



CUIDAR ENTRE AS GRADES: VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS

NATÁLIA SUSANA CORREIA SOARES GONÇALVES

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2014

NATÁLIA SUSANA CORREIA SOARES GONÇALVES

CUIDAR ENTRE AS GRADES: VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências da Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador – Professora Doutora Ana Paula França

Categoria – Professora Coordenadora

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do Porto

*“Adormeci e sonhei que a vida era ALEGRIA,
Acordei e vi que a vida era DEVER,
Agi e conclui que o DEVER era ALEGRIA.”*

Rabindranath Tagore

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Ana Paula França, por ser um farol num oceano de dúvidas.

À Professora Doutora Maria do Céu Barbieri, pelo incentivo e apoio até ao último momento.

À Professora Doutora Manuela Martins, pelo estímulo, por acreditar e pela desconstrução das inseguranças.

Em especial ao Enfermeiro Jorge Tavares, pelo seu empenho, ajuda e interesse que demonstrou por uma colega que desconhecia. Por acreditar na ciência de enfermagem.

Aos Enfermeiros Participantes, pela sua partilha, tornando possível este trabalho.

À Joana, a minha sempre presente companheira. Pelo apoio, pois sem ti não tinha sido possível.

À Gina, pelo exemplo.

À Susana minha boia de salvação. Pela ajuda à minha família. Pelas tuas perdas e acima de tudo, por estares sempre comigo.

À Fernanda, pelo apoio à família, em especial por minimizar a minha ausência para com a Maria. Pela minhas faltas e ausências.

Ao Acácio, meu barco.

À Maria Miguel, minha filha, que tanto anseio a sua felicidade.

Aos meus pais, que me deram a vida, o amor e me ensinaram a amar o outro.

O meu profundo e sincero,

OBRIGADA

RESUMO

Cuidar na prisão é cuidar a pessoa que perdeu um bem fundamental, a liberdade física, que vive num ambiente hostil, que pela sua trajetória de vida apresenta necessidades de saúde e que sofre pela vivência da reclusão. O contexto prisional, vocacionado para a punição, não é um ambiente aparentemente facilitador para o cuidar.

O presente estudo com o tema “Cuidar Entre as Grades: Vivências dos Enfermeiros”, tem como objetivo compreender a experiência vivida pelos enfermeiros de cuidar reclusos em estabelecimentos prisionais.

Para a realização deste estudo enveredamos pela abordagem fenomenológica de Amadeo Giorgi, realizando entrevistas a catorze enfermeiros que no seu quotidiano vivem a experiência de cuidar reclusos em estabelecimentos prisionais do país.

Das unidades de significado dos discursos dos enfermeiros emergiu a estrutura essencial da vivência de cuidar reclusos, constituída por três componentes: Vivendo o Cuidar na Reclusão, Humanizando o Cuidar na Reclusão e Experienciando as Dificuldades do Cuidar na Reclusão, enquadradas nos contextos: Ambiente Intramuros, Compromisso com a Pessoa Reclusa, Estar Doente Intramuros, Ser Enfermeiro Intramuros e Cuidar Dentro da Grades.

Das experiências vividas dos enfermeiros emerge a prisão como um contexto hostil, vocacionado para a segurança e potencialmente não terapêutico.

A pessoa reclusa está vulnerável, pelo sofrimento de viver em reclusão, num espaço sobrelotado e pela doença entre grades. Estes enfermeiros expressaram ainda fragilidades no cuidar: sentimentos de insegurança, desvalorização profissional, fragilidade laboral e necessidade em criar barreiras na relação com o recluso.

A doença no espaço intramuros tem contornos exacerbados. Os enfermeiros valorizam a compreensão do sofrimento que, quer seja físico ou emocional, consideram sofrimento. A relação de cuidar dos enfermeiros é demonstrada pela sua disponibilidade, empatia e preservação da dignidade, humanizando o momento de cuidar. Cuidar reporta-se ao cuidado assistencial, perspetivando a capacitação do recluso no seu projeto de saúde, para o seu futuro além da reclusão, inculcando-lhe esperança.

A vivência de cuidar reclusos pode despertar um turbilhão de sentimentos ambivalentes que os enfermeiros manifestam ter capacidade de gerir, sugerindo que o que parece ser um dilema, é uma oportunidade de refletir e melhorar a relação de cuidar, tornando-a mais autêntica e num momento de crescimento profissional.

Das vivências destes participantes de cuidar na prisão podemos perceber que o que parece ser um contexto à priori com fragilidades para o cuidar, emerge como uma oportunidade para proporcionar um cuidar humanizador aos reclusos.

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

ABSTRACT

Taking care of inmates inside a prison is to look after the person who has lost a fundamental right, his physical freedom, which lives in a hostile environment, and due to his way of life needs important health care and suffers by living cloistered. The prison context directed to the punishment not an apparently facilitator environment to the nurse care.

The present study named "Caring behind prison bars: living experiences by nurses", has the purpose to understand the lived experience of nurses that take care of inmates in prisons.

To this study we followed the phenomenological approach of Amadeo Giorgi, conducting open interviews to fourteen nurses, who, in their daily lives, live the experience of caring inmates in prisons in Portugal.

From the meaning units resulted from the nurses speeches a critical structure has emerged about the phenomenon of the experience of nurses who take care in prison, consisting of three components: Living the Care Giving in Seclusion, Humanizing the Care in Seclusion, Experiencing the Difficulties of Caring in Seclusion. Such components are framed in contexts of Intramural Environment, Commitment to the Reclusive Person, Being Sick Inside Prison Walls, Being a Nurse Inside Prison Walls, Taking Care Inside the Prison Bars.

From the nurses experiences, prison emerged as an hostile context, directed towards the safety being potentially non therapeutic.

The recluse is vulnerable not only by the suffering of life in seclusion, in a sometimes overcrowded area and also by the experience of his illness among bars. These nurses expressed weaknesses for the care: feelings of insecurity, professional labour fragility, devaluation and the need to create some barriers towards the inmate.

Illness within prison walls has exacerbated contours. Nurses value the understanding of the suffering expression, whether it is physical or emotional, in either case is still suffering. For nurses, the relationship of caring is demonstrated by their availability, empathy and dignity preservation, humanizing the moment of caring. Caring refers to assisting, envisaging the inmate's ability in succeeding in his health project and in his future beyond seclusion, by giving him hope.

The experience of caring inmates can trigger a turmoil of ambivalent feelings, that nurses demonstrated the ability to manage by suggesting that what seemed to be a dilemma for them is rather an opportunity to reflect and improve their relationship of caring, making it more authentic and a moment of professional growth.

From the nurses' experiences in caring inside prison facilities, what appeared to be a context with weaknesses for the care, reveals itself as an opportunity to provide a humanizing experience to inmates.

Keywords: Nurses, Lived Experience of Caring for Inmates, Nursing, and Phenomenology.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

ARSN – Administração Regional de Saúde do Norte

Art.º – artigo

cit. por – citado por

CPT – Comité Europeu para a Prevenção da Tortura e das Penas ou Tratamentos Desumanos ou Degradantes

CEDERSP – Comissão de Estudo e Debate da Reforma do Sistema Prisional

Dec. Lei – Decreto Lei

DGS – Direção-Geral de Saúde

DGSP – Direção-Geral dos Serviços Prisionais

DGRSP – Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais

Ed. – edição

EP – Estabelecimento prisional

GECEPEEP – Grupo de Estudo das Condições do Exercício Profissional de Enfermagem em Estabelecimentos Prisionais

ICN – International Council of Nurses

Nº – número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

p. – página

P1 – Participante um

P2 – Participante dois

P3 – Participante três

P4 – Participante quatro

P5 – Participante cinco

P6 – Participante seis

P7 – Participante sete

P8 – Participante oito

P9 – Participante nove

P10 – Participante dez

P11 – Participante onze

P12 – Participante doze

P13 – Participante treze

P14 – Participante catorze

PNS – Plano Nacional de Saúde

RCN– Royal College of Nursing,

SNS – Serviço Nacional de Saúde

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	21
CAPÍTULO I – NA SOMBRA DAS GRADES	25
1. COMPREENDENDO O CONTEXTO PRISIONAL	25
2. A SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL	33
3. CUIDAR NA SOMBRA DAS GRADES	37
CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO	43
1. PROBLEMÁTICA DO FENÓMENO EM ESTUDO	43
1.1. Questão de investigação	43
1.2. Objetivo e finalidade	44
1.3. Tipo de estudo	44
1.3.1. Fenomenologia como corrente filosófica	45
1.3.2. Fenomenologia como método de investigação em enfermagem	49
1.3.3. O lugar da fenomenologia na ciência de enfermagem	51
2. PERCURSO METODOLÓGICO	59
2.1. Participantes do estudo	59
2.2. Colheita de dados	60
2.3. Estratégia de análise dos dados	64
2.4. Considerações éticas	66
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS	69
1. ANÁLISE DOS DISCURSOS	69
1.1. Estrutura essencial e componentes da experiência vivida	69
1.2. Componente: Vivendo o Cuidar na Reclusão	78
1.3. Componente: Humanizando o Cuidar na Reclusão	95
1.4. Componente: Experienciando as Dificuldades do Cuidar na Reclusão	109
2. DIÁLOGO DOS DISCURSOS COM A LITERATURA	115
CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS	137
BIBLIOGRAFIA	145
ANEXOS:	155
Anexo I – Guião da Entrevista	
Anexo II – Consentimento Informado para os Participantes	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Fatores de Cuidados/Processos Caritas	56
Quadro 2 – Estrutura essencial do fenômeno da vivência do enfermeiro que cuida na prisão	71
Quadro 3 – Componente: VIVENDO O CUIDAR NA RECLUSÃO	72
Quadro 4 – Componente: HUMANIZANDO O CUIDAR NA RECLUSÃO	74
Quadro 5 – Componente: EXPERIENCIANDO AS DIFICULDADES DO CUIDAR NA RECLUSÃO	77
Quadro 6 – Síntese relativa à vivência de cuidar reclusos no componente VIVENDO O CUIDAR NA RECLUSÃO resultante da análise dos discursos dos enfermeiros participantes	89
Quadro 7 – Síntese relativa à vivência de cuidar reclusos no componente HUMANIZANDO O CUIDAR NA RECLUSÃO resultante da análise dos discursos dos enfermeiros participantes	104
Quadro 8 – Síntese relativa à vivência de cuidar reclusos no componente EXPERIENCIANDO AS DIFICULDADES DO CUIDAR NA RECLUSÃO resultante da análise dos discursos dos enfermeiros participantes	112

ÍNDICE DE ESQUEMAS

Esquema 1 – Representação esquemática dos constituintes chave que emergiram dos discursos dos participantes referentes ao componente VIVENDO O CUIDAR NA RECLUSÃO	78
Esquema 2 – Representação esquemática dos constituintes chave que emergiram dos discursos dos participantes referentes ao componente HUMANIZANDO O CUIDAR NA RECLUSÃO	95
Esquema 3 – Representação esquemática dos constituintes chave que emergiram dos discursos dos participantes referentes ao componente EXPERIENCIANDO AS DIFICULDADES DO CUIDAR NA RECLUSÃO	109
Esquema 4 – Representação esquemática da dinâmica dos contextos da estrutura essencial do fenômeno da vivência do enfermeiro que cuida na prisão	114



INTRODUÇÃO

As prisões, o cuidado aos presos e a história de Enfermagem partilham um espaço comum. A história de Enfermagem teve as suas raízes no período do Cristianismo tendo tido um impacto profundo na prática de enfermagem. Segundo Dolan (1958), os presos estiveram sempre presentes como uma preocupação no cuidado prestado pelo primeiro grupo de mulheres diaconisas, que praticavam cuidados de acordo com as necessidades básicas de vida, a todos os seres humanos, em particular aos desfavorecidos e aos que sofriam, imbuídas dum espírito de caridade e altruísmo. Os cuidados realizados por estas benfeitoras incluíam: “(...) *alimentando os famintos, dar água a quem tem sede, vestir os nus, protegendo o estranho, atender os doentes e a visitar os prisioneiros*” (Dolan, 1958:86).

As prisões modernas europeias tiveram origem nos asilos, que até ao século XVII albergavam trabalhadores rurais que, não tendo emprego, trabalhavam arduamente em troca de comida. Também era o local onde os doentes, velhos ou deficientes mentais permaneciam quando não tinham quem os cuidasse. No séc. XVIII o percurso entre os asilos e os hospitais separa-se “(...) *durante o século XVIII, as prisões, os asilos e os hospitais tornaram-se gradualmente diferentes entre si (...)*” (Giddens, 2000:232).

A ausência de liberdade é considerada como a forma de punição adequada para quem comete crime e cumpre pena mas, também, uma oportunidade para capacitar os criminosos de comportamentos adequados à vivência em sociedade. As instituições prisionais são entendidas num contexto punitivo de um crime, permitindo isolar da sociedade o criminoso, institucionalizá-lo com o intuito de correção e reabilitação para reintegrá-lo na comunidade.

A prisão representa para os reclusos um momento de vida temporário, com relações sociais e dinâmicas singulares, mas também um tempo que não é completamente isolado da sua vida extramuros, já que muitos dos reclusos, pelas suas histórias de vida mantêm, dentro da prisão, relações familiares, de vizinhança e até ligações associadas ao crime. Por exemplo, é frequente no mesmo espaço prisional encontrar-se mãe e filha, ou traficante e consumidor (Cunha, 2002). Pelas recidivas dos reclusos a prisão é, também, um local de reencontros.

Nas prisões, como estabelecimentos de confinamento de pessoas condenadas por um crime, com normas rígidas de segurança e controlo, a saúde não ocupa espaço de destaque, podendo os objetivos dos cuidados de saúde colidirem com os da reclusão. Os cuidados de saúde nas instituições prisionais são um campo de preocupação no contexto nacional e internacional e, nas últimas décadas, as necessidades de saúde dos reclusos sofreram mudanças significativas. A comunidade prisional tem problemas graves de



saúde, muitas vezes relacionados com trajetórias de vida dos reclusos e comportamentos de risco, tais como a toxicodependência, o alcoolismo, as doenças infetocontagiosas e as patologias mentais. Aliadas aos problemas de sobrelotação das prisões, estão as condições deficitárias de higiene e salubridade (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2012; Organização Mundial de Saúde (OMS), 2014).

A doença no contexto prisional assume contornos que são invulgares e singulares: a doença como fuga à reclusão, encarceramento, assim como uma forma de reivindicação e expressão do sofrimento físico e psicológico (Cunha, 2002; Filipe, 2000).

As condições estruturais inerentes à prisão, associadas a uma necessidade constante de medidas de segurança e isolamento, têm implicações nos cuidados de enfermagem (Droes, 1994), podendo interferir na visão do recluso como cliente, já que o acesso do recluso aos enfermeiros tem um trajeto interposto pelos guardas prisionais, o que pode provocar constrangimentos inerentes à partilha de decisões (Carapinheiro, 2005).

Um dos desafios que se coloca aos enfermeiros que trabalham no sistema prisional é o exercício de autodeterminação plena do recluso nos cuidados de saúde, nomeadamente no seu acesso e conseguir, junto dos guardas prisionais, uma parceria nesse sentido, uma conjugação entre as necessidades de segurança e de cuidados de saúde, onde estes sejam considerados prioritários (Royal College of Nursing (RCN), 2009).

Os enfermeiros quando cuidam reclusos comprometem-se não só no projeto de saúde do recluso naquele momento, mas na certeza que permitem ao seu cliente ter no futuro uma atitude mais positiva na sua saúde, “(...) *porque o cuidar, requer envolvimento pessoal, social, moral, e espiritual do enfermeiro e o comprometimento para com o próprio e para com os outros humanos (...)*” (Watson, 2002b:55).

Os enfermeiros estão numa posição ideal para fornecer cuidados de saúde aos reclusos, pela sua presença constante e proximidade. Mas o ambiente prisional produz dilemas e problemas para ambos, nomeadamente na relação entre eles que é a base dos cuidados de enfermagem. Os enfermeiros têm um papel crucial a desempenhar na saúde e bem-estar dos prisioneiros, mas eles só serão capazes de cumprir esse papel ao refletirem sobre o seu cuidar na prisão.

Dado que, no contexto nacional, a reflexão sobre o cuidar em enfermagem no sistema prisional é escassa, considera-se esta dissertação como uma oportunidade para refletir sobre esta problemática.

Após estas considerações, este trabalho tem por objetivo compreender a experiência vivida pelos enfermeiros, de cuidar reclusos em estabelecimentos prisionais.

Com o aprofundamento desta problemática, através da compreensão do cuidado dos enfermeiros, fundamentado nas experiências vivenciadas por estes, pretende-se



contribuir para a humanização do cuidar em enfermagem à pessoa reclusa, num ambiente de reclusão.

A fenomenologia foi escolhida como o caminho metodológico para dar resposta à nossa inquietação, através da compreensão das experiências humanas vividas e da procura da sua essência, seguindo-se o método fenomenológico de Giorgi.

O estudo apresenta-se em quatro capítulos, dividindo-se estes em diferentes pontos. O primeiro capítulo refere-se ao enquadramento teórico, que se subdivide numa breve síntese histórica sobre a prisão, a realidade legislativa portuguesa mais direcionada para as questões de saúde na prisão, as questões da saúde na prisão em contexto nacional e uma breve abordagem à evidência científica nacional e internacional na área de enfermagem, sobre este assunto.

No segundo capítulo apresenta-se o enquadramento empírico, nomeadamente: questão de investigação, objetivo, finalidade, tipo de estudo. Aborda-se a fenomenologia como corrente filosófica e método de investigação, e por fim desenvolve-se o método fenomenológico de Giorgi. Ainda neste capítulo aborda-se o percurso metodológico, os participantes, colheita de dados e sua estratégia de análise, bem como as considerações éticas que emergem deste estudo.

O capítulo três circunscreve-se à apresentação e descrição dos resultados, subdividido em análise dos discursos e diálogo destes com a literatura.

Por fim, o capítulo quatro remete-se às considerações finais.





CAPÍTULO I – NA SOMBRA DAS GRADES

O enquadramento teórico sustenta e proporciona enunciados que fomentam uma relação entre os conceitos, permitindo delinear o caminho para o desenho da investigação, constituindo-se como “(...) *um sistema de coordenadas que é uma base para observações, definições de conceitos, desenhos de pesquisa, interpretações e generalizações...*” (LoBiondo-Wood e Haber, 2001:79).

O conhecimento científico obedece a um quadro de convicções de uma determinada disciplina. O processo de condução deste estudo será desenvolvido na disciplina de enfermagem e, como tal, recorreremos aos seus diferentes teóricos, pensadores e investigadores. No entanto, considerando que o conhecimento se alimenta de diferentes fontes e é poroso às diferentes áreas do saber. Assim como as instituições prisionais são um objeto de estudo para a sociologia, para o direito, para a psicologia, entre outras, na procura de uma contextualização das instituições prisionais, mais abrangente e profunda, iremos recorrer a investigadores e especialistas, deste contexto, tais como, Manuela Cunha, Rui Gonçalves, Erving Goffman e outros.

1. COMPREENDENDO O CONTEXTO PRISIONAL

As prisões e a história de enfermagem partilharam espaço comum e estiveram ligadas (Giddens, 2000). No século XVII os países europeus, marcados pelo colapso feudal, foram confrontados com populações rurais que, para fugir à fome e falta de trabalho, procuravam os asilos para obterem comida. Estes locais serviam de refúgio aos doentes, deficientes mentais e idosos que não tinham quem os cuidasse. Por outro lado, as prisões modernas tiveram origem nos asilos, sendo no século XVIII que o percurso entre os asilos e os hospitais se separou. Parafraseando este autor “(...) *durante o século XVIII, as prisões, os asilos e os hospitais tornaram-se gradualmente diferentes entre si*” (Giddens, 2000:232). A ausência de liberdade é, então, considerada como a forma de punição adequada para quem comete crimes e oportunidade para capacitar os criminosos de comportamentos adequados à vivência em sociedade.

Goffman (2001) descreveu “*instituições totais*”, onde inclui as prisões, como locais separados da sociedade onde as pessoas permanecem por um período de tempo considerável e por imposição e onde as suas vidas são institucionalmente dirigidas. Ou seja, os diferentes aspetos e tarefas da vida quotidiana são realizados num mesmo espaço, com um grupo de pessoas sob uma mesma autoridade e todas as atividades obedecem a regras rígidas, uniformizadas, com horários totalmente definidos.



O confinamento das instituições totais, segundo Goffman (2001), não se limita ao espaço físico mas, também, à barreira social com o exterior, que implica o esvaziamento do Eu anterior à institucionalização. Uma das perdas mais significativas na admissão à instituição é a perda do nome, sentida pelo recluso como uma *“mutilação do eu”*, *“o novato chega ao estabelecimento com uma concepção de sim mesmo que (...). Ao entrar é imediatamente despido (...). O seu eu é, sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado”* (Goffman, 2001:24).

Em instituições totais, como a prisão, o Eu é despojado do *seu estar* pessoal e social, os sujeitos são submetidos a uma autoridade e gestão comum, a este processo de esvaziamento do sujeito que Goffman denomina *“mortificação”* do Eu. Este autor explicita a *“mortificação”* das diferentes esferas do *Eu* nas instituições totais, como a ausência de poder de decisão do recluso sobre ações ao seu corpo, exemplificando a mortificação de eu físico: *“(...) em algumas instituições totais o internado obrigado a tomar medicamentos orais ou intravenosos, desejados ou não (...).”* (Goffman, 2001:34). A *“mortificação”* do Eu pelo contato interpessoal, no sentido que ao recluso sejam impostos os seus companheiros de cela, define que as relações sociais que se estabelecem sejam impostas. Esta imposição de relações abrange, no caso extremo e dramático, as violações, referindo a este propósito: *“(...) na nossa sociedade, o modelo de contaminação interpessoal é talvez a violação; embora haja “perseguição” sexual nas instituições totais, estas apresentam muitos outros exemplos menos dramáticos”* (Goffman, 2001:35). A *“mortificação”* do Eu é exercida, também, sobre os contatos do exterior, por exemplo a correspondência é sujeita a vigilância e escrutínio por parte dos dirigentes, não respeitando a privacidade e confidencialidade do recluso (Goffman, 2001).

Para Goffman, os reclusos estão isolados do exterior e, na sua institucionalização, as suas ações são desprovidas de autonomia e de poder de decisão. Renunciando às diferentes dimensões, pessoais, sociais e culturais *“(...) as instituições totais perturbam ou profanam exatamente as ações que na sociedade civil têm o papel de atestar, ao ator e aos que estão em sua presença, que tem certa autonomia no seu mundo – que é uma pessoa com decisões “adultas”, autonomia e liberdade de ação”* (Goffman, 2001:46).

Goffman (2001) refere as barreiras arquitetônicas (os muros e as grades), quase como uma analogia à separação do Eu pessoal e social, isto é, a vida externa da vida interna.

Cunha (2002) nos seus trabalhos, ressalva as diferenças que ocorreram na mudança de objetivos da prisão. Os estabelecimentos prisionais, atualmente, a par da manutenção da ordem e da segurança, procuram humanizar o sistema prisional, disponibilizando bens e serviços, como formação profissional e escolar, assistência à saúde, o mais próximo do exterior minimizando o fosso entre a vida na prisão e a vida no exterior. Na prática, isso é notório, por exemplo, na gestão da distribuição da população reclusa pelos pavilhões,



verificando que o que perdura não são só as questões jurídicas, mas também as extra jurídicas, como o contexto familiar das reclusas dentro da prisão, “*tais critérios, no entanto, entram agora em compromisso com outros, extrajurídicos: a existência de filhos ou de parentes no estabelecimento, mediante a qual, recorde, as reclusas podem transitar de pavilhão*” (Cunha, 2002:33).

Outro caso pragmático, salientado por Cunha (2002), reporta-se às ligações dos reclusos com o exterior, no caso da troca de correspondência. Esta é controlada aleatoriamente por questões de segurança e, quando o fazem, é na presença do recluso, sendo vigiada só quando existe a suspeita de crime, o que parece fazer transparecer o respeito pela privacidade do recluso, mas sempre num paradigma de segurança. Sendo a correspondência uma forma de comunicação entre o recluso e as pessoas que pertencem às suas relações exteriores, a prisão preserva, se possível, este elo de ligação com o seu mundo exterior, o Eu social. Isto parece contrariar a posição destas instituições, tidas como *totais* por Goffman (2001).

No trabalho de Cunha (2002) “*Entre o bairro e a prisão: Tráfico e trajectos*”, numa população reclusa feminina portuguesa, emergiram características da população reclusa, que permitiu novos constructos relativo a estas instituições. Como é o caso da crescente “*homogeneidade penal e sociológica*” desta população, bem como o contexto das suas inter-relações na prisão. Esta investigadora descreve o percurso dos reclusos, entre os bairros problemáticos e a prisão e as implicações relacionais que daí advêm. As relações entre os reclusos, através de laços familiares, de amizade ou sociais, são, muitas vezes, anteriores à reclusão, sendo o consumo-tráfico de estupefacientes, um dos vetores comuns, “*(...) esta circulação maciça entre o bairro e a prisão tem por eixo o narcotráfico (...)*” (Cunha, 2008:111).

A circulação entre bairro e prisão tem várias consequências, sendo de referir que a sociabilidade e a adaptação à vida prisional são afetadas por ela. Estas relações ligadas ao crime e ao tráfico podem significar que ações e incidentes na prisão tem repercussões no bairro, tanto como o inverso (Cunha, 2008). O estigma social associado “*ao estar preso*” dilui-se perante uma realidade comum, em que os papéis de recluso e visitante são, por vezes, rotativos e, quando o recluso volta ao bairro, reencontra os vizinhos e familiares que por lá passaram (Cunha, 2008).

Cunha (2002, 2008) reconhece, assim, que a mudança do paradigma dos estabelecimentos prisionais converge para a manutenção da ordem e da segurança, bem como para a humanização da prisão. Isto é notório pelos bens e serviços que os estabelecimentos prisionais oferecem ao recluso, semelhantes aos que poderá usufruir na comunidade. Destaca ainda que a população prisional e as suas relações intra e extramuros estão repletas de significado e interligam-se. A vida dos reclusos na prisão é



porosa à vida anterior a esta e, por causa dessa particularidade, o momento da reclusão tem implicações na vida exterior.

Apesar do investimento das disciplinas sociais, humanas e penitenciárias, na análise da reclusão, apesar dos diferentes paradigmas que os conduziu e das diferentes abordagens da Pessoa, e da Pessoa em reclusão, a prisão mantém-se como uma instituição estigmatizante, “(...)a *ligação com a sociedade é portanto, focada a montante da prisão e é pensada a partir do paradigma crime/castigo*” (Cunha, 2008:9).

Para Gonçalves (2008) a forma como cada recluso vivencia a sua adaptação à vida na prisão é singular, afirmando que a cultura prisional afeta e influencia os comportamentos dos reclusos. A envolvimento do recluso dependerá de fatores como a sua personalidade e a sua trajetória de vida anterior. Por sua vez, a adaptação do recluso à vida na prisão é ditada pela sua entrada na cultura prisional, “(...) *inevitavelmente, qualquer recluso é confrontado com essa cultura (cultura prisional) e o seu grau de envolvimento nela dependerá de vários fatores (pertença social, passado criminal, ligações ao mundo exterior, características de personalidade, etc.)*” (Gonçalves, 2008:215).

Gonçalves (2008) alega que os reclusos com histórias de vida enraizadas no crime, estão mais expostos à reincidência. Também a reinserção e readaptação social, após o término da reclusão, depende desta envolvimento, sendo usual que “*os reclusos oriundos da chamada subcultura criminal tendam a perpetuar os comportamentos desviantes (...) levando conseqüentemente à reincidência no crime*” (Gonçalves, 2008:215).

De acordo com Gonçalves (2008) a adaptação do recluso à prisão, remonta a um processo em que o recluso evolui e adquire *individualidade e autonomia* própria, tendo em conta o seu *background* familiar, traços de personalidade (entre outros) e o contexto institucional, ou seja, a sua capacidade de adaptação e aglutinação das normas institucionais. A adaptação à vida na prisão depende do recluso e a maneira como esta é gerida poderá influenciar a forma como é experienciada a readaptação à liberdade, “(...) *subentende-se igualmente que a forma como foi vivenciada a adaptação à prisão poderá ou não ser facilitadora de uma retoma da liberdade bem sucedida*” (Gonçalves, 2008:137). A adaptação à prisão desejável é um processo equilibrador entre os ajustes comportamentais do recluso aos requisitos institucionais, sem no entanto perder a sua individualidade, assumindo autonomia nas suas ações.

Desta pesquisa é de reter que o percurso de vida dos reclusos, antes da reclusão, infiltra-se na vida prisional pelo entrecruzamento das relações existentes previamente, quer seja por laços familiares, quer por relações associadas ao crime. Estas duas vertentes estão por vezes interligadas aos bairros problemáticos, à vida criminal, intimamente associadas ao consumo e tráfico de estupefacientes, sendo muitas vezes iniciados neste caminho por familiares e vizinhos.



Na prisão os reclusos não são anónimos, tendo relações entre si, por vezes muito próximas, o que altera o seio da cultura prisional. Nesta causalidade, o próprio estigma do “*estive preso*” mudou, pois, quando o recluso volta à sua comunidade, ao seu bairro, reencontra-se com os outros ex-reclusos. Não é um caso isolado, tal como foi descrito por Cunha (2002), o visitante do recluso, ele próprio, pode ter sido ou é potencial recluso, “*gerou-se aliás nestes bairros uma espécie de circuito prisional em que os estatutos de presos e visitantes são deslizantes (...)*” (Cunha, 2002:118).

A cultura prisional e o modo como o recluso vivencia a vida prisional são enviesados pela permeabilidade da sua vida antes da reclusão e pelos seus trajetos de vida. Para Gonçalves (2008), ambas influenciam a adaptação do recluso à prisão, assim como a readaptação à liberdade. Isto porque, para este autor, a readaptação do ex-recluso à sociedade depende, não só da sua personalidade, mas também como viveu o tempo de reclusão, como se adaptou à cultura prisional e o seu enraizamento na comunidade. A adaptação à vida na prisão depende do recluso, a importância de como esta é experienciada não se circunscreve ao tempo e ao espaço da reclusão, prolonga-se no tempo de vida em liberdade. Por isso, será correto afirmar que o momento vivido na reclusão não é suspenso, mas flui dentro e fora de grades, deixando a sua impressão perpetuando-se no tempo e nas vivências pessoais e sociais do recluso.

Após esta abordagem do contexto prisional apresentaremos, resumidamente, algumas orientações legislativas que norteiam o sistema prisional e a assistência da saúde aos reclusos.

A história do Direito Penitenciário Português é delineada por três marcos importantes. O Regulamento das Cadeias Civis do Continente do Reino e Ilhas Adjacentes, publicado a 21 de Setembro de 1901, destaca-se por valorizar a profissionalização dos trabalhadores, a formação educacional e a religiosidade dos reclusos. No âmbito da saúde é descrita a sentida necessidade de oferecer cuidados de saúde aos reclusos doentes, com a pretensão de criar um espaço próprio, as enfermarias prisionais. Descreve “*cuidadosa e minuciosamente as atribuições e deveres dos empregados da cadeia; determinou-se o modo como havia de ser ministrado o ensino, tão útil para o aperfeiçoamento intelectual e moral dos presos; atendeu-se à sua educação moral, inculcando-lhe no animo os princípios religiosos e moraes, confiando-se especialmente ao professor e ao capello da cadeia, e cuidou-se por ultimo do tratamento dos enfermos, organizando-se devidamente as enfermarias das cadeias (...)*” (cit. por Ministério da Justiça, 2004:9).

A Reforma da Organização Prisional, publicada no Decreto-Lei (Dec. Lei) n.º 26643, de 28 de Maio de 1936, destaca-se por criar duas grandes classes de estabelecimentos



prisões: as prisões e os estabelecimentos para medidas de segurança, que se dividem consoante o tipo de pena ou medida de segurança (Ministério da Justiça, 2004).

Por fim, referimos a Reforma Penitenciária, que resulta da publicação do Dec. Lei nº265/79 de 1 de Agosto de 1979 e que defende a ideia da reclusão como a manutenção da segurança social, o princípio da corrigibilidade do recluso e a defesa dos direitos do recluso, nomeadamente a pretensão de que este usufrua, no seu quotidiano prisional, do que seria o mais próximo da sua vida em liberdade, tendo em conta as limitações inerentes à sua pena. Das diferentes questões referidas neste decreto, destacamos a defesa do direito do recluso à formação profissional, à saúde, à assistência espiritual e religiosa, à participação do recluso no seu processo de reinserção social, à promoção de um ambiente de respeito pela personalidade, família, privacidade e confidencialidade do recluso, num ajuste entre a segurança, as questões organizacionais da prisão e a proteção dos direitos dos reclusos. Segundo este documento, a reclusão não condiciona o exercício dos Direitos Fundamentais do recluso, ou seja, *“mantém a titularidade dos direitos fundamentais do Homem, salvo as limitações resultantes do sentido da sentença condenatória, bem como as impostas em nome da ordem e segurança do estabelecimento”*, de acordo com o Dec. Lei n.º 265/79 de 1 de agosto, art.º4º-1:1770-(6).

As questões relacionadas com a saúde dos reclusos são tidas em conta na afetação do recluso ao estabelecimento prisional, o que denota que as necessidades de saúde na prisão são relevantes: *“na afetação de um recluso a um estabelecimento devem ter-se em conta (...) o seu estado de saúde física e mental, as particulares necessidades de tratamento, a proximidade da residência familiar, bem como as razões de segurança, de ordem escolar e laboral que possam ser relevantes para a sua reinserção social”*, de acordo com o Dec. Lei nº265/79, de 1 de Agosto, art.º11º-1:8. Neste documento é decretado que os estabelecimentos prisionais devem proporcionar aos reclusos apoio de serviço médico, de enfermagem e farmacêutico, de acordo com as suas necessidades de saúde. Aos reclusos ainda é salvaguardado o direito, caso queiram, de usufruir de cuidados de saúde fora do sistema prisional. Nos estabelecimentos prisionais de mulheres, as crianças que permanecem com as reclusas (até aos 3 anos) têm direito ao acompanhamento por médico pediatra.

Apesar da indicação para a existência de serviços de enfermagem nos estabelecimentos prisionais, não são explicitados os deveres dos enfermeiros, como se verifica relativamente a outros profissionais de saúde.

De acordo com Dec. Lei n.º 215/2012, de 28 de setembro, a Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) é um serviço de administração direta do Estado, integrada no Ministério da Justiça, que mantém uma estrutura matricial, como a anterior Direção-Geral dos Serviços Prisionais (DGSP). A missão desse organismo



mantém a sua aspiração de garantir as condições que assegurem a humanização do tempo de reclusão: *“promover a dignificação e humanização das condições de vida nos centros educativos e estabelecimentos prisionais, visando a reinserção social, designadamente através da prestação de cuidados de saúde, do ensino, da formação profissional, do trabalho, de iniciativas de carácter cultural e desportivo, da interação com a comunidade e outras que permitam o desenvolvimento da personalidade”*, de acordo com Dec. Lei nº215/2012, de 28 de setembro, art.º3º-alínea g:5471. Atualmente, os cuidados de saúde dos estabelecimentos prisionais são da tutela da DGRSP. De acordo com o organograma da DGRSP (Direcção-Geral dos Serviços Prisionais, 2013), o Centro de Competências de Gestão de Cuidados de Saúde é responsável pela área da prestação de cuidados de saúde e está sob a alçada do Subdiretor-Geral dos serviços prisionais.

Em Portugal, existem quarenta e nove estabelecimentos prisionais alocados por distritos: Distrito Judicial do Porto (14); Distrito Judicial de Coimbra (9); Distrito Judicial de Lisboa (13: inclui 3 nos Açores e 1 na Madeira e 1 Hospital Prisional); Distrito Judicial de Évora (11). Em todos os estabelecimentos prisionais existem Unidades de Saúde com apoio de serviço de enfermagem. Existem duas Clínicas de Saúde Mental, asseguradas pelo Hospital Prisional S. João de Deus e Estabelecimento Prisional Stª Cruz do Bispo e ainda 7 estabelecimentos prisionais com enfermaria, sendo o caso dos estabelecimentos prisionais de Carregueira, Funchal, Leiria, Linhó, Lisboa, Paços de Ferreira e Porto, (Direcção-Geral dos Serviços Prisionais, 2014).

No que se refere à caracterização criminal e penal pode dizer-se, de modo sintético, que os crimes contra o património constituem a parcela maior das infrações criminais (29,06%). Surgem depois, com 24,84%, os crimes contra as pessoas, com 19,59% os relacionados com os estupefacientes e com 7,65% os crimes contra a vida em sociedade. De salientar os elevados níveis de analfabetismo, bem como os baixos níveis de escolaridade, com 60,36% dos reclusos a não ultrapassarem o segundo ciclo do ensino básico, o que denota processos de exclusão precoce (Direcção-Geral dos Serviços Prisionais, 2014).

No dia 31 de maio de 2014, a população reclusa era constituída por 14.458 reclusos. Desses, 14.301 encontravam-se distribuídos por quarenta e nove estabelecimentos prisionais com uma capacidade de 12.280 lugares, de que resultava uma taxa de ocupação de 116,46%. Existiam, ainda, 157 condenados considerados inimputáveis, com medidas de segurança aplicadas, internados em clínicas e hospitais psiquiátricos não prisionais. Relativamente à população total de reclusos, 94,20% eram homens e 5,80% mulheres, sendo 82,20% reclusos portugueses e 17,80% estrangeiros (Direcção-Geral dos Serviços Prisionais, 2014).



Os Direitos da população prisional são uma preocupação constante do governo Português, visível nas constantes alterações das reformas prisionais que analisamos. A saúde dos reclusos e os cuidados de saúde revestem-se de especial atenção nos serviços prisionais, visando a melhoria das condições de vida dos reclusos na prisão, com o intuito de humanizar o tempo de reclusão, bem como a reinserção social do recluso, dotando-o de meios que previnam a reincidência e permitam viver de forma responsável, o que resultará como benefício tanto para os reclusos como para a sociedade, através da prevenção de novos crimes (Provedor de Justiça, 2008).



2. A SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL

O direito à saúde é um direito fundamental de todos os cidadãos, *“todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover”* (Constituição da República Portuguesa, art.º64º-1:21), sendo este assegurado pelo SNS, geral e tendencialmente gratuito, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos.

A OMS (2014) preconiza que a autoridade responsável pela detenção do recluso deve assumir o dever de cuidado pelas suas necessidades básicas. De acordo com este documento, os reclusos são inteiramente dependentes dos profissionais das prisões para todos os aspetos da sua vida diária, bem como para a sua protecção e segurança. Esta dependência deve ser entendida pela equipa como o dever de cuidado e o dever de garantir a segurança e autoridade.

Segundo a OMS (2014) as prisões não são lugares saudáveis. Os problemas da saúde prevalentes, dos reclusos institucionalizados, estão muitas vezes ligados ao seu percurso de vida, às condições sociais desfavoráveis, à baixa escolaridade, ao índice de pobreza, aos desequilíbrios psiquiátricos e à doença mental e às doenças infecciosas associadas, direta ou indiretamente ao consumo de drogas (Ministério da Justiça e da Saúde, 2006). Também o ambiente prisional representa, por diferentes razões, um risco elevado para a saúde dos reclusos (Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN), 2007; RCN, 2009; OMS, 2014). A ARSN (2007) aponta como fatores potenciadores de risco para a saúde nos estabelecimentos prisionais, a sobrelotação, o uso de drogas injetáveis de forma insegura, a prática de tatuagens, as relações sexuais desprotegidas, consentidas e não consentidas, a violência, os desequilíbrios e perturbações mentais, frequentemente recorrentes da própria reclusão.

A conexão dos fatores delineados anteriormente, o ambiente prisional e o percurso de vida dos reclusos reflete-se no quadro patológico destes, que inclui um forte predomínio das doenças infetocontagiosas, como VIH, hepatites B e C e tuberculose, frequentemente associadas ao percurso da toxicod dependência (Provedor de Justiça, 2008). Estes dados vão de encontro ao Relatório Justiça/Saúde: *“(...) a prevalência de infecções por Mycobacterium tuberculosis, pelo vírus da hepatite C ou pelo VIH é mais alta em reclusos do que na restante população, fruto de um conjunto diversificado de razões que se associam com a prevalência elevada a exposições de risco antes da prisão e durante a permanência em reclusão”* (Ministério da Justiça e da Saúde, 2006:23). Por isso, a população prisional é uma população com carências de saúde específicas, e distintas, como na área da saúde mental, infeciologia, estomatologia (Ministério da Justiça e da Saúde, 2006). Por isso, os reclusos reúnem em si um leque superior de patologias comparando com a população em geral (Briz, 2003).



O Plano Nacional de Saúde 2011/2016 (Ministério da Saúde, 2011), que define as políticas públicas no domínio da saúde no que concerne ao contexto prisional, considera que existem áreas com necessidades de intervenção na saúde prisional, como por exemplo, na reintegração dos cidadãos com patologia na sociedade, na gestão da doença em sistema de liberdade condicional, nas regras de higiene, segurança e prevenção de riscos profissionais, na promoção da saúde em meio prisional.

