindo metamorfose.

Fonte: A autora.

São indiscutíveis as contribuições das teorias de enfermagem para o conhecimento científico da profissão e para qualidade da assistência de enfermagem. Dourado, Bezerra e Anjos (2014) incentivam os docentes a estimularem os estudantes a usarem as teorias de enfermagem como embasamento científico para o cuidado ao paciente, pois, segundo os autores, o conhecimento adquirido sobre teorias durante a graduação poderá refletir na sua utilização no cotidiano do cuidado quando discentes, bem como na sua aplicação quando profissionais.

Estudiosos afirmam que as teorias no campo da enfermagem são pouco conhecidas e utilizadas como fundamento à prática (GOMES; BACKES; PADILHA; VAZ, 2007) e outros acreditam que a dificuldade na compreensão dos elementos e da estrutura da teoria pode contribuir para essa incipiente aplicação profissional (CHAVES; ARAÚJO; LOPES, 2007).Por isso faz-se necessária a compreensão das teorias de enfermagem pelos estudantes para que as mesmas sejam empregadas durante o seu cuidado na graduação e futuramente em seu exercício profissional.

Em nosso estudo os discentes tiveram uma boa aceitação do modelo teórico do Intuir Empático e a compreensão sobre o mesmo, em geral, se deu conforme os conceitos propostos por Oliveira (2005; 2014). A maioria dos estudantes expressou uma impressão e análise positiva sobre o modelo teórico e apenas dois alunos só avaliaram-no positivamente após a aplicação no cuidado aos pacientes.

Estigmas e preconceitos em relação à loucura e a pessoa com transtorno mental são algo que faz parte do imaginário social desde a Idade Média e que perpetua ao longo dos anos até a atualidade (XAVIER; KLUT; NETO; PONTE; MELO, 2013). Alguns estudos mostram os estigmas e preconceitos internalizados por estudantes de enfermagem que precisam ser trabalhados durante a graduação a fim de que novas significações sejam construídas sobre a loucura e acerca da pessoa com transtorno mental (DIAS; 2013; CAVALHERI; MERIGHI; JESUS, 2007; ROCHA, 1993).

Em nossa pesquisa os discentes apresentaram sentimentos, sensações e expectativas em relação ao paciente, como medo, pena, dó, compaixão, tristeza, impotência, ansiedade e impaciência. Alguns estudantes afirmaram ter estigmas e preconceitos em relação ao paciente, acreditando que a pessoa com transtorno mental deveria ser excluída do convívio social, que era incapaz de desenvolver alguma habilidade, assumindo uma postura de julgamento. Outros a viam como uma

pessoa que necessitava de atenção, de ajuda e que merece cuidados, e alguns achavam que eram pessoas carentes, comuns, que possuem desejos e vontades.

Para Stuart e Laraia (2002), a exploração dos sentimentos em relação ao paciente e a autoconsciência são qualidades necessárias ao enfermeiro para o estabelecimento do relacionamento terapêutico. Quanto mais o enfermeiro se conhece mais consciente torna-se de suas atitudes e da influência destas em suas ações e comportamento com os outros (TAYLOR, 1992; STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Vimos que o modelo teórico do Intuir Empático atuou como uma ferramenta importante para que os discentes reelaborassem seus sentimentos, sensações e expectativas em relação ao paciente, bem como sua visão acerca do mesmo. Pois, o modelo teórico ao orientar a prática do cuidado, sobretudo por meio da Empatia, Escuta Qualificada e Prontidão para Cuidar, que exigem para sua aplicação a proximidade com o paciente, a convivência com o mesmo, a disponibilidade de tempo para o compartilhamento do sofrimento, da experiência e da vida do paciente, incentivou os discentes a se relacionar, a conhecer os pacientes permitindo que estes construíssem novas significações sobre a pessoa com transtorno mental.

Todavia, esse processo foi influenciado pelo tempo, já que alguns estudantes afirmaram que precisaram de mais tempo para implementar todos os conceitos do modelo, sobretudo os conceitos Escuta Qualificada e Prontidão para Cuidar. Apenas uma estudante disse que não utilizou todos os conceitos devido ao curto espaço de tempo de permanência no CAPS e algumas discentes pelo mesmo motivo não aplicaram o Cuidado Pós-Demanda.

Constatamos que a necessidade de um tempo maior para aplicação de todos os conceitos do modelo teórico por alguns estudantes ocorreu em virtude de serem esses os mesmos discentes que relataram sentir medo do paciente ou de atuar na área de saúde mental; sentir pena do paciente; não ter paciência com o mesmo ou sentir-se impotente diante da sua situação, que relataram ter preconceitos e estigmas em relação ao paciente e que tinham dificuldade de se comunicar, interagir ou saber o que fazer com o paciente.

Para Silva, Vianna e Silveira (2007) o processo de ensino-aprendizagem em saúde mental é uma tarefa complexa, pois além de abordar o conteúdo teórico sobre o assunto lida com todos os conceitos e preconceitos construídos e compartilhados socialmente ao longo dos anos. Trata-se de uma tarefa que leva tempo, tempo do

relógio, tempo psíquico, tempo do estudante. Tempo para que este elabore seus conceitos e preconceitos e construa novas significações sobre a loucura, a pessoa e sua experiência de sofrimento.

Sendo assim, confirma-se que é necessário tempo para o discente ressignificar a sua concepção sobre o paciente, tanto quanto para desenvolver a disponibilidade interna para realizar a Escuta Qualificada e a Prontidão para Cuidar e conseguir compartilhar do sofrimento, experiência e da vida do paciente.

Esse fato também explica as dificuldades apresentadas pelos estudantes para se comunicar e compreender o paciente e seus problemas, bem como para agir de acordo com a demanda do mesmo. Soma-se a isso a curta experiência de vida, a maturidade nem sempre presente, ou dificuldades inerentes à própria personalidade do estudante.

Kantorski, Pinho, Saeki e Souza (2005) afirmam que é preciso considerar que os estudantes são pessoas dotadas de dificuldades e limitações e que precisam de docentes que proporcionem espaços para reflexão pessoal e discussão dessas dificuldades, com vistas à formação de um enfermeiro mais acolhedor e continente com o sofrimento do outro.

Durante a implementação do modelo teórico algumas ações e atividades desenvolvidas pelos discentes mostraram-se mais apropriadas para a utilização de determinados conceitos em relação aos outros, como o uso do Conhecimento Técnico, ao se relacionar com o paciente, ao realizar o exame físico, ao fornecer orientações e o uso nas oficinas e consultas de enfermagem; a utilização da Intuição na conversa com o paciente, ao fazer a entrevista, o diagnóstico e a intervenção de enfermagem; o uso da Escuta Qualificada nas oficinas e na consulta de enfermagem; o uso da Prontidão para Cuidar nas oficinas de autocuidado e apenas uma aluna relata o uso da Empatia na oficina de habilidades.

Embora os discentes demonstrassem incertezas quanto à implementação do modelo teórico constatamos a utilização dos conceitos pelos estudantes nas mais diversas situações vivenciadas por eles no cuidado ao paciente.

O relacionamento terapêutico é uma importante tecnologia do cuidado que permite a reintegração e reorganização da pessoa com sofrimento ou transtorno mental. Possui um rol de saberes e práticas destinadas à compreensão do ser humano em sua totalidade, de suas limitações, possibilidades, necessidades imediatas e potencialidades (KANTORSKI; PINHO; SAEKI; SOUZA, 2005).

A comunicação terapêutica refere-se ao conjunto de técnicas e habilidades utilizadas por profissionais de saúde para ajudar as pessoas a resolverem seus problemas, a se relacionarem melhor consigo e com os outros, e a adaptarem-se à sua condição de saúde e contexto de vida. São intervenções utilizadas para apoiar, informar, educar e capacitar as pessoas para o processo de transição saúde doença e/ou na adaptação a dificuldades (SEQUEIRA, 2014).

Ao longo da implementação do modelo teórico vimos o desenvolvimento do relacionamento terapêutico e da comunicação terapêutica pelos estudantes desde a abordagem inicial ao cuidado realizado ao paciente.

Os estudantes desenvolveram uma postura acolhedora fundamentada na Empatia e na Escuta Qualificada que favoreceu a criação de vínculo com o paciente.

O benefício da Empatia na interação pessoal é que a pessoa se sinta valorizada, cuidada e aceita. Para que isso ocorra, é preciso que o enfermeiro forneça a base contextual do relacionamento terapêutico por meio da sinceridade e aceitação incondicional à pessoa (OLIVEIRA, 2005).

Para Oliveira (2005, p.133) “a Empatia está na atitude que adotamos para reconhecer e compreender os sentimentos e comportamentos das pessoas, bem como as circunstâncias que as afetam em um determinado momento”.

Pode-se observar a aplicação da Empatia pelos discentes no diálogo com o paciente, por meio da disposição interna para conversar, escutar; por meio da comunicação verbal e não-verbal; ao fazer uso terapêutico de si próprio; tentando se colocar no lugar do paciente; e ao desenvolver uma compreensão empática.

Ao realizar a Escuta Qualificada, na *clínica de enfermagem psiquiátrica*, o enfermeiro deve encantar-se com a narrativa do paciente, independente da coerência, se verdadeira ou não. É uma escuta que testemunha a fala, isto é, aquela em que o enfermeiro, antes de pensar estruturar qualquer tipo de intervenção/cuidado, ouve a pessoa e compartilha com esta sua situação de sofrimento para depois estruturar a intervenção, que pode ser inclusive “nada fazer” (OLIVEIRA, 2005, p.11).