Perante o quadro preocupante relativo às patologias mais comuns da população prisional, como as doenças infetocontagiosas, a doença mental e a toxicodependência, de acordo com o Dec. Lei nº51/2011 de 11 de Abril é importante a implementação de um plano de promoção da saúde e prevenção das doenças infecciosas, do suicídio, da toxicodependência e do controlo dos comportamentos de risco. No ingresso ao estabelecimento prisional, o recluso deve ser observado pelo enfermeiro e iniciado a sua avaliação e processo clínico. Neste processo são registadas todas as observações dos profissionais de saúde, reunindo informações dos antecedentes clínicos, nomeadamente se este está inserido no SNS e suas necessidades de saúde (avaliação de doença mental, infecciosa, crónica, dependências, sinais de violência). Neste processo deve ser garantida a privacidade e confidencialidade do recluso, o seu direito à informação relativa ao acesso aos cuidados de saúde, ao seu processo clínico e sobre o seu estado de saúde.

O Plano de Acção Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional (Ministério da Justiça e da Saúde, 2006), que incluiu 25 dos estabelecimentos prisionais do território nacional, revelou as prevalências de infeção pelo VIH, pelo vírus da hepatite C e pelo vírus da hepatite B numa população total de 9612 homens e de 570 mulheres. Destes, 10,39% da população masculina era positiva para estas infeções, assim como 7,19% da população feminina. Estes dados são os mais atualizados e abrangentes relativos ao nosso país. A nossa dificuldade de apresentar dados mais recentes depreende-se com a sua inexistência, *“(...) quanto aos indicadores de saúde, não tem sido possível a sua monitorização, por falta de dados sobre o estado de saúde da população reclusa, bem como dos funcionários das prisões”* (Ministério da Saúde, 2011:21).

Apesar dos esforços dos profissionais de saúde nos programas de trocas de seringas, na vacinação, nos tratamentos das doenças sexualmente transmitidas e na disponibilização de preservativos, estas práticas ainda não são suficientes. O Projeto Prisões Humanas 2005/2006 (Humana Global, 2005) constata a problemática da toxicodependência nos estabelecimentos prisionais aumentando a vulnerabilidade da saúde dos reclusos *“(...) porque a droga existe e circula nos estabelecimentos prisionais e há muitas pessoas com hábitos de consumo, assim como existem relações sexuais que*



não decorrem exclusivamente no âmbito das chamadas visitas íntimas heterossexuais” (Humana Global, 2005:28).

A doença mental e o suicídio representam uma preocupação na apresentação do Plano Nacional do Suicídio 2013/2017, onde a Direção-Geral de Saúde realça a problemática do suicídio em ambiente prisional. Definindo suicídio como um “(...) *fenómeno complexo e multifacetado fruto da interação de fatores de ordem filosófica, antropológica, psicológica, biológica e social*” (Direção-Geral da Saúde, 2014:3), os reclusos, por fazerem parte de uma população com prevalência de doença mental e pelo impacto da própria reclusão, representam uma população de risco. Este plano destaca a importância da prevenção deste comportamento, centrada na equipa de saúde e com colaboração multidisciplinar, dirigindo as suas ações às multidimensões da pessoa. Para isso é importante o planeamento, organização, operacionalização e avaliação das suas interações.

Como recomendações, o Plano de Prevenção do Suicídio 2013/2017 sugere: a sensibilização e informação dos profissionais; a garantia do acesso dos reclusos aos serviços de saúde através de uma unidade de cuidados primários; a organização de programas de acompanhamento das subpopulações prisionais de risco; a melhoria das redes de informação e registos dos reclusos com comportamentos autolesivos e ideação suicida (Direção-Geral da Saúde, 2014).

Relativamente aos profissionais de saúde, em particular aos enfermeiros, o relatório do Provedor de Justiça (2003) atenta para as questões de desmotivação dos profissionais decorrentes da precariedade dos contratos laborais e da rotatividade de profissionais. As propostas sugeridas assentam na acrescida necessidade de dotação de enfermeiros, “(...) *o recurso a entidades privadas, com vista a assegurar-se progressivamente um sistema permanente de enfermagem nas prisões – tão importante para a distribuição de medicamentos, administração de medicamentos não sujeitos a receita médica, a administração de metadona e substâncias análogas, e para a realização de testes de deteção do consumo de estupefacientes, já para não falar de assistência imediata a situações de urgência durante noites e fins-de-semana, deverá ser prioritariamente ponderada (...)*” (Provedor de Justiça, 2003:176).

O recurso a contratações de enfermeiros por empresas privadas coloca a questão: será esta a solução adequada, ou manter-se-á o problema da rotatividade dos enfermeiros e a precariedade dos vínculos laborais, que se repercutirá na desmotivação dos profissionais? Parece-nos que esta solução, que não demonstra preocupação pela regularização da situação laboral dos enfermeiros, se revela uma problemática atual. De acordo com Grupo de Estudo das Condições do Exercício Profissional de Enfermagem em Estabelecimentos Prisionais (GECEPEEP) “(...) *os vínculos laborais dos enfermeiros*



nos EP portugueses (...) dão-nos a perspectiva de que existem poucos enfermeiros com vínculo laboral à DGSP. A maior parte deles trabalha em empresas de prestação de serviços (...)” (OE, 2012:18). Para além disso demonstram uma visão empobrecida dos cuidados de enfermagem que, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros “(...) *tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente*” (OE, 2001:9).

O Comité Europeu para a Prevenção da Tortura e das Penas ou Tratamentos Desumanos ou Degradantes (CPT) (2013), após avaliação de alguns estabelecimentos prisionais e no que se circunscreve aos cuidados de saúde, recomenda às autoridades portuguesas que definam medidas para: garantir uma abordagem multifacetada para regularizar a sobrelotação da população prisional; adequar o número de profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, que permitam responder atempadamente às necessidades dos reclusos; assegurar que todos os reclusos recém-chegados são devidamente entrevistados e examinados por um médico, ou por um enfermeiro, com o devido registo das observações realizadas; assegurar que quando um recluso apresente sinais de violência, seja observado e devidamente registado e, em conjunto com declarações que sejam pertinentes, o recluso seja submetido a uma avaliação médica, preservando a confidencialidade do seu processo médico; assegurar a privacidade no momento da consulta e prestação de cuidados de saúde.

Em suma, poderemos referir que apesar das sucessivas intervenções governamentais, na melhoria das condições dos estabelecimentos prisionais, no acesso e na prestação de cuidados de saúde, com o objetivo de minimizar as consequências da reclusão para a pessoa que está presa, ainda não se atingiu a situação ideal.



3. CUIDAR NA SOMBRA DAS GRADES

Na pesquisa realizada, relativamente ao cuidar em enfermagem na prisão, verificou-se que existem poucos trabalhos publicados em contexto nacional.

Acreditando que a reflexão do seu cuidar pode contribuir para a excelência dos cuidados ao recluso, surgiu a necessidade de nos debruçarmos sobre esta temática, de forma a aprofundar os conhecimentos na área de enfermagem.

Foram analisadas as referências na área de enfermagem que abordam os cuidados de enfermagem nos estabelecimentos prisionais, os princípios subjacentes ao cuidar e as necessidades de saúde dos reclusos, tanto no que se refere ao contexto nacional, como internacional. Nesta pesquisa foram utilizadas as bases de dados *online*: *SciELO*, *CINAHL*, *BDEF* e *Google Académico*, tendo sido selecionados artigos nacionais e internacionais. Os descritores utilizados foram: cuidados de enfermagem; prisão; reclusos.

As prisões na sociedade moderna são um lugar complexo, como já foi referido. Os fenómenos de sobrelotação das prisões, a incidência e disseminação das doenças infetocontagiosas (como hepatite, tuberculose, VIH), a elevada prevalência de reclusos com história de abuso, em especial de drogas, o confinamento de pessoas com perturbações mentais, aliada às, por vezes, deficientes condições destas instituições, (Briz, 2003; OMS, 2007), condicionam o contexto dos reclusos e dos profissionais.

A prisão é sinónimo de um ambiente francamente hierarquizado, fundado no isolamento exterior, potencializador da fragilidade humana dos reclusos, que estão privados da sua liberdade, afastados das suas famílias e da comunidade. A prisão, também ela é um local de reencontro, com outros reclusos com relações preexistentes à reclusão, com uma cultura prisional onde os reclusos se organizam em grupos com os seus códigos e as suas próprias regras, muitas vezes distintas dos valores do indivíduo, mas a que este se adapta, porque o grupo proporciona solidariedade e proteção entre si (Diuana *et al*, 2008; Filipe, 2000). Estas condicionantes inerentes ao contexto prisional revestem o cuidar dos enfermeiros de singularidade.

No artigo publicado na revista da Ordem dos Enfermeiros Portugueses, por Tavares (2009), este considera que o cuidar de enfermagem na prisão é distinto da realidade extramuros: “*as acções inerentes à profissão de Enfermagem quer sejam administrativas ou assistenciais, dadas as especificidades do Sistema Prisional, diferenciam-se na sua aplicabilidade da realidade extramuros*” (Tavares, 2009:6), repercutindo-se nas competências dos enfermeiros que trabalham num estabelecimento prisional, o que implica que os enfermeiros tenham necessidade de desenvolver competências em diferentes áreas: na área pessoal, forense, da formação e da reinserção social. Na área pessoal, este autor reforça a importância da relação terapêutica entre o enfermeiro e o



recluso, a disponibilidade, a presença e a escuta como elementos chaves, abstendo-se de juízos de valores. Na área forense, uma das particularidades do cuidar entre muros é a capacidade de distinguir as ações que os reclusos possam ter, muitas vezes associados à sua patologia mental, que não são intencionais e, por isso, deve ser encarado como um momento de crise, distinto de um ato deliberado contra as regras da instituição. Este autor considera inerente aos cuidados de enfermagem a responsabilidade de formação relacionada com a saúde, tanto aos reclusos, visando a adoção de comportamentos preventivos na doença física e mental, como aos diferentes profissionais destas instituições. Na área de reinserção social, o enfermeiro assume-se como o elo de ligação entre o recluso e a comunidade em geral, assegurando o encaminhamento e a adaptação ao regresso à comunidade, através da continuidade dos cuidados de enfermagem (Tavares, 2009).

Na procura de compreender a perspectiva que o recluso tem sobre o cuidado dos enfermeiros, Filipe (2000) percebe que o recluso espera ser valorizado na sua condição humana como pessoa. O contexto cultural e subcultural da prisão deve ser entendido pelos enfermeiros, de forma a compreender os seus efeitos e as implicações que advêm tanto para o recluso, como para os profissionais que estão presentes neste contexto. As relações entre os reclusos e os profissionais num ambiente prisional são hierarquizadas e sentidas pelos reclusos como despersonalizadas. No entanto, a relação entre o enfermeiro e o recluso é percebida pelo recluso como um processo facilitador da expressão da sua subjetividade, das suas emoções, sentimentos e afetos, recuperando o recluso do anonimato, valorizando que desta relação o sentido é o respeito pela sua dignidade humana e por isso é uma relação tida como gratificante. O recluso realça no cuidar dos enfermeiros, à parte da competência técnica e dos aspetos instrumentais, a disponibilidade, a comunicação, a escuta ativa como expressão e o respeito do recluso como pessoa. Para esta autora, cuidar na prisão, no sentido da dignificação da pessoa reclusa, revela-se um desafio na relação entre o recluso e o enfermeiro, exigindo envolvimento do enfermeiro, intelectual e afetivo, para compreender a pessoa reclusa, bem como uma consciencialização de si mesmo (Filipe, 2000).

Num estudo publicado pela Ordem dos Enfermeiros, dirigido pelo GECEPEEP (OE, 2012), relativo ao período de 2009-2011, pretendendo conhecer a realidade dos cuidados de Enfermagem prestados nestes estabelecimentos, constatou-se que a falta de liberdade, a limitação da autodeterminação dos reclusos e o seu afastamento do mundo exterior, têm implicações no desenvolvimento das competências dos enfermeiros, exigindo destes uma atitude de cuidado ético, conciliando as necessidades dos reclusos e as condicionantes inerentes à reclusão. De acordo com este documento as competências dos enfermeiros englobam a área de formação, forense, de reinserção



social, relação terapêutica e dos cuidados em ambientes de risco. Os cuidados de enfermagem no contexto prisional estão condicionados por diferentes razões, como as deficientes condições físicas, o tempo insuficiente que os enfermeiros dispõem para dedicar à prestação dos cuidados de qualidade, que respondam adequadamente às múltiplas necessidades individualizadas dos reclusos.

O GECEPEEP (OE, 2012) destaca como experiências positivas a articulação dos cuidados de enfermagem entre os estabelecimentos prisionais e os centros de saúde, a referenciação do papel dos enfermeiros nas ações de educação para a saúde, entre outras.

Cuidar em enfermagem implica a dimensão ética no seu agir. A responsabilidade e o compromisso dos enfermeiros é para com a pessoa que cuidam, na defesa da sua dignidade humana. As orientações do Código de Ética do Conselho Internacional de Enfermagem (International Council of Nurses (ICN), 2011) são claras. Como dimensão ética do seu agir defendem a responsabilidade dos enfermeiros em promover e restaurar a saúde, prevenir a doença, aliviar o sofrimento dos reclusos e dos detidos, sem nenhuma atitude discriminatória, respeitando as seguintes premissas:

- ✓ *“Os enfermeiros que tenham conhecimento de abusos e maus-tratos devem tomar as medidas adequadas para salvaguardar os direitos dos detidos e presos;*
- ✓ *Os enfermeiros que trabalham nos serviços prisionais não devem assumir as funções dos guardas prisionais, como a restrição ou revistas corporais para o propósito da segurança;*
- ✓ *A enfermagem/pesquisa em saúde deve ser baseada em padrões éticos e respeito pelo ser humano e a proteção da sua saúde e dos seus direitos. Os enfermeiros só deverão participar em pesquisa clínicas com o preso ou detido com o seu consentimento informado;*
- ✓ *Os enfermeiros deverão colaborar com os outros profissionais de saúde e com as autoridades das prisões nos cuidados e na gestão para reduzir o impacto da sobrelotação das prisões e do ambiente insalubre na transmissão das doenças infecciosas, tal como VIH, hepatite, tuberculose;*
- ✓ *Os enfermeiros deverão abster-se de utilizar os seus conhecimentos e habilidades ou informações clínicas do indivíduo que de qualquer maneira viole os direitos dos detidos e dos prisioneiros;*
- ✓ *Os enfermeiros defendem o respeito pela dignidade humana, respeito pela individualidade do recluso e pelas necessidades básicas de vida” (ICN, 2011:1).*

Na sua dissertação de mestrado “A prática de Enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades”, Souza (2006) realizou um estudo descritivo, realizado em estabelecimentos prisionais brasileiros, cujo objetivo era identificar os princípios que



norteiam a prática de enfermagem e os limites e possibilidades dos cuidados de enfermagem. Esta autora identificou como princípios de atuação nos cuidados de enfermagem “(...) *a prática do cuidado e a relação de ajuda na atenção dos apenados*” (Souza, 2006:55). Os cuidados de enfermagem na prisão apresentam limitações que se prendem com as questões de segurança, a presença constante do guarda prisional, a perigosidade de alguns reclusos e as condições psicológicas tanto dos reclusos como dos enfermeiros. As dificuldades que identifica como sentidas pelos enfermeiros na realização dos cuidados de enfermagem relacionam-se com a falta de autonomia, a precariedade dos serviços de saúde, a falta de infraestruturas das unidades prisionais e a dependência constante dos guardas prisionais, bem como a sua presença constante durante os cuidados de enfermagem.

No entanto, os enfermeiros reclamam por mais segurança nas prisões, pois a segurança nas prisões está mais vocacionada para evitar a fuga dos reclusos do que para a proteção dos profissionais de saúde. De acordo com este mesmo estudo os enfermeiros sentem que necessitam de treino nas questões de segurança e uma maior interação entre os enfermeiros e os agentes de segurança. Um dos temas que emergiu na pesquisa de Souza (2006) foi o conflito entre os objetivos dos cuidados de enfermagem e os objetivos de segurança, inerentes ao regime prisional.

Weiskopf (2005) conduziu um estudo fenomenológico sobre a experiência vivida por enfermeiros que cuidam pacientes reclusos nas prisões americanas. Para os enfermeiros participantes, cuidar na prisão representa um contexto difícil e é considerado como totalmente diferente de outros contextos de cuidados. Uma das dificuldades apontadas é a construção de um ambiente de cuidado, que por vezes se revela incongruente com os objetivos da prisão. Estabelecer uma relação terapêutica com o recluso, num ambiente restritivo pelas questões de segurança, tem impacto nos cuidados de enfermagem, segundo as descrições de alguns enfermeiros. Uma das limitações apontadas refere-se à demonstração de expressões de carinho para com os reclusos, o que gera para estes enfermeiros sentimentos de frustração, por considerarem que esta inibição tem impacto na relação enfermeiro e recluso. Outra limitação são os sentimentos de frustração dos enfermeiros relativamente à indiferença demonstrada por colegas de profissão para com os reclusos, que eles associam a comportamentos hostis e manipuladores de alguns reclusos. Porque cuidar de reclusos implica riscos, a segurança está sempre na mente desses enfermeiros, estando sempre vigilantes, conscientes de que a segurança é uma parte vital da sua prática. Os enfermeiros que cuidam na prisão têm que negociar entre duas culturas, a de custódia e a de cuidar, sendo que esta complexidade condiciona limitações e frustrações para o enfermeiro (Weiskopf, 2005).



Neste estudo os enfermeiros descrevem o cuidar em enfermagem como “*estar lá*”, reconhecendo o sofrimento da pessoa reclusa. No seu cuidado mostram compaixão, respeito, disponibilidade para escutar, resgatando o recluso da sua solidão. Cuidar significa tratar os reclusos como clientes, como seres humanos com dignidade, valorizando-os na sua humanidade, enfatizando as relações interpessoais do cuidar em enfermagem (Weiskopf, 2005).

No estudo efetuado por Powel *et al.* (2010) a maioria dos enfermeiros citou os problemas de saúde mental dos reclusos como sendo uma questão substancial. Os participantes expressaram preocupação por considerarem que não conseguiam providenciar aos reclusos os cuidados adequados. Sugeriram que o problema decorre da forma de lidar com a saúde mental, pela excessiva dependência de psiquiatras e psicólogos, que tradicionalmente desempenham esse papel.

Perry *et al.* (2010) salientam o amplo papel do enfermeiro no sistema prisional, sendo os principais focos de atenção dos cuidados de enfermagem a avaliação inicial dos problemas de saúde do recluso, que é vital para fornecer informações sobre a saúde e os riscos de danos para si ou para outrem; a proteção de direitos como o da confidencialidade, consentimento e proteção de informações sobre o recluso; a própria segurança destes, o que engloba a compreensão da importância de monitorizar os atos de violência e ameaça à integridade física dos reclusos; a gestão de riscos e prevenção de suicídio e automutilação, sendo essencial que haja avaliação mental dos reclusos em risco e implementação de planos de atendimento individual; a transferência entre instituições de saúde ou prisionais e no momento em que o recluso retorna à comunidade, sendo indispensável garantir a continuidade dos cuidados. Para isso é importante que todos os problemas de saúde físicos e mentais, abuso de substâncias sejam identificados e asseguradas as devidas orientações.

Os desafios da gestão da saúde mental nas prisões são amplos e complexos, dada a alta incidência de doença mental e comportamentos de abuso de substâncias entre os reclusos, sendo vital que estes tenham acesso a serviços de apoio adequados. O enfermeiro deve ser capaz de responder às necessidades específicas de saúde de uma população diversificada, particularmente em relação às etnias, sexualidade, religião, língua, nomeadamente nas intervenções relativas à desintoxicação, terapias psicossociais e medicamentosas, já que um sistema integrado de tratamento de drogas reúne várias intervenções para dar continuidade ao cuidado e na prevenção e controle de doenças transmissíveis com uma abordagem que parece ter um benefício significativo para o recluso e para a sociedade (Perry *et al.*, 2010).

Estes autores salientam a problemática dos enfermeiros na gestão dos fármacos e da própria farmácia, representando esta área um verdadeiro desafio para os enfermeiros,



pela possibilidade de comércio de drogas entre reclusos. Na promoção da saúde, as intervenções dos enfermeiros são cruciais na educação para a saúde e na gestão e orientação das doenças crônicas como a diabetes, hipertensão, insuficiência renal. Os cuidados de enfermagem aos reclusos idosos em ambiente prisional vocacionam-se numa abordagem centrada na promoção da saúde e da independência. Por fim, os enfermeiros têm que dar resposta a situações de emergência a qualquer momento. Consideram que é necessária uma cultura de apoio para o desenvolvimento da enfermagem nesta área de cuidados, apesar de esta já demonstrar sinais de evolução (Perry *et al.*, 2010).

No seu cuidar, os enfermeiros consideram o respeito à autodeterminação e autonomia do recluso, fomentando a parceria nos cuidados entre o recluso e os enfermeiros, tornando-os capazes de decidir de forma informada sobre o seu projeto de saúde (Powell *et al.*, 2010). No entanto, de acordo com a OMS (2007), é notória a dificuldade em proporcionar num ambiente prisional, hierarquizado, penalizador e de subordinação focada na segurança, as condições necessárias que proporcionem os cuidados de saúde individualizados numa perspetiva de autodeterminação do cliente.

Em suma, os dados identificados da nossa pesquisa sobre os cuidados de enfermagem no sistema prisional no contexto nacional foram diminutos (Tavares, 2009; Filipe, 2000; OE, 2012), sustentando a determinação e a pertinência de refletir sobre o cuidar reclusos. Mas não é só no campo nacional que o investimento profissional é sentido como importante pelos enfermeiros, tendo sido também referido por Perry *et al.* (2010).

A necessidade de formação e investigação relativamente aos cuidados de enfermagem em contexto prisional foi sentida e descrita nos diferentes trabalhos e artigos analisados: GECEPEEP (OE, 2012), Perry *et al.* (2010) e Weiskopf (2005). Como não poderíamos deixar de frisar, não se pode falar de desenvolvimento profissional sem falar numa prática baseada na evidência, no investimento, na investigação no que concerne às diferentes vertentes da enfermagem, indo de encontro à visão de que “(...) a *Investigação em Enfermagem é essencial para o Desenvolvimento, a Avaliação e a Expansão do conhecimento em Enfermagem*” (OE, 2006:2).



CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO

1. PROBLEMÁTICA DO FENÓMENO EM ESTUDO

O campo de investigação qualitativa é abrangente, engloba diferentes correntes epistemológicas que nos orientam para diferentes metodologias, em permanente evolução. A enfermagem enquanto ciência tem-se apropriado destes recursos para questionar, explorar e construir o seu conhecimento. Sendo a essência da enfermagem CUIDAR vidas humanas, as inter-relações humanas são primordiais, o conhecimento empírico, tradicionalmente positivista que acredita em dados objetivos e lógicos, não responde a todas as experiências e fenómenos subjetivos vivenciados pelos enfermeiros e pelos seus clientes. Na enfermagem, a realidade dos cuidados advém duma relação de vivências e experiências entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, devendo estes serem encarados na sua objetividade e subjetividade, validando um cuidar multidimensional.

O conhecimento na disciplina de Enfermagem e o desenvolvimento profissional dependem do investimento dos seus profissionais na área de investigação, que permitirá a fundamentação do seu cuidar baseado na evidência, “(...) a *investigação como contributo para o desenvolvimento da enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados*” (OE, 2003:23), assumindo que cuidar em enfermagem se centra na relação entre o enfermeiro e a pessoa de quem cuida.

A seleção do paradigma orientador da investigação decorre da pergunta de partida, da problemática e dos objetivos da investigação (Streubert e Carpenter, 2002; Loureiro, 2006; Giorgi e Sousa, 2010).

A nossa procura do sentido que os enfermeiros atribuem ao cuidar de reclusos, reportou-nos às vivências dos enfermeiros, ao mundo interior de quem vive diariamente o cuidado ao recluso. Como chegar à subjetividade, como captar a essência, o sentido das experiências vividas, pareceu-nos apenas ser possível pela descrição de quem vive esse cuidar, recorrendo a uma metodologia de investigação qualitativa.

1.1. Questão de investigação

Neste estudo, depois de exposta a problemática, a pergunta que surge é: Qual a estrutura essencial da experiência dos enfermeiros que cuidam de reclusos em estabelecimentos prisionais? Torna-se, assim, óbvia a opção por uma abordagem enquadrada no paradigma qualitativo, lançando mão ao método fenomenológico, na



tentativa de obter dados que permitam compreender a experiência vivida pelos enfermeiros que cuidam reclusos.

Este método de investigação permitirá apreender a experiência vivida pelos enfermeiros que cuidam reclusos, o seu significado, os sentimentos e a essência desse cuidar.

1.2. Objetivo e finalidade

Recorrer à descrição das experiências do cuidado dos enfermeiros permite compreender o significado da sua experiência humana, assim como descrever o processo de cuidar em contextos singulares.

O objetivo deste estudo é *“compreender a experiência vivida pelos enfermeiros, de cuidar reclusos em estabelecimentos prisionais”*. É, no fundo, refletir sobre os pormenores do seu cuidar e explorar as vivências que se revestem de uma natureza de cuidar própria.

Com a preocupação de aprofundar esta temática, orientando o nosso estudo para a compreensão do cuidar, na perspetiva dos enfermeiros que o vivenciam ao cuidar de reclusos num estabelecimento prisional, teve origem o título: *“Cuidar entre as Grades: Vivências dos Enfermeiros”*.

A finalidade deste trabalho de investigação é contribuir para a compreensão do cuidado prestado às pessoas que vivem num ambiente de reclusão e, desta forma, contribuir para a humanização do cuidar em enfermagem, neste contexto particular.

1.3. Tipo de estudo

A enfermagem, no seu quotidiano, lida com questões existenciais e subjetivas, questões ponderadas por quem é cuidado e por quem cuida. Os enfermeiros, ao refletirem sobre si mesmo e sobre o seu cuidar, mergulham no âmago da subjetividade do cuidar.

A opção em termos metodológicos para o estudo insere-se no paradigma qualitativo tratando-se de um estudo exploratório, descritivo e de orientação fenomenológica, na medida em que se pretende compreender o que significa cuidar reclusos sob a perspetiva dos enfermeiros que vivenciam esta experiência. A fenomenologia é a metodologia preconizada para um estudo que procura a essência de uma experiência quotidiana. Watson (2002a) considera que esta permite aceder à compreensão da experiência, como



esta é percebida pela pessoa que a vivencia e “*estas experiências podem incluir um fenômeno como o de cuidar (...)*” (Watson, 2002a:137).

A prática de enfermagem é na sua essência relacional. O cotidiano do enfermeiro é envolto nas relações interpessoais com a pessoa que cuida, com a família, com os outros enfermeiros e com outros profissionais, em que cada um, na sua unicidade, vive essa relação no seu sentir. A fenomenologia como metodologia que permite investigar os fenômenos subjetivos das vivências cotidianas, do mundo vivido, direcionará com rigor científico a nossa procura de desconstruir o que significa cuidar de reclusos para os enfermeiros. A fenomenologia “*(...) trata de pôr entre parêntesis as coisas e procurar como elas começaram, qual o sentido que dou ao que eu vivo, de uma desconstrução do conhecimento a fim de tornar tudo mais rigoroso*” (França, 2012:28).

A fenomenologia permite a imersão no discurso e na expressão do mundo das vivências humanas, como método de investigação rigoroso e crítico (Streubert e Carpenter, 2002) permitindo validar a abordagem dos fenômenos experienciados pelos enfermeiros na sua prática diária.

Para Loureiro (2006) é essencial a adequabilidade entre a opção metodológica a problemática em estudo, os objetivos e a pergunta de partida, considerando que a fenomenologia será o método de eleição numa investigação que pretenda estudar a experiência vivida no olhar do sujeito que a vivencia. Consideramos que, de acordo com estes parâmetros, a fenomenologia é o método que se adequa à nossa investigação.

Este trabalho procura compreender o que significa cuidar reclusos para os enfermeiros que no seu cotidiano vivenciam a experiência de cuidar reclusos, através das descrições destas suas vivências. Pretendemos estabelecer com estes um diálogo íntimo que permita a partilha do seu mundo enquanto enfermeiros, procurando desconstruir o discurso linguístico dos sentimentos e emoções, para construir o significado e a essência da experiência de cuidar pessoas encarceradas. Durante o seu percurso pautaremos sempre por manter a fidelidade dos discurso dos enfermeiros participantes, suspendendo a perspectiva do investigador.

1.3.1. Fenomenologia como corrente filosófica

A palavra fenomenologia deriva de duas palavras de raiz grega: *phainomenon* (aquilo que se mostra a partir de si mesmo) e *logos* (ciência ou estudo), ou seja a ciência dos fenômenos. Por conseguinte, etimologicamente, é a ciência que estuda o fenômeno e que objetiva a descrição desse fenômeno enquanto experiência vivida (Streubert e Carpenter, 2002).



A fenomenologia é referenciada, não só enquanto método de investigação rigoroso, crítico e sistemático, que permite o estudo das essências, dos fenômenos enquanto experiências vividas, mas antes de mais como uma filosofia (Triviños, 1987), “(...) a fenomenologia é a filosofia ou teoria do único; mas o que a caracteriza fundamentalmente é que ela tem início no mundo vivido” (Van Manen, 1990:7).

A fenomenologia é filosofia submetida ao rigor do seu próprio método, “a fenomenologia husserliana é, em primeiro lugar uma atitude ou postura filosófica e, em segundo, um movimento de ideias com método próprio, visando sempre o rigor radical do conhecimento” (Zilles, 2002:9).

São dois os nomes reconhecidos como historicamente fundadores das duas grandes correntes fenomenológicas, a descritiva e a hermenêutica, correspondentemente, Edmund Husserl (1859-1938) e Martin Heidegger (1889-1976).

Por ir de encontro ao objetivo deste estudo a nossa exposição centrar-se-á na fenomenologia descritiva de Edmund Husserl, considerado o grande impulsionador da fenomenologia, como filosofia, ciência e como método, “(...)”fenomenologia” designa um método e uma atitude intelectual: a atitude intelectual especificamente filosófica, o método especificamente filosófico” (Nijhoff, 2012:44).

Husserl foi marcadamente influenciado pelo seu mestre Franz Brentano, filósofo e matemático. Como seguidor do seu mestre, idealiza a filosofia como uma ciência rigorosa, assim como as denominadas ciências naturais. Idealiza que o conhecimento incide na “*experiência comum*”, no olhar o mundo real como ele se apresenta na consciência. Procura o rigor científico da filosofia assente num método. Para Husserl “(...) se é que pretendo chamar-me filósofo (...) sem clarificar em traços gerais, o sentido, a essência, os métodos, os pontos de vista capitais de uma crítica de razão; sem dela ter pensado, esboçado, estabelecido e demonstrado um projecto geral, não posso verdadeira e sinceramente viver” (Nijhoff, 2012:10).

Para Husserl, a fenomenologia enquanto filosofia orienta-se para o mundo interior, transcendental e pretende explorar a consciência transcendental, subjetiva, não necessitando de explorar o mundo exterior – o mundo *transcendente*. A procura da evidência apodítica está na subjetividade transcendental através da descrição dos fenômenos puros (Zilles, 2002). Husserl concebe uma ontologia do mundo não circunscrito às ciências naturais, centrada no objeto, mas ao mundo como vivido, “(...) tudo o que sei do mundo, mesmo devido à ciência o sei a partir de minha visão pessoal ou de uma experiência do mundo sem a qual os símbolos da ciência nada significariam” (Triviños, 1987:43).

A fenomenologia como filosofia objetiva é a procura radical do fenômeno, o mais puro, ou seja voltar “às coisas mesmas”, *prima filosofia*, na procura da evidência apodítica na



subjetividade transcendental, “(...) *prescindindo do trabalho intelectual realizado nas ciências naturais(...)*” (Nijhoff, 2012:45). A filosofia de Husserl considera que a fenomenologia deve ser rigorosa e crítica, no entanto não podendo assentar o rigor numa metodologia das ciências naturais, já que os seus pressupostos se separam (Nijhoff, 2012). Como tal, é exigido um método igualmente rigoroso como nas ciências naturais, igualmente objetivo, ou seja, a fenomenologia como método que permite a análise das vivências do *eu*. Na exigência deste rigor para a fenomenologia como filosofia, no seu exercício reflexivo, Husserl exige três condições, a ausência de pressupostos, o caráter *a priori* e a evidência apodítica (Zilles, 2002).

Com o fim de constituir alguns conceitos que consideramos fundamentais na abordagem fenomenológica, no ponto seguinte faremos um breve resumo sobre consciência, intencionalidade, fenómeno, percepções, redução fenomenológica, evidência apodítica e essências.

A experiência, o objeto ou a memória, aparece à consciência que é minha e por isso, única, não se podendo dissociar de mim ou do meu corpo. A consciência é relacional na medida que é através dela que eu vejo o mundo. A descrição de fenomenologia de Husserl centra-se no conceito de intencionalidade (Triviños, 1987). A intencionalidade significa que a consciência é consciência de algo, de um objeto, para além de si. E assim, não existe consciência sem o mundo, nem mundo sem a consciência, “(...) *esta intencionalidade é da consciência que sempre está dirigida a um objeto (...)*” (Triviños, 1987:42). A intencionalidade significa que a consciência é consciência de algo, uma percepção, uma experiência, um sentimento, isto é, a consciência projeta-se para fora de si. A fenomenologia privilegia a interpretação do mundo que surge *intencionalmente* à nossa consciência. Para Giorgi e Sousa (2010), as percepções e recordações são atos de consciência intencionais porque visam um objeto, uma vivência, têm elementos reais e ideais que transpõem o tempo, o espaço e experienciado.

O fenómeno refere-se à presença de algo como nos é dado ou experienciado (Giorgi, 1997) e este é assumido por Husserl como tendo duas apresentações, o aparecer, e o que aparece. Husserl (Nijhoff, 2012) pretende evidenciar o fenómeno como o aparecer, no sentido que para a fenomenologia o fenómeno tem interesse como objeto cognoscitivo para investigação.

Na perspectiva husserliana as percepções não são mais que vivências do sujeito, como sujeito que percebe, referindo que “*igualmente são vivências subjectivas a recordação e a expectativa, todos os actos intelectuais sobre elas edificados em virtude dos quais se chega à posição mediata de um ser real e ao estabelecimento de quaisquer verdades sobre o ser*” (Nijhoff, 2012:40). As percepções remontam ao mundo próprio e quando



Husserl aborda as percepções evoca “as coisas mesmas”, no sentido em que, o que permanece das vivências é o percebido.

Para Husserl as vivências “são os primeiros dados absolutos” (Nijhoff, 2012:11), ou seja o conhecimento e a possibilidade do conhecimento advém da reflexão das vivências. A redução fenomenológica permite desnudar até aos dados mais puros, as vivências transcendentais e cognitivas. A reflexão e a apreensão destes dados constituem e formam o conhecimento, “(...) a existência da cogitatio, da vivência, é indubitável enquanto se experimenta e sobre ela simplesmente se reflecte; o apreender e o ter intuitivos e diretos da cogitatio são já um conhecer; as cogitationes são os primeiros dados absolutos” (Nijhoff, 2012:21).

A fenomenologia, ao pretender estudar a consciência intencional e o fenómeno no seu modo de aparecer sem pretensões, procura explorar a essência das vivências intencionais. Husserl propõe, como objeto da fenomenologia, a consciência pura no sentido eidético e a redução fenomenológica que permite purificar o fenómeno, ou seja a redução como suspensão da existência do mundo, através de vários exercícios *epoché*, de suspender juízos relativos ao fenómeno. Para aceder ao fenómeno puro é necessário suspender, pôr entre parênteses (“*epoché*”) o juízo em relação à atitude natural, ao mundo exterior e descrever o mundo como este se apresenta na consciência. O que é proeminente, não é o objeto em si, é a própria consciência desse objeto, “(...) e assim sendo o começo absoluto tem que estar no objeto enquanto consciente” (França, 2012:25). A *epoché* refere-se, também, ao conhecimento científico prévio, ideias pré-concebidas do investigador. Não é negá-lo, mas suspendê-lo para desconstruir o fenómeno até ao seu dado mais puro - a sua essência: “a *epoché* implica basicamente dois aspectos, suspensão da atitude natural e suspensão das crenças científicas e culturais” (Giorgi e Sousa, 2010:50).

A redução fenomenológica é a depuração do transcendente em geral, do que não é dado absoluto e permite aceder às vivências puras: “(...) só mediante uma redução, que também já queremos chamar redução fenomenológica, obtenho eu um dado (*Gegebenheit*) absoluto, que já nada oferece de transcendência” (Nijhoff, 2012:68).

A fenomenologia para Husserl deve apoiar-se na evidência apodítica, ou seja, inquestionável (Nijhoff, 2012; Zilles, 2002). A redução fenomenológica tem por objetivo alcançar a essência de um fenómeno, fenómeno puro que é o fenómeno reduzido, pelo exercício da *epoché*, afastando da sua atitude natural, descrevendo-o até atingir o conhecimento apodítico. A evidência só é atingida quando existe adequação entre o intencionado e o dado, a evidência apodítica refere-se ao surgir do que verdadeiramente é, de tal forma que é inquestionável.



As essências são os elementos, ou dados básicos que estão relacionados com o significado ideal ou real do fenómeno, os conceitos que permitem a compreensão do fenómeno investigado (Streubert e Carpenter 2002). Segundo Husserl, sendo que a consciência transcendental encerra em si significações, o dado mais puro e é plausível de análise *a priori*, sendo estas essências a possibilidade de investigação, “(...) a essência, como um objecto de estudo válido, não dependente da matéria de facto...escapando aos métodos de mensuração experimentais” (cit. por Giorgi e Sousa,2010:45).

Para Husserl “(...) toda a vivência intelectual e toda a vivência em geral, ao ser levada a cabo, pode fazer-se objeto de um puro ver e captar e, neste ver, é um dado absoluto” (Nijhoff, 2012:53). A vivência é dada como um dado, que está lá intuitivamente, “o ver puramente imanente” em que não existe dúvida. E a vivência como objeto, como esta é dada à consciência, por isso estudada na sua estrutura imanente emerge com caracter *a priori* (Zilles, 2002).

1.3.2. Fenomenologia como método de investigação em enfermagem

A fenomenologia descritiva assenta nas estruturas essenciais da experiência que é dada à consciência, a experiência singular. O objetivo da fenomenologia é a descrição do significado das experiências para aqueles que as vivenciaram. Os investigadores suspendem as pressuposições, culturais e científicas, refletem sobre as experiências descritas pelos participantes, e descrevem os dados mais puros, as essências dessa experiência. Segundo Morse (2007) a descrição eidética permite o acesso à descrição do significado de dada experiência, vivência que é fundamental, não só para os participantes.

Este trabalho procura, respeitosamente, a essência do cuidar reclusos na perspectiva dos enfermeiros, assente no seu mundo vivido, na totalidade da experiência que é de cada um, contribuindo para o verdadeiro significado desta vivência.

Segundo Psathas “a investigação fenomenológica começa com o “silêncio”, do investigador, no sentido que este não pressupõe conhecer o significado que as pessoas atribuem à vivência que vai estudar” (cit. por Bogdan e Biklen, 1994:53). O pesquisador deve suspender as suas premissas, as suas crenças e as suas pressuposições.

Amadeo Giorgi, psicólogo americano especialmente vocacionado para a investigação qualitativa na área da psicologia, influenciado por Husserl e Merleau-Ponty, desenvolveu o Método Fenomenológico Descritivo em Psicologia. O seu método teve um forte impacto, na abordagem dos fenómenos das experiências humanas vivenciadas. O seu



método de análise fenomenológico é usado em diferentes problemáticas na área de psicologia, permitindo aos investigadores a utilização da fenomenologia como metodologia rigorosa e criteriosa.

Gostaríamos de evidenciar a obra de Giorgi, não só pelo seu método fenomenológico enquanto opção metodológica em diversos estudos qualitativos na disciplina de enfermagem, mas principalmente, como defensor dos estudos de investigação elaborados por enfermeiros, e na sua crença do esforço e da importância desses trabalhos para o desenvolvimento das ciências e da pesquisa em saúde, como tão bem explicitou Giorgi (1997, 2000a, 2000b). Este psicólogo acentua a pertinência da fenomenologia para a construção do conhecimentos nas disciplinas da saúde, nas suas diferentes dimensões, em especial, na abordagem do cuidar, “(...) *agora a fonte da doença pode exigir o conhecimento médico e da tecnologia, mas eu diria que o cuidar é um fenômeno genuinamente experimental, tanto do lado do receptor e do doador. Isto significa que o tratamento dado tem que ser sensível a situação de todo o outro no mundo, e não apenas aos aspectos médicos e técnicos do corpo da pessoa*” (Giorgi, 2005:82).

Giorgi (1997) defende que as distintas ciências humanas poderão determinar o que é único na sua disciplina e, a partir desta perspectiva encontrar os significados, a sua essência para o seu quadro de conhecimentos, tendo como fundo a investigação fenomenológica. Para Giorgi a fenomenologia, na sua abordagem descritiva, refere-se à totalidade das experiências vividas que pertencem a uma única pessoa enquanto fenómeno da consciência. A consciência assume um papel central, não é *neutra*, para Giorgi tudo o que é descrito e verbalizado é-o porque se apresenta na consciência. A fenomenologia é descrita como o meio de acesso a tudo o que é dado à consciência. A análise fenomenológica, do vivenciado e verbalizado contribui para a apreensão do verdadeiro significado dessa vivência nos diferentes estilos e formas (Giorgi, 1997).