Sendo assim, verificamos que a Escuta Qualificada foi desenvolvida pelos estudantes por meio da disposição interna para ouvir e forneceu a base para que os alunos estruturassem suas intervenções junto ao paciente.

Prontidão para Cuidar é “estar ao lado do paciente, fazer o caminho com ele, conhecê-lo, e criar com ele um espaço de vida” (OLIVEIRA, 2005, p. 11). Essa

prontidão exige do enfermeiro disponibilidade para compartilhar histórias, delírios, alucinações, sofrimentos, tratamentos, intervenções, enfim, compartilhar da vida do paciente (OLIVEIRA, 2005).

Os discentes aplicaram a Prontidão para Cuidar ao demonstraram disponibilidade para estar com os pacientes, escutar, conversar, auxiliar em atividades, compartilhar do sofrimento e da vida do paciente, ao dedicarem tempo para atendê-los, impulsionados pela motivação em ajudar.

O Tempo, na *clínica de enfermagem psiquiátrica*, se refere ao tempo da pessoa com transtorno mental e não ao tempo do enfermeiro. Tempo para pessoa responder ao tratamento, querer algo, como construir projetos de vida, inserir-se em atividades, enfim, tempo que deve ser respeitado pelo enfermeiro (OLIVEIRA, 2005).

Durante o cuidado prestado ao paciente, os estudantes reconheciam e respeitavam o seu tempo. Tempo para o paciente querer participar da oficina, querer falar, responder; tempo para ter confiança, para se adaptar a mudança de estilo de vida, tempo para o paciente ficar só, chorar.

Esperançar na *clínica de enfermagem psiquiátrica* significa estar implicado, isto é, a postura do enfermeiro de não desistir do paciente, de usar da criatividade diante de situações que parecem não haver possibilidade, não desistir de proporcionar o cuidado, e esperançar com a pessoa que é possível fazer melhor (OLIVEIRA, 2005; 2014).

Apesar dos estudantes não desistirem de conversar com os pacientes de difícil comunicação, de convidar para participar de oficinas ou usar da criatividade para despertar o seu interesse em algo, constatamos a não utilização do Esperançar pelos discentes conforme preconizado por Oliveira (2005), pois os estudantes apresentaram uma compreensão do conceito que, de certa forma, se distanciou da definição da autora. Verificamos isso quando os discentes afirmaram a utilização do Esperançar, ao acreditarem na capacidade do paciente, ao levarem o paciente a acreditar em sua capacidade, ao incentivá-lo e ao fornecer-lhes esperança.

Ao utilizarem a Empatia, a Escuta Qualificada e a Prontidão para Cuidar, os estudantes criaram uma relação de confiança e vínculo na qual emergiram as necessidades dos pacientes, que foram identificadas por meio da percepção, observação e entrevista.

A partir da identificação das necessidades dos pacientes, a maioria dos estudantes planejou suas ações, seja pesquisando na literatura, agindo pela Intuição

ao propor intervenções, atividades e usando da criatividade na formulação de estratégias.

Para Oliveira (2014) Intuição é perceber, discernir, ter consciência espontânea de um novo conhecimento.

Vimos a implementação da Intuição pelos discentes ao perceberem as necessidades dos pacientes, o seu comportamento e ao realizarem suas ações junto aos mesmos. As ações desenvolvidas com os pacientes incluíram: orientações quanto à saúde, auxílio aos pacientes na realização das atividades propostas pelas oficinas terapêuticas, oferecimento de apoio e aconselhamento sobre questões pessoais e familiares.

O Cuidado Pós-Demanda é aquele em que o enfermeiro precisa ser aceito pelo paciente, respeitando as vontades e necessidades deste, a fim de estimulá-lo para a autonomia do cuidado. Ele ocorre quando o enfermeiro interage com o paciente, identifica suas necessidades e, para o atendimento destas, o inclui na tomada de decisão (OLIVEIRA, 2005; 2014).

Também comtemplamos a aplicação do Cuidado Pós-Demanda pelos estudantes, pois as ações desenvolvidas com o paciente se deram a partir da identificação das necessidades do mesmo, e muitas delas foram dialogadas com o paciente conforme constatou a pesquisadora durante a observação participante. A maioria dos estudantes mencionou que refletiu sobre o que dizer ao paciente ou fazer com este. Algumas discentes revelaram incerteza se a conduta que tiveram com a paciente foi a mais apropriada e, no relato de uma estudante, observamos o despreparo no aconselhamento a paciente.

Ressaltamos que, nesse momento, o docente precisa considerar a maturidade nem sempre presente e, às vezes, a pouca experiência de vida dos estudantes para agir em relação a determinadas situações vivenciadas pelos pacientes, ocasião em que ele precisa discutir com o estudante o que ele realizou, avaliar o resultado e repensar junto com o mesmo a prática do cuidado (COTTA; CASTRO; BOTTI, 2010).

Na visão dos discentes o tempo também esteve influenciando o cuidado prestado junto aos pacientes, visto que para alguns o tempo de permanência no CAPS dificultou o acompanhamento, a aplicação das intervenções e a avaliação dos pacientes e o desenvolvimento de algumas habilidades para o relacionamento interpessoal.

Após a utilização do modelo teórico do Intuir Empático alguns estudantes destacaram os conceitos que consideraram mais importantes para o cuidado ao paciente, a saber: Empatia, Prontidão para Cuidar e Escuta Qualificada. Entre os saberes importantes para realizar o cuidado, alguns discentes mencionaram o conhecimento técnico para cuidar, o conhecimento sobre patologia e etiologia, comunicação e escuta.

George (2000) afirma que somente ao fazermos uso de modelos e teorias de enfermagem na prática é que poderemos verificar qual modelo/teoria melhor se aplica a determinada situação. Sendo assim, após a aplicação do modelo teórico constatamos no relato dos estudantes as suas contribuições para o discente, para o cuidado e paciente.

Com relação às contribuições para o discente identificamos: a aquisição de conhecimento técnico para a prática do cuidado; o desenvolvimento de habilidades pessoais para o relacionamento e comunicação terapêutica; e o auxílio na adaptação com os pacientes.

Quanto às contribuições para o cuidado e paciente os estudantes mencionaram que o modelo orientou o cuidado e permitiu ao paciente o compartilhamento de suas necessidades, conferindo qualidade à assistência.

Para Oliveira (2014) quando a pessoa narra a sua própria história e sente-se escutada, ela valida sua existência e ressignifica sua própria dor.

Ao fim desse processo de cuidar da pessoa com transtorno mental fundamentado no modelo teórico do Intuir Empático, os estudantes avaliaram-no como um modelo relevante para o cuidado em saúde mental, podendo também ser utilizado no cuidado de enfermagem em geral, pois, segundo os discentes, o modelo orienta como deve ser a prática do cuidado. Para alguns, a experiência com o modelo foi tão significativa que estes já o incorporaram a sua prática do cuidado a qualquer paciente. Para certos discentes, os profissionais do CAPS precisam conhecer e aplicar o modelo teórico a fim de aprimorar o relacionamento com a pessoa com transtorno mental.

Sendo assim, acreditamos que o modelo teórico do Intuir Empático atua como guia, uma bússola que orienta o caminho que o estudante deve seguir na prática do cuidado em saúde mental. O discente ao iniciar o caminho do cuidado, o faz com várias ideias pré-concebidas sobre as pessoas que encontrará nessa jornada para cuidar. Mas, ao trilhar este caminho direcionado pelo modelo, ele tem a

oportunidade de rever suas ideias ao se permitir conhecer a pessoa sob seus cuidados, e relacionar-se terapeuticamente com ela. Quando ele se permite e interage, a sua metamorfose em relação à concepção que tem sobre a pessoa dá início. Logo, a metamorfose do estudante irá evoluir no decorrer da estadia dele no cuidado à pessoa e, dessa forma, a evolução prossegue em relação às ideias pré-concebidas e a sua maneira de cuidar.

Isto posto, e frente ao fenômeno central “O modelo teórico do Intuir Empático na formação do estudante de enfermagem: orientando o cuidado em saúde mental e produzindo metamorfose”, justifica-se a **tese** ora apresentada:

O uso do modelo teórico do Intuir Empático no ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental configura-se como uma tecnologia de abordagem ao sofrimento mental que auxilia o estudante a lidar com a pessoa com transtorno mental, a compreendê-la e desenvolver o cuidado disciplinar de enfermagem em saúde mental.

O Intuir Empático, ao fornecer a fundamentação teórica que orientou o relacionamento terapêutico estabelecido pelos estudantes permitiu a ressignificação dos sentimentos, das sensações e das expectativas em relação ao paciente, bem como a mudança de visão acerca da pessoa com transtorno mental, por meio da superação de estigmas e preconceitos.

O modelo teórico direcionou os estudantes na observação do fenômeno “sofrimento mental”, direcionando o seu olhar para a pessoa e sua experiência de sofrimento, mostrando ao estudante que neste cuidado o mais importante é a pessoa, sendo necessário pensar sua singularidade, seu desejo, sua verdade, sua história, seu sofrimento, sua inserção na família e sociedade, com vistas à construção de sua cidadania e inserção social.