Giorgi (2000a) como seguidor da fenomenologia Husserliana, demarca a importância da intencionalidade da consciência. A intencionalidade como essência da consciência, considerando a intencionalidade intrinsecamente relacional, no sentido que a consciência é reflexiva, está sempre direcionada para o objeto que não é ela própria, mas também para si mesma. O objeto, por seu lado, adquire um sentido mais lato, transcende o ato como é exibido. A relação objeto-sujeito é encarada como existente entre si, e sendo o objeto intrínseco implica estar relacionado com a subjetividade, como tal, deve ser entendido de forma holística.

A análise fenomenológica não exclui a relação sujeito-objeto, nem o significado do fenómeno, do significado objetivo, mas no seu rigor, o seu foco é a clareza do significado do dado, como este se apresenta à consciência. O método de Giorgi envolve a descrição



husserliana da redução a fim de descobrir a essência de um fenómeno com a ajuda da livre imaginação (Giorgi, 1997, 2000b).

Neste trabalho iremos seguir as orientações teórico-metodológicas do método fenomenológico de acordo com Giorgi (1997, 2010, 2012a), que aqui fazemos uma breve exposição e, mais tarde, desenvolveremos os diferentes passos deste método. Para o autor (Giorgi, 1997, 2012a; Giorgi e Sousa, 2010) o seu método inicia-se na consecução das descrições e centra-se em quatro passos principais:

1. Estabelecer o sentido do Todo;
2. Determinação das Partes: Divisão das Unidades de Significado;
3. Transformação da Unidade de Significado Descrita em Linguagem Comum numa Linguagem Científica (de acordo com a perspetiva da disciplina);
4. Determinação da Estrutura Geral de Significados.

1.3.3. O lugar da fenomenologia na ciência de enfermagem

Para Watson (2002a) na relação transpessoal *“o cuidar pode começar quando o enfermeiro entra no espaço de vida ou campo fenomenológico de outra pessoa, sendo capaz de detetar a condição de ser da outra pessoa (...)”* (Watson, 2002a:111). De acordo com esta autora uma análise fenomenológica das vivências dos enfermeiros, que reporta às experiências humanas na saúde, doença e sofrimento, permite enriquecer e aprofundar a compreensão do comportamento humano perante a saúde/doença, permite entender a relação interpessoal do enfermeiro com o cliente, contribuindo para o conhecimento do cuidar e a própria ciência da enfermagem.

Para a enfermagem esta metodologia é pertinente na medida que o ato de cuidar autêntico exige um conhecimento da pessoa cuidada, como um ser existencial com os seus valores, crenças, cultura, vivências, como se posiciona perante os outros e o mundo na sua forma singular.

Para o enfermeiro ser autêntico e estabelecer uma relação verdadeiramente transpessoal com o outro no seu cuidar, deve resgatar em si o seu autoconhecimento. Refletir nas suas vivências, procurar a essência do seu cuidar, que no seu âmago é repleto de subjetividade porque assenta nas multidimensões da relação interpessoal Enfermeiro e Cliente.

A reflexão no contexto deste estudo sobre a Teoria do Cuidado Humano Transpessoal de Jean Watson, surge da nossa partilha pela sua ideologia e filosofia do cuidar, considerando que este referencial pode iluminar a nossa reflexão sobre o tema que nos ocupa. A orientação de Watson é claramente de origem humanística, a sua obra assenta



em referenciais humanistas existenciais tais como: Erikson (1963), Heidegger (1962), Maslow (1954) e Rogers (1967) e é defensora do pensamento e filosofia Oriental vocacionada para a espiritualidade, assumindo que, a sua perspetiva “(...) é *espiritual-existencial e fenomenológica em orientação, mas também se estende sobre alguma filosofia oriental*” (Watson, 2002a:131).

A construção da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson teve início no seu primeiro livro editado em 1979, “*Nursing: the philosophy and science of caring*”, que surgiu da sua procura por um novo significado para a enfermagem e para os cuidados de enfermagem à pessoa. No seu trabalho Watson intende propor uma base ética e filosófica para o cuidar em enfermagem.

Nesta teoria o cerne do cuidar em enfermagem é a pessoa na sua totalidade corporemente-alma-ambiente, a interação do enfermeiro com o cliente, como um processo humano transpessoal, assente no respeito da intersubjetividade da pessoa, e do enfermeiro. Cuidar é o ideal moral da enfermagem. A enfermagem socialmente tem o compromisso moral para cuidar, objetivando a promoção da saúde do indivíduo e da comunidade, a melhoria da dignidade humana e a preservação da humanidade.

Como disciplina, Watson defende que enfermagem é uma ciência humana, tem um papel a desempenhar no contributo para o desenvolvimento das ciências humanas e da saúde, pela especificidade dos seus cuidados. No seu modelo, viver enfermagem é procurar o crescimento da sua disciplina, investigar e praticar, sempre assente no amor pelo outro e pela natureza (Watson, 2002a; 2002b).

A Teoria do Cuidado Humano Transpessoal, de Watson, no decorrer das suas publicações foi evoluindo, com o intuito de clarificar o contributo da enfermagem para a sociedade, *arquitetar* a prática de enfermagem e ajudar na resolução de problemas empíricos e conceituais inerentes aos cuidados de enfermagem à pessoa. A sua teoria fundamenta-se na ontologia das relações e no conhecimento epistemológico (Watson, 2002b).

Para Watson, cuidar deve honrar a experiência do vivido do *eu* e do *outro*, preservando a humanidade da relação, a dignidade humana, respeitando o outro na totalidade e unicidade do seu ser, principalmente, quando este está fragilizado. Este modo de cuidar incorpora uma consciência do outro, valorizando o conhecimento das necessidades da pessoa, nas suas diferentes dimensões. Para isso, o seu agir é intencional e consciente, revelando um autêntico *estar com*, que contribua para uma mudança positiva no bem-estar dos outros (Watson, 2002b).

A enfermagem como uma ciência humana tem por função cuidar a totalidade da pessoa, perspetivando-a como um ser em relação com os outros e com o mundo. O processo de cuidar corresponde a atos humanitários e epistémicos que contribuem para



a preservação da humanidade e dignidade humana (Watson, 2002b). Considera que é da reflexão da relação do *eu*, enfermeiro, e do *outro*, sujeito que necessita de cuidados, dos significados subjetivos, das experiências vivenciadas e do comportamento humano na saúde e doença, que se constrói o conhecimento em enfermagem, como uma ciência e profissão em seu próprio direito, distinguindo das outras formas de cuidar na saúde.

Cuidar exige respeito e consagração pela Pessoa e pela Vida humana e a proteção de valores como a autonomia e liberdade de escolha. O seu quadro de valores baseia-se no respeito e valorização do mundo subjetivo e reconhecimento da espiritualidade, da pessoa cuidada e do enfermeiro, como esta influencia a vivência da condição saúde-doença.

No cuidar transpessoal o enfermeiro é reconhecido como coparticipante no processo de cuidar-curar, estabelece uma relação direta entre o cuidado e sentimentos como amor, afeto, compaixão. A consciência desta dualidade e a expansão desta energia, que o reconhecimento de si próprio, das suas potencialidades e capacidades impulsiona o autocuidado, o autocontrole (Watson, 2002a).

Os fatores de cuidado definidos por Watson integram o sistema de valores da teórica e estabelecem uma fundamentação filosófica para a prática de enfermagem, (Watson, 2002b; Veiga, 2006): o comportamento altruísta em relação aos outros; o respeito pela dimensão espiritual e subjetiva da pessoa, e o significado desta no processo de cuidado e cura. Os profissionais que são sensíveis aos outros são mais capazes de reconhecer os significados subjetivos na condição de saúde-doença. O respeito, a gentileza e a dignidade que o enfermeiro dedica à pessoa começa em si mesmo. Por sua vez, a sensibilidade por si mesmo leva ao autoconhecimento e à autorrealização.

Na teoria de cuidado transpessoal a condição de saúde/doença é vista como uma experiência única, total, repleta de significados pessoais. Como a pessoa a entende e vivencia relaciona-se com as crenças culturais, com os significados subjetivos que atribui ao Eu interior, e aos sujeitos de relação, como percebe o passado, o presente e como projeta o seu futuro. Isto corresponde à totalidade da experiência, o que constitui o seu campo fenomenológico.

Watson (2002a) defende que o cuidar em enfermagem é um processo intersubjetivo e de conhecimento epistémico, onde o cuidado se concretiza quando a enfermeira entra no campo fenomenológico da pessoa cuidada, e é capaz de reconhecer, sentir e responder às necessidades desta, criando condições à pessoa para expor as suas emoções, experiências e pensamentos significativos, com a finalidade do autocontrole e da restauração da harmonia entre o corpo-mente-espírito.



Para explicar os seus conceitos teóricos, Watson define como pressupostos:

- ✓ “O cuidar é o foco unificador central da prática da enfermagem – a essência da enfermagem;
- ✓ O cuidar só pode ser demonstrado e praticado com eficiência se for feito interpessoalmente;
- ✓ O cuidar consiste em fatores do cuidar que resultam na satisfação determinadas necessidades humanas;
- ✓ O cuidar eficiente promove a saúde e o crescimento individual ou familiar;
- ✓ As respostas do cuidar aceitam uma pessoa não apenas como ela é atualmente, mas como pode vir a ser;
- ✓ Um ambiente de cuidar proporciona o desenvolvimento do potencial, enquanto permite que a pessoa escolha melhor ação para si num dado momento;
- ✓ O cuidar é mais promotor de saúde do que a cura. A prática do cuidar integra conhecimentos biofísicos com conhecimentos do comportamento humano para gerar ou promover a saúde e para prestar assistência aos que se encontram doentes. A ciência do cuidar é, portanto, complementar à ciência do curar;
- ✓ A prática do cuidar é vital para a enfermagem” (Watson, cit. por Tomey e Alligood, 2004:169-170).

Integrando os seus pressupostos, o sistema de valores e a sua filosofia Watson define os principais conceitos meta paradigmáticos da enfermagem: saúde; enfermagem; pessoa e ambiente.

A saúde foca-se na totalidade da natureza do indivíduo, ao nível físico, social, estético e moral, “saúde refere-se à unidade e harmonia na mente, no corpo e na alma.” (Watson, 2002a:87). A saúde reporta-se ao equilíbrio entre o Eu percebido e o Eu experienciado, pressupõe harmonia nas diferentes esferas do Eu, e com o mundo. Uma inquietação ou desarmonia nas diferentes esferas da pessoa, Eu interior, mente, corpo, alma, uma incongruência entre o Eu percebido e o Eu vivenciado ou com a relação com o mundo, pode implicar mal-estar. Esse mal-estar, conscientemente ou inconscientemente, pode resultar em doença. Os processos de doenças também resultam das vulnerabilidades fisiológicas e genéticas, estas por sua vez podem desencadear mais desarmonia. (Watson, 2002a).

Define enfermagem como ciência humana, ou seja, conhecimento, filosofia, valores, compromisso, o cuidar é o referencial moral. Considera enfermagem “(...) como uma ciência humana e o processo de cuidar como actos humanitários e epistémicos significativos que contribuem para a preservação da humanidade” (Watson, 2002a:54). Enfermagem engloba um processo de cuidar na situação saúde/doença, em que o enfermeiro é coparticipante, nas transações humanas de cuidados profissionais, éticos e



estéticos com o objetivo de proteger, e preservar a humanidade. Enfermagem objetiva a ajuda à pessoa na sua totalidade a atingir a harmonia da mente, corpo e alma independentemente das circunstâncias externas, proporcionando o autoconhecimento, autodeterminação, autorrespeito, e autocuidado (Watson, 2002a).

Para Watson cuidar em enfermagem implica atos físicos, mas a consciência que o corpo encerra em si mente-corpo-alma, e este, é o foco de atenção da enfermagem. Esta noção chama a si um cuidado transpessoal e transcultural, exige ao enfermeiro no momento de cuidar a autenticidade da sua presença, uma atenção do cuidar-curar numa vertente ontológica, numa ética de relacionamento.

Pessoa é perspectivada como um Bem que é sujeito de admiração, respeito e de mistério. Segundo a autora, a *pessoa* é o organismo que experiencia e integra as diferentes esferas do seu ser, corpo, mente e alma, influenciadas pelo conceito do Eu. A pessoa está em constante crescimento e evolução, em que as experiências se transformam em conhecimento (Watson, 2002a). Na sua teoria o ser humano é foco de todas as ações de enfermagem num processo de cuidados que é transpessoal.

Segundo Watson criar um ambiente protetor, onde se está consciente do todo, da beleza, do conforto, da dignidade e da paz, é essencial para o cuidado. Promover um ambiente restaurador, onde seja possível o respeito pela pessoa, pela privacidade pelo seu corpo, da expressão dos seus sentimentos e emoções, onde possa expressar as suas crenças espirituais, “*uma relação de cuidar e um ambiente de cuidar atendem ao “cuidado da alma”: o crescimento espiritual do que é cuidado e do que está a ser cuidado*” (Watson, 2002b:103).

Para Watson (2002a) os *Fatores de Cuidado/Processos Caritas* remetem-se às intervenções de enfermagem e relacionam-se com o processo de cuidar. Este exige competência clínica, conhecimento do comportamento humano e respostas humanas no processo de saúde e doença, como também, o conhecimento das necessidades do indivíduo, as suas capacidades e limitações. O enfermeiro é entendido como coparticipante no processo de cuidar.

O Processo Caritas representa uma evolução dos conceitos, dos Fatores de Cuidado Watson (2007). Explicita que o amor, a gentileza pelo outro e por si mesmo, permitem reconhecer o contexto ético e filosófico do cuidar-curar transpessoal e orientar o *momento de cuidar*.

Na *relação de cuidar transpessoal*, Watson (2002a) conota uma união a outra pessoa, considerando-a pela sua unicidade e pelo seu estar-no-mundo. O cuidado inicia-se quando o enfermeiro entra no campo fenomenológico do utente e é sensível à sua condição, ao seu Eu interior. Este momento depende da consciência, intencionalidade do enfermeiro, da sua capacidade de aceder às emoções, pensamentos e significados da



pessoa que experiencia a condição de saúde-doença, sofrimento, dor, ajudando na autorrecuperação e, ou na descoberta do autocontrole.

Esta relação baseia-se na individualidade, sinceridade, clareza e autenticidade, dos sentimentos, nas expressões, doutra forma não é possível uma relação de confiança, nem é possível acercar dos sentimentos da pessoa.

Watson define inicialmente dez Fatores de Cuidado, encarando-os como fundamentais, o que distingue o *cuidar* em enfermagem, sem os quais as ações dos profissionais são puramente tecnicistas concentrando-se unicamente no processo de cura. Na expansão do modelo de Cuidado Humano transpessoal surge, o que parece ser uma justaposição dos Fatores de Cuidado, para o que denominara de Processos Caritas. Este pretende oferecer uma linguagem, termos, conceitos que possam relatar as dimensões humanas, que retratem mais fielmente os processos de cuidar em enfermagem, as experiências humanas vividas, transcendendo a configuração convencional muito vocacionada para a doença e características tecnológicas, salientando aspetos ético- filosóficos, a dimensão espiritual. O que difere os Processos Caritas é decididamente a adequação mais explícita da dimensão espiritual e a evocação do amor e carinho, *“este último trabalho, traz decididamente uma dimensão sagrada para o trabalho de cuidar, tornando mais explícito as experiências humanas vivenciadas como um fenómeno com dimensões filosófico-ético-moral”* (Watson, 2007:131).

No quadro a seguir apresentado podemos relacionar os dez Fatores de Cuidado e os dez Processos Caritas.

Quadro 1 - Fatores de Cuidado/Processos Caritas

Adaptado de Watson (2007:131-132)

FATORES DE CUIDADO	PROCESSOS CARITAS
1. Formação de sistema de valores humanista e altruísta.	1. Praticar o amor, gentileza e a equanimidade, no contexto da consciência do cuidado.
2. Estimular sentimentos de fé e esperança.	2. Ser autenticamente presente, manter, honrar e fortalecer o sistema de crenças e o mundo de vida subjetivo do Eu/e do Outro.
3. Presente uma cultura de sensibilidade por si e pelo outro.	3. Cultivar práticas espirituais próprias e do Eu transpessoal, ultrapassando o próprio ego.
4. Desenvolvimento de uma relação de ajuda e confiança.	4. Desenvolver e manter a relação de ajuda-confiança.
5. Promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos.	5. Estar presente e apoiar na expressão de sentimentos positivos e negativos como conexão profunda do seu próprio espírito e o da pessoa cuidada.
6. Uso sistematizado do método científico na resolução de problemas no processo de tomada de decisões.	6. Usar criativamente maneiras de ser, conhecer e no fazer no processo de cuidar, empregar práticas com sentido artístico nos cuidados.



FATORES DE CUIDADO	PROCESSOS CARITAS
7. Promoção do ensino-aprendizagem assente na relação transpessoal.	7. Imbuir-se numa experiência genuína de ensino e aprendizagem, que atenda à unidade.
8. Na provisão de um ambiente de suporte, protetor e corretor mental, físico e sociocultural e espiritual.	8. Criar um ambiente de reconstituição (cura), nos diferentes níveis (físico, e não físico) sutil de energia e consciência da totalidade, e potenciador do conforto, beleza, dignidade e paz.
9. Assistência na satisfação das necessidades humanas básicas.	9. Ajudar nas necessidades básicas, com intencionalidade de cuidar, honrando a unidade do ser, com consciência que o cuidado humano integra o alinhamento corpo-mente-espírito.
10. Reconhecimento das dimensões existenciais-fenomenológicas e espirituais.	10. Dar abertura e atenção aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte, cuidar da sua própria alma e da do ser cuidado.

Quanto mais profundamente refletimos e compreendemos o papel do cuidar em enfermagem mais o nosso cuidado é distinto, mais afirmamos o nosso papel na sociedade. O cuidado holístico à pessoa é revisto no cuidado à sua totalidade e unicidade respeitando a sua dignidade humana. Os enfermeiros desenvolvem uma consciência de cuidar como preponderante no processo de cura, assente numa relação que envolve o enfermeiro e a pessoa, numa relação crescente no sentido da harmonia, que surge duma experiência de sofrimento, de doença-saúde. Isto exige aos enfermeiros o constante autodesenvolvimento, nas suas competências técnicas e clínicas, e no seu crescimento relacional e espiritual.

Ao proporcionarmos o cuidar humano transpessoal permitimos que a pessoa usufrua de um contexto cuidados de enfermagem humanizado e multidimensional.





2. PERCURSO METODOLÓGICO

2.1. Participantes do estudo

A fenomenologia é descrita como um método que permite ao investigador aceder ao que é dado à consciência, uma vez que tudo o que é falado ou citado está implicitamente incluído na consciência. Por conseguinte, é através da descrição do sujeito que vivencia essa experiência que o investigador tem acesso à sua consciência. Poderemos, então, afirmar que os participantes são um ponto central da investigação fenomenológica.

Num estudo de carácter qualitativo não é exigido que a amostra seja de grande dimensão, pois o que se procura é a riqueza de dados que permita um entranhar no fenómeno (Fortin, 1999). Na metodologia fenomenológica o que o investigador procura nos participantes é a descrição das suas experiências vividas, é a análise da experiência humana enquanto vivida. Como tal, na procura dos participantes, estes são escolhidos deliberadamente, por terem essa vivência em comum, por representarem uma fonte rica em dados sobre a estrutura da experiência que investigamos, o que se projetará nas suas descrições. Mais importante que o número de participantes é a sua representatividade relacionada com a adequação destes ao objetivo do estudo (Fortin, 1999; Giorgi e Sousa, 2010).

Como tal, a nossa opção recaiu numa amostra intencional, por permitir ao investigador escolher os participantes que, na sua opinião, pelas funções que desempenham, são relevantes para o fenómeno estudado. Os enfermeiros que cuidam reclusos, por terem em comum a experiência na primeira pessoa, permitem ao investigador estabelecer um diálogo íntimo partilhando as suas vivências, o que vai originar uma descrição mais exata do fenómeno, “(...) a lógica e o poder da amostra intencional está na seleção de casos ricos de informação para estudar em profundidade” (Patton, 1990:169). O que se coaduna com o método fenomenológico, que procura nas descrições do mundo vivido desvelar os significados do fenómeno.

Visto o investigador não ter qualquer relacionamento, de índole laboral ou social, com enfermeiros nestas condições, aliado ao facto da dificuldade em aceder a enfermeiros que trabalham no sistema prisional, participantes chave deste estudo, optou-se por definir como técnica de amostragem, a amostragem em *bola de neve*, “(...) esta é uma abordagem para a localização de informantes-chave ricos em informação ou casos críticos” (Patton, 1990:176). Como o nome sugere, na amostragem em bola de neve é pedido aos participantes iniciais que indiquem ao investigador outro possível participante, que reúna características que vão de encontro aos objetivos da investigação, porque



vivem ou experienciaram o fenómeno. Este processo é consecutivo, o que possibilita o acesso a um número crescente de participantes. Este tipo de amostragem permitiu-nos a recolha de dados repletos de intersubjetividades e vivências marcantes.

Uma das desvantagens, apontadas por Sixsmith *et al.* (cit. por Streubert e Carpenter, 2002:31) da amostragem em bola de neve, é limitar o estudo pelo *background* idêntico entre os participantes. Para colmatar esse inconveniente, na nossa seleção tentámos obter um grupo de participantes com alguma heterogeneidade, considerando enfermeiros que cuidassem reclusos em diferentes estabelecimentos prisionais, em diferentes regiões do país, limitado, em todo o caso, à dificuldade de acesso a alguns possíveis participantes e pelo tempo disponível para a recolha de dados.

Os participantes foram enfermeiros que trabalhavam em estabelecimentos prisionais na região norte, centro e sul de Portugal. A cada participante foi pedido que sugerisse outros colegas, cujo contributo considerasse ser pertinente, pelas vivências do possível participante, e reunisse as características definidas pelos critérios de inclusão:

- ✓ Ser enfermeiro/a;
- ✓ Exercer funções num estabelecimento prisional, vivenciando o fenómeno de cuidar reclusos;
- ✓ Aceitar voluntariamente participar no estudo.

Na definição dos participantes, através da amostragem em bola de neve, os enfermeiros que aceitaram participar neste estudo, sem exceção, trabalham em estabelecimentos prisionais masculinos. No entanto, consideramos que esse facto não foi prejudicial para o estudo, aliás, pensamos que cuidar num estabelecimento prisional feminino, poderá fazer emergir particularidades pelo facto de nestes estabelecimentos poderem existir crianças.

A intenção de um estudo fenomenológico não é generalizar, mas sim descrever a essência do fenómeno. Casos ricos em informação são aqueles a partir do qual se pode aprender muito sobre questões de importância fundamental para o objetivo da pesquisa (Patton, 1990).

A amostra foi constituída por catorze enfermeiros e a colheita de dados decorreu de dezembro de 2013 a fevereiro de 2014.

A decisão relativa ao término da recolha de dados depreendeu-se essencialmente com a saturação dos dados, ou seja, as descrições pareciam conter informações repetidas, na linha de pensamento de Streubert e Carpenter (2002:37): “(...) a natureza repetitiva dos dados é o ponto no qual o investigador determina que a saturação foi alcançada”.

Para uma breve apresentação dos participantes considera-se a descrição das principais características demográficas e profissionais destes. Dos catorze participantes, cinco são do sexo masculino e os restantes nove, do sexo feminino. A maioria (cinco)



encontravam-se na faixa etária dos 21 aos 30 anos, seguida da faixa etária dos 31 aos 40 anos, com quatro participantes. Os restantes cinco distribuem-se, respetivamente com dois e três, nas faixas etárias entre os 41-50 e 51-60 anos.

Relativamente às Habilitações Académicas, além de todos eles terem licenciatura, três tinham mestrado e quatro haviam efetuado pós-graduações. No que concerne às Habilitações Profissionais, a análise revelou que oito dos catorze participantes haviam concluído um curso de especialização em Enfermagem, sete dos quais em Saúde Mental e Psiquiátrica e um em Saúde Comunitária.

O Tempo de Experiência Profissional dos participantes situou-se, na sua maioria, nos intervalos temporais de 0-5 e 16-20 anos, com cinco cada um. Relativamente ao Tempo de Experiência em Instituições Prisionais a maioria dos participantes, sete, situa-se no intervalo temporal entre os 0-5 anos, seguido de três participantes no intervalo de 16-20 anos. Adicionalmente, doze dos catorze participantes no estudo, têm experiência noutras Instituições de Saúde.

Este tipo de amostragem permitiu aceder a participantes que consideramos que enriqueceram o estudo com a partilha das suas experiências. Esta experiência foi marcante para o investigador pela disponibilidade e envolvimento que os participantes demonstraram, assim como pelas estimulantes descrições que fizeram.

O que de mais apazível reconhecemos é que esta técnica de amostragem, a conduta do processo de recolha e os participantes que tivemos oportunidade de conhecer facilitaram a relação interpessoal e de confiança entre o investigador e os participantes, que foi manifestamente importante para o momento que se avizinhou, o da entrevista.

2.2. Colheita de dados

Os dados numa investigação fenomenológica reportam-se às descrições das experiências e do mundo vivido pelo sujeito. O que o investigador pretende é obter descrições o mais pormenorizadas e íntimas possível, no sentido tanto do concreto como no âmago do subjetivo daquela vivência no seu sentido comum.

A opção pela técnica de recolha de dados prendeu-se com a coerência entre os objetivos da investigação, a metodologia e o acesso aos participantes. Considerando que poderíamos escolher entre diferentes formas de depoimentos, verbais ou escritos, tal como refere Giorgi e Sousa (2010:79) “(...) os dados da investigação podem ser recolhidos através de depoimentos escritos diretos, entrevistas, ou pela combinação de ambos”, a nossa opção foi pela entrevista por consideramos que vai de encontro ao nosso propósito de compreendermos profundamente o mundo vivido pelos participantes.



A recolha de dados deve permitir reunir informações da fonte pretendida, de forma organizada, com o objetivo de conhecer a realidade estudada de acordo com os objetivos pretendidos, de forma fidedigna e válida (Ketele *et al*, 1999), sendo que *“(...) o objetivo de uma entrevista de investigação, no domínio da investigação fenomenológica, é uma descrição tão completa quanto possível da experiência vivida dos participantes sobre um determinado fenómeno de estudo”* (Giorgi e Sousa, 2010:81).

A entrevista foi aberta, por consideramos que é flexível e permite aos participantes a narração e descrição de forma espontânea e natural da sua experiência, encaminhando a apreensão fidedigna das narrações, o que parece ser consistente com a função dada a esta tipologia de entrevistas: *“(...) a entrevista não estruturada (...) quando o entrevistador quer compreender a significação dada a um acontecimento ou a um fenómeno na perspectiva dos participantes”* (Fortin, 1999:247).

Delineada a estratégia de recolha de dados, o passo seguinte foi elaborar o guião da entrevista que nos permitiu aceder ao tema em estudo, e enquadrá-lo no método fenomenológico. Visto que o que procuramos é a descrição das experiências vivenciadas pelos enfermeiros que cuidam reclusos, *“(...) o objetivo de uma entrevista de investigação, no domínio da investigação fenomenológica, é uma descrição tão completa quanto possível da experiência vivida dos participantes sobre um determinado fenómeno de estudo”* (Giorgi e Sousa, 2010:82).

Uma entrevista é um diálogo que habitualmente tem início numa pergunta aberta e com as intervenções do entrevistador que surgem no fluxo do discurso do participante, ou para clarificar quando o discurso é ambíguo (Giorgi e Sousa, 2010). O entrevistador deve estar atualizado sobre a temática da entrevista devendo, no entanto, ser capaz de suspender os seus pressupostos, no sentido de não enviesar o discurso. Neste caso, o facto de o investigador ser um profissional de enfermagem, fora do sistema prisional, um *outsider*, pareceu facilitar o processo de suspensão de qualquer crença ou ideia pré-concebida em relação ao tema. A entrevista, sendo a fonte de dados escolhida, é sentida como a oportunidade do investigador para aceder ao fenómeno que pretende estudar, dentro do mundo natural dos enfermeiros que cuidam reclusos. Como tal, o objetivo principal das entrevistas, é obter descrições mais pormenorizadas, genuínas e focadas nas significações atribuídas às vivências dos participantes (Giorgi e Sousa, 2010).

Consideramos que a narração aprofundada das vivências dos participantes permite entrar no âmago da subjetividade das suas experiências, sendo por isso o nosso pedido de narração o mais aberto possível mas, ao mesmo tempo, orientada para o tema: *“Fale-me das suas vivências, experiências enquanto enfermeiro numa prisão. Por favor descreva os seus sentimentos, pensamentos e percepções sobre a sua experiência como enfermeiro/a que cuida reclusos”*.



Elaboramos um guião de entrevista que fosse de encontro aos objetivos traçados (Anexo I). Posteriormente realizamos uma entrevista teste a uma enfermeira que reunia os critérios de inclusão predefinidos, no sentido de verificar se o guião que tínhamos definido ia de encontro às necessidades da nossa recolha de dados, o que se verificou, não tendo havido necessidade de o alterar.

Num primeiro momento, os enfermeiros foram contactados individualmente, por telefone e/ou *email*, com o objetivo de apresentar o investigador e informar sobre a investigação, o contexto académico onde se desenvolvia a investigação, o objetivo e a técnica de recolha de dados e questionar a sua disponibilidade. De acordo com a sua concordância, demonstração de disponibilidade e interesse, prosseguíamos com o agendamento de um encontro, que poderia ou não coincidir com o momento da realização da entrevista, assim como o local onde este se realizaria. Todos estes aspetos ficavam ao critério dos participantes.

Consideramos que a recolha de dados deveria ser realizada num ambiente onde os participantes se sentissem à vontade, tentando desta forma uma melhor aproximação, procurando estabelecer uma relação de confiança entre o investigador e os participantes e, ao mesmo tempo, evitar reações de animosidade e sentimento de invasão do espaço. Por estas razões foram propostos aos enfermeiros diferentes locais para a realização das entrevistas, ficando ao critério destes o local onde se realizaram, excluindo o seu local de trabalho.

Foi curioso o facto de a maioria ter optado pelo domicílio da investigadora, o que contribuiu para estabelecer um diálogo intimista e facilitador dos discursos. Dessa forma, achamos que as entrevistas foram momentos enriquecedores para o investigador, *“para facilitar, é uma boa prática conduzir a entrevista num lugar e num momento que seja mais conveniente e confortável para os participantes. Quanto mais confortável estiver, mais provável é que partilhe informações importantes”* (Streubert e Carpenter, 2002:37).

Aos enfermeiros que residiam ou trabalhavam fora do Concelho do Porto, foi dada a opção pela realização da entrevista via *Skype*. Na sua maioria, estes enfermeiros preferiram esta opção, que se relevou positiva, pois permitiu aos participantes estarem no ambiente das suas casas, adequando a entrevista às horas mais convenientes, de acordo com a disponibilidade de cada um. Como investigadora, senti que a utilização do *Skype* foi benéfica, pois os participantes optaram por horários ao fim da noite, o que se traduziu numa menor distração, por já terem tratado dos seus afazeres quotidianos. Também o facto de se encontrarem no conforto das suas casas foi facilitador no estabelecimento de um momento íntimo de partilha. O uso de tecnologias *online*, não é novidade, sendo cada vez mais utilizadas, tal como referem Streubert e Carpenter (2002).

No momento da entrevista, previamente agendado entre o investigador e o



coparticipante, era de novo explicitada a investigação, o objetivo, a necessidade de recorrer como técnica de recolha de dados à entrevista e a pertinência da autorização para a gravação das entrevistas em formato áudio. Nesse momento era garantida a preservação do anonimato e confidencialidade, certificando que no decorrer das transcrições e análise das descrições seriam utilizados códigos, com início na letra P, de participante, seguido de números de 1 a 14, obedecendo à ordem cronológica de acordo com a sua realização.

No que concerne às questões de confidencialidade e anonimato, foram prestados todos os esclarecimentos, nomeadamente que só a investigadora teria acesso à audição e transcrição integral das entrevistas, que na utilização e exposição do verbatim só eram utilizadas as unidades de significado, e identificadas com P e um número, não sendo possível nenhum reconhecimento do coparticipante. Aos participantes foi sempre concebido tempo e espaço para colocar as suas dúvidas. Depois de esclarecidas as dúvidas, era formalizada a colaboração através da assinatura da declaração de consentimento livre e esclarecido (Anexo II) e, se não restassem dúvidas aos participantes, dávamos início à entrevista, com gravação áudio.

Achamos que o facto do investigador ser enfermeiro, mas um *outsider* do sistema prisional, potenciou a riqueza dos pormenores das narrações.

As perguntas relativas à caracterização sociodemográfica eram efetuadas no início da entrevista, sendo que este início ficava ao critério dos participantes ou seja, quando estes se sentissem à vontade para começar. Do mesmo modo a entrevista era interrompida sempre que aqueles o desejassem. Tentámos que se os participantes sentissem vontade de partilhar algumas informações sobre si, o fizessem.

Consideramos que estes momentos prévios foram importantes na medida que facilitaram a relação do investigador com o participante, criando momentos de verdadeira partilha, até porque consideramos que a entrevista pode ser um momento intimidatório, por um lado e ao mesmo tempo ao procurarmos a partilha das vivências do sujeito entramos no seu campo pessoal e íntimo.

Durante a entrevista deixávamos o discurso seguir o seu fluxo natural, só intervindo no sentido de ajudar os participantes a focarem-se no assunto. Neste caso, repetíamos o ponto onde estes estavam, se não percebíamos o sentido claro das expressões pedíamos para serem mais explícitos. No fim de cada entrevista questionamos o entrevistado, se gostaria de acrescentar alguma informação que considerasse relevante, ou se gostaria de alterar algo.

As entrevistas foram gravadas em suporte digital, o tempo de duração das entrevistas foi díspar, tendo a de menor duração decorrido em 20 minutos e 40 segundos e a de maior duração em 1 hora e 5 minutos. O fim das entrevistas dependeu dos participantes,



a decisão do seu término relacionou-se com o facto de estes sentirem que não tinham nada mais a acrescentar.

Após a recolha de dados, não validamos os resultados com os participantes, de acordo com Giorgi e Sousa (2010), não é apropriada esta validação, porque se as descrições se remetem à atitude natural dos participantes, ao pedir uma validação isso poderá alterar os dados finais da análise fenomenológica realizada.

2.3. Estratégia de análise dos dados

Existem várias abordagens que permitem a análise de dados de acordo com o instrumento de recolha de dados. As entrevistas, sendo fontes privilegiadas de informação, pela riqueza de dados, são também complexas, pela unicidade do discurso dos intervenientes e pelas suas inúmeras significações. Este momento é muito exigente para o investigador porque, nas descrições é percebido como o fenómeno foi vivenciado pelo participante, ou seja *“tal como se manifestou à pessoa que apresenta a descrição”* (Giorgi e Sousa, 2010:83).

Após a transcrição das entrevistas, respeitando o *verbatim* dos participantes, transita-se para outra etapa processual: a análise dos discursos. Esta decorreu, de acordo com o método de Giorgi (1997, 2012a; Giorgi e Sousa, 2012), descrito no ponto 1.3.2., deste capítulo.

Giorgi (2006) preconiza que, na análise de dados, o investigador deve adotar a atitude em consonância com a sua disciplina, trazendo para a análise maior sensibilidade e proporcionando mais fiabilidade e riqueza, *“(...) assim, se é um enfermeiro, deve ser adotada uma atitude de enfermagem e se é um psicólogo, uma atitude psicológica é requerida, e por aí adiante.”* (Giorgi, 2006:354).

De forma a elucidar e enquadrar as etapas processuais do método fenomenológico de Giorgi, iremos descrever mais pormenorizadamente cada etapa. Concomitantemente, explicitaremos o nosso percurso na análise dos discursos.

1. Estabelecer o sentido do Todo

Depois de transcritas as entrevistas pretende-se realizar uma leitura geral da descrição nelas contida, para apreender o sentido do todo. Reforça a necessidade de, apesar de nesta fase o investigador só ter que fazer uma leitura atenta, deve haver habilidade por parte do investigador para entender a linguagem do participante (Giorgi, 1997;2012; Giorgi e Sousa 2010).



Consideramos que o facto de o investigador ser enfermeiro permitiu e facilitou a apreensão da descrição retirado do *verbatim* das entrevistas. No entanto, houve a necessidade de repetir a leitura de forma a mergulhar no sentido dos discursos.

2. Determinação das partes: Divisão das Unidades de Significado

Este é o processo onde se constituem as unidades de significado depois do investigador ter retido o sentido geral das descrições. Usualmente as descrições são longas, como tal, delinear as unidades de significado simplifica a posterior análise, sendo este o objetivo mais prático desta etapa (Giorgi, 1997).

As unidades de significado são constituídas sem pressuposições teóricas. As unidades de significado são entendidas como “(...) *um termo descritivo com um determinado significado, relevante para o estudo, e para ser clarificado, está contido dentro do grupo segregado*” (Giorgi, 1997:245). Nesta etapa as unidades de significado são definidas após atenta releitura das descrições, estas não existem naturalmente nas descrições, são constituídas pela análise espontânea do investigador, sem nunca alterar a linguagem do participante (Giorgi, 1997; 2010; 2012a).

De acordo com Giorgi (2012a) as unidades de significado dependem da atitude do investigador, ou seja, perante a mesma descrição, as unidades de significado que emergem poderão ser distintas. Quando falamos em atitude do investigador reportamo-nos à perspetiva da sua disciplina, sem no entanto deter nenhuma orientação teórica, mas sempre com o olhar e critérios dessa disciplina.

Nesta fase consideramos que respeitamos a divisão de significados sem fazer conjecturas, mas atentando a perspetiva dos significados face à disciplina de enfermagem.

No momento da redução fenomenológica, no processo da suspensão de juízos científicos e culturais, consideramos que foi facilitador o investigador ser um *outsider* relativamente à prestação de cuidados em estabelecimentos prisionais, mas como enfermeiro foi facilitador por manter a perspetiva da disciplina de enfermagem. Cada mudança do sentido das descrições encontradas foi demarcado com as iniciais – *us*, seguido de um número por ordem de aparição, por uma questão de facilitar a sua localização.

Para Giorgi o investigador deverá persistir numa atitude de sensibilidade e espontaneidade facilitadora, para intuir as unidades de significado que possam surgir.

3. Transformação da Unidade de Significado Descrita em Linguagem Comum numa Linguagem Científica (de acordo com a perspetiva da disciplina)

Nesta etapa procede-se ao entranhar no significado das descrições dos participantes. O objetivo é articular o sentido do vivido dado pelos participantes relativamente ao objeto



do estudo da investigação (Giorgi e Sousa, 2010). Os sentidos que emergem das descrições devem ser relevantes para o tema em estudo, não centrados no participante.

Esta será a etapa mais proeminente do método porque o investigador, após a redução fenomenológica, pretende transformar cada unidade de significado, que se apresenta na linguagem comum, (como tal, muitas vezes repletas de pluralidade), “(...) *intuir e de descrever essencialmente os significados*” (Giorgi e Sousa, 2010:88) em linguagem científica, na vertente da sua disciplina. Desta forma pretende depurar o que é essência para clarificar a estrutura do significado.

O autor defende a adoção da sensibilidade e do olhar na análise, de acordo com a perspetiva da disciplina em que assenta o fenómeno em estudo, neste caso na disciplina de enfermagem, só assim se podendo, em rigor, realizar uma análise viável (Giorgi, 1997; 2006).

Com esta intuição e transformação das unidades de significado em linguagem mais comum, reescrita em estrutura do significado, de acordo com a disciplina científica orientadora, a síntese e o sentido do vivido são obtidos pelo caminho da reflexão e pela variação livre imaginativa, como referem Giorgi e Sousa (2010).

Sendo o método fenomenológico de Giorgi descritivo, é importante o investigador cingir-se a estabelecer estruturas dos significados, essências invariantes de cada unidade de significado, encontradas na segunda etapa, das descrições dos participantes. Nesta etapa revela-se a inter-relação entre as partes e o todo, para o investigador (Giorgi, 1997, 2012a).

Nesta fase transformamos as unidades de significado em unidade de significado transformadas, soltando as descrições textuais e o *verbatim* dos discursos, no seu significado.

4. Determinação da Estrutura Geral de Significados

Na última etapa do método de Giorgi, procede-se à sintetização e integração de todas as unidades de significado transformadas em linguagem científica, e articuladas com o tema em estudo, numa estrutura descritiva do significado da experiência vivenciada (Giorgi, 1997, 2010, 2012a). Nesta última fase, e de acordo com a estrutura essencial descrevemos o significado atribuído ao fenómeno do estudo.

2.4. Considerações éticas

As considerações éticas consistem nas questões e normas corretas relativamente aos procedimentos utilizados na investigação, tendo em conta duas considerações



primordiais: o consentimento informado e a proteção dos participantes de sofrerem qualquer tipo de dano.

Como tal, devem ser salvaguardadas, segundo Bogdan e Biklen (1994), as seguintes normas:

- ✓ *“Os sujeitos aderirem voluntariamente aos projetos de investigação, cientes da natureza do estudo e dos perigos e obrigações nele envolvido.*
- ✓ *Os sujeitos não serem expostos a riscos superiores aos ganhos que possam advir”* (Bogdan e Biklen, 1994:75)

Os participantes desta investigação foram devidamente informados acerca dos objetivos do estudo e questionados sobre o seu desejo de participar, assegurando a confidencialidade dos dados obtidos no decurso do trabalho. São considerados participantes no estudo todos os casos que prestaram o seu consentimento livre e esclarecido, sob a forma documental. Foi garantida a todos os participantes a possibilidade de, mesmo depois de realizada a recolha de dados, poderem abandonar o mesmo e que esse facto não implicaria qualquer prejuízo.

As entrevistas foram realizadas e gravadas somente após a formalização do consentimento. No que se refere à confidencialidade e ao anonimato, relativo às informações recolhidas e utilizadas durante a investigação, garantimos a impossibilidade de identificação dos participantes, ficando este conhecimento circunscrito ao investigador.

Quando falamos de questões éticas, numa investigação qualitativa, não nos referimos somente à proteção e respeito pelos participantes, mas também à conduta durante todo este processo, nomeadamente à relação entre o investigador e o participante, na adequação do método de acordo com o fenómeno em estudo, no rigor das revisões bibliográficas, na validade da estratégia de colheita de dados e na fidelidade na elaboração das conclusões, (Streubert e Carpenter, 2002). Apesar das dificuldades sentidas, devido ao facto do investigador ser um principiante, no decorrer deste estudo, uma das preocupações sentinela foi o respeito por todas estas questões.



CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

1. ANÁLISE DOS DISCURSOS

Neste capítulo iremos apresentar a análise dos discursos obtidos através das entrevistas aos participantes, considerando a questão de partida definida, numa perspectiva fenomenológica, de acordo com as diretrizes de Giorgi.

No percurso da descrição e explanação dos dados obtidos na análise dos discursos dos participantes iremos seguir as linhas orientadoras de Giorgi e Sousa (2010). Apresentamos os componentes constituídos de acordo com as unidades de significado que assomaram das descrições dos participantes. Desta forma, consideramos ser mais visível a forma como foi enquadrada a sua discussão e o desvelamento das experiências, o que permitirá a síntese dos significados e vivências que foram procurados com esta investigação.

Na apresentação das unidades de significado iremos designar cada uma com a letra e número que corresponde ao participante (de acordo com o referido anteriormente no capítulo II, no ponto 2.2), garantindo, assim, o seu anonimato.

Na transcrição das entrevistas recorreremos a alguns símbolos que significam:

- ✓ (...) – excerto da transcrição original considerado sem relevância para a análise;
- ✓ ... – pausas realizadas pelo participante durante o discurso.

1.1. Estrutura essencial e componentes da experiência vivida

De forma a ser o mais explícito possível, inicia-se com a apresentação esquemática da estrutura essencial do fenómeno da vivência do enfermeiro que cuida na prisão, os diferentes componentes identificados, os diferentes contextos em cada componente associados aos respetivos constituintes chave, seguidos da descrição pormenorizada dos diferentes componentes. Finalmente segue-se a apresentação e descrição dos constituintes chave de cada componente, associados às unidades de significado transformadas e suas respetivas unidades de significado.

Por fim e para enfatizar o processo realizado de redução fenomenológica e de variação livre imaginativa, indo de encontro às orientações de Giorgi e Sousa (2010) e Giorgi (2012a), apresenta-se uma representação esquemática da síntese de cada componente, dos diferentes contextos, dos respetivos constituintes chave, das unidades de significado transformadas e unidades de significado apresentadas. Ao acrescentar



esta representação esquemática é possível visualizar as vivências dos enfermeiros participantes, destacando o que de mais relevante surge das suas vivências.

Durante o percurso do método de Giorgi, no primeiro passo, a demarcação das unidades de significado, foi necessário proceder a leituras e releituras da totalidade das descrições dos participantes, visando a apreensão do sentido do todo. O passo seguinte, de transformação das unidades de significado em unidades de significado transformadas através da redução fenomenológica e variação livre imaginativa aos olhos da disciplina de enfermagem, mostrou-se no início ser um processo mais difícil, pela inexperiência do investigador. Esta dificuldade foi-se desvanecendo ao longo do percurso e assim determinaram-se os diversos constituintes chave e concludentemente a estrutura essencial do fenómeno, integrando a ligação que existe entre os seus componentes.

Da análise dos dados demarcados pelos passos do método de Giorgi, surge a estrutura essencial do fenómeno da vivência do enfermeiro que cuida na prisão, que incorpora três componentes, que são:

- ✓ Vivendo o Cuidar na Reclusão;
- ✓ Humanizando o Cuidar na Reclusão;
- ✓ Experienciando as Dificuldades do Cuidar na Reclusão.

Nos componentes referidos emergiram cinco contextos. A referenciação a contextos é uma nomenclatura que, apesar de não ser referida por Giorgi, é utilizada por Mendes (2007) e Fernandes (2012). Por consideramos que esta referenciação facilita o enquadramento da estrutura essencial do fenómeno em estudo resolvemos utilizá-la. Os contextos que emergiram foram:

- ✓ Ambiente Intramuros;
- ✓ Compromisso com a Pessoa Reclusa;
- ✓ Estar Doente Intramuros;
- ✓ Ser Enfermeiro Intramuros;
- ✓ Cuidar Dentro das Grades.

É de realçar que, no componente *“Experienciando as Dificuldades do Cuidar na Reclusão”*, os constituintes chave identificados estão distribuídos apenas por quatro contextos. São eles:

- ✓ Ambiente Intramuros;
- ✓ Compromisso com a Pessoa Reclusa;
- ✓ Ser Enfermeiro Intramuros;
- ✓ Cuidar Dentro das Grades.

O passo a seguir será, então, a apresentação esquemática da estrutura essencial e os diferentes componentes identificados, associado aos respetivos constituintes chave de acordo com os contextos identificados.



Quadro 2 – Estrutura essencial do fenômeno da vivência do enfermeiro que cuida na prisão





Como referido anteriormente, procede-se à descrição pormenorizada dos componentes da estrutura essencial do fenómeno da vivência do enfermeiro que cuida na prisão, enfatizando a relação entre os diferentes constituintes chave discriminados.

Quadro 3 – Componente: VIVENDO O CUIDAR NA RECLUSÃO

Viver na prisão tem um impacto na pessoa reclusa. A prisão como um ambiente punitivo e potencialmente desumanizador condiciona o equilíbrio mental, físico, emocional e social da pessoa reclusa e, sem dúvida, a sua saúde.

A prisão é um ambiente revestido de hostilidade, agressividade e instabilidade, um contexto complexo com dinâmicas próprias. É um espaço fechado com normas rígidas de segurança, por vezes com instalações inadequadas e sobrelotadas.

A prisão é o ambiente onde o recluso está inserido e onde vive, durante o seu tempo de pena, estando lá, o recluso porque é obrigado. Neste espaço, que é onde vive, não tem privacidade em nenhum momento do seu dia, pois partilha o espaço físico com outros, sem poder optar com quem partilha esse espaço, onde o tempo não é controlado por si, mas pelas normas da instituição, revelando-se um espaço e tempo de vida globalizante. Por estas condicionantes é considerado pelos enfermeiros como um ambiente naturalmente não terapêutico.

A prisão é um ambiente onde as questões de segurança são tidas como primordiais, por isso as normas de segurança são rígidas, exigindo a presença constante do guarda prisional, para o controlo, vigilância e para garantir a segurança dos reclusos e de todos os profissionais do estabelecimento prisional. A particularidade da relação entre o cuidar e a segurança, personificado pela necessidade da presença constante de um elemento que não é profissional de saúde, que é o guarda prisional, na relação de cuidado entre o recluso e o enfermeiro, é apontada como não existente noutro contexto de cuidar.

A necessidade da presença do guarda prisional é considerada uma barreira na relação do enfermeiro com o recluso, podendo revelar-se como uma interposição no acesso do recluso ao enfermeiro, isto porque o recluso, na maioria das vezes, para aceder ao enfermeiro tem que pedir autorização ao guarda e ser acompanhado por este. No entanto, o enfermeiro considera estabelecer uma relação profissional equilibrada com os guardas prisionais sendo tida como benéfica para a relação entre o recluso, o enfermeiro e o guarda prisional.

O recluso perdeu um bem primordial que é a sua liberdade física. Esta falta de liberdade tem um impacto em todas as dimensões da pessoa, assim percebem os enfermeiros. E nesta perspetiva são clientes com particularidades e com uma envolvimento especial, o que para os enfermeiros pressupõe um cuidado mais exigente.



A população reclusa é transversal à sociedade, os reclusos são pessoas com um historial criminal diverso, mas são também pessoas que tiveram acidentes nas suas vidas que levaram até à prisão. Porém, na sua maioria pertencem a um estrato social, económico e cultural, com mais dificuldades, oriundos de famílias destruturadas com percursos de vida problemáticos, ligadas ao crime, à toxicodependência e, por isso, com mais necessidades de saúde.

A população reclusa apresenta elevada prevalência de doenças graves e distintas, como as patologias crónicas, e agudas, as doenças infecciosas, entre outras, o que implica múltiplas e distintas necessidades de saúde e cuidados de enfermagem. A doença mental, psiquiátrica e os comportamentos aditivos são recorrentes e um foco de atenção dos enfermeiros.

A doença intramuros tem contornos específicos. A doença e o sofrimento físico no ambiente prisional é sentida exacerbadamente pelo recluso, mas também é tida como uma oportunidade para fugir às normas, para sair do espaço a que está confinado.

Ser enfermeiro no sistema prisional exige um quadro de competências abrangente, na medida que os reclusos têm necessidades de saúde complexas e um quadro vasto de patologias, dando um especial destaque às competências na vertente da saúde mental e psiquiátrica, pela prevalência destes desequilíbrios na população prisional. Como áreas mais específicas de saberes em enfermagem no sistema prisional, destacam-se a gestão e atuação em ambiente de risco, como por exemplo, nos comportamentos de violência, nos casos de motins. As questões jurídicas que acompanham o recluso interfere na pessoa reclusa, os enfermeiros referem ser uma vertente em que necessitam de formação, visto que a situação jurídica do recluso, o tempo de reclusão e o tipo de pena, afetam a pessoa reclusa na sua dimensão emocional, mental e social, exigindo uma adequação e adaptação dos cuidados de enfermagem, tanto na adaptação ao tempo de reclusão, como na preparação da sua reinserção na comunidade.

O cuidar reclusos reporta-se às intervenções na promoção da saúde e no ensino e na capacitação do recluso para ser autónomo nas vertentes da sua saúde física e mental, mas também social, ajudando-o a adquirir comportamentos de cidadania. Desta forma, o cuidar a pessoa é ajudá-la na preparação para uma vida saudável, para o seu regresso à comunidade.

A prática dos cuidados de enfermagem individualizados e sistematizados, com definição de protocolos e manuais de atuação é uma realidade nos estabelecimentos prisionais. No entanto, ainda é um processo em evolução, não estando ao mesmo nível de sistematização nos diferentes estabelecimentos prisionais, apesar de ansiado pelos



enfermeiros.

Os cuidados de enfermagem nos estabelecimentos prisionais é relevante para o processo de saúde de cada indivíduo recluso, tanto na vertente de promoção da saúde, prevenção da doença, assim como também no equilíbrio do ambiente prisional.

No entanto, é sentido que a relevância dos cuidados de enfermagem nem sempre é reconhecida devidamente, quer pelos outros profissionais dos estabelecimentos prisionais, quer pelos seus pares que trabalham em contextos extramuros. Isto parece condicionar a perspetiva das competências dos enfermeiros como uma mais-valia para a definição e tomada de decisões relativamente às políticas de saúde dos estabelecimentos prisionais, apesar de parecer que esta realidade está a mudar positivamente. No que se refere ao ser enfermeiro no sistema prisional, além de exigente pelo cuidado ao recluso e pelo ambiente que tem características particulares, desperta sentimentos de insegurança pela integridade física nestes profissionais e, neste enquadramento, sentem que deveriam ser mais valorizados profissionalmente, despoletando sentimentos de desmotivação.

Cuidar é uma relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa que necessita de cuidados de enfermagem, respeitando e percebendo-a nas suas multidimensões, como interage e como é afetada pelo ambiente onde está incluída. Cuidar reclusos reporta-se ao cuidado da pessoa que está inserida numa prisão, afastada do seu mundo pessoal, considerando o impacto que esta realidade e este ambiente exerce na pessoa, aliado ao seu contexto de doença. Neste sentido cuidar é distinto e representa um desafio.

Quadro 4 – Componente: HUMANIZANDO O CUIDAR NA RECLUSÃO

A prisão é um contexto que os enfermeiros percebem como um espaço de oportunidade para os reclusos. A população reclusa quando está na comunidade está, muitas vezes, à margem dos cuidados de saúde. Os enfermeiros consideram que a reclusão representa uma oportunidade para irem de encontro à pessoa reclusa, avaliar as suas necessidades de saúde e proporcionar os cuidados que estes necessitam, ou seja, permitindo o seu acesso ao sistema de saúde.

A pessoa reclusa é percebida pelos enfermeiros como pessoa com sentimentos, percebida na sua individualidade e subjetividade e da vulnerabilidade desta pessoa que advém da vivência na reclusão. O recluso como pessoa que tem o seu “mundo”, o seu “estar no mundo”, mas devido à sua pena agora vive num mundo que não é o seu, confinado a um espaço limitado, hostil, que não é seu, que vive sentimentos de frustração, angústia, como tal, esta vivência é considerada como potenciadora de desequilíbrios na sua saúde, nomeadamente emocionais, mentais.



A pessoa que vive reclusa mantém os seus laços familiares e sociais. Apesar de estar institucionalizada, mantém as suas preocupações relativamente à sua problemática familiar, aliás, acrescidas pelo seu afastamento e pelo impacto dessa dimensão na sua família. Por outro lado, devido às trajetórias de vida dos reclusos, com percursos muito próximos, frequentemente ligados ao crime, no mesmo estabelecimento prisional estes partilham laços de consanguinidade, de amizade ou de relações ligadas ao crime, o que torna a vivência da reclusão como uma continuidade da vida extramuros, com dinâmicas próprias.

A doença não está circunscrita aos desequilíbrios físicos, mas também aos desequilíbrios emocionais, mentais, ao sofrimento do recluso pelo seu afastamento da família, da vida social, a ausência da esperança, ou seja, pela própria vivência da reclusão. A doença assume contornos particulares na prisão, como um pedido de atenção, ou seja, uma oportunidade para estar com os enfermeiros, que os reclusos consideram como elementos fora do sistema prisional, punitivo, que não criticam mas que ajudam e protegem. Desta forma, a doença pode-se revelar de diferentes formas e os enfermeiros estão despertos para esta dimensão do sofrimento e da doença.

O recluso é perspectivado pelos enfermeiros na totalidade destas dimensões: a pessoa com as suas crenças, os seus valores, a sua história de vida, o seu mundo, e também a pessoa que sofre pela sua reclusão e que vive a doença intramuros.

No contexto dos cuidados de enfermagem, cuidar na prisão é prestar um cuidado de igualdade, o recluso deve ser tratado como um cidadão comum, com os mesmos direitos ao acesso a cuidados de saúde de excelência, um cuidado que a pessoa percebe que não é discriminatório, sendo importante para o equilíbrio físico e emocional do recluso.

Num contexto onde está latente uma constante hostilidade, em especial entre reclusos, mas também entre estes e os elementos de segurança, o enfermeiro como gestor de conflito é um elemento harmonizador destas relações. Estes profissionais são tidos como importantes para o enfermeiro, no sentido de garantir a sua própria segurança, bem como a do recluso.

No que se refere à visão que o recluso tem dos enfermeiros, estes acham que os reclusos respeitam estes profissionais e os sentimentos que estes sentem pelos reclusos são positivos. Contudo, os enfermeiros sentem que cuidar diariamente reclusos que cometeram crimes hediondos, violentos, sendo os mais melindrosos os crimes de violação e pedofilia, por vezes desperta questões éticas ao enfermeiro enquanto pessoa, exigindo-lhe um suporte ético vincado, uma capacidade de ser imparcial no seu momento de cuidar a pessoa reclusa. As questões éticas no ambiente



intramuros, também se reportam ao sigilo intramuros, pela natureza própria das informações partilhadas pelos reclusos com enfermeiro. Este estar, agir do enfermeiro, é especial ao ambiente intramuros.

Apontando como pedra basilar do cuidar em enfermagem a preservação da humanidade e proteção da dignidade humana, para os enfermeiros cuidar reclusos é assegurar o respeito pela pessoa reclusa como pessoa, numa atitude não punitiva mas cuidativa. Agir para a preservação da dignidade e individualidade do recluso, por exemplo, tratando-o pelo seu nome, num ambiente que se revela desumanizante e descaracterizador.

Proporcionando e transmitindo humanidade no quotidiano do recluso, num cuidar que se revela benevolente, alguns enfermeiros descrevem como usam o humor para transmitir alegria aos reclusos. Os momentos de cuidar entre o enfermeiro e o recluso é uma ponte com o exterior, onde este conta as suas histórias enquanto pessoa extramuros, e onde o enfermeiro pincela o momento com pedaços da vida do exterior, um jogo de futebol, uma notícia, sendo momentos de equilíbrio e bem-estar para a pessoa que vive na prisão. Toda esta dinâmica de cuidar ajuda o recluso na vivência da prisão.

Cuidar é proporcionar bem-estar ao recluso na vertente física, mental, emocional e espiritual, contextualizando o recluso no seu “*estar no mundo*”, mas também no seu “*estar na prisão*”.

A relação de cuidar empática e de confiança é essencial, o enfermeiro constrói e solidifica esta relação com o recluso ao longo do tempo de reclusão, doutra forma sente que não é possível cuidar. A relevância desta relação entende-se pela partilha de confidências que os reclusos fazem aos enfermeiros que parece não fazerem a outros profissionais na prisão, informações estas que têm implicações na saúde destes.

Para os reclusos e para os enfermeiros no cuidar na prisão, emerge como importante a disponibilidade que os enfermeiros demonstram ao recluso, estar disponível para os ouvir, para os ajudar, para os cuidar. Esta disponibilidade, segundo os profissionais de enfermagem, permite reequilibrar o recluso no seu sofrimento físico, mental e espiritual. Os casos mais paradigmáticos serão nos casos de risco de suicídio, em que a disponibilidade do enfermeiro permite uma intervenção terapêutica, contribuindo para demover o recluso, muitas vezes apenas com diálogo terapêutico.

A reclusão desperta nos reclusos sentimentos de desespero, falta de esperança no futuro e na vida. As crenças, a fé e a esperança, são importantes para o ser humano e para o seu equilíbrio biopsicossocial, por isso incutir fé e esperança é uma das expressões do cuidar em enfermagem.



Os enfermeiros vivenciam a experiência de cuidar reclusos como gratificante e consideram que prestam um bem à sociedade.

Quadro 5 – Componente: EXPERIENCIANDO AS DIFICULDADES DO CUIDAR NA RECLUSÃO

As inadequadas infraestruturas, a falta de recursos materiais, associados à sobrelotação de alguns estabelecimentos prisionais, são condicionantes apontadas para os cuidados de enfermagem de excelência, tanto quanto para o bem-estar do recluso.

No que concerne à vida profissional os enfermeiros que trabalham com pessoas com percursos de vida, na sua maioria ligados ao crime e à violência, sentem a necessidade de estabelecer uma barreira entre a sua vida profissional, social e pessoal, com o intuito de manter equilíbrio entre estas esferas das suas vidas.

A falta de enfermeiros nos estabelecimentos prisionais, não só implica uma sobrecarga de trabalho para estes profissionais, como inviabiliza o desenvolvimento de áreas de intervenção, pela necessidade de priorizar os cuidados mais emergentes dos reclusos. A sobrecarga de trabalho limita temporalmente e indisponibiliza os enfermeiros especializados de implementarem projetos em áreas específicas, como nos casos de saúde mental, psiquiátrica e de reabilitação.

A relação entre a necessidade de segurança e de cuidar, parece por vezes difícil de gerir no momento de cuidar. Sendo o cuidar em enfermagem um agir ético pressupõe que o enfermeiro garanta o direito do recluso à sua privacidade, tanto quanto deverá ser assegurada a prestação dos cuidados de enfermagem com privacidade e garantindo a confidencialidade. Na prisão, pela constante e necessária presença do guarda prisional pelas questões de segurança, a falta de privacidade no momento de cuidar é referida como uma limitação.

O cuidar é uma relação entre o enfermeiro e a pessoa cuidada. Cuidar na prisão é a relação entre o enfermeiro e o recluso, a partilha do recluso, do seu mundo, das suas necessidades e também das suas vivências com o enfermeiro. Este por seu lado proporciona cuidados de enfermagem objetivos, estruturados, mas também partilha a sua subjetividade através do seu cuidar, do seu eu profissional.

Nesta relação de cuidar terapêutico a proximidade e o contacto físico está presente. No contexto prisional esta proximidade e especificamente o tocar, são referidos como uma dificuldade. A dificuldade na expressão do toque do enfermeiro ao recluso relaciona-se com a incompreensão do toque como atitude terapêutica pelos outros profissionais. Esta dificuldade prende-se ainda com a necessidade que os profissionais de enfermagem têm de estabelecer uma barreira com os reclusos, fazendo-o através



do distanciamento físico e ainda por algumas enfermeiras perceberem que os reclusos atribuem ao toque uma carga sexual.

Apesar de os enfermeiros expressarem alguma dificuldade relativamente à proximidade física e às expressões de carinho para com os reclusos, esta dificuldade dissipa-se com o evoluir da relação entre estes.

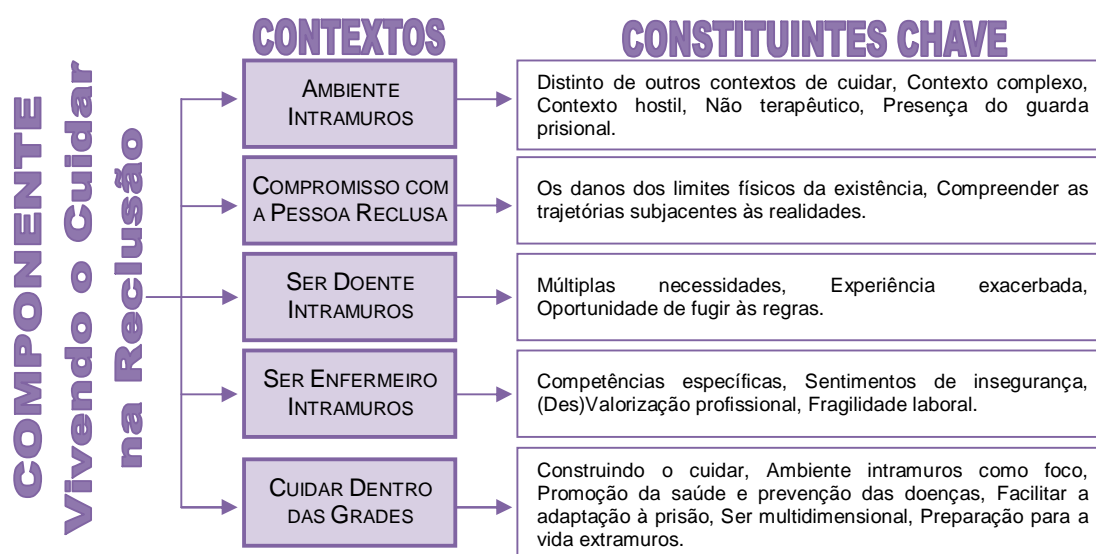
A frustração na relação de cuidar é sentida pela dificuldade que alguns enfermeiros têm em envolver os reclusos nos cuidados de enfermagem.

Tendo em conta os componentes da estrutura essencial do fenómeno da vivência do enfermeiro que cuida na prisão, descreve-se pormenorizadamente cada constituinte chave, apresentando as unidades de significado emergentes, assim como as respetivas unidades de significado transformadas, escolhidas pelo investigador, com o objetivo de explicar de forma descritiva, os significados que os participantes atribuíram, numa linguagem mais científica, sempre com o olhar da disciplina de enfermagem, numa abordagem fenomenológica.

1.2. Componente: Vivendo o Cuidar na Reclusão

No que se refere à análise dos discursos dos enfermeiros relativamente ao componente “Vivendo o Cuidar na Reclusão” emergiram vinte constituintes chave, como se pode ver no esquema a seguir apresentado.

Esquema 1 – Representação esquemática dos constituintes chave que emergiram dos discursos dos participantes referentes ao componente VIVENDO O CUIDAR NA RECLUSÃO





AMBIENTE INTRAMUROS

DISTINTO DE OUTROS CONTEXTOS DE CUIDAR

Para alguns participantes, cuidar numa prisão é distinto de cuidar noutros contextos extramuros. Esta diferenciação é acentuada pelos profissionais que tiveram experiências profissionais noutros contextos, nomeadamente hospitalar.

“(...) para mim cuidar os reclusos, ah...tem algumas diferenças, no que diz respeito ao cuidar de doentes, eu já trabalhei num hospital (...) sinto que ali há diferenças.” (P1)

CONTEXTO COMPLEXO

A prisão é descrita como um contexto de cuidar complexo, com uma dinâmica própria. Os estabelecimentos prisionais, pelos riscos de fuga, de ocorrência de agressões entre os próprios reclusos e pela necessidade de proteção da integridade física dos profissionais é um ambiente altamente controlado, com normas rígidas de circulação e de segurança.

“(...) cadeia é uma dinâmica, tem imensas forças, imensos vetores que nós vamos aprendendo ao longo da vida e temos atos tão simples como aconselhamento (...)” (P2)

CONTEXTO HOSTIL

A prisão é percebida como um contexto hostil, stressante e esmagador para os reclusos. Sendo a prisão o ambiente onde o recluso está inserido e onde vive, porque foi obrigado a cumprir uma pena, o recluso está lá porque é obrigado e lá permanecerá por um espaço alargado de tempo. Neste espaço não tem privacidade, partilha o seu pequeno espaço físico com outros, sem poder optar com quem partilha esse espaço.

Os enfermeiros sentem que o ambiente de natureza agressiva da prisão afeta o equilíbrio dos reclusos e, de uma forma indireta, afeta também estes profissionais.

“(...) um ambiente tão stressante (...) que a vontade deles é explodir. E que dentro deles deve ser uma autêntica panela (...) E sabem que só não podem explodir porque depois têm consequências a todos os níveis (...) O ambiente é demasiado explosivo, lá dentro é demasiado... esmagador (...)” (P4)

NÃO TERAPÊUTICO

Os estabelecimentos prisionais, em algumas descrições, são tidos como um ambiente naturalmente não terapêutico, pelas deficientes condições físicas, pela sobrelotação, pela falta de privacidade, pelas rotinas prisionais globalizantes, pelo ambiente agressivo presente entre os reclusos.

Este ambiente dificulta aos enfermeiros a construção de um ambiente calmo, terapêutico e harmonioso, apesar de alguns participantes mencionarem que tentam agir sobre este ambiente de forma a equilibrá-lo.



“(...) E depois uma prisão que devia ter 700 tem 1300 (...) não há um espaço, não há aquela privacidade. (...) Uma panela de pressão que nós tentamos não deixar rebentar (...) às vezes, abafamos um bocadinho de um lado, abafamos do outro e tentamos ir compensando todos os lados.” (P4)

PRESENÇA DO GUARDA PRISIONAL

Os reclusos para acederem aos enfermeiros, ou o enfermeiro para se dirigir ao recluso, se não for uma consulta de enfermagem antecipadamente definida, na maioria dos casos têm que abordar o guarda prisional. Alguns enfermeiros consideram que essa presença do guarda prisional é uma barreira de acesso do recluso aos cuidados de enfermagem.

“(...) que poderá influenciar mais, é mesmo a barreira do guarda prisional (...) eu num hospital estou a cuidar de um doente, e sou eu que faço o cuidar direto, ali na cadeia não, o guarda é que nos vem dizer o que é que se passa com o doente (...)” (P1)

A presença do guarda prisional relativamente à relação de cuidar entre o enfermeiro e o recluso foi descrita por diferentes participantes como de interposição, pelo facto do acesso do recluso aos cuidados de enfermagem ser interposto por um profissional que não é da área de saúde, tido como negativo para a relação de enfermeiro e recluso.

“(...) Há sempre um gradão enorme a separar, há sempre o porquê dele ter que subir aos serviços clínicos, há sempre o ter que subir acompanhado por um guarda (...) que impede que haja sempre então a... a relação...uma relação... uma relação de enfermagem como seria de esperar (...) é a presença constante do guarda.” (P10)

Alguns participantes sentem a presença do guarda como uma interferência no cuidar, por este interagir no momento do cuidado, sendo esta situação descrita como difícil de gerir pelos enfermeiros.

“Nós temos sempre o guarda prisional na presença. O que muitas vezes vai condicionar ou, interfere, neste caso, na nossa intervenção. Nós estamos a prestar um ensino e, muitas vezes, o que é que acontece? O guarda prisional interfere (...) é ele que nos está a condicionar (...) o nosso cuidar.” (P6)

O enfermeiro sente que a visão do guarda prisional sobre o recluso é distinta da sua. As atitudes e os comportamentos do recluso, à luz da perspetiva do enfermeiro, são integrados no quadro patológico do recluso, nos diferentes fatores que poderão ter desencadeado esse comportamento e o enfermeiro faz a sua avaliação. O modo como o guarda prisional vê o recluso é díspar e esta diferenciação é reportada por alguns enfermeiros como podendo interferir, de alguma forma, nos cuidados de enfermagem.

Nos discursos de alguns participantes aflora que, apesar desta visão antagónica, o enfermeiro não se deixa influenciar nas suas ações, mantendo o seu cuidar da forma que considera mais humanizadora e ideal.



“(...) para nós, eles são doentes, para o guarda prisional pode não ser, e isso vai alterar o nosso cuidado (...) doente está a fazer aquilo porque é um doente (...) aquilo para o guarda, e funciona como uma maldade, tá ali, só tem aquilo que merece, e isso vai acabar por influenciar os nossos cuidados.” (P1)

Segundo os participantes, os enfermeiros podem estabelecer uma relação profissional e de amizade equilibrada entre o enfermeiro e o guarda, o que favorece a relação triangular entre recluso, guarda e enfermeiro.

“(...) muitas vezes um elemento não perturbador para mim porque de certa forma vou estabelecer uma relação de amizade ou de companheirismo com o guarda que está presente nos serviços clínicos (...)” (P9)

Apesar de sentirem a presença dos guardas prisionais como perturbadora para a relação de cuidar, sentem a sua necessidade, aliás acham que seria importante um reforço destes profissionais para o controlo do ambiente prisional, por considerarem que estes estão em número inferior às necessidades.

“Para manter uma segurança correta deviam ser mais guardas prisionais, não são, também andam sempre nos limites inferiores.” (P8)

COMPROMISSO COM A PESSOA RECLUSA

OS DANOS DOS LIMITES FÍSICOS DA EXISTÊNCIA

Emerge dos discursos que os enfermeiros veem o recluso como a pessoa que sofre com a reclusão, pela falta da liberdade física, pelo confinamento a um espaço, pela limitação das relações familiares, sociais, tendo um impacto na estrutura da sua personalidade. O enfermeiro enquadra o recluso nesta dimensão do sofrimento que a reclusão despoleta na totalidade da pessoa, no seu estado físico, mental, emocional, familiar e social.

“Um individuo preso, é uma pessoa que perdeu um bem fundamental da pessoa, que é ser livre, ter (...) Lá dentro de uma cadeia, nós sabemos perfeitamente que eles são fechados não sei quantas horas por dia, muitas horas por dia, têm horas certas para ir almoçar, para se alimentarem-se, há horas certas para tomar a medicação e há horas certas para fazer tratamentos (...)” (P12)

COMPREENDER AS TRAJETÓRIAS SUBJACENTES ÀS REALIDADES

A reclusão é considerada como transversal a toda a sociedade. Não obstante, maioritariamente os reclusos pertencem a grupos desfavorecidos, socialmente e economicamente, com trajetórias de vida problemáticas,.

“(...) E é muito fácil ir parar à cadeia. Um acidente (...) um homicídio involuntário (...)” (P2)

Os participantes nos seus discursos mostram-se sensíveis às problemáticas e trajetórias de vida dos reclusos e ao modo como estas vivências afetam a sua saúde.



Nos seus discursos fica a ideia subjacente de uma atitude de proteção pela singularidade, dignidade e unicidade do recluso.

“(...) porque eles também são pessoas inteligentes (...) maior parte deles são vindos de bairros problemáticos, não é? Famílias completamente desestruturadas (...) desde crianças foram deixados à sorte (...) se nós fossemos criados dessa forma e sem regras nenhuma e sem limites, se calhar seríamos iguais, ou piores, não é?” (P4)

ESTAR DOENTE INTRAMUROS

MÚLTIPLAS NECESSIDADES

Os reclusos apresentam inúmeras patologias, nomeadamente doenças crónicas (neurológica, renal, cardíaca, entre outras), agudas, traumáticas e infetocontagiosas, cada um com diferentes estados de dependência, o que significa que apresentam múltiplas e díspares necessidades de saúde e em cuidados de enfermagem. Nos estabelecimentos prisionais os reclusos apresentam doenças graves e diversificadas, ao contrário do que acontece por exemplo nos hospitais, em que os utentes são orientados num sentido mais específico da sua patologia.

Temos pessoas hemodialisadas, temos cardíacos, temos pessoas amputadas, temos acamados com AVC's. Quer dizer, todos esses reclamam as nossas atenções e os nossos... a nossa ajuda, diariamente.” (P4)

EXPERIÊNCIA EXACERBADA

A doença na pessoa que está reclusa é percebida como tendo contornos específicos. No ambiente prisional a doença e o sofrimento físico é exacerbado.

“Uma dor de dentes no intramuros é... é exponencial... é elevada a dez em relação a uma dor de dentes que se passa no dia-a-dia e numa comunidade normal (...) Esta rotina, esta obrigatoriedade, isto leva a um cansaço mental do próprio recluso, consoante o tempo que lá está.” (P8)

OPORTUNIDADE PARA FUGIR ÀS REGRAS

A doença na realidade intramuros é uma das formas que os reclusos utilizam como fuga às regras, no sentido de terem um momento de afastamento das normas rígidas, ou uma forma de sair do espaço em que estão confinados e se refugiarem nas enfermarias.

“(...) da comunidade cigana que está sempre doente. Porquê? É uma maneira deles infringirem as regras, ou seja, de saírem um bocadinho do que é... da exigência (...) E a comunidade cigana faz muito bem isto, que são sempre os doentinhos e então estão sempre nas enfermarias. Conseguem dar a volta à instituição por este lado.” (P8)



SER ENFERMEIRO INTRAMUROS

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

Os enfermeiros participantes consideram que cuidar na prisão exige competências e saberes abrangentes, pelas diferenciadas necessidades de saúde dos reclusos, assim como pela especificidade de terem que lidar com situações de risco, como por exemplo incêndios, agressões e motins dentro do estabelecimento prisional. As questões jurídicas que envolvem a situação penal do recluso têm um impacto no seu equilíbrio emocional e físico. As restrições inerentes à sua pena, por exemplo, se é um recluso que está em regime aberto virado para o exterior, se é um recluso que tem que cumprir uma pena máxima, exigem que os enfermeiros tenham uma formação profissional na área jurídica de forma a entender o contexto penal que envolve o recluso e adequar os seus cuidados a essa realidade. Sentem que a falta de formação nestes âmbitos dificulta o seu desempenho profissional.

“Em relação aos enfermeiros do estabelecimento prisional (...) um enfermeiro que trabalhe num estabelecimento prisional ter, em algumas áreas, competências que num hospital não são necessárias, nomeadamente, a área da parte forense, parte jurídica, é importante. Quando estamos a dialogar com um recluso, ele vai falar de coisas jurídicas que nós não sabemos. Daí temos que ter algum know-how de alguns decretos de lei, de algumas situações para podermos conseguir ter um fio condutor (...)” (P8)

A necessidade de uma especialização, principalmente na área da saúde mental e psiquiátrica, é percebida como importante para a excelência do cuidar dos reclusos pelos enfermeiros dos estabelecimentos prisionais, pelas múltiplas necessidades dos reclusos nesta área.

“Pessoalmente, eu acho que cada vez mais o enfermeiro com algumas competências na área da saúde mental e psiquiatria, acho que é fundamental... daí, quando eu tirei a especialidade foi essa necessidade. Eu achava que devia saber mais um bocado para lidar com este tipo de pessoas que estão confinados a um espaço e não querem lá estar.” (P8)

SENTIMENTOS DE INSEGURANÇA

Foi desvelado pelo discurso dos participantes a convicção de que, no seu ambiente de trabalho, a sua integridade física poderá ser ameaçada, devido aos comportamentos agressivos de alguns reclusos. A insegurança é percecionada, não só pelo receio da ofensa à sua integridade física, como também pela imprevisibilidade de acontecimentos com que se poderão deparar, no seu quotidiano de cuidado.

“(...) nós também estamos em risco (...) Nós estamos ali em permanente risco. Porque estamos a lidar com pessoas que, algumas delas, já não têm nada a perder. Por isso é que estão lá, mas que já não têm nada a perder. Têm penas



elevadíssimas, tanto se lhe vale agredirem uma enfermeira ou não agredirem (...)
(P3)

No começo da vida profissional alguns enfermeiros experienciam sentimentos de medo e angústia pela presença dos alguns reclusos com historial de comportamentos agressivos, no entanto estes sentimentos desvanecem-se com o tempo e com a cumplicidade que estabelecem.

“(...) em termos de sentimentos isso vai-se alterando consoante o tempo que estás dentro de um estabelecimento prisional. Quando eu entrei (...) E esse é o teu pensamento que é o medo, sem dúvida, alguma angústia, daí eu achar que é muito importante quem te integra (...) Esse sentimento de medo passa... começa a desvanecer e tu comesças a criar perfeitamente ligações de cumplicidade e de empatia como se fosse noutra local de trabalho qualquer (...)” (P8)

Percebem a presença do guarda como uma garantia da segurança para o enfermeiro. Este sentimento de segurança permite ao enfermeiro prestar cuidados ao recluso de uma forma mais eficaz, uma vez que se sente protegido.

“É importante para mim o guarda lá estar, porque é ele que vai assegurar a minha segurança no interior do estabelecimento prisional e a segurança aquando do cuidar daquele recluso (...)” (P9)

Por outro lado, no momento de cuidar, alguns participantes descaram as questões de segurança, por considerarem que, desta forma, facilitarão a relação de cuidar, a proximidade e a partilha de emoções e vivências dos reclusos.

“Eu quebro... quebro essa norma de segurança, porque acho que os nossos cuidados melhoram bastante se não tivermos (...) essa grade entre nós (...) Portanto benéfico.” (P13)

(DES)VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Alguns participantes fazem referência ao facto de considerarem que os outros profissionais dos estabelecimentos prisionais não reconhecem a relevância do trabalho de enfermagem desenvolvido nos estabelecimentos prisionais. Esta falta de reconhecimento é sentida pelos enfermeiros como desmotivante. É também referido por alguns enfermeiros que os enfermeiros que trabalham em contextos extramuros desvalorizam o trabalho de enfermagem desenvolvido no sistema prisional.

“(...) os enfermeiros num estabelecimento prisional são considerados o parente pobre de enfermeiros (...) Nos estabelecimentos prisionais não há muito reconhecimento. Porque não reconhecem um enfermeiro... enfermeiro a sério só é quem trabalha nos hospitais. Quando se fala -“ah!, trabalha numa cadeia...” ... desvalorizam.” (P3)

Os participantes sentem que os outros profissionais da prisão não valorizam o seu contributo nas decisões estratégicas no que se refere à saúde nos estabelecimentos



prisionais, apesar de acharem que é uma situação que está a mudar, sendo agora mais relevante a participação dos enfermeiros nas tomadas de decisões.

“(...) os enfermeiros (...) no sistema prisional, não tínhamos muita força, não tínhamos muita voz lá dentro, não tínhamos poder nenhum (...) começou a ter algum poder, e algum poder de decisão (...)” (P1)

Nos seus discursos percebe-se que alguns enfermeiros consideram que deveriam ser valorizados por cuidarem de pessoas que os fazem sentir constantemente em risco.

“(...) porque a pena não vai ser mudada nem... já tem a parte... a personalidade deles já é uma personalidade criminosa, que o há também... Mas estamos sempre em permanente risco e isso também acho que é preciso dar valor.” (P3)

FRAGILIDADE LABORAL

Nas descrições é percebido que os enfermeiros sentem que a situação económica do país tem repercussões na sua situação laboral, assim como na disponibilização aos reclusos de alguns serviços, nomeadamente a cuidados de enfermagem especializados. A precariedade laboral é sentida nos seus discursos como desmotivante para o seu percurso profissional.

“(...) voltamos à mesma questão que é não há dinheiros públicos suficientes para ter gente específica da parte da enfermagem a fazer trabalho específico. Porque quem tira uma especialidade de saúde mental/psiquiatria quer trabalhar a arte de saúde mental/psiquiatria. O problema é que tem que fazer o resto da enfermagem normal que tem que ser feita e essa é pela aquela que nós somos pagos (...) Daí depois ser complicado os projetos manterem-se.” (P8)

CUIDAR DENTRO DAS GRADES

CONSTRUINDO O CUIDAR

A prática dos cuidados de enfermagem dentro dos estabelecimentos prisionais tem evoluído, pressupondo uma prática com diagnóstico, planeamento, execução e avaliação de um plano de cuidados individualizado, assim como na definição de protocolos e manuais de procedimentos. Contudo, parece que ainda existem diferenças na sistematização dos cuidados de enfermagem entre estabelecimentos prisionais, de acordo com as descrições de alguns participantes. Apesar da existência do enfermeiro de referência, o que pressupõe cuidados de enfermagem individualizados, ainda ambicionam melhorar o planeamento e avaliação das suas intervenções.