O modelo forneceu ao discente o suporte teórico para realização do processo de enfermagem, pois, ao dizerem sobre como utilizaram o Intuir Empático no cuidado, verificamos que por meio do Conhecimento Técnico, da Intuição e da Escuta Qualificada, os discentes identificaram os problemas de enfermagem e, associado ao uso da Empatia e Prontidão para Cuidar puderam compreender os problemas, nomeá-los e defini-los sob a forma de diagnósticos. Ao utilizarem o Cuidado Pós-Demanda e a Intuição planejaram as intervenções de enfermagem e implementaram, considerando o Tempo do paciente em todo esse processo.

O Intuir Empático permitiu ao estudante realizar uma prática racional, ou seja, reflexiva, em que os discentes pensavam sobre o que dizer ou fazer com o paciente, ao realizarem o cuidado, podendo validar a utilização da Intuição em determinadas situações, isto é, em momentos em que o uso desta era pertinente no cuidado ao paciente.

Enfim, o modelo teórico permitiu aos estudantes exercer a função terapêutica da enfermagem no cuidado em saúde mental. Por meio dos conceitos do modelo, os discentes fundamentaram a sua prática do cuidado ao desenvolverem o relacionamento terapêutico, a comunicação terapêutica, o acolhimento ao paciente e o vínculo com o mesmo.

Figura 25 – Iniciando uma nova jornada.

Fonte: Disponível em:<http://sf.co.ua/id156089>. Acesso em 15 de novembro de 2016.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa estudou o processo de cuidar em saúde mental, realizado pelo estudante de enfermagem, fundamentado no modelo teórico do Intuir Empático. Este estudo foi desenvolvido como produção do conhecimento dentro do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (NUPESAM) da Linha de Pesquisa A Construção do Saber da Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental, a partir da apresentação do fenômeno central **O modelo teórico do Intuir Empático na formação do estudante de enfermagem: orientando o cuidado em saúde mental e produzindo metamorfose.**

Tendo em vista os fenômenos encontrados neste estudo, a pesquisa atingiu seus objetivos, sendo possível descrever a experiência de aplicação do modelo teórico do Intuir Empático no cuidado realizado pelo estudante de enfermagem à pessoa com transtorno mental, analisar essa experiência e compreender o seu significado para o estudante.

A análise e discussão dos resultados, à luz da Teoria Fundamentada nos Dados e do Interacionismo Simbólico, trouxeram vários desdobramentos que contribuíram com a formação do estudante e com o ensino de enfermagem em saúde mental.

Com relação à formação do estudante o Intuir Empático forneceu a fundamentação teórica que preparou o discente para realização do cuidado em saúde mental.

O relacionamento terapêutico estabelecido entre o estudante e o paciente, orientado pelo modelo teórico, favoreceu a compreensão do discente sobre a pessoa e sua experiência de sofrimento, a ressignificação de sentimentos, sensações, expectativas e a mudança de concepção em relação à pessoa com transtorno mental, bem como direcionou o desenvolvimento do seu cuidado ao paciente.

A aplicação do modelo pelos estudantes permitiu uma escuta atenta, o compartilhar de experiências e vivências, da história de vida e do sofrimento dos pacientes contribuindo para a identificação e o atendimento de suas necessidades pelos estudantes.

No campo da identidade profissional, o modelo forneceu o suporte teórico que fundamentou o processo de enfermagem realizado pelos discentes.

Em relação ao ensino, o aprendizado do cuidado em saúde mental por meio do Intuir Empático trouxe uma nova perspectiva para se ensinar o cuidado de enfermagem neste campo de conhecimento.

No momento em que o ensino de enfermagem em saúde mental vivencia a transição dos paradigmas asilar e psicossocial, a transição da formação com enfoque na especialidade para a formação generalista e a inclusão da saúde mental como campo de conhecimento transversal à saúde, o modelo teórico do Intuir Empático se configura como uma proposta para se pensar o cuidado disciplinar na formação em enfermagem.

O estudo mostrou que é possível ensinar o cuidado de enfermagem em saúde mental a partir de um modelo teórico. Os estudantes foram apresentados ao modelo, aprenderam e aplicaram. Além disso, ao relatarem sobre a experiência, deram sentido ao cuidado que fizeram, nomeando o que realizaram e o que não realizaram.

Outras evidências encontradas, que contribuem com o ensino, foram as seguintes.

1) A relevância de identificar os sentimentos, as sensações e as expectativas dos discentes em relação à pessoa com sofrimento ou transtorno mental, bem como a concepção que têm sobre a mesma e trabalhar essas questões antes da prática do cuidado aos pacientes.
2) A importância de o ensino prático oportunizar ao estudante a experiência de aprendizado do cuidado em convivência com a pessoa com transtorno mental, a fim de:
    - contribuir com a superação dos estigmas e preconceitos em relação à pessoa;
    - possibilitar o desenvolvimento do relacionamento interpessoal e da comunicação terapêutica; e
    - favorecer a superação das dificuldades e fragilidades para realizar o cuidado.
3) A relevância do papel do docente na formação do estudante de enfermagem, auxiliando na construção do conhecimento sobre o cuidado de enfermagem em saúde mental na reelaboração de estigmas e preconceitos em relação ao paciente, na superação de suas dificuldades e fragilidades para realizar o cuidado e na discussão e avaliação do cuidado realizado ao paciente.

4) A importância de o ensino proporcionar ao estudante o conhecimento teórico e prático aprofundado sobre Empatia, um dos conceitos do modelo teórico que foi o propulsor para a aplicação dos demais conceitos e que interveio em todo o cuidado ao paciente.

A pesquisa mostrou que o Intuir Empático fundamenta o cuidado de enfermagem em saúde mental ao fornecer o alicerce para que a enfermagem exerça a sua função terapêutica no cuidado ao paciente. Em um momento, que de acordo com a literatura, muitos enfermeiros ainda não sabem qual é o seu papel específico no cuidado ao paciente na perspectiva do paradigma psicossocial, e por não terem este entendimento acabam por reproduzir, muitas vezes, o cuidado orientado pelo paradigma manicomial ou se distanciam do cuidado ao paciente, valorizando as funções administrativas e burocráticas, o Intuir Empático constitui-se o ponto de partida para o preparo do enfermeiro quanto ao entendimento e desenvolvimento deste papel.

Sendo assim, a partir dos resultados vimos a importância de se divulgar o modelo teórico do Intuir Empático a fim de transcender a informação e contribuir com a discussão do ensino e da prática do cuidado de enfermagem em saúde mental. Por isso, pretendemos iniciar este processo envolvendo os docentes do curso de graduação em enfermagem da UFES, numa perspectiva de abordagem da saúde mental como campo de conhecimento transversal à saúde, o qual se propõe o currículo do curso, e também as enfermeiras do projeto de extensão “Ações de Enfermagem em Saúde Mental”, iniciado em 2015, no CAPS III.

O estudo responde a uma necessidade advinda do curso de graduação em enfermagem desta Universidade, no tocante ao ensino de saúde mental, mas nos faz pensar sobre a importância da divulgação desse conhecimento entre os enfermeiros que atuam nos serviços de saúde que compõem aRAPS do estado do Espírito Santo.

A temática do estudo está em conformidade com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, pois utilizou uma tecnologia em saúde na atenção às pessoas com transtorno mental, que pode ser empregada pelo enfermeiro em qualquer ambiente onde se realiza o cuidado em saúde mental.

Um resultado relevante encontrado na pesquisa é que alguns discentes mencionaram o uso e a aplicabilidade do modelo teórico no cuidado por eles

realizado a pessoas que não apresentavam sofrimento ou transtorno mental. Pessoas que iriam se submeter a exame, realizar a troca de curativo ou receber medicação parenteral, o que sugerimos a realização de outros estudos que investiguem a aplicabilidade dessa teoria em outras áreas do conhecimento em enfermagem.

Sabemos que a temática não se esgota nem se explica somente nesta análise, mas acreditamos que a mesma contribuiu para uma nova possibilidade de pensar, fazer, ensinar e avaliar o cuidado de enfermagem em saúde mental. Esperamos que este estudo incentive a realização de outras pesquisas que tenham como temática a criação, aplicação e/ou avaliação de tecnologias assistenciais no ensino e na prática do cuidado de enfermagem em saúde mental.

12 REFERÊNCIAS

ABREU, T. O. et al. A monitoria acadêmica na percepção dos graduandos de enfermagem. **Rev Enferm UERJ**, v. 22, p. 507-5012, 2014.

ALMEIDA FILHO, A. J.; MORAES, A. E.C; PERES, M. A. A. Atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial: implicações históricas da enfermagem psiquiátrica. **Rev. Rene**, v. 10, n. 2, 2009.

ALVES, M. **A clínica de enfermagem psiquiátrica:** semeando teoria e colhendo o bom cuidado. 2008. 109f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

ALVES, M; OLIVEIRA, R. M. P. Enfermagem psiquiátrica: Discursando o ideal e praticando o real. **Esc. Anna Nery. Rev. Enferm**, p. 64-70 v. 14, n. 1, 2010.

AMARANTE, P (org). **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: Editora LAPS/Fiocruz, 2008.

AMARANTE P. A clínica e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE P (org). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p.45-65.