“(...) a enfermagem evoluiu bastante de há 20 anos agora. Passamos de um indivíduo que ia dar umas injeções (...) para um programa estruturado, com um manual de procedimentos, com NOCS, com NICS, com linguagem CIPE, com protocolo de pensos (...)” (P2)



Alguns enfermeiros destacam que no estabelecimento prisional são os profissionais de saúde que permanecem 24 horas, o que implica que há períodos do dia em que são os únicos profissionais de saúde presentes. Isto implica que no seu exercício profissional seja autónomo e responsável por toda as decisões relativas aos cuidados de saúde.

“E depois a autonomia que nos dão, não é? Porque temos protocolos instituídos e (...) Essa autonomia dá-nos maior responsabilidade. Temos que saber avaliar a situação para aplicar o protocolo, não é? Mas pronto também não há autonomia sem responsabilidade e temos que ir contrabalançando uma coisa com a outra.” (P4)

Cuidar na prisão é um desafio para a enfermagem. Apesar de ser exigente trabalhar com reclusos, pelos seus traços de personalidade e pelas suas problemáticas, os enfermeiros apontam esta experiência profissional como interessante e desafiante.

“(...) da prestação de cuidados num estabelecimento prisional, em que não é tanto um risco (...) mas é um desafio fantástico, porque encontram-se pessoas de diversos tipos de escalões sociais, diversas camadas etárias, mas pessoas com experiências riquíssimas, com imensas problemáticas, naturalmente (...)” (P5)

AMBIENTE INTRAMUROS COMO FOCO

O enfermeiro considera como foco de atenção o ambiente da prisão pelo modo como este afeta a pessoa reclusa. Isto porque o próprio ambiente prisional, sendo hostil, fechado, com o risco constante de episódios de violência grave, influencia o equilíbrio físico e emocional do recluso, repercutindo-se no seu bem-estar. Os participantes, nos seus discursos, parecem valorizar o papel dos enfermeiros na promoção de um ambiente protetor e mais harmonioso para o recluso, sempre limitado pelas condicionantes inerentes aos estabelecimentos prisionais.

“(...) uma pessoa que é agredida chega assim num estado de ansiedade um bocadinho feio de se ver (...) não é fácil muitas vezes abordarmos esse individuo (...) enfermeiro tem um papel extremamente importante (...) cuidar inicial não é tratar as lesões que aquele reclusos apresenta (...) propor este individuo para ser internado nos tais programas terapêuticos (...)” (P9)

PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DAS DOENÇAS

Nos discursos emergem como áreas de intervenção dos cuidados de enfermagem a prevenção de doenças e a promoção de comportamentos saudáveis. Os enfermeiros entrevistados referem que as intervenções de enfermagem aos reclusos visam a aquisição de comportamentos saudáveis, de forma a proporcionar o bem-estar mental e físico, desenvolvendo para isso intervenções de educação para a saúde, auto capacitação e responsabilização do recluso no seu processo de saúde. Sentem que os cuidados de enfermagem aos reclusos com estas necessidades são essenciais.



“(...) sentar-me ao pé do recluso, conversar com o recluso e tentar perceber de onde é que vem aquela ansiedade, controlá-la e, no fundo, tentar arranjar estratégias, ou dar-lhe estratégias, ou trabalhar com ele estratégias, para ele nunca mais ter aquela crise de ansiedade (...)” (P9)

No discurso proferido pelos enfermeiros é salientada a promoção de momentos de ensino e capacitação, motivando para a aquisição de comportamentos saudáveis, como no caso dos cuidados básicos de higiene e cidadania, isto porque os reclusos são uma população com inúmeras carências de conhecimento.

“(...) nós ensinamos-lhes, cuidados básicos de higiene, como tomarem banho... as coisas que para nós são simples e instintivas, nós para eles temos que lhes ensinar, temos que lhes ensinar que eles têm que tomar banho (...) se não tomarem banho de chinelos podem ganhar micoses (...) a eles temos que lhes ensinar tudo.” (P13)

FACILITAR A ADAPTAÇÃO À PRISÃO

Os participantes assumem que o seu processo de cuidado se reporta também à ajuda à pessoa na adaptação a esta nova realidade, adaptação à prisão, ajudando-a a integrar estratégias que minimizem as fragilidades recorrentes da reclusão.

“(...) E nós recebemos indivíduos (...) do exterior (...) são obrigados a se adaptarem (...) ao contexto prisional. O enfermeiro aqui é um elemento fundamental, na minha opinião, para ajudar estes indivíduos que têm regras, normas, princípios e hábitos completamente diferentes dos outros. Nós temos um papel extremamente importante em ajudar este indivíduo a integrar-se. Eu não acredito que o recluso tenha capacidade de se adaptar sozinho dentro do estabelecimento prisional.” (P9)

SER MULTIDIMENSIONAL

Alguns enfermeiros destacaram o cuidar reclusos como uma atenção à pessoa nas suas multidimensões, considerando que está inserida num estabelecimento prisional e as implicações que daí advêm. A experiência de cuidar reclusos significa, para os enfermeiros, olhar o recluso nas suas multidimensões físicas, emocionais, espirituais, mentais. Expressam que cuidar é ver o recluso nas suas multidimensões e nos múltiplos fatores que o afetam, como tal o cuidar abrange a contextualização do recluso e o seu mundo, o impacto que a reclusão tem para a pessoa.

“(...) faz parte da nossa essência, da nossa profissão, é cuidar do doente como um todo, e eu tento fazer isso, embora às vezes seja difícil, não digo que não.” (P1)

“(...) pessoa tem que ser tratada como tal. Na globalidade. Sendo tratado na globalidade, tem que ser nas vertentes físicas, psíquicas, emocionais, religiosas, sem haver grande distinção.” (P2)

Na prisão a doença mental, os desequilíbrios emocionais e os comportamentos aditivos são uma prevaletentes, sendo notório nos discursos dos participantes. Os cuidados de enfermagem no controlo dos desequilíbrios emocionais e mentais dos



reclusos são importantes, as suas intervenções visam capacitar o recluso, ensinando e fornecendo estratégias para o seu equilíbrio emocional e mental. Os enfermeiros desenvolvem projetos na área comportamental, emocional e mental, permitindo ao recluso ser autónomo, o que facilitará o seu processo de integração na comunidade.

“(...) eu estive, eu mais outro colega, estivemos numa (...) A técnica seria cognitiva e comportamental. Sim, que nós trabalhamos. Foram executadas quer da terapia, quer de jogos de confiança, controlo de ansiedade, de algumas percentagens são descritas porque avaliamos quer pelos parâmetros vitais, em casos de ansiedade, que o relaxamento era benéfico e em termos do controlo do padrão do sono, tivemos ganhos percentuais significativos num curto espaço de tempo.” (P8)

PREPARAÇÃO PARA A VIDA EXTRAMUROS

Os enfermeiros, ao capacitarem os reclusos para serem autónomos, ensinando-os a terem comportamentos saudáveis, a equilibrar as suas necessidades de saúde, na aquisição de comportamentos básicos de cidadania, objetivam facilitar a sua integração na comunidade aquando da sua liberdade, torná-los pessoas saudáveis e ativas para a sociedade.

Alguns enfermeiros consideram importante no processo de preparação para a reintegração na comunidade, a implementação de intervenções de enfermagem que permitam dotar os reclusos de competências sociais como a assertividade e controlo de impulsos. Acreditam que desta forma, não só, facilitam a integração do recluso na comunidade como evitam a probabilidade de recidivas em termos de reclusão, no entanto sentem que a vertente da reabilitação dos reclusos ainda é uma área que necessita de mais investimento.

“(...) enfermeiros especialistas (...) fazíamos trabalhos de... de aquisição de competências sociais, assertividade, controlo de impulsos. Isto era um trabalho que fazíamos (...) eles tivessem um conjunto de ferramentas que pudessem usar cá fora. Porque a parte que menos se investe... daí a grande, grande reentrada de reclusos, ou seja, é a recidiva de entrada de reclusos, porque não se aposta muito na reabilitação.” (P8)

Para assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem, na preparação da liberdade, nos seus discursos alguns enfermeiros referem estabelecer contato com as unidades de saúde familiar, essencialmente para a transmissão de informação relativa ao plano de vacinação, apesar de ser uma prática ainda limitada e em processo de desenvolvimento, nomeadamente na envolvimento das unidades de saúde familiar e na família.

“Em relação a... a relacionamento com os centros de saúde, os enfermeiros... a intervenção que têm é... na preparação da liberdade, é a articulação com o centro de saúde da área para onde o recluso irá... irá ficar afeto... articulação no sentido de



ele... de o recluso ou levar ou nos identificar o centro de saúde para que nós depois possamos enviar todo o historial clínico, dentro do estabelecimento (...) E em termos de vacinação (...)" (P5)

Para tornar mais claras as fases do método de Giorgi, apresenta-se, no quadro que se segue, o componente “*Vivendo o Cuidar na Reclusão*”, colocando exemplos de cada unidade de significado, enunciando os diferentes constituintes chave e respetivas unidades de significado transformadas.

Quadro 6 – Síntese relativa à vivência de cuidar reclusos no componente VIVENDO O CUIDAR NA RECLUSÃO resultante da análise dos discursos dos enfermeiros participantes

CONTEXTO	CONSTITUINTES CHAVE	UNIDADES DE SIGNIFICADO TRANSFORMADAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
AMBIENTE INTRAMUROS	Distinto de outros contextos	Revela que cuidar reclusos é diferente de cuidar noutros contextos, como num hospital.	P1 – “(...) para mim cuidar os reclusos, ah...tem algumas diferenças, no que diz respeito ao cuidar de doentes, eu já trabalhei num hospital(...)sinto que ali há diferenças.”
	Contexto complexo	Reconhece que a prisão é um contexto complexo que o enfermeiro pode agir sobre esta dinâmica aconselhando.	P2 – “(...)cadeia é uma dinâmica, tem imensas forças, imensos vetores que nós vamos aprendendo ao longo da vida e temos atos tão simples como aconselhamento(...)”
	Contexto hostil	Manifesta que a prisão é um ambiente hostil para os reclusos.	P4 – “(...)um ambiente tão stressante(...) que a vontade deles é explodir. E que dentro deles deve ser uma autêntica panela (...).E sabem que só não podem explodir porque depois têm consequências a todos os níveis(...)O ambiente é demasiado explosivo, lá dentro, é demasiado... esmagador(...)”
	Não terapêutico	Manifesta que a sobrelotação, a falta de privacidade e o ambiente hostil, dificulta o seu agir neste ambiente.	P4 – “(...)E depois uma prisão que devia ter 700 tem 1300(...)não há um espaço, não há aquela privacidade.(...)Uma panela de pressão que nós tentamos não deixar rebentar(...)às vezes, abafamos um bocadinho de um lado, abafamos do outro e tentamos ir compensando todos os lados.”
	Presença do guarda prisional	Manifesta que a presença do guarda prisional é uma barreira. Manifesta que o acesso do recluso aos cuidados de enfermagem é sempre interposto pelo guarda prisional.	P1 – “(...)que poderá influenciar mais, é mesmo a barreira do guarda prisional(...)eu num hospital estou a cuidar de um doente, e sou eu que faço o cuidar direto, ali na cadeia não, o guarda é que nos vem dizer o que é que se passa com o doente(...)” P10 – “(...)Há sempre um gradão enorme a separar, há sempre o porquê dele ter que subir aos serviços clínicos, há sempre o ter que subir acompanhado por um guarda(...)que impede que haja sempre então a... a relação... uma relação... uma relação de enfermagem como seria de



		<p>Manifesta que o guarda prisional interfere no momento de cuidar, condicionando o cuidado.</p> <p>Manifesta que o enfermeiro vê o recluso como uma pessoa doente e enquadra o seu comportamento no quadro da sua patologia. Por outro lado, o guarda prisional não percebe o comportamento do recluso como enquadrado na sua patologia, mas sim como uma atitude e comportamento de maldade.</p> <p>Expressa a relação que estabelece como profissional e de amizade.</p> <p>Refere que o número de guardas prisionais é insuficiente para as necessidades.</p>	<p><i>esperar(...)é a presença constante do guarda.”</i></p> <p>P6 – “Nós temos sempre o guarda prisional na presença. O que muitas vezes vai condicionar ou, interfere, neste caso, na nossa intervenção. Nós estamos a prestar um ensino e, muitas vezes, o que é que acontece? O guarda prisional interfere.(...) é ele que nos está a condicionar(...)o nosso cuidar.”</p> <p>P1 – “(...)para nós, eles são doentes, para o guarda prisional pode não ser, e isso vai alterar o nosso cuidado(...)doente está a fazer aquilo porque é um doente (...)aquilo para o guarda, e funciona como uma maldade, tá ali, só tem aquilo que merece, e isso vai acabar por influenciar os nossos cuidados.”</p> <p>P9 – “(...)muitas vezes um elemento não perturbador para mim porque de certa forma vou estabelecer uma relação de amizade ou de companheirismo com o guarda que está presente nos serviços clínicos(...)”</p> <p>P8 – “Para manter uma segurança correta deviam ser mais guardas prisionais, não são, também andam sempre nos limites inferiores.”</p>
COMPROMISSO COM A PESSOA RECLUSA	Os danos dos limites físicos da existência	<p>Exprime a pessoa reclusa como aquela que está sem um bem primordial que é a liberdade e o impacto que isso tem para o recluso.</p>	<p>P12 – “Um individuo preso, é uma pessoa que perdeu um bem fundamental da pessoa, que é ser livre, ter(...)Lá dentro de uma cadeia, nós sabemos perfeitamente que eles são fechados não sei quantas horas por dia, muitas horas por dia, têm horas certas para ir almoçar, para se alimentarem-se, há horas certas para tomar a medicação e há horas certas para fazer tratamentos(...)”</p>
	Compreender as trajetórias subjacentes às realidades	<p>Descreve a reclusão como transversal a toda a sociedade.</p> <p>Descreve os reclusos maioritariamente pertencentes a um grupo desfavorecidos, com trajetórias de vida problemáticas.</p>	<p>P2 – “(...)E é muito fácil ir parar à cadeia. Um acidente (...) um homicídio involuntário(...)”</p> <p>P4 – “(...)porque eles também são pessoas inteligentes(...)maior parte deles são vindos de bairros problemáticos, não é? Famílias completamente desestruturadas(...)desde crianças foram deixados à sorte(...)se nós fossemos criados dessa forma e sem regras nenhuma e sem limites, se calhar seríamos iguais, ou piores, não é?”</p>
ESTAR DOENTE INTRAMUROS	Múltiplas necessidades	<p>Descreve que os reclusos apresentam diferentes patologias, nomeadamente a patologia crónica (renal, cardíaca, neurológica), exigindo cuidados de enfermagem diversificados.</p>	<p>P4 – “Temos pessoas hemodialisadas, temos cardíacos, temos pessoas amputadas, temos acamados com AVC’s. Quer dizer, todos esses reclamam as nossas atenções e os nossos... a nossa ajuda, diariamente.”</p>



	Experiência exacerbada	Descreve que a doença na pessoa que está reclusa assume contornos específicos, sendo exponenciada. O enfermeiro considera e explora a sintomatologia tenta perceber a pessoa.	P8 – “Uma dor de dentes no intramuros é... é exponencial... é elevada a dez em relação a uma dor de dentes que se passa no dia-a-dia e numa comunidade normal(...)Esta rotina, esta obrigatoriedade, isto leva a um cansaço mental do próprio recluso, consoante o tempo que lá está.”
	Oportunidade para fugir às regras	Descreve que alguns reclusos fingem estar doentes como forma de fuga às regras rígidas da instituição ou para saírem do espaço em que estão confinados.	P8 – “(...)da comunidade cigana que está sempre doente. Porquê? É uma maneira deles infringirem as regras, ou seja, de saírem um bocadinho do que é... da exigência(...)E a comunidade cigana faz muito bem isto, que são sempre os doentinhos e então estão sempre nas enfermarias. Conseguem dar a volta à instituição por este lado.”
SER ENFERMEIRO INTRAMUROS	Competências específicas	Descreve que cuidar na prisão exige competências e saberes amplos, nomeadamente na área forense e jurídica. A especialidade em saúde mental e psiquiátrica parece ser fundamental para quem presta cuidados aos reclusos, pelas necessidades destes.	P8 – “Em relação aos enfermeiros do estabelecimento prisional(...)um enfermeiro que trabalhe num estabelecimento prisional ter, em algumas áreas, competências que num hospital não são necessárias, nomeadamente, a área da parte forense, parte jurídica, é importante. Quando estamos a dialogar com um recluso, ele vai falar de coisas jurídicas que nós não sabemos. Daí temos que ter algum know-how de alguns decretos de lei, de algumas situações para podermos conseguir ter um fio condutor(...)” P8 – “Pessoalmente, eu acho que cada vez mais o enfermeiro com algumas competências na área da saúde mental e psiquiatria, acho que é fundamental... daí, quando eu tirei a especialidade foi essa necessidade. Eu achava que devia saber mais um bocadinho para lidar com este tipo de pessoas que estão confinados a um espaço e não querem lá estar.”
	Sentimentos de insegurança	Manifesta sentimento de insegurança pela integridade de física, pelo facto de sentirem que podem ser agredidos pelos reclusos a qualquer momento. Exprime sentimentos de medo e angústia quando iniciou o seu trabalho na prisão, pois tinha ideias pré concebidas, mesmo relativamente aos reclusos. No entanto refere que, com o passar do tempo e com a cumplicidade que se estabelece com os reclusos, estes sentimentos desvanecem-se.	P3 – “(...) nós também estamos em risco(...)Nós estamos ali em permanente risco. Porque estamos a lidar com pessoas que, algumas delas, já não têm nada a perder. Por isso é que estão lá, mas que já não têm nada a perder. Têm penas elevadíssimas, tanto se lhe agredirem uma enfermeira ou não agredirem(...)” P8 – “(...)em termos de sentimentos isso vai-se alterando consoante o tempo que estás dentro de um estabelecimento prisional. Quando eu entrei(...)E esse é o teu pensamento, que é o medo, sem dúvida, alguma angústia, daí eu achar que é muito importante quem te integra(...)Esse sentimento de medo passa... começa a desvanecer e tu começa a criar perfeitamente



		<p>Manifesta a presença do guarda como uma garantia da sua segurança quando está a cuidar o recluso, havendo a possibilidade de descurar o protocolo de segurança por considerar que a presença do guarda não facilita a relação de cuidar com o recluso.</p> <p>Manifesta a presença do guarda como uma garantia da sua segurança quando está a cuidar o recluso, havendo a possibilidade de descurar o protocolo de segurança por considerar que a presença do guarda facilita a relação de cuidar com o recluso.</p>	<p><i>ligações de cumplicidade e de empatia como se fosse noutra local de trabalho qualquer.(...)"</i></p> <p>P9 – <i>“É importante para mim o guarda lá estar, porque é ele que vai assegurar a minha segurança no interior do estabelecimento prisional e a segurança aquando do cuidar daquele recluso(...)"</i></p> <p>P13 – <i>“Eu quebro... quebro essa norma de segurança, porque acho que os nossos cuidados melhoram bastante se não tivermos(...)essa grade entre nós(...)Portanto benéfico.”</i></p>
	(Des)Valorização profissional	<p>Manifesta que o trabalho de enfermagem desenvolvido dentro do sistema prisional é desvalorizado pelos enfermeiros que trabalham noutros contextos extramuros.</p> <p>Manifesta que os enfermeiros não tinham poder de decisão, no entanto, é reconhecido que esta situação está a mudar.</p> <p>Sente que os enfermeiros que trabalham na prisão deviam ser valorizados por cuidarem de reclusos por estes representarem um risco para a sua integridade física.</p>	<p>P3 – <i>“(...) os enfermeiros num estabelecimento prisional são considerados o parente pobre de enfermeiros(...)Nos estabelecimentos prisionais não há muito reconhecimento Porque não reconhecem um enfermeiro... enfermeiro a sério só é quem trabalha nos hospitais. Quando se fala -“ah!, trabalha numa cadeia...” ... desvalorizam.”</i></p> <p>P1 – <i>“(...)os enfermeiros(..)no sistema prisional, não tínhamos muita força, não tínhamos muita voz lá dentro, não tínhamos poder nenhum(...) começou a ter algum poder, e algum poder de decisão(...)"</i></p> <p>P3 – <i>“(...)porque a pena não vai ser mudada nem... já tem a parte... a personalidade deles já é uma personalidade criminosa, que o há também... Mas estamos sempre em permanente risco e isso também acho que é preciso dar valor.”</i></p>
	Fragilidade laboral	<p>Expõe que a situação socioeconómica do país influencia a sua situação laboral por não permitir que possa exercer na plenitude a sua especialidade, mas que isso também afeta o acesso dos reclusos a esses cuidados.</p>	<p>P8 – <i>“(...)voltamos à mesma questão que é não há dinheiros públicos suficientes para ter gente específica da parte da enfermagem a fazer trabalho específico. Porque quem tira uma especialidade de saúde mental/psiquiatria quer trabalhar a arte de saúde mental/psiquiatria. O problema é que tem que fazer o resto da enfermagem normal que tem que ser feita e essa é pela aquela que nós somos pagos(...)Daí depois ser complicado os projetos manterem-se.”</i></p>
CUIDAR DENTRO DAS GRADES	Construindo o cuidar	<p>Manifesta que a prática dos cuidados de enfermagem evoluiu, sendo os cuidados de enfermagem assentes numa prática sistematizada com diagnósticos, protocolos de</p>	<p>P2 – <i>“Quanto à perceção, a enfermagem evoluiu bastante de há 20 anos agora. Passamos de um individuo que ia dar umas injeções(...)para um programa estruturado, com um manual de</i></p>



		<p>atuação.</p> <p>Expressa que na prática dos cuidados de enfermagem na prisão a sua autonomia é acentuada, acompanhada com o respetivo sentido de responsabilidade.</p> <p>Descreve que cuidar reclusos é um desafio, apesar de exigente, permite cuidar pessoas reclusas que acha que são fantásticas.</p>	<p>procedimentos, com NOCS, com NICS, com linguagem CIPE, com protocolo de pensos(...)"</p> <p>P4 – “E depois a autonomia que nos dão, não é? Porque temos protocolos instituídos e(...)Essa autonomia dá-nos maior responsabilidade. Temos que saber avaliar a situação para aplicar o protocolo, não é? Mas pronto também não há autonomia sem responsabilidade e temos que ir contrabalançando uma coisa com a outra.”</p> <p>P5 – “(...)da prestação de cuidados num estabelecimento prisional, em que não é tanto um risco (...)mas é um desafio fantástico, porque encontram-se pessoas de diversos tipos de escalões sociais, diversas camadas etárias, mas pessoas com experiências riquíssimas, com imensas problemáticas, naturalmente(...)"</p>
	Ambiente intramuros como foco	<p>Manifesta que no ambiente prisional sendo hostil, podem ocorrer episódios de violência grave. Expõe como importante o papel do enfermeiro em proporcionar um ambiente protetor e harmonioso para o recluso.</p>	<p>P9 – “(...)uma pessoa que é agredida chega assim num estado de ansiedade um bocadinho feio de se ver(...)não é fácil muitas vezes abordarmos esse individuo(...)enfermeiro tem um papel extremamente importante(...) cuidar inicial não é tratar as lesões que aquele recluso apresenta(...)propor este individuo para ser internado nos tais programas terapêuticos(...)"</p>
	Promoção da saúde e prevenção das doenças	<p>Exprime que os reclusos apresentam, muitas vezes, dificuldades em lidar com as suas alterações emocionais, nomeadamente a ansiedade, sendo o papel da enfermagem relevante na sua capacitação ensinando-lhe estratégias que beneficiem o seu equilíbrio mental.</p> <p>Manifesta que cuidar é proporcionar capacidades ao recluso para este ser independente, nomeadamente nas noções básicas de higiene e saúde.</p>	<p>P9 – “(...)sentar-me ao pé do recluso, conversar com o recluso e tentar perceber de onde é que vem aquela ansiedade, controlá-la e, no fundo, tentar arranjar estratégias, ou dar-lhe estratégias, ou trabalhar com ele estratégias, para ele nunca mais ter aquela crise de ansiedade(...)"</p> <p>P13 – “(...)nós ensinamos-lhes, cuidados básicos de higiene, como tomarem banho... as coisas que para nós são simples e instintivas, nós para eles temos que lhes ensinar, temos que lhes ensinar que eles têm que tomar banho(...)se não tomarem banho de chinelos podem ganhar micoses(...)a eles temos que lhes ensinar tudo.”</p>
	Facilitar a adaptação à prisão	<p>Expressa que o seu cuidado reporta-se à ajuda, à pessoa na adaptação a esta nova realidade, adaptação à prisão e a tudo que envolve.</p>	<p>P9 – “(...)E nós recebemos indivíduos (...)do exterior(...)são obrigados a se adaptarem(...)ao contexto prisional. O enfermeiro aqui é um elemento fundamental, na minha opinião, para ajudar estes indivíduos que têm regras, normas, princípios e hábitos completamente diferentes dos outros. Nós temos um papel extremamente importante em</p>



			<i>ajudar este individuo a integrar-se. Eu não acredito que o recluso tenha capacidade de se adaptar sozinho dentro do estabelecimento prisional.”</i>
Ser multidimensional	<p>Manifesta o cuidar o recluso nas suas multidimensões como a essência do seu cuidar.</p> <p>Manifesta o cuidar o recluso nas suas multidimensões como a essência do seu cuidar.</p> <p>Descreve como importante a realização de intervenções de cuidados de enfermagem aos reclusos no que se concerne à vertente mental e emocional, tendo tido resultados positivos.</p>	<p>P1 – “(...) faz parte da nossa essência, da nossa profissão, é cuidar do doente como um todo, e eu tento fazer isso, embora às vezes seja difícil, não digo que não.”</p> <p>P2 – “(...) pessoa tem que ser tratada como tal. Na globalidade. Sendo tratado na globalidade, tem que ser nas vertentes físicas, psíquicas, emocionais, religiosas, sem haver grande distinção.”</p> <p>P8 – “(...) eu estive, eu mais outro colega, estivemos numa(...) A técnica seria cognitiva e comportamental. Sim, que nós trabalhamos. Foram executadas quer da terapia, quer de jogos de confiança, controlo de ansiedade, de algumas percentagens são descritas porque avaliamos quer pelos parâmetros vitais, em casos de ansiedade, que o relaxamento era benéfico e em termos do controlo do padrão do sono, tivemos ganhos percentuais significativos num curto espaço de tempo.”</p>	
Preparação para a vida extramuros	<p>Expõe a importância da implementação de intervenções de enfermagem que permitam ao recluso adquirir competências sociais como assertividade e controlo de impulsos. Descreve como importante esta reabilitação de forma a evitar uma recidiva na institucionalização.</p> <p>Descreve que para assegurar a continuidade dos cuidados de saúde, na preparação da liberdade, estabelecem contato com as unidades de saúde familiares.</p>	<p>P8 – “(...) enfermeiros especialistas (...) fazíamos trabalhos de... de aquisição de competências sociais, assertividade, controlo de impulsos. Isto era um trabalho que fazíamos(...) eles tivessem um conjunto de ferramentas que pudessem usar cá fora. Porque a parte que menos se investe... dá a grande, grande reentrada de reclusos, ou seja, é a recidiva de entrada de reclusos, porque não se aposta muito na reabilitação.”</p> <p>P5 – “Em relação a... a relacionamento com os centros de saúde, os enfermeiros... a intervenção que têm é... na preparação da liberdade, é a articulação com o centro de saúde da área para onde o recluso irá... irá ficar afeto... articulação no sentido de ele... de o recluso ou levar ou nos identificar o centro de saúde para que nós depois possamos enviar todo o historial clínico, dentro do estabelecimento(...) E em termos de vacinação(...)”</p>	



1.3. Componente: Humanizando o Cuidar na Reclusão

No que se remete ao componente “Humanizando o Cuidar na Reclusão” foram constituídos dezanove constituintes chave, apresentados no esquema que se segue.

Esquema 2 – Representação esquemática dos constituintes chave que emergiram dos discursos dos participantes referentes ao componente HUMANIZANDO O CUIDAR NA RECLUSÃO



AMBIENTE INTRAMUROS

OPORTUNIDADE DE RESGATAR NECESSIDADES DE SAÚDE

A prisão é percebida pelos enfermeiros como uma oportunidade de resgatar as necessidades de saúde dos reclusos e integrá-los nos cuidados de saúde, visto que muitos deles não acedem às instituições de saúde no tempo antes da reclusão. Os enfermeiros participantes manifestam o tempo de reclusão como uma oportunidade para equilibrar, recuperar as necessidades de saúde, auto capacitar e motivar o recluso para o seu projeto de saúde. Neste processo visam a motivação do recluso pela responsabilização da sua saúde no momento e no futuro.

“(…) em termos de saúde, o estabelecimento prisional, acaba por ser a porta de entrada para que alguns dos nossos utentes tenham acesso aos cuidados de saúde. Portanto e procurando e agarrando nisto, motivá-los para que eles também se responsabilizem por eles mesmos.” (P7)

COMPROMISSO COM A PESSOA RECLUSA

LUGAR DE SENTIMENTOS

Nos discursos dos enfermeiros o recluso é respeitado como pessoa e, por isso, consideram importantes os seus sentimentos, perceber o recluso na sua intimidade, nas suas angústias, frustrações e sofrimento.



“Na cadeia, no meu dia-a-dia, nós... eu lido com reclusos que cometeram crimes, mas sei que eles, acima de tudo são pessoas humanas, e têm sentimentos (...)” (P1)

SUJEITO DE DIREITOS

O enfermeiro considera o recluso como pessoa que mantém os seus direitos como um cidadão comum, exceto os que advém da sua pena, como é o caso da sua liberdade física. Preserva os seus direitos como o direito a cuidados de saúde, a cuidados de enfermagem de excelência, à confidencialidade, à igualdade, à informação, à autodeterminação, à sua privacidade, a cuidados humanizados, entre outros.

“Se nós entendermos que todos eles têm muitos direitos e muitos deveres, dentro da cadeia nós temos que os tratar como pessoas normais sem qualquer problema.” (P2)

Nas suas descrições, emerge a preocupação em proporcionar e potenciar a autodeterminação do recluso no seu projeto de saúde e nos cuidados de saúde. Apesar de considerarem que questões logísticas dificultam a plenitude do exercício deste direito do recluso, a proteção deste direito é humanizar os cuidados.

“(...) temos lá um doente que quer ter a ficha, a folha terapêutica com ele, e nós sabemos que ele tem direito a isso (...) é muito complicado no sistema. Mas é um direito que lhes assiste (...) isto é humanizar os cuidados.” (P1)

RESPEITO MÚTUO

O âmago do cuidar em enfermagem reporta-se à pessoa que cuidamos. Os enfermeiros sentem que o recluso respeita os enfermeiros e demonstra esse respeito.

“Os meus sentimentos (...) foram sempre positivos relativamente aos reclusos. Posso dizer que nunca, nunca tive medo de trabalhar com reclusos (...) Eles respeitam muito mais as enfermeiras.” (P6)

O LUGAR DA FAMÍLIA NA RECLUSÃO

Os enfermeiros percebem que apesar do recluso estar privado e afastado das suas vivências familiares e sociais, continua a existir o fluxo destas relações intra e extramuros. Nos discursos dos participantes nota-se a sensibilidade para o impacto que as problemáticas familiares têm no recluso, considerando que são uma preocupação para este. O facto do recluso estar afastado da sua família, tem implicações no seu comportamento e nas suas atitudes.

“(...) o recluso... o que pode perturbar enquanto pessoa, enquanto ser humano, perturba de facto, por exemplo, ele saber que tem... ele saber que tem um filho doente. O filho caiu, ou partiu uma perna, ou não sei quê (...) ele não pode ir ver o filho, não pode ir ver o pai que está hospitalizado. Portanto, isto perturba depois de facto a... o recluso na sua... na sua estrutura, na sua... na sua forma de estar, no seu comportamento, não é? (...)” (P5)



O recluso mantém os seus laços familiares e as preocupações pelos problemas que afetam a sua família, mais acentuado pelo seu afastamento devido à reclusão.

Por vezes ocorrem quezílias entre reclusos, donde advêm ameaças sobre a sua própria família que está no exterior, provocando momentos de angústia ao recluso. Estas problemáticas relativas à condição da sua família, tem implicações no bem-estar do recluso.

“(...) tenho que tentar perceber o que é que levou à existência (...) daquela lesão corto contusa que muitas vezes foi uma zanga que ele teve no pavilhão (...) pode levar a uma série enorme de problemas e muitas vezes coloca até em causa a relação familiar que ele tem lá fora (...) Porque muitas vezes, eles estão sujeitos ou estão a ser sujeitos a determinadas pressões no exterior que levam os reclusos a terem problemas de saúde mais graves a nível psicológico, ou a nível psiquiátrico no interior do estabelecimento prisional, porque eles sabem que a família está a ser sujeita a pressões (...)” (P9)

Percebemos que o envolvimento e a parceria nos cuidados que os enfermeiros estabelecem com as famílias são diferentes de acordo com o estabelecimento prisional, em alguns estabelecimentos prisionais esta é mais próxima, mas noutros esta envolvimento é ténue.

“Em relação a contactos com a família, não são regulares. Não quer dizer que a gente não tenha, esporadicamente, alguma relação com a família porque... porque o recluso ligou para a família e disse que estava doente, que estava internado e, por vezes, a família liga e tenta falar connosco. Mas é só neste âmbito (...)” (P5)

“As questões da família... a família é sempre um elemento muito marcante na vida de alguém que está privado de liberdade. É o seu contato (...) é o seu apoio (...) É evidente que se agarram à família. (...) E nós, nós conversamos com as famílias. As visitas não são tão alargadas como quando... no conceito que nós temos dos hospitais (...) se ele por qualquer razão envolver a família neste projeto arranjamos sempre uma forma de estar em... de estarmos todos juntos (...)” (P7)

ESTAR DOENTE INTRAMUROS

PEDIDO DE ATENÇÃO

A doença intramuros é percebida como uma chamada de atenção do recluso, para o seu sofrimento.

“Por exemplo, as automutilações, dentro da cadeia, muitas vezes aparecem como atos de desespero, de chamadas de atenção.” (P2)

A automutilação é um comportamento recorrente nos espaços prisionais, sendo evidenciado pelos participantes como uma real preocupação. Os enfermeiros percebem este comportamento nas suas diferentes dimensões, valorizando a forma como o recluso vive e se expressa através do corpo, incluindo as suas dimensões existencial, cultural,



emocional. As intervenções dos participantes integram também o cuidar as razões subjacentes a este sofrimento, negando a visão que a automutilação deve ser punida.

“(...) automutilam-se porque querem uma chamada de atenção (...) tentamos tratar o doente de uma forma imparcial não podemos estar a dar entre aspas, na cabeça (...) este tipo de discurso (...) existe pessoas lá dentro que lhes fazem (...)”
(P1)

DIMENSÃO EMOCIONAL E MENTAL

Vários enfermeiros consideram a própria reclusão como potenciadora das perturbações emocionais e mentais, pelo que o atendimento destas necessidades é prioritário. A patologia mental, o desequilíbrio emocional e os comportamentos aditivos são de uma relevância fulcral pelas consideráveis necessidades que aportam aos reclusos. Nos discursos assoma a importância dos enfermeiros serem especializados em saúde mental para melhor responder a estes desequilíbrios. Os comportamentos aditivos dos reclusos mantêm-se durante a institucionalização e acontecimentos como o suicídio, as automutilações ou os comportamentos ansiosos não são raros. As intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros revelam-se eficazes em alguns destes casos.

“(...) a maior parte de nós tem especialidade em saúde mental – que a nossa especialidade faz sentido ali dentro. Porque, às vezes, até fazemos treinos de relaxamento, sessões de relaxamento com eles, porque mais que a medicação (...) é uma forma de substituir, às vezes, muitos processos aditivos, não é? (...) é uma forma de os ajudarmos a dar a volta à situação (...)” (P4)

SER ENFERMEIRO INTRAMUROS

AGIR ÉTICO

Foi referido pelos participantes a exigência do enfermeiro que cuida reclusos ter referências éticas firmes. Os enfermeiros sentem que trabalhar num sistema prisional exige um suporte ético mais vincado do que se trabalhassem noutros contextos, pela constante dualidade entre as convicções pessoais e as questões que se levantam por lidar com pessoas que cometeram crimes, muitas vezes violentos e hediondos.

“É lógico que nos põe algumas questões éticas, por exemplo, os agressores sexuais que às vezes nos põem a pensar “e se fosse a nossa filha? Ou se fosse o nosso filho? Como é que eu reagiria, tendo este homem à minha frente?” E uma das coisas que nós muito cedo aprendemos é que o juízo de valor não se deve fazer.”
(P2)

O sigilo profissional, para o enfermeiro do sistema prisional, tem contornos diferentes, dada a natureza sensível das informações, pelas problemáticas inerentes à própria prisão, como são as questões de segurança e as questões do crime, havendo por isso



uma exigência acrescida no sigilo no que se refere aos fluxos de informação intra e extramuros.

“(...) e também há algum sigilo, não é? Ainda mais vincado lá dentro, porque são situações muito complicadas. Não pode sair nada cá para fora.” (P3)

Os cuidados de enfermagem proporcionados são descritos como um cuidado de igualdade, cuidar o recluso como um cidadão comum, sem discriminação. O recluso percebe que os cuidados de enfermagem não são discriminatórios, o que favorece o seu equilíbrio durante o período de reclusão.

“(...) estamos-lhe a dar cuidados (...) Faz diferença em que os mantém mais equilibrados (...) Porque nós prestamos esse cuidado. Um cuidado de igualdade. Em que eles não se sentem discriminados.” (P3)

Nos discursos é perceptível que os enfermeiros consideram o cuidar a pessoa reclusa como um cuidar igual à pessoa que não cometeu crime, considerando que, no momento de cuidar, o fator condicionante não é o crime, mas a ausência de liberdade física do recluso.

“Cuidar (...) num estabelecimento prisional são... é fundamentalmente cuidar de pessoas de uma forma idêntica (...) É evidente que há assassinos, há traficantes, há imensos toxicodependentes, mas, em geral, a enfermagem é igual. Só porque eles são pessoas e estão privadas da liberdade.” (P5)

Por questões de segurança a prisão é um local com regras rígidas e um ambiente controlado. Por isso, os enfermeiros sentem que na sua prática de cuidados são confrontados com episódios que levantam questões éticas, muitas vezes ligadas aos comportamentos dos reclusos, exigindo uma ponderada, consciente avaliação, reflexão e ponderação das suas atitudes.

“(...) foi um confronto muito grande. Um confronto pessoal, profissional. Profissional porque o meu dever seria denunciar aquela situação, e pessoal (...) A minha opção, no momento, foi não denunciar a situação, ir para casa pensar qual seria a minha melhor atitude (...) o recluso nem deixou que fosse eu a abordar essa situação, foi mesmo ele que me abordou (...) Tomei a opção de não denunciar a situação porque como se costuma dizer “do mal o menos”.(...)” (P9)

PROTETOR

Os enfermeiros sentem que, apesar de estarem inseridos no sistema prisional, não são um elemento punitivo, mas sim um elemento que, além de prestar cuidados de saúde, também protege e auxilia o recluso.

“Nós temos que ser tipo, os anjos protetores, deles lá dentro (...)” (P1)

“É todo o sistema da cadeia em si própria, que é castigador. E muitas vezes os reclusos olham para o enfermeiro como um individuo que o auxilia e não como um individuo que está ali para castigá-lo, e isso é muito bom.” (P2)



GESTOR DE CONFLITO

O enfermeiro sente que tem uma relação de proximidade tanto com os outros profissionais, nomeadamente os guardas prisionais, como com os reclusos e, por isso, considera-se como um elemento equilibrante na gestão de conflitos no ambiente prisional, nas problemáticas entre reclusos e nos conflitos entre reclusos e guardas prisionais.

“(...)que ser um bocadinho catalisador das várias emoções. Por exemplo, o velho conflito e o conflito que existe sempre latente entre guardas e reclusos (...) nas ações de formação e o enfermeiro também terá que dar e terá que forçar as ações de formação (...) enfermeiro tem aí um papel decisivo, porque está perto de uns, e de outros. É uma questão de proximidade (...)” (P2)

SABER LIDAR COM A AMBIVALÊNCIA DE SENTIMENTOS

Nos discursos dos enfermeiros estes expressam a vivência de momentos de ambivalência de sentimentos, no sentido que, o ter conhecimento do crime que o recluso cometeu poderá despoletar no enfermeiro sentimentos menos positivos relativamente a este, sentindo que estes podem afetar a sua relação de cuidar. De forma a gerir esta dualidade, os enfermeiros participantes tentam abstrair-se do crime que o recluso cometeu preferindo não ter conhecimento deste, desta forma não influenciará o seu cuidar.