AMARANTE P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

AMORIM, W. PORTO, F. **História da enfermagem brasileira**: lutas, ritos e emblemas. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2007.

ARANTES, E. C.; STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K. Relacionamento terapêutico enfermeiro-cliente. In: STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. São Paulo: Manole, 2008. p. 371-394.

BAMPI, L. N. S.; BARALDI, S.; GUILHEM, D.; POMPEU, R. B.; CAMPOS, A. C. O. Percepção sobre qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 34, n.1, p.125-132, 2013.

BARROS, S. **O louco, a loucura e a alienação institucional**: o ensino de enfermagem psiquiátrica sub júdice. Tese (Doutorado em Enfermagem). São Paulo. 202p. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

BELCHER, J. R; FISH, L. J. B. Hildegard E. Peplau.In: GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.p.45-57.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. AMARANTE P. (org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BLUMER, H. A natureza do interacionismo simbólico. In: Mortesen, C. D. **Teoria da comunicação**: textos básicos. São Paulo: Mosaico, 1980.

_____. **Symbolic interacionism**: perspective and method. Berkeley: University of California, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados -10**, Ano VII, nº 10, março de 2012. Brasília, 2012. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 28p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia**. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 68 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

_____. **Resolução CNE/CES nº. 3**, de 07 de novembro de 2011. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília/DF, n.9, p.37, 09 de novembro de 2001. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da saúde, 2008. 68p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> . Acesso em 02 de fevereiro de 2016.

BRUSAMARELLO T. et al. Cuidado de enfermagem em saúde mental ao paciente internado em hospital psiquiátrico. **Cogitare Enferm**, v.14, n.71, p.79-84, 2009.

CARDOSO, T. V; LOYOLA, C.M.D; OLIVEIRA, R.M.P. Um entendimento linear sobre a Teoria de Peplau e os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 10, n.4, p. 718-724, 2006.

CARVALHO, V. **Para uma epistemologia da enfermagem**: tópicos de crítica e contribuição. Rio de Janeiro: Editora EEAN/UFRJ, 2013.

CARVALHO, V. D. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos organizacionais. **Administração: Ensino e Pesquisa**, v.12, n.4, p. 583-607, 2011.

CARVALHO, V. D.; BORGES, L. O.; RÊGO, D. P.Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em psicologia social. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.30, n.1, p.146-61, 2010.

CAVALCANTI, P. C. S.;OLIVEIRA, R. M. P.; PORTO, I. S. ; CACCAVO, P. V. O cuidado de Enfermagem nos Centros de Atenção psicossocial. **Cienc Cuid Saúde**, v. 13, n.1, p. 111-119, 2014.

CAVALHERI, S. C.; MERIGHI, A. B.; JESUS, M. C. P. A constituição dos modos de perceber a loucura por alunos egressos do Curso de Graduação em Enfermagem: um estudo com o enfoque da Fenomenologia Social. **Rev Bras Enferm**, v. 60, n. 1, p. 9-14, 2007.

CIANCIARULLO, T. I. et al. **Sistema de Assistência de Enfermagem**: evolução e tendências. 4 ed. São Paulo: Ícone, 2008.

CHARMAZ, K. A. **Construção da teoria fundamentada**: Guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHAVES, E.S.; ARAÚJO, T.L.; LOPES, M. V. O. Clareza na utilização dos sistemas sociais da teoria de alcance de metas. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 4, p. 698-704, 2007. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400022>. Acesso em 11 de novembro de 2016.

CHEVALIER, J.; GHEERBRANT, A. **Dicionário de símbolos**: mitos, sonhos, costumes, gestos, formas, figuras, cores e números. 24 ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2009.

COFEN. **Resolução COFEN nº 358/2009.** Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. 2009.Disponível em:<http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 24 de janeiro de 2017.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org.). **Ensaios**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

_____. **Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica:** contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

COSTA-ROSA, A; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo ao paradigma na saúde mental coletiva. In: Amarante P, organizador. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p.13-44.

COTTA, E. M.; CASTRO, A. C. H. O. A.; BOTTI, N. C. L. Oficina bem viver: construção de tecnologias e significados de educação em saúde na área da saúde mental. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, v. 6, n. especial, p. 471-92,2010.

CUNHA, J. J. et al. A oportunidade de trabalhar com a teoria fundamentada nos dados na graduação em enfermagem. **Cienc Cuid Saude**, v.11, n.3, p. 593-599, 2012.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DATASUS. Ministério da Saúde/SGTES/DEGERTS/CONPROF - Conselhos profissionais. Indicadores de recursos. **Número de enfermeiros por região** - ano 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/e01.def>. Acesso em: 18 de julho de 2014.

DIAS, B. V. B. Concepção do acadêmico de enfermagem sobre o doente mental: relato de experiência. **REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.5, n.2, p. 448-455, 2013.

DONATI, L.; ALVES, M. J.; CAMELO, S. H. H. O Perfil do estudante ingressante no curso de graduação em enfermagem de uma faculdade privada. **Rev. Enferm. UERJ**, v.18, n.3, p. 446-50, p. 2010.

DOURADO, S. B. P. B.; BEZERRA, C. F.; ANJOS, C. C. N. Conhecimentos e aplicabilidade das teorias de enfermagem pelos acadêmicos. **Rev Enferm UFSM**, v.4, n.2), p.284-291, 2014.

DUPAS, G.; OLIVEIRA, I.; COSTA, T. N. A. A importância do interacionismo simbólico na prática de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.31, n.2, p. 219-26, 1997.

DUTRA, V. F. D. **Por uma prática libertadora:** a enfermagem psiquiátrica no território. 2015. 178f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

ESPERIDIÃO, E. et al. A enfermagem psiquiátrica, a ABEN e o departamento científico de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: avanços e desafios. **Rev. Bras. Enferm**, v.66, número especial, p.171-6, 2013.

FERNANDES, J. D. **O ensino de enfermagem psiquiátrica no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). 1982. Escola de Enfermagem - Universidade Federal da Bahia, Bahia, 1982.

FERNANDES, J. D. et al. Ensino da enfermagem psiquiátrica/saúde mental: sua interface com a Reforma Psiquiátrica e diretrizes curriculares nacionais. **Rev Esc Enferm USP**, v.43, n.4, p.962-8, 2008.

FERREIRA, A. B. H. **Mini Aurélio**: o dicionário da língua portuguesa. 8 ed. Curitiba: Positivo, 2010.

_____. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 3 ed. Curitiba: Positivo, 2004.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FOSTER, P.C.; BENNETT, A. M. Dorothea Orem. In: George, J. B. **Teorias de Enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GASQUE, Kelley Cristine G. D. Teoria Fundamentada: nova perspectiva à pesquisa exploratória. In: Suzana Pinheiro Machado Mueller. (Org.). **Métodos para a pesquisa em Ciência da Informação**. Brasília: Thesaurus, 2007, p. 107-142.
GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem**. 2 ed. Rio de Janeiro: Ed. Revinter, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **The discovery of Grounded theory**: Strategies for qualitative research. New York: Aldine de Gruyter, 1967.

GOMES, V.L.O.; BACKES, V.M.S.; PADILHA, M.I.C.S.; VAZ, M.R.C. Evolução do conhecimento científico na enfermagem: do cuidado popular à construção de teorias. **Investigación Educación en Enfermería**, v. 25, n.2, p.108-15. Disponívelem:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215257010>. Acesso em 11 de novembro de 2016.

GUIMARÃES, M. B. L. **Intuição, pensamento e ação na clínica**. Interface – Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.7, p.317-32, 2005.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 10 ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

HICKMAN, J. S. Introdução à teoria da enfermagem. In: GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p.12-19.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. 6. ed. São Paulo: EPU/ EDUSP, 1979.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. Atlas: Nurses in Mental Health 2007. Geneva: World Health Organization, 2007.

KANTORSKI, L. P.; PINHO, L. B.; SAEKI, T; SOUZA, M. C. B. M. Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no Estado de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n.3, p.317-24, 2005.

KANTORSKI, L. P. Caminhos para a enfermagem no contexto da reforma psiquiátrica. **Cienc Cuid Saude**, v.9, n.1, p.7-8, 2010.

KING, L.; APPLETON, J. V. Intuition: a critical review of the research and thetoric. **J Adv Nurs**. v.26, n.1, p.194-202, 1997.

LAMOND, D; THOMPSON, C. Intuiton and analysis in decision making andchoise. **J Nurs Scholarship**, v. 32, n. 4, p. 411-14, 2000.

LEITE, J. L.et al. Reflexões sobre o pesquisador nas trilhas da Teoria Fundamentada nos Dados. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.3, p.772-7, 2012.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: NFR/UFSC. Ed. Papa Livros, 1999.

LEONARD, M. K.; GEORGE, J. B. Ida Jean Orlando. In: GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p.131-145.

LIMA, N. G.; SOUZA, R. S. O ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental na graduação: revisão integrativa da literatura. **Relatório Final de Pesquisa**. Vitória, 2014.

LOYOLA, C.M. D. Apresentação. In: Compreensão e Crítica para uma clínica de enfermagem psiquiátrica. Rio de Janeiro: Ed. CUCA/UFRJ. **Cadernos do IPUB/ UFRJ**, n. 19, p. 7-10, 2000.

LOYOLA, C. M. D.; ROCHA, R. M. Apresentação. In: Compreensão e crítica para uma clínica de enfermagem psiquiátrica. **Cadernos do IPUB n. 19**, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 1998.