“(...) tento não saber o que é que eles fizeram (...) Por mais que eu me tente abstrair acaba por influenciar (...) doente que está num hospital moribundo (...) um doente que (...) violou uma criança (...) os nossos sentimentos acabam por ser diferentes (...) mas sei que eles, acima de tudo são pessoas humanas, e têm sentimentos (...) eu tento, abstrair-me desses pensamentos de forma a não influenciar.” (P1)

A vivência de cuidar reclusos que cometeram crimes violentos e hediondos, sendo os crimes de violação os que parecem afetar mais os enfermeiros, desperta sentimentos contraditórios. Os enfermeiros sentem necessidade de encontrar mecanismos de resolução e estratégias, face a esta dualidade de sentimentos entre o Eu pessoa e o Eu profissional. Uma forma que descrevem para a resolução deste conflito interior, é a partilha desta torrente de sentimentos com os outros colegas enfermeiros e, sempre que possível, tentam não saber o crime que o recluso cometeu tentando sempre abstrair-se desses sentimentos que poderão afetar negativamente o seu cuidar.

“(...) se vem a saber as razões pelas quais as pessoas estão privadas da liberdade (...) este nosso eu profissional e o nosso eu pessoal e se sente aqui de alguma forma envolvido... ou se há uma mistura de sentimentos o que é que nós procuramos? (...) Pois falando mesmo sobre ela. E procurando que este eu pessoal consiga reunir e munir-se de defesas e de algum insight para poder responder e ultrapassar estas



questões (...) portanto esta supervisão nós acabamos por procurá-la junto dos colegas, no próprio serviço (...)" (P7)

Apesar desta dualidade de sentimentos os enfermeiros admitem a capacidade de agir imparcialmente, preferindo não saber o crime pelo qual o recluso está enclausurado.

GRATIFICANTE

Os enfermeiros que cuidam reclusos sentem que é gratificante trabalhar com reclusos, pela confiança que estes demonstram pelos seus cuidados, também por sentirem que são úteis e pelo reconhecimento que os reclusos transmitem. Os gestos de carinho e de gratidão que alguns reclusos expressam, para estes profissionais é compensador.

"(...) e isto é extremamente gratificante, sentir que nós somos úteis (...) e isto é extremamente gratificante, sentir que nós somos úteis." (P5)

CUIDAR DENTRO DAS GRADES

HUMANIZAR

Cuidar reclusos é exprimido pelos enfermeiros como proporcionar um cuidado humanizado, à pessoa que sofre por estar privada de um bem primordial que é a sua liberdade, na preservação da humanidade num ambiente que é esmagador.

"(...) E acho que nós, enfermeiros, estamos lá na cadeia para trazer um pouco de humanidade a estas pessoas que já estão a sofrer porque estão presas." (P13)

Os participantes enquadram o cuidar na prisão como humanizador, olhando a pessoa na sua individualidade, ao proporcionar um cuidado que não é punitivo mas uma relação de ajuda. Para os enfermeiros entrevistados a enfermagem na prisão reporta-se ao cuidado e não à punição. Independente do ambiente e da pessoa, o cuidar é uma relação em que o enfermeiro age na preservação da dignidade humana. O cuidado que presta considerando o recluso como pessoa valorizando a sua individualidade, preservando a sua dignidade, o cuidar como dar carinho, expresso em simples e pequenas ações, como tratar o recluso pelo seu nome.

"(...) que está à minha frente por um mero número, parece que estamos a tratá-lo por um objeto, então a primeira coisa que eu faço é logo perguntar-lhe o nome dele e depois daí para a frente trato essa pessoa pelo nome e acho que ele se sente muito mais acarinhado (...) que isso influencia bastante o nosso cuidar (...)" (P13)

ESTAR DISPONÍVEL

Cuidar o recluso é estar disponível, sendo percecionado pelos participantes como fulcral para o recluso. Os enfermeiros exprimiram a relevância desta disponibilidade exemplificando como a sua disponibilidade e momento de escuta terapêutica têm um impacto benéfico, como por exemplo, na problemática do suicídio.

"(...) um individuo queria se matar e chegou com a firme ideia à enfermaria que se queria matar. Um enfermeiro atento (...) e esteve a falar com ele, e aqui deixo passar



a palavra falar. Porque eu diria que estive a cuidar. E o recluso, ao fim de duas horas conseguiu ser demovido (...) e o enfermeiro das cadeias, tem que entender que isto é importante, a nossa presença é importante para eles, o estarmos lá 24 horas, disponíveis sem crítica, sem juízo de valor.” (P2)

RELAÇÃO EMPÁTICA E DE CONFIANÇA

A relação empática e de confiança é entendida como fulcral para a relação de cuidar entre o recluso e o enfermeiro. Aliás, nos discursos dos participantes percebe-se que sem esta, dificilmente se poderá falar de relação de cuidar na prisão. Esta relação é bilateral, o enfermeiro tenta construir uma relação empática de forma que o recluso confie no enfermeiro e nos seus cuidados. Por outro lado, o enfermeiro necessita que o recluso seja sincero com este profissional, de tal forma, que as intervenções e os cuidados dos enfermeiros atinjam os objetivos por eles definidos.

“(...) porque há reclusos que nos põem muros no cuidar (...) E temos que às vezes ter cuidado porque o rebentar lentamente essas bolhas (...) E vamos tentando caminhar para o ideal que é o estabelecimento dessa relação empática em que há uma relação de confiança (...)” (P9)

Emergiu a perceção da relação empática e de confiança intramuros como uma relação que se extrapola e perdura no tempo e no espaço. Os enfermeiros veem o recluso como uma pessoa que após o cumprimento da sua pena retornará para a comunidade, como um cidadão comum. Assim, a relação de cuidar que o enfermeiro estabeleceu com o recluso, perdurará no tempo e na comunidade. Para o recluso será esta a visão que terá do cuidar dos profissionais de enfermagem.

“(...) quando eles regressam à comunidade normal, que também é nossa, a probabilidade de nos encontrarmos com eles é enorme (...) Por isso se conseguimos ter uma ligação cordial e de alguma empatia no intramuros (...) E essa é, acho que a melhor maneira de estender essa empatia interna, do intramuros, para o exterior e que se mantem e que passam a ser, aos olhos da sociedade, pelo menos aos olhos de quem os tratou, como um... um parceiro de comunidade igual a qualquer outro.” (P8)

Os enfermeiros sentem que o cuidar um recluso é uma relação de cuidar que é singular no contexto prisional. Os enfermeiros sentem que conseguem estabelecer com os reclusos uma relação de partilha, de confidencialidade. Na prisão esta partilha e confidencialidade tem um cariz especial, pelas regras que os reclusos são sujeitos, e pelo tipo de informação, muitas vezes de cariz ilegal, que os reclusos partilham com os enfermeiros e que parece não partilharem com outros profissionais. Para os enfermeiros estas informações sensíveis são importantes porque têm um impacto na sua condição de saúde/doença, tendo implicações na definição das intervenções e cuidados de



enfermagem. Exemplo disso são os casos de agressões, das relações sexuais e dos consumos relacionados com drogas e álcool.

“(...) eles muitas vezes não dizem que fazem a tatuagem ou a questão mais perene ainda, as relações sexuais (...) Não é por nós, não é pela vergonha de o fazer. (...) mas na presença do guarda ou quando o guarda está mais atento eles dizem que não (...)” (P9)

INCUTIR FÉ E ESPERANÇA

O cuidado à pessoa reclusa, que sofre por estar enclausurada, privada da sua liberdade, é considerado nas suas multidimensões, incluindo a sua espiritualidade e as suas crenças.

“(...) tentamos, incutir esperança quando eles estão mais deprimidos, que acontece inúmeras vezes, porque é assim, eles estão encarcerados (...)” (P1)

Porém, apesar da convicção de alguns enfermeiros que a esperança e a fé são importantes para o recluso e para o seu equilíbrio espiritual, consideram que a sua intervenção, ainda é muito limitada, e que esta dimensão precisa ser mais trabalhada.

“(...) acho imprescindível, não é?, porque de alguma forma um dos nossos parâmetros como qualquer cidadão, a parte espiritual, a carência, a esperança vai muito por pensar que um dia será melhor porque Deus, Alá ou o que seja, não é?, ou o que o doente acredita, vai-lhe dar (...) mas nós não trabalhamos muito essa área. (...) “isto vai passar, está quase a acabar, vai ver que as coisas vão melhorar”, mas certamente o que nós damos ou o pouco que nós falamos é muito pouco para os compensar (...)” (P14)

PROPORCIONAR BEM-ESTAR

Nos seus cuidados de enfermagem os enfermeiros visam proporcionar o bem-estar aos reclusos num ambiente prisional, apesar das condicionantes inerentes ao ambiente prisional exigindo uma capacidade de definir estratégias que facilitem o equilíbrio do recluso.

“(...) a lhes puder proporcionar o máximo de bem-estar dentro dos nossos possíveis, das nossas possibilidades.” (P1)

BEM SOCIAL

Os enfermeiros descrevem o cuidar na prisão, como uma prática de cuidados de enfermagem de qualidade e humanizadora tendo relevância para a pessoa cuidada, como um bem social, no sentido que ao reabilitar a pessoa reclusa no seu projeto de saúde e como cidadão, isso terá um impacto positivo para a sociedade, não só porque diminui a recidiva na prisão, como ajuda o recluso a ser um cidadão autónomo, mais ativo e produtivo para a sociedade.



“(...) já vivenciei algumas experiências (...) já me fizeram sentir bem (...) realmente até fiz algo de bom para a sociedade (...)” (P1)

COMPLEXIDADE DA GESTÃO

A gestão dos cuidados de enfermagem é evidenciada pela sua complexidade num estabelecimento prisional. Esta complexidade relaciona-se não só pelo número de utentes reclusos, como pela exigência dos cuidados de enfermagem permanentes, pela complexidade do ambiente prisional, pelas distintas solicitações aos gestores de enfermagem.

Os cuidados e as intervenções de enfermagem revestem-se de um percurso burocrático que é particular dentro do estabelecimento prisional, exigindo uma gestão mais complexa e uma articulação entre as intervenções de enfermagem e as de segurança.

“(...) que é extremamente complexo, é gerir um serviço num estabelecimento prisional (...) num grande estabelecimento, pode ter 700, 1000, 1200 doentes, utentes (...) que precisam de cuidados de enfermagem permanentes (...) dentro da área de gestão prisional (...) não existe um serviço de aprovisionamento, não existe uma farmácia. A quem é que compete isto tudo? À enfermagem.” (P5)

No quadro a seguir, apresentam-se os diferentes constituintes chave do componente “Humanizando o Cuidar na Reclusão”, dando exemplos de unidades de significado para cada um deles e respetivas unidades de significado transformadas.

Quadro 7 – Síntese relativa à vivência de cuidar reclusos no componente HUMANIZANDO O CUIDAR NA RECLUSÃO resultante da análise dos discursos dos enfermeiros participantes

CONTEXTO	CONSTITUINTES CHAVE	UNIDADES DE SIGNIFICADO TRANSFORMADAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
AMBIENTE INTRAMUROS	Oportunidade de resgatar necessidades de saúde	Descreve a prisão como o acesso aos cuidados de saúde durante a reclusão.	P7 – “(...) em termos de saúde, o estabelecimento prisional, acaba por ser a porta de entrada para que alguns dos nossos utentes tenham acesso aos cuidados de saúde. Portanto e procurando e agarrando nisto, motivá-los para que eles também se responsabilizem por eles mesmos.”
COMPROMISSO COM A PESSOA RECLUSA	Lugar de sentimentos	Manifesta o recluso como pessoa com sentimentos, independentemente do crime cometido.	P1 – “Na cadeia, no meu dia a dia, nós(...) eu lido com reclusos que cometeram crimes, mas sei que eles, acima de todo são pessoas humanas, e têm sentimentos(...)”
	Sujeito de direitos	Manifesta o recluso como pessoa que, apesar de não ter liberdade, mantém os seus direitos e deveres como cidadão comum. Manifesta o direito do recluso à autodeterminação no seu projeto de saúde, o enfermeiro que protege os direitos do recluso considera	P2 – “Se nós entendermos que todos eles têm muitos direitos e muitos deveres, dentro da cadeia nós temos que os tratar como pessoas normais sem qualquer problema.” P1 – “(...)temos lá um doente que quer ter a ficha, a folha terapêutica com ele, e nós sabemos que ele tem direito a isso(...)é muito complicado no sistema. Mas é um direito que lhes assiste.(...)isto



		que o cuidar humanizado.	<i>é humanizar os cuidados.”</i>
	Respeito mútuo	Sente que é respeitada pelos reclusos, o que desperta sentimentos positivos relativamente a estes.	P6 – “Os meus sentimentos (...) foram sempre positivos relativamente aos reclusos. Posso dizer que nunca, nunca tive medo de trabalhar com reclusos(...) Eles respeitam muito mais as enfermeiras.”
	O lugar da família na reclusão	<p>Descreve a pessoa reclusa que sofre por estar afastado fisicamente da família, mas os laços e as preocupações mantém-se, por isso sofre com esse afastamento. Esta problemática afeta os comportamentos e atitudes do recluso.</p> <p>Expressa estar desperto para a problemática familiar que envolve o recluso e as repercussões que esta tem no seu bem-estar. Por vezes os reclusos têm quezílias entre si e uma forma de pressão é ameaçar os seus familiares que estão no exterior. Mas, também se verifica o inverso, ou seja, quando os familiares no extramuros têm problemas uma forma de os pressionar é ameaçarem o recluso.</p> <p>Manifesta que apesar de atentar a problemática familiar do recluso, no seu cuidado ainda não existe uma envolvimento efetiva nos cuidados de enfermagem entre o enfermeiro, família e recluso.</p> <p>Manifesta que a proximidade e envolvimento que se estabelece com a família não é igual a outros contextos, pelas questões envolventes com a prisão. No entanto, ela existe.</p>	<p>P5 – “(...)o recluso... o que pode perturbar enquanto pessoa, enquanto ser humano, perturba de facto, por exemplo, ele saber que tem... ele saber que tem um filho doente. O filho caiu, ou partiu uma perna, ou não sei quê(...)ele não pode ir ver o filho, não pode ir ver o pai que está hospitalizado. Portanto, isto perturba depois de facto a... o recluso na sua... na sua estrutura, na sua... na sua forma de estar, no seu comportamento, não é?(...)”</p> <p>P9 – “(...)tenho que tentar perceber o que é que levou à existência (...)daquela lesão corto contusa que muitas vezes foi uma zanga que ele teve no pavilhão(...)pode levar a uma série enorme de problemas e muitas vezes coloca até em causa a relação familiar que ele tem lá fora(...)Porque muitas vezes, eles estão sujeitos ou estão a ser sujeitos a determinadas pressões no exterior que levam os reclusos a terem problemas de saúde mais graves a nível psicológico, ou a nível psiquiátrico no interior do estabelecimento prisional, porque eles sabem que a família está a ser sujeita a pressões(...)”</p> <p>P5 – “Em relação a contactos com a família, não são regulares. Não quer dizer que a gente não tenha, esporadicamente, alguma relação com a família porque... porque o recluso ligou para a família e disse que estava doente, que estava internado e, por vezes, a família liga e tenta falar connosco. Mas é só neste âmbito(...)”</p> <p>P7 – “As questões da família... a família é sempre um elemento muito marcante na vida de alguém que está privado de liberdade. É o seu contato(...)é o seu apoio(...)É evidente que se agarram à família.(...)E nós, nós conversamos com as famílias. As visitas não são tão alargadas como quando... no conceito que nós temos dos hospitais(...)se ele por qualquer razão envolver a família neste projeto(...)arranjamos sempre uma forma de estar em... de estarmos todos juntos.”</p>
ESTAR DOENTE INTRAMUROS	Pedido de atenção	<p>Expressa que a doença na reclusão assume contornos específicos, como chamada de atenção.</p> <p>Descreve que a doença na</p>	<p>P1 – “(...)automutilam-se porque querem uma chamada de atenção(...)tentamos tratar o doente de uma forma imparcial, não podemos estar a dar entre aspas, na cabeça(...)este tipo de discurso(...)existe pessoas lá dentro que lhes fazem(...)”</p> <p>P2 – “Por exemplo, as automutilações,</p>



SER ENFERMEIRO INTRAMUROS		reclusão assume contornos específicos, como chamada de atenção.	<i>dentro da cadeia, muitas vezes aparecem como atos de desespero, de chamadas de atenção.”</i>
	Dimensão emocional e mental	Manifesta que muitos reclusos apresentam comportamentos aditivos, sendo essencial os enfermeiros serem especializados em saúde mental, de forma a cuidar os desequilíbrios recorrentes.	P4 – “(...)a maior parte de nós tem especialidade em saúde mental – que a nossa especialidade faz sentido ali dentro. Porque, às vezes, até fazemos treinos de relaxamento, sessões de relaxamento com eles, porque mais que a medicação(...)é uma forma de substituir, às vezes, muitos processos aditivos, não é?(...)é uma forma de os ajudarmos a dar a volta à situação(...)”
	Agir ético	<p>Sentem que cuidar reclusos levanta questões éticas pelo crime. Salientam a importância de presença de referenciais éticos.</p> <p>Exprime que na prisão o sigilo profissional tem contornos especiais dada a natureza das informações.</p> <p>Manifesta os cuidados de enfermagem como um cuidado de igualdade, como um cidadão comum, sem discriminação. O recluso percebe que os cuidados não são discriminatórios, o que favorece o seu equilíbrio durante o período de reclusão.</p> <p>Exprime o cuidar imparcial, o recluso como pessoa independente do crime.</p> <p>Expõe que às vezes é confrontada, na sua prática de cuidados, com problemas que levantam questões éticas, o que a obriga a refletir, avaliar e ponderar, tentando agir da melhor forma.</p>	<p>P2 – “É lógico que nos põe algumas questões éticas, por exemplo, os agressores sexuais que às vezes nos põem a pensar “e se fosse a nossa filha? Ou se fosse o nosso filho? Como é que eu reagiria, tendo este homem à minha frente?” E uma das coisas que nós muito cedo aprendemos é que o juízo de valor não se deve fazer.”</p> <p>P3 – “(...)e também há algum sigilo, não é? Ainda mais vincado lá dentro, porque são situações muito complicadas. Não pode sair nada cá para fora.”</p> <p>P3 – “(...)estamos-lhe a dar cuidados(...) Faz diferença em que os mantém mais equilibrados(...) Porque nós prestamos esse cuidado. Um cuidado de igualdade. Em que eles não se sentem discriminados.”</p> <p>P5 – “Cuidar(...)num estabelecimento prisional são... é fundamentalmente cuidar de pessoas de uma forma idêntica (...)É evidente que há assassinos, há traficantes, há imensos toxicodependentes, mas, em geral, a enfermagem é igual. Só porque eles são pessoas e estão privadas da liberdade.”</p> <p>P9 – “(...)foi um confronto muito grande. Um confronto pessoal, profissional. Profissional porque o meu dever seria denunciar aquela situação, e pessoal(...)A minha opção, no momento, foi não denunciar a situação, ir para casa pensar qual seria a minha melhor atitude(...)o recluso nem deixou que fosse eu a abordar essa situação, foi mesmo ele que me abordou(...)Tomei a opção de não denunciar a situação porque como se costuma dizer “do mal, o menos.”</p>
Protetor	Manifesta que os enfermeiros se consideram como os protetores. Descreve que o sistema prisional é punitivo, o enfermeiro é o profissional que cuida, que ajuda. Sente que o enfermeiro na prisão é	P1 – “Nós temos que ser tipo, os anjos protetores, deles lá dentro(...)” P2 – “É todo o sistema da cadeia em si própria, que é castigador. E muitas vezes os reclusos olham para o enfermeiro como um indivíduo que o auxilia e não como um indivíduo que	



		considerado fora do sistema prisional como punitivo, que ajuda o recluso.	<i>está ali para castigá-lo, e isso é muito bom.”</i>
	Gestor de conflito	Manifesta o papel do enfermeiro como elemento equilibrante na gestão de conflitos no ambiente prisional. Considera importante o papel do enfermeiro na formação dos outros profissionais, relativamente a esta área.	P2 – “(...)que ser um bocadinho catalizador das várias emoções. Por exemplo, o velho conflito e o conflito que existe sempre latente entre guardas e reclusos(...)nas ações de formação(...)e o enfermeiro também terá que dar e terá que forçar as ações de formação enfermeiro tem aí um papel decisivo, porque está perto de uns, e de outros. É uma questão de proximidade(...)”
	Saber lidar com a ambivalência de sentimentos	Manifesta que lidar com os reclusos desperta sentimentos contraditórios ao enfermeiro enquanto pessoa, pelo crime que cometeram. Mas como enfermeiros tentam abstrair-se do crime e ter sempre presente o recluso como uma pessoa humana, com sentimentos. Exprime que, por vezes, tem sentimentos contraditórios entre o eu pessoal e o eu profissional, por conhecer o crime do recluso, sentindo necessidade de partilhar estes sentimentos, estas questões éticas. Um dos mecanismos que encontrou foi o partilhar estes sentimentos com os colegas.	P1 – “(...)tento não saber o que é que eles fizeram(...)Por mais que eu tente abstrair acaba por influenciar(...)doente que está num hospital moribundo(...)um doente que(...)violou uma criança(...)os nossos sentimentos acabam por ser diferentes(...)mas sei que eles, acima de tudo são pessoas humanas, e têm sentimentos(...)eu tento, abstrair-me desses pensamentos de forma a não influenciar.” P7 – “(...)se vem a saber as razões pelas quais as pessoas estão privadas da liberdade(...)este nosso eu profissional e o nosso eu pessoal e se sente aqui de alguma forma envolvido... ou se há uma mistura de sentimentos o que é que nós procuramos?(...)Pois falando mesmo sobre ela. E procurando que este eu pessoal consiga reunir e munir-se de defesas e de algum insight para poder responder e ultrapassar estas questões(...)portanto esta supervisão nós acabamos por procurá-la junto dos colegas, no próprio serviço(...)”
	Gratificante	Exprime ser gratificante como enfermeiro num estabelecimento prisional, por sentir ser útil para o recluso.	P5 – “(...)e isto é extremamente gratificante, sentir que nós somos úteis(...)e isto é extremamente gratificante, sentir que nós somos úteis.”
CUIDAR DENTRO DE GRADES	Humanizar	Exprime que cuidar reclusos é prestar um cuidado humanizado à pessoa que sofre por estar privada da sua liberdade e viver no ambiente de reclusão. Exprime o cuidado que presta ao recluso humanizador, considerando o recluso como pessoa valorizando a sua individualidade e a sua dignidade. Exprime o cuidar como dar carinho, expresso em simples ações, como tratar o recluso pelo seu nome.	P13 – “(...)E acho que nós, enfermeiros, estamos lá na cadeia para trazer um pouco de humanidade a estas pessoas que já estão a sofrer porque estão presas.” P13 – “(...)que está à minha frente por um mero número, parece que estamos a tratá-lo por um objeto, então a primeira coisa que eu faço é logo perguntar-lhe o nome dele e depois daí para a frente trato essa pessoa pelo nome e acho que ele se sente muito mais acarinhado(...)que isso influencia bastante o nosso cuidar(...)”
	Estar disponível	Expressa que cuidar na prisão é estar disponível, proporcionar momentos de escuta ativa, exemplificando	P2 – “(...)um indivíduo queria se matar e chegou com a firme ideia à enfermaria que se queria matar. Um enfermeiro atento(...)e esteve a falar com ele, e



		com a problemática do suicídio na prisão.	<i>aqui deixo passar a palavra falar. Porque eu diria que estive a cuidar. E o recluso, ao fim de duas horas conseguiu ser demovido(...)e o enfermeiro das cadeias, tem que entender que isto é importante, a nossa presença é importante para eles, o estarmos lá 24 horas, disponíveis sem crítica, sem juízo de valor.”</i>
	Relação empática e de confiança	<p>Expressa a relação de empatia e confiança como o ideal do cuidar. Apesar de por vezes ser difícil a construção desta relação, só é possível conhecer a pessoa numa relação de confiança.</p> <p>Exprime a relação empática que estabelece com o recluso perdurará no tempo e no ambiente extramuros. Considera que esta relação empática e de parceria entre o enfermeiro e o recluso será percebida pela comunidade em geral.</p> <p>Sente que consegue estabelecer com os reclusos uma relação de partilha, de confidencialidade, que tem um cariz especial, pelas regras que os reclusos são sujeitos, e pelo tipo de informação que os reclusos partilham com os enfermeiros que parece não partilharem com outros profissionais.</p>	<p>P9 – “(...)porque há reclusos que nos põem muros no cuidar(...)E temos que às vezes ter cuidado porque o rebentar lentamente essas bolhas(...)E vamos tentando caminhar para o ideal que é o estabelecimento dessa relação empática em que há uma relação de confiança(...)”</p> <p>P8 – “(...)quando eles regressam à comunidade normal, que também é nossa, a probabilidade de nos encontrarmos com eles é enorme(...)Por isso se conseguimos ter uma ligação cordial e de alguma empatia no intramuros(...)E essa é, acho que a melhor maneira de estender essa empatia interna, do intramuros, para o exterior e que se mantem e que passam a ser, aos olhos da sociedade, pelo menos aos olhos de quem os tratou, como um... um parceiro de comunidade igual a qualquer outro.”</p> <p>P9 – “(...) eles muitas vezes não dizem que fazem a tatuagem ou a questão mais perene ainda, as relações sexuais(...)Não é por nós, não é pela vergonha de o fazer(...)mas na presença do guarda ou quando o guarda está mais atento eles dizem que não(...)”</p>
	Incutir fé e esperança	<p>Manifesta que cuidar é incutir esperança à pessoa reclusa, pois sofre por estar privada da sua liberdade.</p> <p>Exprime que considera inegável a importância da vertente espiritual no recluso, pelo desespero que alguns reclusos sentem por estarem encarcerados, anos e anos, apesar de achar que as intervenções que desenvolvem não são as suficientes.</p>	<p>P1 – “tentamos, incutir esperança quando eles estão mais deprimidos, que acontece inúmeras vezes, porque é assim, eles estão encarcerados.”</p> <p>P14 – “(...)acho imprescindível, não é?, porque de alguma forma um dos nossos parâmetros como qualquer cidadão, a parte espiritual, a carência, a esperança vai muito por pensar que um dia será melhor porque Deus, Alá ou o que seja, não é?, ou o que o doente acredita, vai-lhe dar(...)mas nós não trabalhamos muito essa área(...)“isto vai passar, está quase a acabar, vai ver que as coisas vão melhorar”, mas certamente o que nós damos ou o pouco que nós falamos é muito pouco para os compensar.”</p>
	Proporcionar bem-estar	Exprime o cuidar como proporcionar o bem-estar ao recluso de acordo com as possibilidades.	P1 – “(...)a lhes puder proporcionar, o máximo de bem-estar dentro dos nossos possíveis, das nossas possibilidades.”
	Bem social	Manifesta que cuidar na	P1 – “(...)já vivenciei algumas

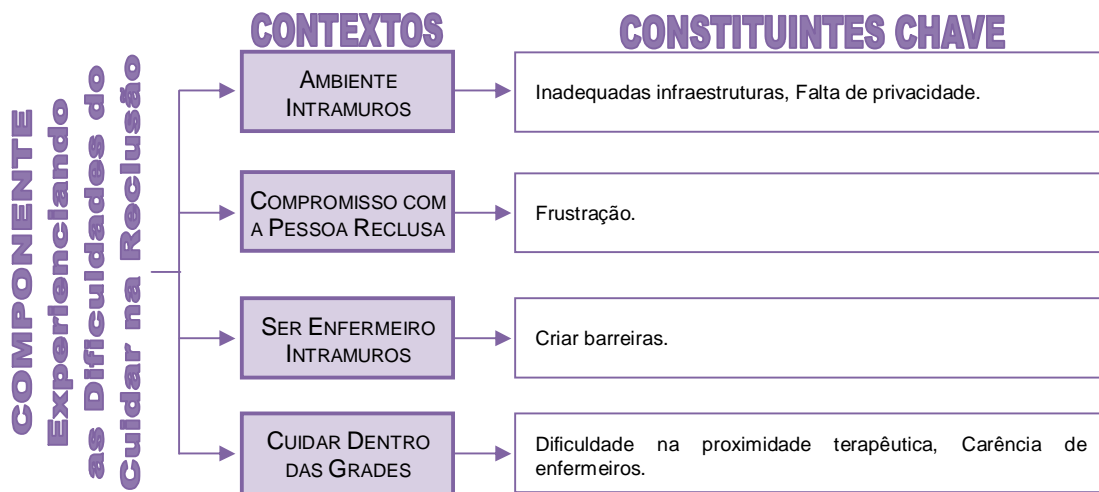


		prisão é um bem social.	<i>experiências(...)já me fizeram sentir bem(...)já me fizeram sentir bem(...)realmente até fiz algo de bom para a sociedade(...)"</i>
	Complexidade da gestão	Manifesta a complexidade de gerir os cuidados de enfermagem num estabelecimento prisional. Pelo número de utentes reclusos, pela complexidade do ambiente prisional, pelas distintas solicitações aos gestores de enfermagem.	P5 – “(...)que é extremamente complexo, é gerir um serviço num estabelecimento prisional(...)num grande estabelecimento, pode ter 700, 1000, 1200 doentes, utentes(...)que precisam de cuidados de enfermagem permanentes(...)dentro da área de gestão prisional(...)não existe um serviço de aprovisionamento, não existe uma farmácia. A quem é que compete isto tudo? À enfermagem.”

1.4. Componente: Experienciando as Dificuldades do Cuidar na Reclusão

No componente “Experienciando as Dificuldades do Cuidar na Reclusão”, foram identificados seis constituintes chave enquadrados nos quatro contextos, como se mostra no esquema a seguir apresentado.

Esquema 3 – Representação esquemática dos constituintes chave que emergiram dos discursos dos participantes referentes ao componente EXPERIENCIANDO AS DIFICULDADES DO CUIDAR NA RECLUSÃO



AMBIENTE INTRAMUROS

INADEQUADAS INFRAESTRUTURAS

Nalgumas descrições é sentido que, apesar do esforço pessoal, o défice de recursos materiais e as inadequadas infraestruturas provocam limitações na prestação de cuidados de excelência, comparativamente com outros contextos de cuidados.

As inadequadas infraestruturas afetam o bem-estar dos reclusos, potenciando um ambiente hostil.



“Mas o que é certo, é que os reclusos entram aos seis, sete por dia, quer dizer e não saem seis, sete por dia. Por isso é que hoje em dia temos celas com três camas e as condições começam a ficar com espaços mais confinados e as chatices começam a aumentar. Porque começa a invadir o espaço (...) Por isso, começando a invadir o meu espaço, o meu índice de agressividade e de irritabilidade aumenta. Daí eu estou muito mais predisposto a ter rixas com alguém.” (P8)

FALTA DE PRIVACIDADE

Os enfermeiros consideram a falta da privacidade uma condicionante para o momento de cuidar entre o enfermeiro e o recluso. A falta de privacidade é associada à constante presença de profissionais que não são da área da saúde.

“(...) cuidar...que eu pessoalmente, tento dar da melhor maneira, embora nalguns casos nos seja complicado por aquelas razões que já disse, não é pela, pela falta de privacidade.” (P1)

Alguns participantes percebem que, para os reclusos, a presença dos guardas prisionais inibe a partilha de informações que são importantes para as intervenções de enfermagem. Esta inibição relaciona-se com questões legais, por exemplo, sobre os comportamentos aditivos ou sobre as agressões entre reclusos.

“(...)Temos situações que a própria pressão de estar o guarda prisional presente faz com que o recluso não diga a verdade (...). E temos que ser perspicazes e tentar distinguir esses momentos e conseguir falar com ele sozinho (...).” (P6)

COMPROMISSO COM A PESSOA RECLUSA

FRUSTRAÇÃO

Em alguns discursos emergem sentimentos de frustração no cuidado na prisão, pela dificuldade em envolver os reclusos no processo de saúde e nos cuidados de enfermagem.

“(...) a maior parte das vezes, eles não cumprem nada daquilo que a gente diz (...) eles próprios não querem fazer nada por eles...E torna-se frustrante a gente estar a lutar contra a própria natureza deles, não é?” (P4)

SER ENFERMEIRO INTRAMUROS

CRIAR BARREIRAS

Assoma nas descrições de alguns participantes a necessidade que o enfermeiro tem em estabelecer uma barreira entre o ele e o recluso. Essa necessidade em criar barreiras entre o enfermeiro e o recluso é percebida e transmitida entre os enfermeiros.

“(...) estabelecer uma barreira, é assim, o que me ensinaram (...) entre, enfermeiro e recluso, não podemos envolver demais.” (P1)

Para alguns participantes trabalhar num estabelecimento prisional exige a definição de uma barreira entre a vida pessoal e profissional, de forma a manter o seu equilíbrio



pessoal, mental e social. Esta necessidade é mais proeminente pelos traços de personalidade de alguns reclusos, pelas suas atitudes manipuladoras.

“(...) num estabelecimento prisional estamos a lidar com pessoas que foram condenadas, que têm alguma certa limitação, a nível criminal, então isto... e muitos deles têm a tendência para obter malícia nas coisas que fazem. Então há necessidade de criar uma certa barreira, um certo muro entre nós e os reclusos.” (P11)

CUIDAR DENTRO DAS GRADES

DIFICULDADE NA PROXIMIDADE TERAPÊUTICA

A proximidade física terapêutica no contexto prisional, para alguns enfermeiros é considerada uma dificuldade, nomeadamente, o toque e gestos de carinho. A inibição do toque entre enfermeiro e recluso existe porque o enfermeiro considera que os outros profissionais não o entendem como uma proximidade terapêutica, o que, de alguma forma, parece ser inibitório.

“(...) senti aquela falta do cuidar (...) estar ali com eles agarrar a mão, eu ali não posso tar a agarrar a mão (...) a um recluso normal, porque parece um bocado mal (...) ou o que os guardas me recriminem (...) não me interessa (...) Eu ali não toco com facilidade no doente, não posso ter esse tipo de ligação que não é bem visto (...) pela restante equipa de trabalho, que são os guardas prisionais, são as auxiliares, são os administrativos.” (P1)

Alguns enfermeiros, em particular do género feminino, descrevem a dificuldade em tocar aos reclusos, por estes terem alguma “malícia” e sentirem que este toque para eles tem uma carga sexual.

“Em relação ao toque é... nós aplicamos, não é?, mas é preciso ter um bocadinho, peso, conta e medida, porque, para já são indivíduos que estão privados de... principalmente contato feminino há imenso tempo e, depois, antes de tocarmos, temos que avaliar bem o tipo de toque (...) e nós sabemos que existe malícia da parte deles (...) também estabelecerem ali uma barreira de respeito e para eles entenderem (...)” (P11)

Outros enfermeiros descrevem que os crimes hediondos que alguns reclusos cometeram, numa primeira abordagem, dificultam a proximidade física. No entanto, sentem que com o evoluir da relação entre enfermeiro e recluso, acaba por se dissipar essa dificuldade.

“Agora a diferença é que no hospital tratava com muitos miminhos e aqui não (...) A frieza vem daí (...) Mas com a rotina, com o dia-a-dia, a gente, às vezes, até se esquece e acaba por se aperceber que está a tratar exatamente da mesma forma como cá fora. Porque é assim que tem que ser.” (P3)



CARÊNCIA DE ENFERMEIROS

Em alguns estabelecimentos prisionais os enfermeiros sentem que não conseguem realizar os cuidados de enfermagem como desejariam, pelo número insuficiente de enfermeiros face ao número de reclusos e suas necessidades. A falta de enfermeiros é sentida como limitante para o desenvolvimento de áreas de intervenção mais específicas dos cuidados de enfermagem, nomeadamente na área de saúde mental e psiquiátrica.

“(...) nosso cuidado é (...) condicionado e é difícil, também pelas condições de trabalho em que nós estamos (...) falta-nos tempo, para a gente conseguir chegar a todo o lado. Porque no nosso caso, somos uma equipa reduzida (...)” (P11)

No quadro seguinte, apresentam-se os diferentes constituintes chave do componente “*Experienciando as Dificuldades do Cuidar na Reclusão*”, dando exemplos de unidades de significado para cada um deles e respetivas unidades de significado transformadas.

Quadro 8 – Síntese relativa à vivência de cuidar reclusos no componente EXPERIENCIANDO AS DIFICULDADES DO CUIDAR NA RECLUSÃO resultante da análise dos discursos dos enfermeiros participantes

CONTEXTO	CONSTITUINTES CHAVE	UNIDADES DE SIGNIFICADO TRANSFORMADAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
AMBIENTE INTRAMUROS	Inadequadas infraestruturas	Descreve que a sobrelotação e as inadequadas condições afetam o bem-estar dos reclusos.	P8 – “Mas o que é certo é que os reclusos entram aos seis, sete por dia, quer dizer e não saem seis, sete por dia. Por isso é que hoje em dia temos celas com três camas e as condições começam a ficar com espaços mais confinados e as chatices começam a aumentar. Porque começa a invadir o espaço.(...) Por isso, começando a invadir o meu espaço, o meu índice de agressividade e de irritabilidade aumenta. Daí eu estou muito mais predisposto a ter rixas com alguém.”
	Falta de privacidade	Expressa a falta de privacidade como condicionante para o cuidar. Manifesta que a presença do guarda pela falta de privacidade que o recluso tem com o enfermeiro condiciona a partilha de informações por parte do recluso, interferindo nos cuidados ao recluso. Devido a esta presença o enfermeiro sente que não tem privacidade com o recluso.	P1 – “(...)cuidar...que eu pessoalmente, tento dar da melhor maneira, embora nalguns casos nos seja complicado por aquelas razões que já disse, não é pela, pela falta de privacidade.” P6 – “(...) Temos situações que a própria pressão de estar o guarda prisional presente faz com que o recluso não diga a verdade(...). E temos que ser perspicazes e tentar distinguir esses momentos e conseguir falar com ele sozinho(...)”
COMPROMISSO COM A PESSOA RECLUSA	Frustração	Manifesta sentimentos de frustração pela dificuldade em envolver os reclusos no processo de saúde e nos cuidados de enfermagem.	P4 – “(...) a maior parte das vezes, eles não cumprem nada daquilo que a gente diz(...)eles próprios não querem fazer nada por eles...E torna-se frustrante a gente estar a lutar contra a própria natureza deles, não é?”