LUCCHESE, R.**A enfermagem psiquiátrica e saúde mental:** a necessária constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro. São Paulo: USP, 2005.Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

MAFTUM, M. A.; ALENCASTRE, M. B. A prática e o ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Brasil: questões para reflexões. **Cogitare Enferm**, v.7, n.1, p.61-67, 2002.

MAGNAGO, C.; TAVARES, C. M. M. O ensino de enfermagem psiquiátrica nas Universidade Públicas do Estado do Rio de Janeiro. **Rev. Eletr Enf**, v.14, n.1, p.50-8, 2012.

MARDEGAN, P. S. et al. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de enfermagem. **J Bras Psiquiatr**, v. 56, n. 4, p. 260-6, 2007.

MATOS, J. C.et al. Ensino de teorias de enfermagem em Cursos de Graduação em Enfermagem do Estado do Paraná – Brasil. **Acta Paul Enferm**, v.24, n.1, p.23-28, 2011.

MCEWEN, M; WILLS, E. M. **Bases teóricas para enfermagem**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing**: development and progress.3 ed. Philadelphia. Lippincott, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

MIRANDA, C. L. **O parentesco imaginário**: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 1994.

_____. O serviço de enfermagem do IPUB: 19941998. In: Instituto de Psiquiatria - 60 anos(1938-1998). **Cadernos do IPUB**, n. especial. Rio de Janeiro: UFRJ, 1998.

_____. Algumas Questões sobre assistência de enfermagem psiquiátrica de qualidade. In: Por uma assistência psiquiátrica de transformação. **Cadernos do IPUB nº 3.** Rio de Janeiro: Ed. CUCA/UFRJ, 1999.

MIRANDA, C. L.; FIGUEIREDO, A. C.; VIEIRA, M. A. Cuidando de quem cuida: uma experiência de supervisão em enfermagem: In: Compreensão e crítica para uma clínica de enfermagem psiquiátrica. MIRANDA, C. L.; ROCHA, R. M. **Cadernos do IPUB**. Rio de Janeiro: Ed. CUCA/UFRJ, 2000.

MIYAI, F. T.; BARROS, S.; CORTES, J. M. O aluno de enfermagem e o ensino de saúde mental na Atenção Básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 4, p. 94-101, 2013.

NIETSCHE et al. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem, **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.13, n.3, p.344-53, 2005.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez; 1989.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. **Superando o manicômio**? Desafios na construção da reforma psiquiátrica. Cuiabá: Ed. UFMT, 2005.

OLIVEIRA, A. G. B.; MARCON, S. R. Modelo médico-psiquiátrico e psicossocial: implicações para o processo de trabalho de enfermagem em saúde mental. In:

OLIVEIRA, A. G. B. (org.). **Ensino de enfermagem**: temas e estratégias interdisciplinares. Cuiabá: Ed. UFMT, 2006. 148p. (Coleção Coletânea Tecnologias em Saúde e Enfermagem, v.4).

OLIVEIRA, F. B. et al. O trabalho de enfermagem em saúde mental na estratégia de saúde da família. **Rev Rene**, v.12, n.2, 229-37, 2011.

OLIVEIRA, F. L. B.; ALMEIDA JÚNIOR, J. J. Motivações de acadêmicos de enfermagem atuantes em projetos de extensão universitária: a experiência da faculdade ciências da saúde do Trairí/UFRN. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 16, n. 1, p. 36-44, 2015.

OLIVEIRA R. M. P. **Por uma Clínica de Enfermagem Psiquiátrica**: o Intuir Empático como uma proposta de modelo teórico da enfermeira psiquiatra. 2005. 228f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005.

_____. **Por uma Clínica de Enfermagem Psiquiátrica**: a teoria do Intuir Empático como uma contribuição para o cuidado de enfermagem em saúde mental. Projeto de Pesquisa. Rio de Janeiro, 2014.

PAES, M. R.et al. Cuidado ao portador de transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem de um pronto atendimento. **Cienc Cuid Saude**, v. 9, p.2, p.309-316, 2010.

PATTERSON, C.; CURTIS, J.; REID, A. Skills, knowledge, and attitudes expected of a newly-graduated mental health nurse in an inpatient setting. **Int J Ment Health Nurs**. v. 17, n.6, p.410-8, 2008.

PEPLAU, H. E. **Interpersonal Relations in Nursing**. New York: G. P. Putman's, Copyright, 1991.

PERES, M. A. M.; BARREIRA, I. A. Uma nova enfermagem psiquiátrica na Universidade Federal do Brasil nos anos 60 do século XX. **Esc Anna Nery Ver Enferm**, v.12, n.1, p.108-14, 2008.

PEREIRA, D. S., SOUZA, R. S.; BUAIZ, V., SIQUEIRA, M. M. Uso de Substâncias Psicoativas entre Universitários de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.57, n.3, p.188-195, 2008.

PIERANTONI, C. R. et. al. **Alunos de graduação de em enfermagem: perfil, expectativas e perspectivas profissionais**. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Rio de Janeiro, 2008.

PITTA, A. M. F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje? In: ____. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 19-30.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTUGAL, F. B., SOUZA, R. S.; BUAIZ, V., SIQUEIRA, M. M. Uso de Drogas por Estudantes de Farmácia da Universidade Federal do Espírito Santo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.57, n.2, p.127-132, 2008.

RIBEIRO, L. M. et al. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros? **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n.2, p.376-82, 2010.

RIBEIRO, M. S; POÇO, J. L. C. Identificando problemas e rastreando transtornos em atenção básica à saúde mental. In: RIBEIRO, M.S. (org.). **Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2007.

ROCHA, R. M. **Enfermagem em saúde mental**. 2 ed. atual. E ampl. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2007.

ROCHA, N. F. Avaliação da prática da disciplina enfermagem psiquiátrica: ideias e sentimentos dos alunos acerca dos doentes mentais e sua conduta terapêutica. **RECCS**, s/v., s/n., p.58-66, 1993.

RODRIGUES, Jeferson. **O ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental nos cursos de graduação no estado de Santa Catarina.** 2010. 327p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

RODRIGUES, J. SANTOS, S. M. A.; ZEFERINO, M. T.; TOSOLI, M. Revisão integrativa sobre o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental. **J. Res. Fundam. Care Online**, v.6, n.1, p.433-449, 2014.

RODRIGUES, J.; SANTOS, S. M. A.; SPRICIGO, J. S. Ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental através do discurso docente. **Texto Contexto Enferm**, v.21, n.3, p.616-624, 2012a.

_____. Ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental na graduação em enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v.25, n.6, p.844-51, 2012b.

SANTOS, S. R. Interacionismo simbólico: uma abordagem teórica de análise na saúde. **Enfermagem Brasil**, v. 7, n. 4, p. 232-237, 2008.

SANTOS, V. C.; ANJOS, K. F.; ALMEIDA, O. S. A percepção de formandos sobre a pesquisa em enfermagem no curso de Graduação. **Rev. Enferm UFSM**, v.3, n.1, p. 144-154, 2013.

SARACENO, B. A reabilitação como cidadania. In: ____. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá, 1999, p.111-142.

SHANLEY, E.; SHANLEY, M.J. Coping Focus counselling in mental health nursing. **International Journal of Mental Health Nursing,** v.21, n. 6, p.504-512. 2012. Disponível em: <http://web.a-ebscohost com.ez43.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=0335ee09-8d2e-4873-92f6-cb3a7b9751d7%40sessionmgr4003&hid=4207>. Acesso em 10 de dezembro de2015.

SEQUEIRA, C. Comunicação terapêutica em saúde mental. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v.12, s/n, p.6-8, 2014.

SILVA, G. E. **O significado da doação de sangue para o não doador:** implicações para a atuação do enfermeiro na hemoterapia. 2015. 277f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2013.

SILVA, G. S. V. **A incerteza criativa:** o modelo teórico do "Intuir Empático" subsidiando o cuidado de enfermagem de saúde mental no Programa de Saúde da Família. 2012. 141f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

SILVA, T.C.; VIANNA, P.C.M.; SILVEIRA, M.R. O tempo: uma questão no ensino da enfermagem psiquiátrica. **REME – Rev Min Enferm**, v.2, n3, p.323-30, 2007.

SIQUEIRA M. M. et al. Perfil do uso de substâncias psicoativas entre universitários do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo. **Relatório Final de Pesquisa.** Vitória: FAPES, 2007.

SIQUEIRA, M. M.; GARCIA, M. L. T.; SOUZA, R. S. O impacto das faltas às consultas em um programa de dependentes de álcool. **J Bras Psiquiatr**, 2005, v. 54, n. 2, p. 114-119.

SOUZA, M. O surgimento e a evolução histórica das teorias de enfermagem: In: **Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**. 3, 1984, Florianópolis. Anais... Florianópolis, p.230.248.

SOUZA, R. S. O processo de enfermagem como metodologia assistencial no PAA-HUCAM-UFES. 2004. 18p. **Relatório Final de Pesquisa**. Vitória: PIBIC/ CNPq-UFES, 2004.

_____. **Metodologia assistencial de enfermagem aplicada ao alcoolista portador de hepatopatia**. 2005. 61f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem e Obstetrícia) – Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

SOUZA, R. S.; SIQUEIRA, M. M. O processo de enfermagem na assistência a pacientes com dependência de álcool. **J Bras Psiquiatr**, v. 54, n. 3, p. 228-233, 2005.

_____. **Uso de álcool e tabaco entre estudantes da saúde de uma universidade pública**. 2008. 119f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2008.

SOUZA, R. S. et al. O ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental: visão de enfermeiros egressos de uma universidade pública. **Relatório Parcial de Pesquisa**. Vitória, 2016.

STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C.; FORCELLA, H.T. Recursos terapêuticos em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. In: STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. São Paulo: Manole, 2008, p.371-394.

STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C. Comunicação em enfermagem. In: _____. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. São Paulo: Manole, 2008, p.299-330.

_____. Estratégias de comunicação terapêutica. In: _____. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. São Paulo: Manole, 2008, p.331-355.

_____. Comunicação não-terapêutica e desafios à comunicação terapêutica na enfermagem. In: _____. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. São Paulo: Manole, 2008, p.358-369.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa:** técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica**. 4 ed. Rio de Janeiro: Ed. Reichman & Affonso, 2002.

TANNURE, M. C. **SAE**: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

TAROZZI, M. **O que é grouded theory**: metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada nos dados: Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

TAYLOR, C. M. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TAVARES, C. M. M. Prática criativa da enfermagem psiquiátrica: fatores intervenientes no seu desenvolvimento. **Esc Anna Nery R Enferm**, v.6, n.1, p.107-117, 2002.

TRAVELBEE, J. **Intervencion em enfermeria psiquiatrica**. Organização Panamericana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Colômbia: Carvajal, 1979.

TEIXEIRA, R. F.; SOUZA, R. S.; BUAIZ, V.; SIQUEIRA, M. M.
Uso de Substâncias Psicoativas entre Estudantes de Odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, p.655-662, 2010.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TREZZA, M. C. S. F. **Construindo através da doença possibilidades de sua libertação para uma outra forma de viver**: um modelo teórico representativo da experiência de pessoas que tiveram câncer. 2002. 264 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

WAIDMAN, M. A. P. et al. Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica. **Acta Paul Enferm**, v.25, n.3, p.346-51, 2012.

WAIDMAN, M. A. P; ELSEN, I; MARCON, S.S. Possibilidades e limites da teoria de Joyce Travelbee para a construção de uma metodologia de cuidado à família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n.2, p. 282-291, 2006.

UFES. Centro Biomédico. Departamento de Enfermagem. **Programa da Disciplina Enfermagem em Saúde Mental do Departamento de Enfermagem da UFES**. Vitória, 2002.

_____. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. **Programa e Cronograma da Disciplina Atenção à Saúde do Adulto do Departamento de Enfermagem da UFES.** Vitória, 2015.

UFES. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. **Programa e Cronograma da Disciplina Processo de Cuidar em Saúde do Departamento de Enfermagem da UFES.** Vitória, 2014.

_____. **Projeto pedagógico do curso de enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo**. Vitória, 2003.

_____. **Projeto pedagógico do curso de enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo**. Vitória, 2006.

VANDEMARK, L. M. Awareness of self and expanding consciousness: using nursing theories to prepare nurse-therapists. **Issues in Mental Health Nursing**, v.27, n.6,p. 605-615, 2006.Disponívelem: <http://web.a-ebscohost-com.ez43.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=dde12875-7132-4d0f-94a6-c0a5c5e4075f%40sessionmgr4001&vid=7&hid=4114>. Acesso em 11 de dezembro de 2015.

VASCONCELOS, M. G. F. et al. Saúde Mental no contexto do Programa Saúde da Família: representações sociais de usuários e familiares. **Rev Rene**, p.9-18, v. 9, n. 3, 2008.

VILELA, S.C.; MORAES, M. C. A prática de enfermagem em serviços abertos de saúde mental. **Rev. Enferm. UERJ**, v.16, n.4, p.501-6, 2008.

VILELA, J. C.; MAFTUM, M. A.; PAES, M. R. O ensino de saúde mental na graduação de enfermagem: um estudo de caso. **Texto Contexto Enferm**, v.22, n.2, p. 397-406, 2013.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Escola Técnica e Formação Profissional em Saúde Profª.Angela Maria Campos da Silva - ETSUS. **Manual de orientações:** pesquisa em saúde no município de Vitória – ES. 1. ed. rev. Vitória: PMV, 2014. 19p.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**.Vitória: PMV, 2009.

XAVIER, S.; KLUT, C.; NETO, A.; PONTE, G.; MELO, J.C. O estigma da doença mental: que caminho percorremos? **Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE**, v.11, n.2, p.10-21, 2013

ANEXOS

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilma Srª. Profª. Drª. Gláucia Rodrigues de Abreu

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **O Ensino do Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental Fundamentado no Modelo Teórico O Intuir Empático** a ser realizada no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, pela *aluna de pós-graduação Renata Santos de Souza,* sob orientação da *Prof(a). Dr(a) Rosane Mara Pontes de Oliveira*, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): 1) Descrever a experiência da implementação do modelo teórico O Intuir Empático pelos estudantes de enfermagem no cuidado de enfermagem em saúde mental; 2) Compreender o significado da experiência, pelos estudantes, de implementar o modelo teórico O Intuir Empático no cuidado de enfermagem em saúde mental; e 3) Analisar a implementação do modelo teórico O Intuir Empático pelos estudantes ao realizarem o cuidado de enfermagem em saúde mental, necessitando portanto, ter acesso aos estudantes do 4º período de Enfermagem, matriculados na disciplina Atenção à Saúde do Adulto, e que modelo teórico O Intuir Empático seja ensinado aos discentes para ser implementado por eles nas aulas prática dessa disciplina. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Rio de Janeiro, _____ de _____de _____.

_____

Profª. Drª. Rosana Mara Pontes de Oliveira
Pesquisadora Responsável do Projeto

( ) Concordamos com a solicitação **( ) Não concordamos com a solicitação**

_____

Profª. Drª. Gláucia Rodrigues de Abreu
Diretora do Centro de Ciências da Saúde

ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilma Srª. Daysi Koehler Behning

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **O Ensino do Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental Fundamentado no Modelo Teórico O Intuir Empático** a ser realizada no Centro de Atenção Psicossocial III, pela *aluna de pós-graduação Renata Santos de Souza,* sob orientação da *Prof(a). Dr(a) Rosane Mara Pontes de Oliveira*, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): 1) Descrever a experiência da implementação do modelo teórico O Intuir Empático pelos estudantes de enfermagem no cuidado de enfermagem em saúde mental; 2) Compreender o significado da experiência, pelos estudantes, de implementar o modelo teórico O Intuir Empático no cuidado de enfermagem em saúde mental; e 3) Analisar a implementação do modelo teórico O Intuir Empático pelos estudantes ao realizarem o cuidado de enfermagem em saúde mental, necessitando portanto, que os estudantes possam utilizar o modelo teórico na abordagem aos pacientes atendidos no Centro de Atenção Psicossocial III, durante as aulas práticas da disciplina Atenção à Saúde do Adulto, que são realizadas nesta instituição. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Rio de Janeiro, _____ de _____de _____.

_____

Profª. Drª. Rosana Mara Pontes de Oliveira
Pesquisadora Responsável do Projeto

( ) Concordamos com a solicitação **( ) Não concordamos com a solicitação**

_____

Daysi Koehler Behning
Secretária Municipal de Saúde

ANEXO C - CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA PESQUISA NA SEMUS

Carta de Solicitação para Pesquisa na SEMUS

Exma. Sra. Secretária Municipal de Saúde

Daysi Koehler Behning

Vimos mui respeitosamente solicitar a Vossa Senhoria a apreciação do nosso projeto de pesquisa para aprovação por esta Secretaria.

Instituição de Ensino: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery.

Orientador (a): Profª. Drª. Rosane Mara Pontes de Oliveira

Pesquisadores (as): Renata Santos de Souza

Título da Pesquisa: O Ensino do Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental Fundamentado no Modelo Teórico O Intuir Empático

Especificação da Pesquisa: Doutorado

Nº. Linha de Ação:3.3.Expansão, Intervenção e Inovação e Tecnológica em Saúde.

Nº. Linha de Pesquisa: 3.3.1.3 Tecnologias Aplicadas à Saúde

Telefones para Contato: (27) 99839-3369 (Renata)

E-mail: renatasouza_enf@hotmail.com; profufes.renata@gmail.com

Assinatura dos Pesquisadores (as): _____

_____

Assinatura do Orientador (a): _____

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEAN/HESFA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **intitulada**: **O Ensino do Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental Fundamentado no Modelo Teórico O Intuir Empático**, que tem como **objetivos**: 1) Descrever a experiência da implementação do modelo teórico O Intuir Empático pelos estudantes no cuidado de enfermagem em saúde mental; 2) Compreender o significado da experiência, pelos estudantes, de implementar o modelo teórico *O Intuir Empático* no cuidado de enfermagem em saúde mental; e 3) Analisar a implementação do modelo teórico O Intuir Empático pelos estudantes ao realizarem o cuidado de enfermagem em saúde mental. Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, utilizando como método a Teoria Fundamentada nos Dados.

A pesquisa terá duração de 02 anos, com o término previsto para outubro de 2016. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima** e **confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você poderá **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista.