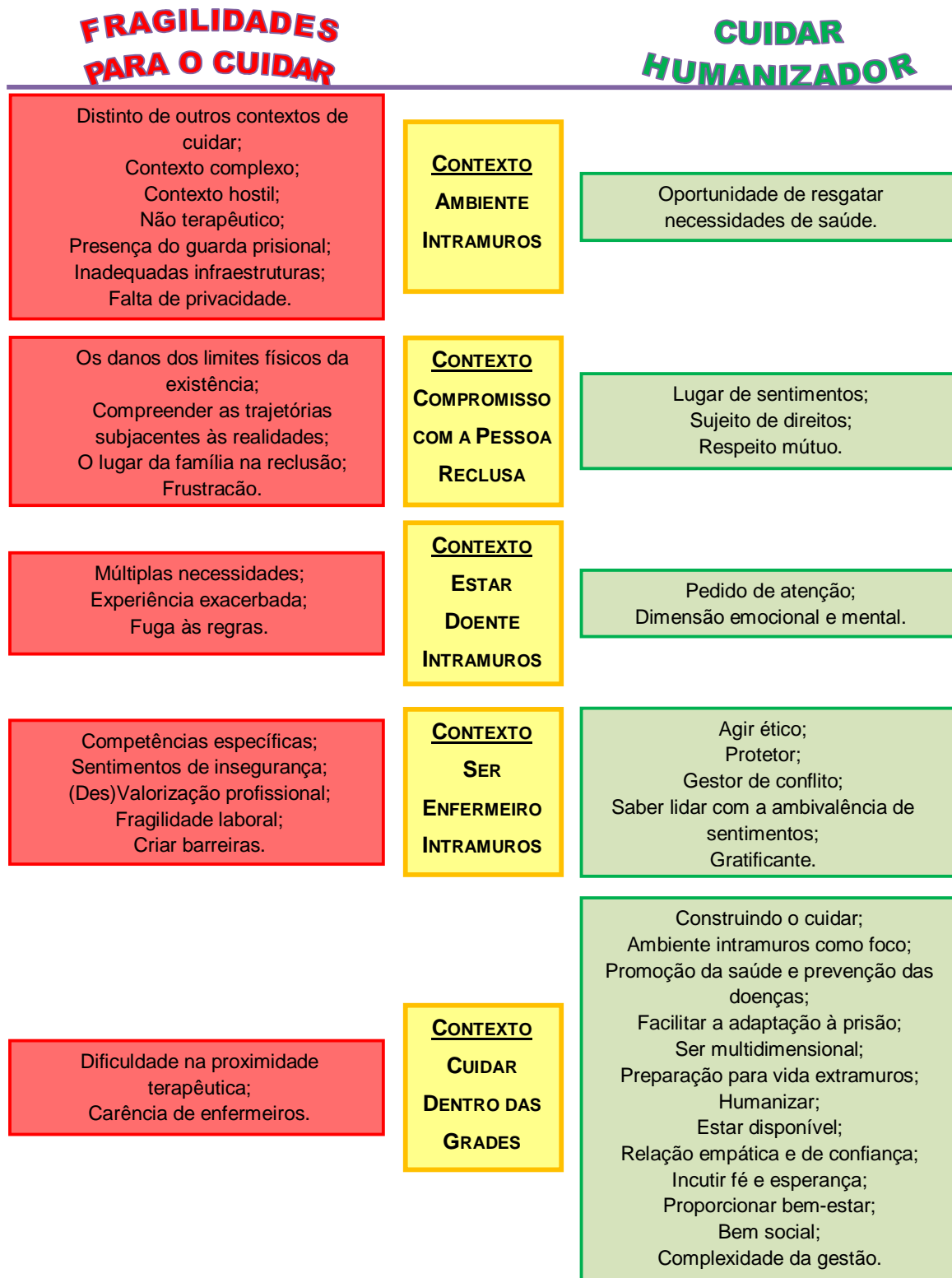
<p>SER ENFERMEIRO INTRAMUROS</p>	<p>Criar barreiras</p>	<p>Sente necessidade de estabelecer uma barreira na relação de cuidar com o recluso, algo também transmitido pelos outros colegas.</p> <p>Sente necessidade de estabelecer uma barreira na relação de cuidar com o recluso.</p>	<p>P1 – “(...)estabelecer uma barreira, é assim, o que me ensinaram (...)entre, enfermeiro e recluso, não podemos envolver demais.”</p> <p>P11 – “(...)num estabelecimento prisional estamos a lidar com pessoas que foram condenadas, que têm alguma certa limitação, a nível criminal, então isto... e muitos deles têm a tendência para obter malícia nas coisas que fazem. Então há necessidade de criar uma certa barreira, um certo muro entre nós e os reclusos.”</p>
<p>CUIDAR DENTRO DAS GRADES</p>	<p>Dificuldade na proximidade terapêutica</p>	<p>Exprime dificuldade em estabelecer uma proximidade física, através do toque, por sentir que os outros profissionais não entendem esta proximidade terapêutica.</p> <p>Exprime a dificuldade que tem na proximidade física através do toque terapêutico, por considerar que o recluso, por vezes, tem malícia e a vê como uma pessoa do género feminino.</p> <p>Manifesta a dificuldade na expressão de gestos de carinho e afeto. No entanto, com o aprofundar da relação entre o enfermeiro e o recluso, essa dificuldade é ultrapassada.</p>	<p>P1 – “(...)senti aquela falta do cuidar (...)estar ali com eles agarrar a mão, eu ali não posso tar a agarrar a mão (...) a um recluso normal, porque parece um bocado mal(...)ou o que os guardas me recriminem(...)não me interessa(...). Eu ali não toco com facilidade no doente, não posso ter esse tipo de ligação que não é bem visto(...)pela restante equipa de trabalho, que são os guardas prisionais, são as auxiliares, são os administrativos.”</p> <p>P11 – “Em relação ao toque é... nós aplicamos, não é?, mas é preciso ter um bocadinho, peso, conta e medida, porque, para já são indivíduos que estão privados de... principalmente contato feminino há imenso tempo e, depois, antes de tocarmos, temos que avaliar bem o tipo de toque(...)e nós sabemos que existe malícia da parte deles(...) também estabelecerem ali uma barreira de respeito e para eles entenderem(...)</p> <p>P3 – “Agora a diferença é que no hospital tratava com muitos mimosos e aqui não(...)A frieza vem daí(...)Mas com a rotina, com o dia-a-dia, a gente, às vezes, até se esquece e acaba por se aperceber que está a tratar exatamente da mesma forma como cá fora. Porque é assim que tem que ser.”</p>
	<p>Carência de enfermeiros</p>	<p>Sente que os cuidados de enfermagem são afetados pela falta de enfermeiros.</p>	<p>P11 – “(...)nosso cuidado é(...)condicionado e é difícil(...)também pelas condições de trabalho em que nós estamos(...)faltamos tempo, para a gente conseguir chegar a todo o lado. Porque no nosso caso, somos uma equipa reduzida(...)”</p>

Depois de finalizada a apresentação dos resultados obtidos da análise dos discursos e antes de iniciar o diálogo dos discursos com a literatura, apresenta-se uma representação esquemática da dinâmica dos contextos da estrutura essencial do fenómeno da vivência do enfermeiro que cuida na prisão, resultante da análise da dinâmica entre os três componentes. Pressupondo que o cuidar em enfermagem se refere ao cuidar a pessoa



na sua totalidade, ao seu mundo e à relação de cuidar entre enfermeiro e recluso, reconhece-se que cuidar na prisão apresenta *fragilidades para o cuidar* nos seus diferentes contextos, no entanto, para os enfermeiros, estas são oportunidades para proporcionar uma vivência de *cuidar humanizador*.

Esquema 4 – Representação esquemática da dinâmica dos contextos da estrutura essencial do fenómeno da vivência do enfermeiro que cuida na prisão





2. DIÁLOGO DOS DISCURSOS COM A LITERATURA

Segundo Giorgi e Sousa (2010) a discussão dos resultados poderá realizar-se recorrendo ao diálogo com a literatura, em que os resultados desvelados, depois de minuciosamente explicitados, são expostos perante a literatura e o estado da arte relativo ao tema. Continuando a seguir estas orientações, de forma a uma melhor contextualização da análise realizada e discussão dos resultados obtidos, segue-se a mesma linha orientadora do enquadramento teórico. Recorremos à produção científica na disciplina de enfermagem, no contexto nacional como internacional, bem como à teórica de enfermagem Jean Watson, não excluindo outras disciplinas do saber, de forma a enriquecer a reflexão e compreensão do fenómeno.

Para uma mais compreensível estruturação da discussão esta será de acordo com a ordenação dos três componentes: “*Vivendo o Cuidar na Reclusão*”, “*Humanizando o Cuidar na Reclusão*” e “*Experienciando as Dificuldades do Cuidar na Reclusão*”, enquadrados nos seguintes contextos: ambiente intramuros, compromisso com a pessoa reclusa, estar doente intramuros, ser enfermeiro intramuros e cuidar dentro das grades, como surge no desenvolvimento da estrutura essencial do fenómeno da vivência do enfermeiro que cuida na prisão, apresentado na análise dos discursos (capítulo III, ponto 1).

VIVENDO O CUIDAR NA RECLUSÃO

Atualmente os contextos de prestação dos cuidados de enfermagem são cada vez mais diversos. Por exemplo, as plataformas petrolíferas, os barcos de cruzeiro, os estabelecimentos prisionais, também eles são um contexto de cuidar. Independentemente do local onde ocorre o cuidado de enfermagem, este é a relação de cuidar entre o enfermeiro e a pessoa, na totalidade da dimensão desta e na envolvimento do ambiente em que está inserida, visando o processo de saúde e a preservação da humanidade da pessoa cuidada. De salientar que os fenómenos de interação entre a pessoa e o ambiente onde esta está inserida, é também, foco da atenção do profissional de enfermagem, sendo da sua responsabilidade a promoção do bem-estar do cliente, independente das condicionantes desse mesmo ambiente.

A prisão é apontada pelos participantes como um contexto diferente de outros contextos de cuidados, como, os hospitais e as unidades de saúde familiar, por ser um ambiente onde impera a necessidade das regras de segurança, controlo rígido do ambiente e dos reclusos, em que as normas de condutas dos reclusos no seu quotidiano são globalizantes e iguais para todos: hora para passear, para comer, para dormir.



A reclusão é considerada como transversal a toda a sociedade, não obstante, maioritariamente, os reclusos pertencem a grupos desfavorecidos socialmente e economicamente, com trajetórias de vida problemáticas considerados como uma comunidade com múltiplas necessidades de saúde. Os participantes nos seus discursos são sensíveis às problemáticas e trajetórias de vida dos reclusos, ficando a ideia subjacente de uma atitude de proteção pela singularidade, dignidade e unicidade do recluso, indo de encontro ao que França (2012:278) advoga “*a dignidade deve manter-se apesar das diferenças entre todos os seres humanos, o que aliás apenas pode servir para salientar a riqueza da diversidade e nunca para semear a segregação e discórdia*”.

“(...) São pessoas com alguns percursos de vida que não foram facilitados. Outros porque estão inseridos em bairros e que depois a única realidade que conhecem é o bairro e esse bairro é transposto para a cadeia como um... uma extensão do bairro. Depois quando chegam à cadeia é como se estivessem no bairro deles, porque os amigos estão lá todos e é a cultura que se cria à volta disto, que é intimidatória.” (P8)

Os enfermeiros participantes refletem que os reclusos, pelo seu afastamento da sociedade e da família, pelo confinamento a um espaço, onde o companheiro de cela é imposto, têm relações muitas vezes hostis, o que define a prisão como um ambiente stressante e esmagador para estes. Este facto, aliado às deficientes condições físicas de alguns estabelecimentos prisionais, à sua sobrelotação, leva a que o ambiente prisional seja entendido pelos enfermeiros como tendo um impacto negativo, tornando os reclusos, potencialmente, pessoas vulneráveis. Consequentemente, o ambiente prisional é, naturalmente, não terapêutico, dificultando aos enfermeiros a construção de um ambiente harmonioso e terapêutico.

No estudo elaborado por Weiskopf (2005) sobre as vivências de cuidar de enfermeiros americanos e canadianos, a prisão é referida como um lugar onde essa responsabilidade de proporcionar um ambiente de cuidar tem entraves próprios *a priori*, onde foram apontadas estas razões já descritas.

“(...) um ambiente tão stressante (...) que a vontade deles é explodir. E que dentro deles deve ser uma autêntica panela (...) E sabem que só não podem explodir porque depois têm consequências a todos os níveis (...) O ambiente é demasiado explosivo, lá dentro, é demasiado... esmagador (...)” (P4)

Para Filipe (2000) cuidar reclusos é demarcado pelos limites impostos pela reclusão, ditado pelos espaços limitados e circunscritos onde habitam, tudo é controlado institucionalmente, a falta de poder de decisão dos reclusos relativo ao tempo, ao espaço, impõe limites no respeito dos direitos como a autonomia, a individualidade, a privacidade e a autodeterminação. Refere ainda que “*(...) quando as pessoas são reduzidas ao anonimato, a um número, a relação interpessoal estabelecida com a enfermeira assume*



uma importância redobrada, na medida em que estas acompanham o recluso doente ao longo das 24 horas” (Filipe, 2000:69).

No seu cuidar os enfermeiros valorizam a correlação íntima entre a pessoa e o ambiente, na assunção de que o contexto onde o cliente está inserido influencia e é influenciado por este, *“(...) a pessoa é influenciada no seu devir e nos seus comportamentos pelo ambiente que a rodeia, que ela própria também influencia. O ambiente em que a pessoa vive e se desenvolve e que influencia o conceito de saúde, deve ser olhado na sua componente física, social e organizacional, cultural e política.”* (Vieira, 2008:85). No contexto prisional parece ser mais relevante a interação entre o ambiente, por ser potencialmente nefasto para o bem-estar físico, emocional e mental do recluso, os enfermeiros que cuidam na prisão consideram que é importante agir como um elemento equilibrante e harmonizador deste ambiente.

Watson (2002b) destaca que o enfermeiro no seu cuidar integra a pessoa como um ser totalitário, enquadrado no ambiente que o rodeia e, também, no ambiente onde ocorre o processo de cuidado, sendo um dos fatores de cuidado para esta autora a *“provisão de um ambiente de suporte, protetor e corretor mental, físico e sociocultural e espiritual”* (Watson, 2007:132). Como tal, os enfermeiros devem reconhecer a necessidade de criar um ambiente de reconstituição, de harmonia nos diferentes níveis visando a totalidade, sutil de energia, consciência, conforto, dignidade, com o propósito do atendimento com qualidade.

“(...) uma pessoa que é agredida chega assim num estado de ansiedade um bocadinho feio de se ver (...) não é fácil muitas vezes abordarmos esse individuo (...) enfermeiro tem um papel extremamente importante (...) cuidar inicial não é tratar as lesões, que aquele recluso apresenta (...) propor este individuo para ser internado nos tais programas terapêuticos (...)” (P9)

Os enfermeiros participantes revelam que estão despertos e tem como foco da sua atenção a problemática do ambiente da reclusão, como isso está a afetar a pessoa reclusa. Isto porque no próprio ambiente prisional, sendo hostil, pode ocorrer episódios de violência grave, que influencia o equilíbrio físico e emocional do recluso, repercutindo-se no seu bem-estar. Como foi abordado anteriormente Goffman (2001), aborda a violação como a experiência extrema de “mortificação” do Eu interpessoal, numa instituição prisional. Os enfermeiros são sensíveis a esta possibilidade de experiência dramática, entre outros tipos de hostilidades, estando despertos para sinais físicos e emocionais que possam recorrer dessas agressões, e todo o desequilíbrio subjacente a tal experiência, mostrando sempre disponibilidade proteção nessas situações problemáticas.



“(...) tentamos falar com ele, a ver o que é que se passa, o que é que não se passa, se, se envolveu com alguém, se foi agredido, se foi assediado sexualmente que acontece inúmeras vezes e isso influencia o bem estar psicológico do doente.”
(P1)

As pessoas podem ser alteradas e controladas pelo ambiente, Watson reconhece que o ambiente arquitetónico influencia a nossa mente e o modo como nos sentimos. Um ambiente despersonalizado, sem cor, sem luz, contribui para o mal-estar, tanto da pessoa cuidada como do enfermeiro, não proporcionando uma ambiente potenciador de cuidar e cura Watson (2002b). O enfermeiro no seu cuidado é desafiado a conceber espaços de cuidado e de cura intencional. Nas descrições dos enfermeiros nota-se que consideram o ambiente prisional como um foco de atenção e que desenvolvem ações no sentido do equilíbrio num ambiente considerado como não saudável, não se percebendo no entanto, se este agir é planeado e sistematizado.

A prisão é um contexto perspectivado em primeira instância para as questões de segurança, e não para a prestação de cuidados de saúde. A obrigatoriedade da existência de normas rígidas de controlo e segurança, por vezes colide com os momentos de cuidar, sendo expresso nos discursos dos participantes. Aos guardas prisionais é reconhecido que, por vezes, têm um papel estratégico de regulação na eficácia do acesso aos cuidados de enfermagem, podendo esse papel ser facilitador ou dificultador (Carapinheiro, 2005; Diuana *et al.*, 2008). O facto do acesso do recluso aos cuidados de enfermagem ser interposto pelo guarda prisional, que não é um profissional de saúde, é refletida nos discursos dos participantes como uma barreira para o seu cuidar.

“(...) aquele elemento guarda é muitas vezes um elemento perturbador para eu conseguir explorar algumas coisas ou... coisas menos legais que o recluso faz no pavilhão (...) que são importantes para nós aquando de cuidar e que muitas vezes a resposta que vamos ter por parte do recluso é negativa para não haver a questão legal pela presença do guarda, não é (...)” (P9)

A presença do guarda sentida como uma interferência no momento de cuidar, foi também descrita como uma obstrução no cuidar por Veal (2002).

“(...) o guarda (...) pega nele e á força leva para a enfermaria para ser injetado, e ponto final parágrafo. O que é que nós começamos a notar com ele, como ele fazíamos as vontadinhas todas, que ele queria e os guardas passavam a vida a criticarmo-nos lá (...)” (P1)

Os enfermeiros consideram insuficiente o número de guardas relativamente à população reclusa, potenciando uma sensação de insegurança e vulnerabilidade para alguns reclusos, assim como para eles próprios, indo de encontro ao relatório do CPT (2013) que alerta para a inadequada dotação dos guardas prisionais, o que pode gerar



um ambiente de insegurança, tanto para os funcionários como para os reclusos. Além de criar uma situação potencialmente perigosa para reclusos vulneráveis, também representa um perigo para os profissionais, cuja posição pode ser comprometida por incapacidade de exercer um controle adequado.

Foram desvelados pelo discurso de alguns participantes os sentimentos de ansiedade e insegurança pela ameaça pela sua integridade física, relacionados com os comportamentos agressivos de alguns reclusos. Os enfermeiros revelaram viver momentos de insegurança no seu trabalho e expressam ansiedade, não só pelo receio da ofensa à sua integridade física, como também pela imprevisibilidade de acontecimentos com que se poderão deparar, no seu quotidiano de cuidado. Este sentimento de vulnerabilidade e insegurança relativamente ao ambiente prisional e a alguns reclusos é também referido, no trabalho de Souza e Passos (2008:421) *“destaca-se que, apesar de a presença do agente penitenciário ser por vezes tida como vigilância constante por parte da enfermagem, esta mesma enfermagem clama por mais segurança dentro do Sistema Penal, pois se sente vulnerável devido à periculosidade do apenado e do Sistema em si”*.

Os enfermeiros participantes refletem que cuidar reclusos exige um quadro de competências relacionais e assistenciais aos enfermeiros intramuros abrangentes pela diversidade de necessidades de saúde dos reclusos, tais como as patologias crónicas, agudas, infetocontagiosas, dando especial relevância aos distúrbios mentais. A relevância que os enfermeiros atribuem às carências dos reclusos na vertente da saúde mental e emocional parece estar de acordo com vários estudos: GECEPEEP (OE, 2012); e OMS (2014), *“(...)a maioria dos estudos de prevalência têm sido realizados em países desenvolvidos e mostram consistentemente que uma proporção muito elevada de prisioneiros sofrem de problemas de saúde mental”* (OMS, 2014:87).

As competências dos enfermeiros que cuidam na prisão, para os participantes, têm algumas especificidades, como competências na atuação de situações limites na vertente de saúde mental, comunitária e, particularmente, na atuação em situações como motins, agressões, traumatismos, incêndios, além de conhecimentos na área jurídica. O que para os participantes reflete uma necessidade de formação em áreas específicas como jurídica e forense. Aliás, a falta de formação nestas áreas foi apontada e sentida como uma limitação para o cuidar de reclusos, sentindo que precisavam de mais formação nessas áreas. Condon *et al.* (2007) realizaram um estudo sobre a saúde prisional e suas implicações nos cuidados enfermagem em Inglaterra e no País de Gales, com o objetivo de fornecer uma visão sistematizada das necessidades básicas de saúde dos presos e das implicações dessas necessidades de saúde para os enfermeiros que trabalham nas prisões. Estes autores concluíram que há mais investimento na pesquisa das



necessidades de saúde dos reclusos, do que sobre os cuidados de enfermagem de nas prisões, sublinhando a importância da pesquisa sobre cuidados de forma atender as necessidades de saúde dos reclusos eficazmente.

“(...) que nós temos, pela falta de formação que eu própria tenho, em saúde mental, não é,...que eu admito que me falta-me muito, muito treino, não é, muita formação.” (P1)

A prática dos cuidados de enfermagem dentro dos estabelecimentos prisionais tem tido uma evolução positiva.

“(...) decidi implementar um plano nacional de vacinação nas cadeias (...) fiz folha, também, de colheita de dados. Fiz primeiro a adaptação da escala de Barthel, relativamente à adaptação dos... dos doentes e aos critérios de internamento dos doentes na enfermaria, que também foi copiada depois a nível nacional (...).” (P12)

Os cuidados de enfermagem objetivam uma prática individualizada, sistematizada, com diagnóstico, planeamento, execução e avaliação destes, com elaboração de protocolos e manuais de procedimentos. Apesar deste percurso não ser homogêneo nos diferentes estabelecimentos prisionais em que os nossos participantes trabalham, os enfermeiros demonstram tenacidade em implementar intervenções de enfermagem sistematizadas baseada na evidência científica para a sua prática em contexto prisional, tornando estes profissionais mais autónomos.

Para Watson *“o uso sistematizado do método científico na resolução de problemas no processo de tomada de decisões”* (Watson, 2007:131) é um dos fatores de cuidar. A autora defende na prática dos cuidados a utilização sistematizada do processo de enfermagem, tanto na resolução de problemas, como na tomada de decisões. O processo de cuidar convida ao uso sistematizado da tecnologia e conhecimento científico mas de forma criativa e *“tal visão requer que o enfermeiro seja cientista, teórico e clínico, mas também um agente humanitário e moral na qual o enfermeiro como pessoa esta envolvido como um co-participante activo nas transacções humanas do cuidar”* (Watson, 2002b:96).

Como já foi apontado por Tavares (2009) cuidar na prisão exige ao enfermeiro competências na área pessoal, forense, formação e reinserção social. Também a OMS (2014) alerta para a necessidade de formação contínua e especializada dos profissionais de saúde *“(...) formação profissional contínua dos profissionais de saúde devem ser organizadas de modo a criar um serviço de saúde dedicados e especializados para as pessoas em detenção”* (OMS, 2014:3).

Uma das sugestões do GECEPEEP (OE, 2012) relativamente às competências dos enfermeiros nas prisões é a *“evolução para atribuição de competências acrescidas ao enfermeiro que exerce em contexto prisional”* (OE, 2012:39). Esta sugestão decorre da



assumida relevância dos cuidados de enfermagem como um dos pilares da assistência à saúde dos reclusos, pelo tempo de permanência e proximidade dos enfermeiros com os reclusos.

A falta de reconhecimento da relevância dos cuidados de enfermagem nos estabelecimentos prisionais despoleta sentimentos de desmotivação nos enfermeiros participantes.

“(...) Agora, motivação?, vou ser sincero, neste preciso momento eu não estou muito motivado, para... e se me disser: “não está motivado porquê?”(...) acho que melhorei muito a prestação de cuidados de saúde e, nomeadamente de enfermagem nas cadeias e o reconhecimento que os enfermeiros têm – nenhum! Continuamos sem reconhecimento.” (P12)

Este sentimento relativo à falta de reconhecimento, também é referido por Perry *et al.* (2010), que considera que este sentimento pode ser desmoralizante, podendo ter um efeito negativo como um provável contexto de trabalho para futuros enfermeiros, considerando que para contrariar este aspeto é importante a divulgação dos cuidados de enfermagem. Esta visão da importância da visibilidade dos cuidados de enfermagem nos estabelecimentos prisionais através da divulgação das boas práticas em enfermagem no contexto prisional é partilhada e sugerida pelo GECEPEEP (OE, 2012).

O recluso na vivência dos enfermeiros é percebido como a pessoa que perdeu um bem fundamental que é a liberdade física.

“Um individuo preso, é uma pessoa que perdeu um bem fundamental da pessoa, que é ser livre, ter (...) Lá dentro de uma cadeia, nós sabemos perfeitamente que eles são fechados não sei quantas horas por dia, muitas horas por dia, têm horas certas para ir almoçar, para se alimentarem-se, há horas certas para tomar a medicação e há horas certas para fazer tratamentos (...)” (P12)

Esta privação da liberdade provoca sofrimento na pessoa reclusa e estes enfermeiros demonstram sentimentos de empatia por este sofrimento, justificando alguns dos comportamentos difíceis e as atitudes desadequadas que os reclusos, por vezes demonstram, como um reflexo negativo da privação da liberdade. Os enfermeiros consideram que esta privação provoca desequilíbrio emocional e mental e físico ao recluso.

A experiência de cuidar reclusos significa, para os enfermeiros, olhar o recluso nas suas multidimensões, sendo esta considerada a essência do cuidar na prisão. Para Watson (2007) *“a assistência na satisfação das necessidades humanas básicas”* (Watson, 2007:132) à pessoa permite o acesso ao corpo físico de uma forma íntima, quando estes se encontram frágeis. No modelo de cuidado transpessoal o corpo físico é visto como o espírito corporizado, como tal, as necessidades são encaradas como a



totalidade, corpo-mente e alma, e interdependentes, sendo todas elas foco de atenção, no processo de cuidado.

“Não é um serviço onde tenhamos determinado tipo de problema. Não. Nós ali temos de tudo. Temos problemas dermatológicos, problemas... sei lá... hipertensão, diabetes, mil e uma coisas... é muito vasto.” (P6)

Os enfermeiros entendem o seu papel na promoção e educação para a saúde no cuidar reclusos como importante. Na sua maioria estes tem noções insuficientes relativamente aos cuidados de saúde e higiene, dificultando a sua integração na comunidade, na diminuição do risco de doenças, na aquisição de independência em termos de saúde. Isto terá impacto também na vida familiar, não fica circunscrito ao recluso. É esta perspetiva e este trabalho que revela como *“(...) positivos do trabalho dos enfermeiros nos estabelecimentos prisionais, as questões da promoção de saúde e da reintegração social dos reclusos ocupam um lugar de destaque na opinião destes peritos”* (OE, 2012:32).

“(...) o nosso objetivo do... dos enfermeiros ao ter este tipo de contacto com... com os reclusos, ao fazer estes ensinamentos, ao ter esta proximidade (...) para os tornar mais independentes quando saírem em liberdade, de modo a criarem uma autodeterminação com eles, responsabilizá-los na sua saúde (...) o nosso papel, enquanto eles estão em reclusão, é fazê-los ver, é ensiná-los acerca disso e é basicamente responsabilizá-los pelos seus atos e... de modo a otimizar a sua saúde quer física, quer mental, quer espiritual e por aí fora.” (P13)

Dos discursos dos participantes emerge a relevância do papel dos enfermeiros na adaptação do recluso à prisão, diminuindo a vulnerabilidade do recluso, integrando-o de uma forma mais positiva.

“O enfermeiro aqui é um elemento fundamental, na minha opinião, para ajudar estes indivíduos que têm regras, normas, princípios e hábitos completamente diferentes dos outros. Nós temos um papel extremamente importante em ajudar este indivíduo a integrar-se. Eu não acredito que o recluso tenha capacidade de se adaptar sozinho dentro do estabelecimento prisional. Aos empurrões, muitas vezes, eles vão-se adaptando.” (P9)

Os enfermeiros, permitindo estas vivências nos estabelecimentos prisionais, poderão quebrar a adaptação à subcultura prisional, muito ligada à criminalidade e comportamentos desviantes, e ajudar os reclusos a um novo projeto de vida. Para Gonçalves (2008) quanto mais positiva for a adaptação do recluso à prisão, no sentido de se orientar por uma conduta exemplar durante a reclusão, mais probabilidade terá de uma reintegração positiva na comunidade, favorecendo uma adaptação à sociedade e à sua família equilibrada, *“(...) os reclusos orientados para normas sociais legítimas, tendem por conseguinte, a fazer uma adaptação à margem da subcultura prisional o que*



permitirá uma retoma da vida em liberdade com menores sobressaltos readaptativos” (Gonçalves, 2008:215). Poderemos perceber isso através do discurso de um dos participantes:

Os enfermeiros visam a preparação do recluso para a vida em comunidade, no sentido da sua saúde e de aquisição de comportamentos de cidadania, capacitando-os para serem autónomos, pressupondo que o enfermeiro perspetiva o recluso para o futuro, fora do sistema prisional.

“(...) o verdadeiro papel da enfermagem lá dentro é ressocializar aquele indivíduo (...) Por mais difícil que isto seja, porque para mim ressocializar este indivíduo (...) É um recluso que nos chega muitas vezes cheio de problemas (...) o diagnóstico muitas vezes de doenças complicadas (...) indivíduo que não sabia de nada e nós começamos-lhe a dar os instrumentos e trabalhar com eles, são indivíduos que nos saem fantásticos da parte da área da saúde.” (P9)

Nesta preparação do recluso para a sua reintegração na comunidade, proporcionam a aquisição de comportamentos básicos de cidadania, definem um plano de saúde com o recluso, desenvolvem intervenções para a adaptação do recluso aos seus problemas de saúde, o que facilita a integração do recluso no sistema nacional de saúde legítimo. Powel (2010) descreve a relevância que os enfermeiros atribuem à motivação para a responsabilização do recluso pelo seu processo de saúde, através do incentivo destes a acederem aos cuidados de saúde primários, ainda durante o seu tempo de prisão, considerando como um passo importante para a preparação do momento da sua libertação.

A importância dos cuidados de enfermagem na preparação para a inserção na comunidade da população prisional é considerável tanto para o próprio, quanto para a sociedade.

“(...) como já sabes que eles vão ficar ali não sei quantos anos, a preocupação devia ser: “ok, vamos fazer a inserção do doente desde que inicia até ele sair, porque quando ele sair daqui pode ser uma pessoa mais independente”, porque eu tenho... eu tive doente meus que saíram e que eu tenho a certeza absoluta que o facto deles terem saído, que... ou quando saíram, já tinham outra postura. Era ténue (...) inicialmente no básico, no cuidar-se, no vestir a roupa, a higiene, o respeito um bocadinho ao próximo, de facto às vezes estamos (...)” (P14)

Dado que estes reclusos serão reintegrados na comunidade, quanto mais saudáveis e autónomos estiverem, no que se refere à sua saúde e comportamentos de cidadania, mais integrados estarão na comunidade, o que será benéfico para a sociedade no geral.

HUMANIZANDO O CUIDAR NA RECLUSÃO

A prisão representa para os enfermeiros uma porta de acesso dos reclusos aos cuidados de saúde pois, muitas vezes, estes andam à margem do sistema de saúde, até



serem presos, apesar das suas múltiplas necessidades. A reclusão é percebida pelos enfermeiros como oportunidade para resgatar as necessidades de saúde dos reclusos e motivar e capacitar o recluso para o seu projeto de saúde. Para Goffman (2001), a reclusão era sentida pelos reclusos, como um tempo de desperdício nas suas vidas, pela perda das ligações familiares, sociais e pela ausência de crescimento pessoal. Contudo, os enfermeiros perspetivam o tempo de reclusão como uma oportunidade para os reclusos de equilíbrio das suas necessidades de saúde, para adaptação e definição no que se refere aos seus cuidados de saúde e para a sua reabilitação social. Ou seja, o enfermeiro perspetiva a pessoa para além da reclusão, a pessoa com um futuro fora das grades.

“(...) ainda há pouco aconteceu um doente que entrou, não tinha qualquer cuidado com a saúde, não ia ao centro de saúde e de alguma forma o facto de nós termos ... feito a avaliação inicial do doente a tentar perceber o seu historial, fomo-nos apercebendo que ele tinha... tínhamos alguns diagnósticos, não é, que depois fomos encaminhando, hipertensão, diabetes, que ele nunca tinha visto cá fora (...)” (P14)

A expressão do sofrimento físico de um recluso pode significar um pedido de ajuda para um sofrimento mais profundo, estando os participantes despertados para esta realidade da vivência da doença intramuros.

“Vão lá porque queixam-se com uma dor no pescoço, com uma dor na cabeça (...) E que, às vezes, basta sentar um bocadinho ao lado e... ou à frente e conversar um bocadinho e dar um bocadinho de conversa, não é? E puxar um bocadinho para eles contarem e rirem um bocadinho, não é? E depois já saírem dali melhor.” (P4)

Os enfermeiros consideram o seu cuidar como uma ajuda ao recluso na procura em si do porquê desse sofrimento, ajudando à sua expressão. Watson (2002a) considera a capacidade do enfermeiro em perceber com indicações externas os sentimentos da pessoa, e proporcionar à pessoa a exposição dos seus verdadeiros sentimentos, numa atitude de preocupação, incutindo de alguma forma sentimentos positivos a essa pessoa, como o cuidar artístico, que Watson denomina a arte do cuidar transpessoal, “*é arte quando o enfermeiro, tendo experimentado ou percebido os sentimentos do outro, é capaz de os detectar e dos sentir e, por sua vez, de os expressar de tal forma que a outra pessoa é capaz de os conhecer mais profundamente, e de libertar os sentimentos que tem ansiado por expressar*” (Watson, 2002a:119).

Os enfermeiros referem que a vivência de cuidar reclusos que cometeram crimes hediondos, pode despertar, em alguns momentos, sentimentos de ambivalência relativamente ao crime cometido pelo recluso. Os enfermeiros sentem que como pessoas, têm o seu estar no mundo, as suas crenças, experiências de vida, valores e, por outro lado o seu eu como enfermeiro, com os seus referenciais éticos e o seu código deontológico. O crime que o recluso cometeu poderá ser uma sombra que paira no



momento de cuidado, podendo influenciar a relação de cuidar que estabelece com o recluso.

“Por isso, aquilo que me custa mais neste momento, que é muito recente são os violadores a partir aí dos 60 anos. Isso aí custa-me muito. Que agora recentemente são muitos. Violadores de filhos e enteados e netos e (...) Essa parte aí custa-me e quando os vejo entrar nem quero saber o que é.” (P4)

Por isso, os participantes, de forma a não permitirem que sentimentos, que não são benéficos, assombrem a sua relação de cuidar, refletem sobre esta dualidade e usam estratégias que permitam dispersar estes sentimentos, como por exemplo, partilhar esses sentimentos com os colegas e evitar o conhecimento do crime cometido pelo recluso. Estas são as estratégias que os enfermeiros participantes sentem que permitem resolver esta dualidade, isto implica que o enfermeiro reflita sobre si mesmo, sobre a subjetividade da relação de cuidar, sempre na procura de estabelecer uma relação de autenticidade e empatia verdadeira, onde os referenciais éticos prevalecem relativamente às fragilidades humanas da pessoa.

Watson descreve como o primeiro fator de cuidado *“a formação de sistema de valores humanísticos- altruístas”* (Watson, 2007:131). Cuidar baseia-se num quadro de valores humanistas, tais como, a bondade, empatia, preocupação e amor por si e pelos outros. Assume que os valores são aprendidos na infância, e ao longo da vida pessoal vão sendo mais vinculados por crenças, cultura e experiências vivenciadas individualmente. Neste percurso o enfermeiro solidifica os valores, o compromisso da satisfação através da doação e, desta forma, promove os comportamentos altruístas em relação aos outros. Os sentimentos e atos humanístico-altruístas proporcionam a base do cuidar humano e promove o melhor cuidado profissional, como tal é considerado o primeiro fator para a ciência e a ética do cuidado.

Parece essencial o enfermeiro cimentar uma atitude de autenticidade, conhecer-se, compreender os seus sentimentos, assim poderá compreender melhor a pessoa reclusa de quem cuida, estando mais sensibilizado para a sua compreensão e preocupação e, por isso, mais capaz de prestar um cuidado verdadeiro e imparcial.

Para Watson (2002b) a única forma de desenvolver a sensibilidade, para si e para os outros, é reconhecer os seus sentimentos e os dos outros. Para esta teórica só é possível falar em cuidado humano transpessoal, se tivermos *“presente uma cultura de sensibilidade por si e pelo outro”* (Watson, 2007:131). Aponta este fator de cuidar como importante para o desenvolvimento do Eu, o carinho, os valores e sensibilidade das relações humanas. A autora defende o autoconhecimento dos enfermeiros, o sentir os seus sentimentos e emoções, valoriza a autenticidade da pessoa enfermeiro através da



autoconsciência. Só é possível desenvolver sensibilidade para com os outros, reconhecendo os seus sentimentos.

O autoconhecimento, como uma experiência existencial e fenomenológica, quem sou, como me posiciono no mundo, como vejo o meu Eu e o mundo que me rodeia permite aceitarmo-nos, consciencializarmo-nos das nossas limitações, capacidades e geri-las. Só assim estabelecemos uma comunicação eficaz e interagimos melhor com o outro. A autoconsciencialização das suas emoções e, sentimentos relativos à pessoa que cuidam, parece ser uma vivência dos enfermeiros que cuidam reclusos, conseguindo gerir a ambivalência de sentimentos que possa existir, como forma de melhorar a relação de cuidar o recluso. Isto vai de encontro a Rispaill (2003) que considera que *“o cuidador deve pois melhorar a compreensão que tem de si próprio, das suas crenças, dos seus hábitos, das suas aversões, dos seus receios, tomar consciência dos seus mecanismos de projecção e de defesa, a fim de adquirir uma autenticidade e um certo nível de confiança que lhe permitirão melhorar a qualidade dos cuidados que prestam”* (Rispaill, 2003:2).

Os enfermeiros reconhecem que a vida dos reclusos na prisão não é estanque à sua vida anterior, à sua vida familiar e social. Estas relações de proximidade de proveniência dos reclusos, de consanguinidade, de amizade e relações associadas ao tráfico e ao crime, perpetuam-se na prisão, tendo implicações, quer na vida intramuros quer na extramuros: *“estes núcleos são por sua vez articuláveis quer através dos múltiplos laços de vizinhança, quer por conexões de outra ordem (...)”* (Cunha, 2002:96).

“Porque muitas vezes, eles estão sujeitos ou estão a ser sujeitos a determinadas pressões no exterior que levam os reclusos a terem problemas de saúde mais graves a nível psicológico, ou a nível psiquiátrico no interior do estabelecimento prisional, porque eles sabem que a família está a ser sujeita a pressões (...)” (P9)

Na prisão, os conflitos entre reclusos poderão ter repercussões para a sua família, como acontece por exemplo, quando o recluso é ameaçado com possíveis ameaças à sua família. As implicações que advém dos conflitos entre os reclusos tem repercussões no equilíbrio emocional e físico do recluso, sendo percebidas pelos enfermeiros que mostram sensibilidade para esta problemática.

A prisão é um ambiente iminentemente hostil, sendo frequentes as agressões entre reclusos. Também é um ambiente propenso à ocorrência de atritos entre reclusos e guardas prisionais, por estes serem responsáveis pelo controlo, pela vigilância e pela restrição do quotidiano dos reclusos na prisão.

“(...) eu acho efetivamente que eles veem os profissionais de saúde de maneira diferente que veem, por exemplo, o guarda prisional. O guarda prisional não deixa de ser o castrador. Aquele que não deixa passar, aquele que não abre a porta (...) mas é sim a capacidade do enfermeiro, neste caso, resolver o conflito, que seria menor numa sociedade exterior, mas que no intramuros é extremamente complicado.” (P8)



Nesta problemática de relações, o enfermeiro assume um papel de gestor de conflitos. Os participantes apontam como relevantes as suas competências relacionais na gestão de conflitos, assumindo uma atitude conciliatória e equilibrante. Esta capacidade de comunicação e relação é benéfica refletindo-se no ambiente, tornando-o mais humanizador *“neste sentido os enfermeiros prestam cuidados que integram a multidimensionalidade dos cuidados com especial atenção às questões relacionais”* (OE, 2012:32).

O próprio processo de adaptação do recluso à prisão, como referido por Goffman (2001), despoleta comportamentos de “intransigência” relativos ao poder institucional e aos seus representantes, numa tentativa de desafiar as regras. A este comportamento, os representantes da instituição poderão responder com a mesma “intransigência”, despoletando conflitos. Os participantes, nos seus discursos, fazem emergir o papel dos enfermeiros na gestão destes conflitos, propiciando um ambiente protetor e mais harmonioso, pela sua capacidade de equilibrar situações de tensão quer entre os reclusos, quer entre estes e os profissionais responsáveis pela segurança.

As capacidades relacionais e de comunicação dos enfermeiros numa relação tríade enfermeiro, recluso e profissionais, são importantes como equilibrantes dos conflitos, reconhecido pelo GECEPEEP *“estas assumem grande relevância num contexto de violência e isolamento que muitas vezes potencia e agudiza os comportamentos violentos. Neste sentido os enfermeiros prestam cuidados que integram a multidimensionalidade dos cuidados com especial atenção às questões relacionais”* (OE, 2012:32).

O recluso é percebido como uma pessoa que mantém todos os seus direitos, em especial o direito aos cuidados de saúde como qualquer cidadão, exceto os condicionados pela pena. Os enfermeiros participantes consideram no seu cuidar a preservação e proteção dos direitos do recluso como importante para o cuidado humanizado. A reclusão não implica a negação dos direitos humanos básicos, exceto aqueles que são legitimados pela pena, *“(...) presos e detidos têm direito a cuidados de saúde e tratamento humano, independentemente do seu estatuto jurídico”* (ICN, 2011:1).

“(...) a equipa em geral e eu falo por mim, neste caso, tentamos prestar da melhor forma os cuidados aos reclusos a que eles tem direito, e que eles sabem que tem direito.” (P1)

Como tal, o recluso mantém os seus direitos como um cidadão comum: direito aos cuidados de saúde de excelência, ao respeito pela sua autonomia, confidencialidade, autodeterminação e acesso à saúde. Esta é a visão dos enfermeiros participantes no que respeita à pessoa reclusa. Esta visão coincide com a da Organização Mundial de Saúde: *“noutras palavras, o fato das pessoas estarem na prisão não significa que eles tenham*



reduzido qualquer direito relativamente aos melhores cuidados de saúde. Pelo contrário, o oposto é o caso” (OMS, 2014:6).

Nos seus discursos, os enfermeiros manifestam a preocupação na proteção do direito à autodeterminação do recluso no seu projeto de saúde e cuidados de saúde, apesar das dificuldades sentidas inerentes às condições da prisão.

Goffman (2001) constatou e exemplificou que, em alguns casos de instituições totais, como as prisões, a “mortificação” do eu físico está associada, nomeadamente, ao não respeito pela determinação do recluso pelo direito de tomada de decisão relativo à gestão da sua terapêutica. No entanto, vários enfermeiros referiram, nos seus discursos, que o cuidar engloba a proteção e o incentivo do recluso para a sua autodeterminação na gestão e tomada de decisão no seu processo de saúde. Apesar de sentida a dificuldade deste exercício por reflexo da logística prisional.

“(...) temos lá um doente que quer ter a ficha, a folha terapêutica com ele, e nós sabemos que ele tem direito a isso (...) é muito complicado no sistema. Mas é um direito que lhes assiste (...) isto é humanizar os cuidados.” (P1)

Para os enfermeiros, cuidar na prisão reporta-se ao cuidado e não à punição. Significa que, independentemente do ambiente ou do crime, o cuidar na prisão é uma relação em que o enfermeiro age na preservação da dignidade humana da pessoa que está reclusa. Também para Watson (2002a) cuidar é um compromisso para com a pessoa que cuidamos e é a essa pessoa que devemos a nossa atenção e dedicação, no sentido de conhecer, perceber e atender às suas necessidades.