A entrevista será gravada em gravador para posterior transcrição – que será guardada por **cinco (05)** anos e incinerada após esse período. Sr(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras.**

_____ _____

Renata Santos de Souza Participante

A pesquisa pode acarretar pequeno constrangimento para você ao responder sobre questões relativas ao ensino da universidade onde cursa a graduação em enfermagem. No entanto, garantimos o seu direito, em qualquer momento da pesquisa, de parar ou suspender a

sua participação na mesma, bem como dar continuidade na pesquisa de acordo com o seu consentimento. Garantimos, ainda, o seu anonimato e sigilo das informações prestadas.

O **benefício** relacionado à sua participação será o de contribuir com o conhecimento científico na área de enfermagem em saúde mental, bem como trará benefícios ao curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, uma vez que os resultados fornecerão subsídios para se repensar e aprimorar o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental, que vem sendo desenvolvido na graduação de enfermagem dessa universidade.

Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

_____	_____
Profª. Drª. Rosane M. Pontes de Oliveira	Renata Santos de Souza
Cel: (21) 7831-4432	Cel: (27) 99839-3369
E-mail: romapope@gmail.com	E-mail: renatasouza_enf@hotmail.com

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY – UFRJ

Comitê de Ética e Pesquisa – Rua Afonso Cavalcanti – Praça Onze

Tel: (21) 2293 8148 – Ramal: 228 - www.eean.ufrj.br

"O Comitê de Ética é o setor responsável pela permissão da pesquisa e avaliação dos seus aspectos éticos. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique-se com o Comitê de Ética da Escola pelo telefone supracitado."

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

_____, ____ de _____ de 2015.

Participante da Pesquisa: _____

(Assinatura)

ANEXO E - AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NA UFES

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilma Srª. Profª. Drª. Gláucia Rodrigues de Abreu

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **O Ensino do Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental Fundamentado no Modelo Teórico O Intuir Empático** a ser realizada no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, pela *aluna de pós-graduação Renata Santos de Souza,* sob orientação da *Prof(a). Dr(a) Rosane Mara Pontes de Oliveira,* com o(s) seguinte(s) objetivo(s): 1) Descrever a experiência da implementação do modelo teórico O Intuir Empático pelos estudantes de enfermagem no cuidado de enfermagem em saúde mental; 2) Compreender o significado da experiência, pelos estudantes, de implementar o modelo teórico O Intuir Empático no cuidado de enfermagem em saúde mental; e 3) Analisar a implementação do modelo teórico O Intuir Empático pelos estudantes ao realizarem o cuidado de enfermagem em saúde mental, necessitando portanto, ter acesso aos estudantes do 4º período de Enfermagem, matriculados na disciplina Atenção à Saúde do Adulto, e que modelo teórico O Intuir Empático seja ensinado aos discentes para ser implementado por eles nas aulas prática dessa disciplina. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Rio de Janeiro, 29 de maio de 2015.

Profª. Drª. Rosana Mara Pontes de Oliveira
Pesquisadora Responsável do Projeto
Deptº de Enfermagem Médico Cirúrgica
Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

(X) **Concordamos com a solicitação** ( ) **Não concordamos com a solicitação**

Profª. Drª. Gláucia Rodrigues de Abreu
Diretora do Centro de Ciências da Saúde

Profa. Dra. Gláucia Rodrigues de Abreu
Diretora do Centro de Ciências da Saúde

ANEXO F - AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NA SEMUS

PREFEITURA DE VITÓRIA

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Origem	Destino	Data	Emitida por
SEMUS/ETSUS	SEMUS/CAPS III	22/09/2015	MARY

Resumo do Assunto

ENCAMINHAMENTO DE PESQUISADOR

Prezada Diretora,

O projeto de pesquisa de doutorado, intitulado: **"O ENSINO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL FUNDAMENTADO NO MÓDULO TEÓRICO O INTUIR EMPÁTICO"** de autoria de RENATA SANTOS DE SOUZA, foi aprovado para sua realização.

Esclarecemos que o presente projeto tem como objetivos descrever a experiência do intuir empático pelos estudantes, compreender o significado desta experiência e analisar a implementação do modelo teórico pelos estudantes ao realizarem o cuidado de enfermagem em saúde mental.

A metodologia a ser utilizada será fundamentada na pesquisa exploratória e descritiva onde aos alunos de enfermagem serão ministradas aulas teoricas e uma avaliação sobre o modelo teorico: "O intuir empático". Após o aprendizado os alunos, durante as aulas práticas de estágio curricular, implementarão este modelo no cuidado aos pacientes do CAPS III onde serão acompanhados e avaliados pela pesquisadora. A análise dos dados será realizada por meio da codificação aberta, axial e seletiva, conforme preconiza o método da teoria fundamentada nos dados.

Ressaltamos que o pesquisador foi orientado que a liberação da pesquisa está condicionada à devolução dos resultados em forma de CD e/ou apresentação oral para a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) e que a não devolutiva dos resultados em até dois meses, após o término desta referida pesquisa, implicará no indeferimento de novas solicitações do (s) pesquisador (es). Informamos que o resumo da pesquisa poderá ser disponibilizado no site da PMV .

Solicitamos que a pesquisa seja viabilizada por este setor e informamos que esta autorização para realização da pesquisa tem validade por um ano.

Atenciosamente,

Regina Célia Diniz Werner
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data da entrevista: ___/ ___/ _____Local: _____
Horário de Início: _____ Horário de Término: _____

Questões norteadoras para a entrevista:

1. Comente a sua opinião sobre o modelo teórico do Intuir Empático, após ele ter sido apresentado a você.
2. Comente como foi para você utilizar o modelo teórico do Intuir Empático, na prática, ao realizar o cuidado a pessoa com transtorno mental.
3. Fale sobre a implementação dos componentes do modelo teórico do Intuir Empático.
4. Comente a sua opinião sobre o modelo do Intuir Empático como base teórica para fundamentar a prática do seu cuidado a pessoa com transtorno mental.

APÊNDICE B - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Data da observação: ___/ ___/ _____Local: _____

Horário de Início: _____ Horário de Término: _____

Aspectos norteadores para a observação:

1. Ambiente físico[4]:
2. Atores[5]:
3. Atividades[6]:
4. Processo[7]:
5. Anotações[8]:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

[4] Observação do ambiente em que ocorrerá a pesquisa.
[5] Observação das pessoas presentes no ambiente.
[6] Observação das atividades desenvolvidas pelos participantes da pesquisa (estudantes de enfermagem) junto às pessoas com transtorno mental, presentes neste ambiente.
[7] Observação dos participantes da pesquisa (estudantes de enfermagem) implementando o modelo teórico do Intuir Empático ao realizarem as atividades junto às pessoas com transtorno mental, presentes nesse ambiente.
[8] Foram utilizadas as *anotações de observação*, *teóricas*, *metodológicas* e *pessoais*.

APÊNDICE C - ROTEIRO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Data: ____/____/____ **N. da Entrevista: _____**

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO
Sexo:( ) Feminino ( ) Masculino **Idade:** _____
Estado civil:( ) Casado ( ) Solteiro – Namorando? ( )Sim ( ) Não ( ) Viúvo
( ) Divorciado ( ) União estável
Município onde reside:( ) Vitória ( ) Serra ( ) Vila Velha ( ) Cariacica ( ) Viana
( ) Guarapari ( ) Outro: _____
Com quem reside? _____
Quem contribui com as despesas de onde reside? _____
Como se locomove até a Universidade? _____
Quanto tempo gasta para ir à Universidade? _____
Possui outra formação profissional? ( ) Sim ( ) Não. Qual? _____
Ocupação:( ) Estudante ( ) Empregado ( ) Autônomo. Se empregado ou autônomo,_____
qual o ofício?_____
Defina quem você é em apenas uma palavra: _____
DADOS DA FORMAÇÃO ACADÊMICA
Disciplina (s) que cursa atualmente? _____
Outra (s) atividade (s) que exerce na graduação: ( ) Nenhuma ( ) Monitoria ( ) Extensão
( ) Pesquisa ( ) Outra (s): _____
( ) Com bolsa ( ) Sem bolsa
Está satisfeito com a opção pelo curso de Enfermagem?
_____
_____
DADOS DE FORMAÇÃO COMPLEMENTAR
Faz algum outro curso? ( ) Sim ( ) Não. **Qual (is)?** _____
DADOS SOBRE SAÚDE MENTAL
Qual o seu interesse pela área da saúde mental? _____
_____

APÊNDICE D – RELAÇÃO DE CÓDIGOS CONCEITUAIS

Tabela 4 - Relação de códigos conceituais a partir da análise dos códigos preliminares.

CÓDIGOS CONCEITUAIS (N=45)
I - Caracterizando o Intuir Empático
II - Tendo dúvidas sobre o Intuir Empático
III - Compreendendo o Intuir Empático
IV - Descrevendo a primeira impressão sobre o Intuir Empático
V - Opinando sobre o Intuir Empático quando este lhe foi apresentado
VI - Conhecendo os sentimentos, sensações e expectativas em relação ao paciente
VII - Demonstrando sua visão sobre o paciente
VIII - Reconhecendo suas dificuldades e fragilidades para realizar o cuidado
IX- Ultrapassando os estigmas e preconceitos em relação ao paciente
X - Refletindo sobre o que dizer ao paciente e o que fazer com este
XI - Descrevendo a implementação do Intuir Empático
XII - Reconhecendo a não implementação de todos os elementos
XIII - Associando a implementação dos elementos às ações e atividades desenvolvidas
XIV - Tendo incertezas quanto à implementação do Intuir Empático
XV - Descrevendo a percepção sobre a implementação do Intuir Empático
XVI - Esquecendo-se de alguns elementos
XVII - Demonstrando atitudes empáticas
XVIII - Compreendendo o paciente
XIX - Escutando o paciente
XX - Reconhecendo o tempo do paciente
XXI - Respeitando o tempo do paciente
XXII - Expressando disponibilidade para os pacientes
XXIII - Dedicando tempo para atender os pacientes
XXIV - Querendo ajudar
XXV - Acreditando no paciente
XXVI - Esperançando o paciente
XXVII - Incentivando o paciente

XXVIII - Abordando o paciente
XXIX - Aprendendo a permitir o paciente falar
XXX - Conversando com o paciente
XXXI - Construindo o vínculo com o paciente
XXXII - Estabelecendo os elementos mais relevantes para o cuidado
XXXIII - Identificando saberes importantes para o cuidado
XXXIV - Identificando as necessidades dos pacientes
XXXV - Descrevendo as ações desenvolvidas com os pacientes
XXXVI - Planejando as ações a serem desenvolvidas com os pacientes
XXXVII - Reconhecendo que é necessário tempo para implementar o Intuir Empático
XXXVIII - Reconhecendo que é necessário tempo para cuidar do paciente no CAPS
XXXIX - Analisando a prática dos profissionais do CAPS
XL - Contribuições do Intuir Empático para o cuidado
XLI - Contribuições do Intuir Empático para o estudante
XLII - Contribuições do Intuir Empático para o paciente
XLIII – Avaliando o Intuir Empático após a vivência de implementação
XLIV - Atitudes frente o Intuir Empático após a experiência de implementação
XLV – Descrevendo a experiência de aprendizado no campo de prática

Fonte: Dados da pesquisa.

APÊNDICE E – RELAÇÃO DE SUBCATEGORIAS INICIAIS

Quadro 10 - Relação de subcategorias iniciais a partir da análise dos códigos conceituais.

CÓDIGOS CONCEITUAIS (N=45)	SUBCATEGORIAS INICIAIS (N=16)
I - Caracterizando o Intuir Empático II - Tendo dúvidas sobre o Intuir Empático III - Compreendendo o Intuir Empático	A - APRENDENDO O INTUIR EMPÁTICO
IV - Descrevendo a primeira impressão sobre o Intuir Empático V - Opinando sobre o Intuir Empático	B- PERCEBENDO O INTUIR EMPÁTICO
VI - Conhecendo os sentimentos, sensações e expectativas em relação ao paciente VII - Demonstrando sua visão sobre o paciente	C – PERCEBENDO O PACIENTE
VIII - Reconhecendo suas dificuldades e fragilidades para realizar o cuidado IX- Ultrapassando os estigmas e preconceitos em relação ao paciente XLV – Descrevendo a experiência de aprendizado no campo de prática	D - REFLETINDO SOBRE SI
XI - Descrevendo a implementação do Intuir Empático XII - Reconhecendo a não implementação de todos os elementos XIII - Associando a implementação dos elementos às ações e atividades desenvolvidas XVI - Esquecendo-se de alguns elementos	E - IMPLEMENTANDO O INTUIR EMPÁTICO
XIV - Tendo incertezas quanto à implementação do Intuir Empático XV - Descrevendo a percepção sobre a implementação do Intuir Empático XXXII – Reconhecendo que é necessário tempo para implementar o Intuir Empático	F - ANALISANDO A IMPLEMENTAÇÃO DO INTUIR EMPÁTICO
XVII - Demonstrando atitudes empáticas XVIII - Compreendendo o paciente XIX - Escutando o paciente	G - BUSCANDO TER UMA POSTURA EMPÁTICA
XX - Reconhecendo o tempo do paciente XXI - Respeitando o tempo do paciente	H - O TEMPO DO PACIENTE: RECONHECENDO E RESPEITANDO
XXII - Expressando disponibilidade para os	

pacientes XXIII - Dedicando tempo para atender os pacientes XXIV - Querendo ajudar	I - TENDO PRONTIDÃO PARA CUIDAR
XXV - Acreditando no paciente XXVI - Esperançando o paciente XXVII - Incentivando o paciente	J – ESPERANÇANDO O PACIENTE
XXVIII - Abordando o paciente XXIX - Aprendendo a permitir o paciente falar XXX - Conversando com o paciente X - Refletindo sobre o que dizer ao paciente e o que fazer com este XXXI - Construindo o vínculo com o paciente	K - DESCREVENDO A ABORDAGEM AO PACIENTE
XXXII - Estabelecendo os elementos mais relevantes para o cuidado XXXIII - Identificando saberes importantes para o cuidado	L - IDENTIFICANDO ELEMENTOS E SABERES IMPRESCINDÍVEIS AO CUIDADO
XXXIV - Identificando as necessidades dos pacientes XXXVI - Planejando as ações a serem desenvolvidas com os pacientes XXXV - Descrevendo as ações desenvolvidas com os pacientes	M - DECTECTANDO AS NECESSIDADES E CUIDANDO
XXXVIII - Reconhecendo que é necessário tempo para cuidar do paciente no CAPS	N - O TEMPO E O AMBIENTE INFLUENCIANDO O CUIDADO
XLI - Analisando a prática dos profissionais do CAPS	
XL - Contribuições do Intuir Empático para o cuidado XLI - Contribuições do Intuir Empático para o estudante XLII - Contribuições do Intuir Empático para o paciente	O - CONTRIBUIÇÕES DO INTUIR EMPÁTICO
XLIII – Avaliando o Intuir Empático após a vivência de implementação XLIV - Atitudes frente o Intuir Empático após a experiência de implementação	P - IMPLICAÇÕES DO INTUIR EMPÁTICO

Fonte: Dados da pesquisa.

APÊNDICE F – RELAÇÃO DE SUBCATEGORIAS DE ANÁLISE

Quadro11. Relação das Subcategorias de Análise a partir do Refinamento das Subcategorias Iniciais.

SUBCATEGORIAS INICIAIS (N=16)	SUBCATEGORIAS DE ANÁLISE (N= 9)
A – APRENDENDO O INTUIR EMPÁTICO	A - CONHECENDO O INTUIR EMPÁTICO
B - PERCEBENDO O INTUIR EMPÁTICO	
C – PERCEBENDO O PACIENTE	B – PERCEBENDO O PACIENTE
D - REFLETINDO SOBRE SI	C - REFLETINDO SOBRE SI
M - DECTECTANDO AS NECESSIDADES E CUIDANDO	D - DECTECTANDO AS NECESSIDADES E CUIDANDO
E - IMPLEMENTANDO O INTUIR EMPÁTICO	E -DESCREVENDO A EXPERIÊNCIA DE IMPLEMENTAÇÃO DO INTUIR EMPÁTICO
F - ANALISANDO A IMPLEMENTAÇÃO DO INTUIR EMPÁTICO	
K - DESCREVENDO A ABORDAGEM AO PACIENTE	F – TENDO UMA POSTURA ACOLHEDORA
G - BUSCANDO TER UMA POSTURA EMPÁTICA	
I - TENDO PRONTIDÃO PARA CUIDAR	G - USANDO A PRONTIDÃO PARA CUIDAR, O TEMPO E A ESPERANÇA PARA CUIDAR
H - O TEMPO DO PACIENTE: RECONHECENDO E RESPEITANDO	
J – ESPERANÇANDO O PACIENTE	
L - IDENTIFICANDO ELEMENTOS E SABERES IMPRESCINDÍVEIS AO CUIDADO	H - IDENTIFICANDO OS ASPECTOS QUE INFLUENCIAM O CUIDADO
N - O TEMPO E O AMBIENTE INFLUENCIANDO O CUIDADO	
P - CONTRIBUIÇÕES DO INTUIR EMPÁTICO	I - O INTUIR EMPÁTICO: SUAS CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES
P - IMPLICAÇÕES DO INTUIR EMPÁTICO	

Fonte: Dados da pesquisa.

NOTA EXPLICATIVA DOS DIAGRAMAS E ILUSTRAÇÕES

Esclareço que as imagens dos personagens do desenho “Peanuts”, também conhecido como “A Turma do Charlie Brown”, criado por Charles M. Schulz (1950), que foram utilizadas para a construção dos diagramas e ilustrações da tese foram extraídas da internet, no site do GOOGLE, feitas as adaptações necessárias para que traduzissem aspectos relativos aos fenômenos do estudo, bem como denotasse algum propósito/significado em termos da definição do modelo paradigmático e/ou conteúdo abordado.

Charlie Brown foi escolhido para representar os discentes deste estudo por ser estudante e protagonista do desenho. Chiqueirinho foi selecionado para ilustrar os pacientes por ser uma pessoa “diferente”, mas que não necessita mudar e tornar-se igual aos demais para se inserir no meio social. Ele convive com os outros personagens, se relaciona, realiza atividades ocupacionais, de lazer, etc., como qualquer pessoa. Enfim, o uso desses personagens para construir os diagramas e ilustrações foi somente com este propósito, conforme explicitado.