“(...) considero o cuidar de enfermagem no interior do estabelecimento prisional, desde o momento em que o recluso entra (...) no estabelecimento prisional é logo absorvido por uma... um enorme número de regras e de coisas em específico. O recluso é revistado a nu (...) normalmente chegam até nós, passado uma, duas, três horas, num estado... assustados (...) Nunca deixo o recluso ir para o pavilhão sem falar um bocadinho com ele (...) Onde é que eu estou e como é que ele me pode solicitar e transmitir-lhe estas informações iniciais.” (P9)

Para os enfermeiros cuidar a pessoa que vive reclusa é humanizar esta experiência vivencial. Goffman (2001) expõe a prisão como uma experiência traumática de despersonalização do recluso, exemplificando como uma das mais traumáticas o recluso não ser apelidado pelo seu nome. Os enfermeiros no respeito pela integridade do recluso e com o objetivo de humanizar as relações na prisão, verbalizam esse cuidado, como uma expressão da unicidade e individualidade da pessoa, que por sua vez sente esse cuidado e esse carinho.

Filipe, no seu estudo, procurou a compreensão da perspetiva dos reclusos acerca do cuidar dos enfermeiros, ressaltando como importante o recluso ser tratado no respeito da sua condição humana: *“(...) num ambiente em que as gratificações são mínimas, as*



relações interpessoais, personificadas na relação enfermeiro-recluso doente, surgem para o recluso como o processo facilitador da expressão das suas emoções, sentimentos e afectos o que lhe permite sair do anonimato e da solidão” (Filipe, 2000:73).

Cuidar é a relação que o enfermeiro constrói com o recluso, uma relação de confiança e empatia.

“(...) aquela relação que... nós para eles funcionamos exatamente como isto, como a pessoa em quem eles confiam, a pessoa que está para cuidar de, a pessoa com quem eles têm os seus desabafo (..).” (P7)

Essa relação pressupõe uma construção do momento de cuidar pelo enfermeiro, ele pensa no recluso, respeita o seu mundo o seu estar, ao pensar e delinear uma relação pressupõe que está presente para o outro e preocupa-se com o recluso.

Esta relação vai de encontro ao fator de cuidado de Watson (2007), “o desenvolvimento de uma relação de ajuda e confiança” (Watson, 2007:131). Nesta relação o enfermeiro demonstra respeito e conhece a pessoa e o seu ser-no-mundo, ambos partilham o seu campo fenomenológico, considerado o ideal de intersubjetividade para as pessoas envolvidas. Esta forma de conexão com a pessoa cuidada pressupõe arte, na forma como se estabelece a relação de confiança, de forma coerente e sustentada, percebida como uma comunicação eficaz, promovendo a harmonia do outro, o respeito pela dignidade humana. Esta comunicação eficaz tem componentes de resposta cognitivas, afetivas e comportamentais, é um ideal de intersubjetividade, em que ambas as pessoas estão envolvidas.

Os enfermeiros sentem que a relação de confiança e de partilha, sem crítica, que conseguem estabelecer com os reclusos intramuros, tem traços de confidencialidade especiais, permitindo ao recluso a partilha de informação sensível.

“(...)situações é os reclusos, dentro dos estabelecimentos prisionais, é proibido fazerem tatuagens. Não quer dizer que isso não se faça, ok?(...) Mas os reclusos não vão aos serviços clínicos pedir uma pomada para pôr na tatuagem que fizeram há pouco tempo. Não. Eles vão lá para pedir uma pomada para as virilhas(...)Eles olham para nós e riem-se e a gente percebe. O que é que eles querem, não é? Nós entendemos(...)esse determinado enfermeiro já sabe o porquê, já sabe a história, já sabe o que está ali por trás.” (P6)

A relação empática e de confiança que estabelecem com os reclusos permite que, no momento de cuidar, os reclusos sejam verdadeiros e sinceros relativamente aos comportamentos nocivos que assumem ter, facilitando o processo de cuidado e a efetividade das intervenções de enfermagem. Esta relação confidencial dos reclusos com os enfermeiros é sentida por estes como sendo singular. Para Watson (2007:131), “a promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos”, honrando o sigilo e o respeito pelos sentimentos é uma característica do processo de cuidar humano.



Os enfermeiros reconhecem que no processo de cuidar o recluso é uma partilha dos seus sentimentos, pensamentos, e experiência vividas. Desta forma a relação transpessoal entre o enfermeiro e a pessoa é mais autêntica e honesta, o momento de escutar efetivamente o outro, é valorizar e honrar a sua história, que tem significado e importância para o processo de cura e reequilíbrio do recluso.

Os nossos participantes consideram que cuidar do recluso é estar disponível para ele, é estar presente 24 horas, uma presença positiva e humanizadora.

“E eles então... falar com eles sobre isso é... para eles é um motivo de orgulho, os filhos deles e então basta a gente perguntar: “então, o seu filho está bem? Em vem cá visitá-lo?”, e eles então... para eles basta... basta perguntar isso. É como se a gente já estivesse a perguntar por meio mundo. É o suficiente para eles. Para eles não é preciso grandes coisas. Às vezes uma simples palavra, ou escutar... escutá-los... para eles já é... já é melhor que... que muita coisa (...) “O que é que o atormenta? Diga lá o que é que se passa consigo? Eu noto que você anda um bocadinho nervoso.” (P11)

Nos seus discurso denota-se a preocupação genuína pela pessoa reclusa e na importância destes sentirem essa disponibilidade e preocupação. Cuidar como uma relação empática assente na preocupação pela pessoa cuidada, transmitindo a vontade de compreender e valorizar a pessoa e o seu sofrimento, as suas preocupações, alegrias, respeitando a sua condição enquanto pessoa. Para Department of Health (2012) cuidar com compaixão refere-se ao cuidar com respeito pela dignidade da pessoa alicerçado na relação empática entre o enfermeiro e o recluso: *“(...) é a forma como o cuidado é dada através de relações baseadas na empatia, respeito e dignidade - que também pode ser descrito como bondade inteligente, e é fundamental para a forma como as pessoas percebem o seu cuidado”* (Department of Health, 2012:13). Poderemos assentir que o cuidado demonstrado por estes enfermeiros vai de encontro ao que é considerado cuidar com compaixão.

“O mais importante, eu acho que é mesmo... ali não é... não é o cuidar da pessoa como físico, mas sim a gente ouvi-lo e... e escutá-lo e tentar aperceber quais são os receios deles, porque muitas das vezes eles não querem saber da ferida, eles querem é sentir ali uma pessoa com quem desabafar, questionar, porque não têm mais ninguém.” (P11)

Os enfermeiros participantes refletem a pessoa nas suas dimensões física, mental, emocional e espiritual, consideram que estas dimensões são indissociáveis estando interligadas.

“(...) acho imprescindível, não é?, porque de alguma forma um dos nossos parâmetros como qualquer cidadão, a parte espiritual, a carência, a esperança vai muito por pensar que um dia será melhor porque Deus, Alá ou o que seja, não é?, ou



o que o doente acredita, vai-lhe dar(...)mas nós não trabalhamos muito essa área (...) “isto vai passar, está quase a acabar, vai ver que as coisas vão melhorar”, mas certamente o que nós damos ou o pouco que nós falamos é muito pouco para os compensar.” (P14)

Os enfermeiros valorizam a vertente espiritual, as crenças do recluso no seu bem-estar e nas suas intervenções, apesar de considerarem que é uma área que merece mais investimento. Também Watson (2007) salienta a importância da espiritualidade, como uma dimensão da pessoa que se reporta ao seu estar no mundo, como forma de compreensão da pessoa e do seu quadro de referência, crenças culturais, significados espirituais do indivíduo, da vida subjetiva da pessoa e sua família. O “*reconhecimento das dimensões existenciais-fenomenológicas e espirituais*” (Watson, 2007:132) é um dos fatores de cuidado que alude aos aspetos metafísicos das experiências humanas e que, apesar de não ser dotado de objetividade, é real para o indivíduo.

A pessoa reclusa, que sofre por estar enclausurada, privada da sua liberdade, é considerada nas suas multidimensões. Alguns enfermeiros descrevem que cuidar esta pessoa inclui a instilação de fé e esperança.

“(...) portanto nós... aquilo foi quase um renascer, foi um crescer, foi... e esta pessoa que estava tão desmotivada face a tudo , neste momento sai dali com uma esperança, com um brilho nos olhos (...)” (P7)

Cuidar na reclusão é incutir esperança à pessoa reclusa, sendo necessário conhecer o seu mundo, as suas vivências, as suas crenças, aceitando que estas ajudam a pessoa na sua harmonia corpo-mente e espírito num momento de sofrimento. Para Watson (2007:131) a “*inspiração de sentimentos de fé-esperança*” no momento de cuidar é honrar o mundo subjetivo do eu da pessoa que cuida, aceitando que as crenças são importantes na promoção da saúde e no sofrimento.

Vários enfermeiros consideram relevante o desequilíbrio mental nos estabelecimentos prisionais, pois muitos reclusos apresentam patologia mental, desequilíbrio emocional e comportamentos aditivos. Para Tavares (2009), a doença mental e psicológica é um problema grave que afeta os reclusos. Isto é notório no número de casos de suicídios nos estabelecimentos prisionais portugueses, de acordo com a estatística da DGRSP nos anos de 2012 e 2013, em que se verificaram 30 casos de suicídio em território nacional.

Nos discursos dos entrevistados emerge que intervenções de enfermagem a estes reclusos visam a aquisição de comportamentos saudáveis, de forma a proporcionar o bem-estar mental e físico, desenvolvendo para isso intervenções de educação para a saúde, autocapacitação e responsabilização do recluso. Sentem que os cuidados de enfermagem aos reclusos com estas necessidades são essenciais.

“(...) eu estive, eu mais outro colega, estivemos numa (...) A técnica seria cognitiva e comportamental. Sim, que nós trabalhamos. Foram executadas quer da terapia,



quer de jogos de confiança, controlo de ansiedade, de algumas percentagens são descritas porque avaliamos quer pelos parâmetros vitais, em casos de ansiedade, que o relaxamento era benéfico e em termos do controlo do padrão do sono, tivemos ganhos percentuais significativos num curto espaço de tempo.” (P8)

No discurso dos enfermeiros, estes ressaltam que o seu cuidado ao recluso com patologia mental, em algumas situações, é condicionado pela visão antagónica da do guarda prisional.

“(...) para nós, eles são doentes, para o guarda prisional pode não ser, e isso vai alterar o nosso cuidado (...) doente está a fazer aquilo porque é um doente (...) aquilo para o guarda, e funciona como uma maldade, tá ali, só tem aquilo que merece, e isso vai acabar por influenciar os nossos cuidados.” (P1)

As recomendações do CPT (2013) com o intuito de estabelecer um ambiente terapêutico e reparador para o recluso com doença mental, a sensibilização e formação dos agentes penitenciários na abordagem a este recluso, para isso recomendam que os agentes penitenciários trabalhem sob o controle e supervisão da equipe de cuidados de saúde, estabelecendo o equilíbrio entre as necessidades destes reclusos e as questões de segurança, tal como as orientações da OMS (2014:87) *“todo o pessoal que trabalha nas prisões deve ter um nível adequado de treinamento de conscientização de saúde mental (...)”*.

Esta é também a perspectiva divulgada pelo GECEPEEP (OE, 2012) que considera que os enfermeiros pelas suas competências na área de formação e educação para a saúde, são os profissionais que estrategicamente estão mais vocacionado para este fim: *“também a formação de outros profissionais de saúde é vista como uma forma de rentabilizar as competências dos enfermeiros, destacando que deverão ser os enfermeiros a polarizar as acções de formação na área da saúde”* (OE, 2012:32).

A reclusão afeta a pessoa reclusa e também a sua família, o recluso independentemente da pena, mantém os seus laços familiares e as preocupações que decorrem desse afastamento.

“Em relação a contactos com a família, não são regulares. Não quer dizer que a gente não tenha, esporadicamente, alguma relação com a família porque... porque o recluso ligou para a família e disse que estava doente, que estava internado e, por vezes, a família liga e tenta falar connosco. Mas é só neste âmbito (...).” (P5)

A família é onde estão as pessoas significativas para a pessoa, é na família que nos desenvolvemos e onde se encontra o nosso apoio emocional, económico e físico, durante todo o ciclo de vida. A prisão tem uma expressão na vida pessoal do recluso, enquanto pessoa singular, mas também tem expressão como *“pessoa familiar”*. As necessidades de saúde do recluso têm repercussões no contexto de saúde da família, quer seja durante o seu tempo de reclusão, quer seja no seu regresso à família. As normas



prisionais no que se refere à segurança, ao risco de fuga e ao controlo do ambiente prisional, é considerada como dificultadora para o envolvimento dos familiares nos cuidados de enfermagem ao recluso, por isso no que concerne à sua envolvência será uma área a investir. Este facto, no processo de cuidar o recluso, não pode ser ignorado, como tal a reclusão não deve anular a envolvência da família: *“a enfermagem de família requer que o enfermeiro manipule o ambiente de modo a aumentar a probabilidade da interacção familiar, contudo, a ausência de membros da família não deve impedir que o enfermeiro ofereça os cuidados à família”*, de acordo com Gillis et al. (cit. por Hanson, 2005:9).

Cuidar na prisão é descrito, por certos participantes, como uma vivência gratificante por considerarem que os cuidados de enfermagem que prestam proporcionam bem-estar aos reclusos. Consideram este cuidar como um bem social e um desafio para a enfermagem, bem como gratificante pelo reconhecimento que os reclusos demonstram. Para Zoboli e Schweitzer (2013) o que sustenta o cuidar em enfermagem como uma prática social, é o cuidar humanizado e a garantia de uma prática de cuidados de enfermagem de excelência que integre as múltiplas dimensões da pessoa cuidada, bem como *“o que dá sentido à enfermagem como prática social é o ordenamento para o bom cuidado; a ordem e a organização são fulcrais no bem cuidar”* (Zoboli e Schweitzer, 2013:7).

“(...) já vivenciei algumas experiências (...) já me fizeram sentir bem (...) realmente até fiz algo de bom para a sociedade (...)” (P1)

EXPERIENCIANDO AS DIFICULDADES DO CUIDAR NA RECLUSÃO

Apesar do esforço pessoal dos enfermeiros em prestar um cuidado humanizado ao recluso, com o objetivo que esta presença se reflita no ambiente prisional, os participantes sentem que existem fatores que limitam o seu cuidar, como é o caso, do défice de recursos materiais, das inadequadas infraestruturas, da falta de privacidade na relação enfermeiro recluso pela exigência de segurança.

“(...)num sistema prisional (...) temos falta de, de recursos materiais, e, infraestruturas, não tem nada a ver com o hospital, como é lógico. Portanto nós não podemos prestar os cuidados de excelência que gostaríamos.” (P1)

Estas dificuldades são referidas no contexto tanto nacional como internacional, como se pode verificar nos estudos do GECEPEEP (OE, 2012) e de Souza e Passos (2008) que aponta *“(...) a precarização dos serviços de saúde, a falta de infra-estrutura das unidades hospitalares e a dependência do agente penitenciário (...)”* (Souza e Passos, 2008:422) como dificultadoras para a prestação dos cuidados de enfermagem.

As recomendações da OMS (2014) alertam para a responsabilidade do sistema prisional em garantir a proteção da saúde dos reclusos, ou seja, diminuir os riscos



nocivos das inadequadas infraestruturas e sobrelotação, além de assegurar a formação relativa aos determinantes sociais e causas das doenças, de todos os profissionais que trabalham nos estabelecimentos prisionais. Para atingir este fim, os profissionais devem trabalhar em consenso com os profissionais de saúde, e estes devem desenvolver ações de formação neste sentido, assegurando o regresso do recluso à comunidade com melhor estado da sua saúde de que quando ingressou na prisão.

A falta de privacidade na relação de cuidar entre o enfermeiro e o recluso, pela presença constante do guarda prisional, é apontada como uma razão para a falta de transparência dos discursos dos reclusos com os enfermeiros.

riscos para a integridade física dos profissionais.

“Tipo, a outra pessoa precisa de espaço e... eu tenho (...) e não perguntei o que tinha, porque estava o guarda ao meu lado (...) porque teve vergonha e não perguntou e isso... por vezes eu também sinto que o doente quer falar e que não... óbvio que depois tento arranjar estratégias, não é? e... e maneiras para... para ele falar comigo e, de alguma forma haver mais privacidade com o doente” (P14).

Estes profissionais sentem que esta falta de privacidade tem implicações nos cuidados e intervenções de enfermagem, pois o facto dos reclusos sentirem-se inibidos de expor as suas problemáticas, condiciona a sua atuação. No entanto, de acordo com as recomendações do CPT (2013) é importante existir um espaço seguro que permita os profissionais de saúde permanecerem com os reclusos afastados dos agentes penitenciários. A fim de preservar a confidencialidade da informação das questões relacionadas com a saúde dos reclusos, é vital para os profissionais de saúde poderem receber os reclusos numa sala apropriada para esse efeito. No entanto, esta sala deve ser segura, ou seja, de tal forma que limite os riscos de fuga do recluso e não represente

A falta de enfermeiros também é apontada como dificultadora para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência e especializados.

“(...) mas depois também há um bocadinho o rácio de enfermeiro/doente que é... que é... que é elevado. Cem para um, é um bocado complicado. Então os turnos acabam por ser um bocado atarefados, acabam por ser turnos longos, mas ao mesmo tempo curtos para tudo que temos para fazer e acabam por não dar tempo para fazer tudo aquilo que nós desejaríamos (...).” (P10)

Essa limitação foi também apontada pelo GECEPEEP (OE, 2012). Na realidade alguns enfermeiros expressam a dificuldade em implementar e manter projetos especializados à população reclusa, pela carência de enfermeiros, o que inviabiliza a continuidade do seu trabalho, desviando os enfermeiros para os cuidados menos especializados: *“insatisfação com limitação de tempo para desenvolver outras actividades que consideram relevantes (...) Escassez de tempo para cuidados aos doentes com perturbações psiquiátricas por falta de pessoal” (OE, 2012:29).*



Os entrevistados consideram que os cuidados de enfermagem na vertente da saúde mental e emocional apesar de serem benéficos e essenciais para o bem-estar dos reclusos, devido à falta de enfermeiros são vocacionados para os cuidados mais emergentes.

“Trabalhamos a autoestima, trabalhamos o bem-estar (...) fazíamos sempre técnicas de relaxamento, que eles adoravam aquilo. (...) meu chefe chamou-me e disse que eu e o (...) que tínhamos que acabar o programa, porque não havia pessoal para trabalhar e que ele precisava de nós. Tivemos... e eu perguntei: “então o que vai acontecer como projeto?”, e ele disse: “olha, o teu projeto vai ser aproveitado por psicólogos.”” (P12)

Apesar da relevância que os enfermeiros consideram dos cuidados de enfermagem aos reclusos com patologia mental e desequilíbrio emocional, estes cuidados são limitados pelo número insuficiente de enfermeiros, não permitindo o desenvolvimento das suas intervenções na plenitude. Nas recomendações do CPT (2013) é enfatizada a importância de criar um ambiente terapêutico para os reclusos com patologia mental, sugerindo para isso que seja permitida a transferência dos reclusos com transtornos mentais graves para uma unidade adequada às necessidades, melhorar as infraestruturas arquitetónicas, permitir o acesso a um maior leque de atividades por estes reclusos, aumentar substancialmente o número de psiquiatras e de enfermeiros.

A aproximação física com o recluso com o intuito profissional é sentida como uma dificuldade, pelos enfermeiros, nomeadamente, no que concerne ao toque e a gestos de carinho.

“Agora a diferença é que no hospital tratava com muitos miminhos e aqui não (...) A frieza vem daí (...) Mas com a rotina, com o dia-a-dia, a gente, às vezes, até se esquece e acaba por se aperceber que está a tratar exatamente da mesma forma como cá fora. Porque é assim que tem que ser.” (P3)

Esta dificuldade despoleta alguma inibição na utilização do toque do enfermeiro para com o recluso, por este ser incompreendido pelos outros profissionais como sendo um toque terapêutico. Noutros casos, os enfermeiros, em particular do género feminino, descrevem a dificuldade em tocar os reclusos por sentirem que este toque tem uma carga sexual para estes. Para além disso, a dificuldade da aproximação física numa primeira abordagem, dos enfermeiros com os reclusos, relaciona-se com o conhecimento que estes têm dos crimes hediondos que alguns reclusos cometeram. No entanto, esta dificuldade tende a dissipar-se com o evoluir da relação entre o enfermeiro e o recluso.

Para Watson (2002b) o toque é uma característica *artística do cuidar*, o toque intencional e terapêutico transmite conforto e ajuda e harmonizar a pessoa. Num contexto que é tendencialmente desarmonizador o toque terapêutico dos enfermeiros parece que seria importante como um veículo de transmissão de harmonia.



Os discursos dos enfermeiros refletem sentimentos frustração, pela dificuldade de envolver os reclusos no seu processo de saúde e nos cuidados de enfermagem.

“(...) aos sentimentos, eu acho que nesse aspeto, essa limitação acaba por ser um bocadinho frustrante, relativamente à profissão de enfermagem (...) tanto batemos na tecla de que... de uma relação de empatia, de uma relação com o doente, mas acaba por ser... não ser possível criar esse tipo de relação porque, como já havia referido então, eles acabam por quebrá-la.” (P10)

Concluindo, por todas as questões referidas consideramos poder afirmar, tal como Couto (cit. por OE, 2012) que os estabelecimentos prisionais são complexos e específicos. Acrescentamos ainda que reúne características que são únicas. A dedicação pelo respeito do recluso considerando-o na sua dignidade e humanidade, é um pilar da relação enfermeiro-recluso num ambiente vocacionado para a contenção física e para as questões de segurança, repleto de normas e regras generalizadas, que não valoriza o respeito pela sua individualidade e singularidade, *“(...) quando as pessoas são reduzidas ao anonimato, a um número (...)”* (Filipe, 2000:69).

Os enfermeiros que cuidam reclusos na prisão atuam de forma coerente na proteção da dignidade e integridade física, mental e emocional do recluso indo de encontro ao preconizado pelo ICN (2011): *“enfermeiros defendem um tratamento humano seguro de detidos e presos, incluindo a dignidade, o respeito (...) e outras necessidades básicas da vida”* (ICN, 2011:3).



CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação surge da problemática que envolve o cuidar em enfermagem na prisão. Neste capítulo pretende-se elaborar algumas reflexões finais que decorrem dos resultados, deste estudo de orientação fenomenológica, do significado da experiência vivida de cuidar reclusos na prisão, na perspetiva dos enfermeiros. Serão elaboradas considerações relativas às implicações que possam advir deste estudo para a prática de cuidados, inspirações para possíveis investigações futuras, assim como as condicionantes sentidas.

Cuidar num contexto pensado como um lugar punitivo para alguém que cometeu um crime e, que por isso, tem de cumprir pena afastado do seu mundo, da sua família, da sociedade, significa cuidar de alguém que perdeu um bem primordial, a sua liberdade. Os reclusos, além desta vivência de reclusão, e pelo seu percurso de vida, representam uma população com necessidades de saúde importantes. Esta vivência ligada a comportamentos criminosos dos que partilham a reclusão e pelo próprio sofrimento de viver na prisão, potencia um ambiente nocivo para os próprios reclusos.

Por outro lado, para o enfermeiro, cuidar numa prisão, é cuidar num ambiente que é por natureza adverso, onde as questões de segurança são primordiais e por isso, as pessoas que cuidam são altamente controladas, e o seu quotidiano gerido por normas institucionais rígidas. As pessoas que cuidam muitas vezes tem história criminais hediondas, podendo coabitar no mesmo espaço, assassinos, ladrões violadores e pessoas que por acidente cumprem pena. Além do mais, a prisão é uma estrutura que não foi concebida a pensar em primeira instância como um espaço para os cuidados de enfermagem. Por tudo isto, o contexto prisional apresenta fragilidades para o cuidar reclusos.

Neste delineamento da investigação com o intuito de compreender como esta experiência é vivida pelos enfermeiros que cuidam reclusos na prisão, permitiu desvelar a estrutura essencial do significado desta mesma experiência. Este processo de investigação despertou outras perspetivas prováveis de compreensão da problemática deste estudo e, mais vincado, facultou a aprendizagem do fenómeno numa perspetiva do mundo vivido.

A fenomenologia permitiu-nos analisar e aceder à estrutura essencial, do que é dado à consciência, enquanto intencional. Como metodologia para esta investigação permitiu-nos descrever as vivências dos indivíduos na sua estrutura invariante, com o objetivo de validar uma compreensão intersubjetiva, indo de encontro ao objetivo desta investigação.

Durante este estudo foi sempre uma preocupação o respeito pela confiança demonstrada pelos enfermeiros participantes em partilhar a intimidade das suas



vivências, da sua essência profissional. Como tal, durante todo o processo de análise dos seus discursos manteve-se uma atitude de fidelidade e rigor, sempre guiada pelo objetivo de compreender a experiência vivida dos enfermeiros que cuidam reclusos.

De referir que o fato do investigador ser um *outsider* relativamente a este contexto de cuidar em enfermagem, foi sentido como facilitador no processo de *epoché* e no controlo de formulação de opiniões pessoais durante o processo de análise dos dados.

Esta investigação pretendeu a compreensão do cuidar a pessoa que vive num ambiente de reclusão, tendo como finalidade contribuir para a humanização da relação de cuidar em enfermagem, referindo-se às pessoas que envolvem o cuidar, tanto a pessoa reclusa, como a pessoa do enfermeiro.

Dos discursos dos enfermeiros sobre a sua vivência de cuidar reclusos, emergiram os constituintes chave. A partir destes foi possível enquadrar na estrutura essencial do fenómeno os componentes que assomaram. Os componentes revelados foram: Vivendo o Cuidar na Reclusão, Humanizando o Cuidar na Reclusão, Experienciando as Dificuldades do Cuidar na Reclusão. Os contextos que emergiram para estes componentes são: Ambiente Intramuros, Compromisso com a Pessoa Reclusa, Estar Doente Intramuros, Ser Enfermeiro Intramuros, Cuidar Dentro das Grades.

Deste enlace surgiram algumas conclusões que sintetizam a compreensão do fenómeno estudado, e que expomos.

A prisão é um lugar onde a hostilidade é sentida, por ser um espaço fechado partilhado por reclusos que não querem lá estar, um tempo de vida que partilham impostamente, o seu espaço, o seu tempo. Os espaços sobrelotados pautam a vida na prisão, as relações entre os reclusos têm dinâmicas relacionais muito próprias, o controlo institucional do quotidiano do recluso, tudo isto, provoca fragilidades na pessoa reclusa.

A pessoa reclusa tem um percurso de vida muitas vezes ligada ao submundo do crime, ao consumo e tráfico de droga, a um grupo socialmente desfavorecido, com défices de conhecimento e cuidados de saúde, aliado às fragilidades que decorrem da reclusão. Isto faz desta população uma comunidade com necessidades de cuidados de enfermagem proeminentes, no que respeita ao seu equilíbrio físico, mental, emocional e cognitivo.

Por estas razões, os participantes perspetivam a prisão como um campo de atuação abrangente. Os cuidados de enfermagem não se limitam à oportunidade de proporcionar cuidados de saúde emergentes aos reclusos, mas também um espaço e momento de potenciar comportamentos saudáveis. Exemplo disso são as intervenções desenvolvidas como por exemplo, os casos nos comportamentos aditivos, nos desequilíbrios mentais e emocionais, nos défices educacionais relativos à sua saúde. Os enfermeiros desenvolvem projetos de educação para a saúde, de forma a capacitarem o recluso para



o seu autocuidado, nomeadamente em necessidades básicas como cuidados de higiene pessoal ou como aceder aos cuidados de saúde quando na comunidade ou como controlar e gerir a sua doença. Ou seja, para os enfermeiros a prisão é um lugar de oportunidade para os reclusos de definirem o seu projeto de saúde, para a sua autonomia e equilíbrio no processo de doença enquanto intramuros, perspetivando a vida para além da reclusão.

Para estes profissionais cuidar reclusos é dar voz aos seus sentimentos, é ver a pessoa além do recluso, é respeitar os seus direitos e sentimentos, transmitindo o respeito pela sua dignidade e unicidade enquanto pessoa.

A doença intramuros tem aspetos peculiares, quer seja por ser sentida de modo exacerbado pelos reclusos, como um pedido de ajuda para um sofrimento mais profundo, quer seja uma tentativa para ludibriar as próprias regras da prisão. Os enfermeiros consideram a doença intramuros como uma expressão de um sofrimento não somente físico, pela falta de afetos que o recluso sente, pela preocupação e angústias por viverem longe da família e do que esta reclusão significa para eles.

Os enfermeiros, sentem que apesar de serem profissionais do sistema prisional, são percebidos pelos reclusos como fora do sistema punitivo pelo cuidado que lhes proporcionam. Pelo cuidado, pela sua disponibilidade, pelos momentos de escuta para exporem as suas angústias os seus medos, pela ajuda imparcial ao crime, pelos cuidados assistenciais que permitirão melhorar a sua qualidade de vida tanto no presente como no futuro, é por esta atitude de cuidar que os reclusos recorrem aos enfermeiros quando estão em sofrimento.

Mas, ser enfermeiro intramuros é sentido como um constante lidar com situações que impõe um agir ético, não só pela sensibilidade de situações que acontecem com os reclusos, como são os casos das agressões, do consumo de substâncias proibidas, como também por cuidarem de pessoas que cometeram crimes considerados hediondos para qualquer pessoa. Para os enfermeiros isso exige uma refletida ponderação ética no seu agir, uma partilha dos seus sentimentos com os outros enfermeiros, cimentando o seu desenvolvimento profissional enquanto enfermeiro.

Como os enfermeiros conseguem cuidar num ambiente que é hostil, onde o conflito entre os que partilham este espaço é uma realidade, para estes participantes pressupõe a constante capacidade de gerir conflitos, harmonizando as diferenças e/ou, facultando um ambiente mais equilibrado para o recluso.

A pessoa nasce e desenvolve-se no seio da família; o recluso apesar de estar afastado da sua família mantém os seus laços, as suas preocupações, ainda mais marcadas pelo seu afastamento e pelas repercussões deste. Por outro lado, o recluso com necessidades de saúde, quando perspetiva a sua liberdade é de volta para junto da



sua família. Como tal, e de acordo com as competências dos enfermeiros, a envolvimento da família na aquisição de comportamentos saudáveis e na gestão da doença permite a otimização dos cuidados de enfermagem. No entanto, os enfermeiros referem como constrangimento desta parceria recluso/família/enfermeiro, a dinâmica dos estabelecimentos prisionais no que se refere às questões de segurança, transparecendo que este cuidado é ténue ou inexistente, apesar de sentirem como importante esta mudança.

Desta vivência emergiu uma consideração importante: os enfermeiros ao estabelecerem uma relação de empatia, de ajuda e comprometimento para com o recluso, transmitindo e procurando a capacitação e o equilíbrio deste na vertente física emocional, mental e espiritual, asseguram não só a confiança que os reclusos têm nos cuidados de enfermagem, mas uma relação que perdurará mesmo após a sua liberdade, nos enfermeiros que trabalham na comunidade. Este processo de cuidar em enfermagem, como salienta Watson (2002a), é um processo relacional de verdadeira preocupação para com o recluso e a real envolvimento deste no momento de cuidar recluso, tornando-se uma relação transpessoal e num evento que não se limita ao espaço prisional nem ao tempo de reclusão, mas sim um campo próprio que perdura no tempo.

A carência de enfermeiros no sistema prisional é sentida como uma das dificuldades e condicionante para a prestação de cuidados e desenvolvimento de intervenções de enfermagem sistematizadas e específicas, nomeadamente na vertente da saúde mental, o que não permite assegurar os cuidados de enfermagem para as reais necessidades de saúde dos reclusos. Os enfermeiros salientam que apesar dos cuidados de enfermagem dentro da prisão estarem a evoluir, o que é perceptível pela presença de enfermeiro de referência, manuais de procedimento, planeamento da preparação para o regresso do recluso à comunidade, estes cuidados ainda não são sistematizados, nem por vezes avaliados.

Se por um lado a segurança é tida como uma barreira e uma interferência para a relação de cuidar, pela falta de privacidade entre o enfermeiro e o recluso, por outro lado os enfermeiros referem sentimentos de insegurança na prestação dos cuidados de enfermagem devido aos comportamentos agressivos de alguns reclusos. Gostaríamos de salientar que, no entanto, os enfermeiros sentem a necessidade de relevar as questões de segurança no momento de cuidar, por acharem que o recluso será mais sincero e se sentirá menos constrangido em expressar os seus sentimentos e necessidades sem a presença do guarda prisional, tornando a relação de cuidar mais verdadeira.

A enfermagem emerge como o elo entre a humanidade, a dignidade e a pessoa reclusa, significando ter alguém que se compromete em cuidar, em ajudar, muitas vezes a redescobrir-se. Este cuidado proporciona um tempo de reclusão mais humanizador,



permite equilibrar os efeitos negativos que advêm da reclusão e uma oportunidade para o recluso de preparar o seu regresso à comunidade como um cidadão mais autónomo, no que diz respeito à sua saúde, ao seu estar em comunidade, diminuindo assim o risco de reincidência na prisão.

O cuidar em enfermagem reporta-se ao *olhar* a pessoa que por distintas razões está vulnerável, fragilizada na sua multidimensionalidade, com o intuito de respeitar a humanidade e dignidade que cada pessoa representa, independentemente do seu percurso de vida, sem espaço para juízos de valores. É neste sentido que o cuidar em enfermagem a pessoa que vive reclusa é humanizar uma experiência e um tempo de vida potencialmente desumanizador.

A motivação que despoletou a incursão nos caminhos da investigação prende-se com um desafio pessoal na procura do próprio desenvolvimento profissional e, ao mesmo tempo, a vontade de deixar impresso um contributo para o desenvolvimento na sua ciência de conhecimento, a enfermagem. Considerando as limitações deste trabalho de investigação, e numa perspetiva de reflexão sobre prováveis implicações tanto para a prática de cuidados, como para futuras investigações:

- ✓ Em consonância com o desenvolvimento desta investigação, consideramos que o processo de cuidar a pessoa reclusa com necessidade de saúde pressupõe o envolvimento e integração da família como foco dos cuidados de enfermagem, principalmente na preparação do recluso para o regresso a casa. Com o objetivo de garantir a continuidade dos cuidados e a otimização das intervenções de enfermagem, por exemplo, nos casos de manutenção de comportamentos saudáveis ligado aos comportamentos aditivos, droga, tabaco, álcool, ou no controlo da doença como a diabetes, nos cuidados relativos à alimentação, exercício físico, parece pertinente proporcionar a abertura do contexto de cuidar em enfermagem à família.
- ✓ A agilização de parcerias de cuidados de enfermagem entre os estabelecimentos prisionais e as unidades de saúde familiares, de forma sistematizada, como garante da continuidade de cuidados de saúde e a manutenção do acesso ao sistema de saúde para os reclusos como importante, recorrendo a sistemas de informação informáticos.
- ✓ Na construção de um ambiente terapêutico, a organização de espaço para a consulta de enfermagem, onde a sua arquitetura seja pensada como um espaço com ambiente harmonioso, e simultaneamente, um espaço seguro que permita manter a integridade física dos enfermeiros.
- ✓ A relevância da formação dos outros profissionais, nomeadamente na abordagem de reclusos com necessidades de saúde especiais como os reclusos com



patologia mental.

- ✓ Como campo de formação para estudantes de enfermagem, pelas distintas necessidades de cuidados de enfermagem dos reclusos e pela especificidade do contexto.

No âmbito dos cuidados de enfermagem no sistema prisional e na continuidade deste estudo poderão surgir outros, nomeadamente no contexto de avaliação do impacto dos cuidados de enfermagem na vertente da saúde mental e equilíbrio emocional dos reclusos.

No que concerne à investigação de orientação fenomenológica, seria interessante conhecer a perspetiva dos reclusos que são cuidados pelas equipas de enfermagem que participaram neste estudo, sobre o significado que os reclusos atribuem ao cuidado dos enfermeiros. Conhecer a perceção dos clientes sobre a prática dos cuidados, permitiria aos enfermeiros uma reflexão sobre o seu cuidar através do olhar dos seus clientes.

Um trabalho de investigação é um percurso exigente. Na disciplina de enfermagem é demarcado pelo sentido de responsabilidade e pelo respeito pela pessoa, pois é uma profissão que envolve a pessoa que cuida e a pessoa cuidada e esta envolvimento exige sempre respeito pela dignidade do objeto de estudo, que é a pessoa. Este estudo pautou-se por esta responsabilidade.

As condicionantes sentidas e consideradas como mais relevantes foram:

- ✓ A constituição dos participantes foi a mais marcante, pelas diversas respostas negativas de potenciais participantes. Esta situação inicial foi colmatada pela disponibilidade sempre demonstrada pelos enfermeiros que acederam participar neste estudo e pela riqueza de dados que surgiu dos seus discursos.
- ✓ Pela dificuldade inicial em constituir participantes para o estudo, o tempo despendido para a recolha de dados foi mais prolongado que o previsto, limitando a disponibilidade temporal para o desenvolvimento do restante percurso da investigação. A limitação temporal do investigador pelas suas obrigações profissionais e do quotidiano de vida, foi uma constante, um sentido que o tempo dita e não a vontade.
- ✓ A inexperiência como investigador, foi sentida como limitadora, principalmente no que se refere à análise dos discursos, todavia durante o processo as dificuldades iniciais foram-se diluindo.
- ✓ Uma das exigências de um estudo qualitativo de orientação fenomenológica, é a necessidade constante de processo de reflexão, do sentido de desconstrução, construção, reconstrução, do sentido que existe sempre algo a melhorar. Mas a necessidade de gerir o limite do tempo impera e esta foi uma das dificuldades.



Apesar destas condicionantes, a conduta do investigador foi sempre o esforço, a dedicação, o rigor, o respeito pela credibilidade deste trabalho, e pela representação da investigação na disciplina de enfermagem.

Em resumo, pelo comprometimento profissional em cuidar no respeito pela dignidade e humanidade de toda a pessoa que cuidámos, conferido nas palavras, atos e gestos que realizámos *com e para a pessoa*, apesar das fragilidades para o cuidar na prisão, é da responsabilidade do enfermeiro garantir uma vida humanizadora para os que sofrem e estão vulneráveis, independentemente do lugar e do momento de cuidar.





BIBLIOGRAFIA

Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] (2011). Ministério da Saúde. Responsabilidade pelos encargos com cuidados de saúde prestados a reclusos em estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde. *Circular informativa para estabelecimentos e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde*, nº: 22/2011/CD.

Administração Regional de Saúde do Norte, I. P. [ARSN]. (2007, Setembro). *O VIH/Sida em meio prisional*. Departamento de Saúde Pública. Região Norte. Acedido em 20 de setembro de 2013, em http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Conteudos/VIH_meio_prisonal.pdf.

Amendoeira, J. (2006). *Uma biografia partilhada de enfermagem. A segunda metade do século XX*. Coimbra: Formasau.

Boff, L. (2011). *Saber cuidar: Ética do humano – Compaixão pela terra*. (15ª ed.). Rio de Janeiro: Vozes.

Bogdan, R.; Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Briz, T. (2003). *Saúde nas prisões portuguesas*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS]. Acedido em 20 de dezembro de 2013, em <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/saude+nas+prisoos+portuguesas.pdf>.

Caldeira dos Santos, M.; Silva de Souza, F.; Caldeira dos Santos, C. (2006). *As marcas da dupla exclusão: Experiências da enfermagem com o psicótico infrator*. Acedido em 4 de Janeiro de 2014, em www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea09.

Carapineiro, G. (2005). *Serviços de Saúde em Meio Prisional: O Caso do Hospital de S. João de Deus* (Relatório do Projecto). Projecto Financiado pela Fundação da Ciência e da Tecnologia. Lisboa. Acedido em 20 de setembro de 2013, em <http://iscte.pt/~apad/prisoefct/prisao%20de%20nao%20nacionais/HELDER/SERVlcos%20DE%20SAUDE%20EM%20MEIO%20PRISIONAL.doc>.

Carr-Walker, P.; Bowers, L.; Callaghan, P.; Nijman, H.; Paton, J. (2004). Legal and Criminological Psychology : Attitudes towards personality disorders: Comparison between prison officers and psychiatric nurses. *The British Psychological Society*, 9, 265-277.

Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicatos dos Enfermeiros Portugueses.



Collière, M. F. (2001). *Cuidar... A primeira arte da vida. Um guia prático para profissionais de saúde* (2ª Edição). Loures: Lusociência.

Comité Europeu para a Prevenção da Tortura e das Penas ou Tratamentos Desumanos ou Degradantes [CPT/Inf (2013)4] (2013). *Report to the Portuguese Government on the visit to Portugal carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, from 7 to 16 February 2012*. Estrasburgo.

Comité de Ministros do Conselho da Europa (1998). *Recomendação*, (98)7.

Condon L.; Hek G.; Harris F. (2007). A review of prison health and its implications for primary care nursing in England and Wales: the research evidence. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1201-1209.

Constituição da República Portuguesa (2005). VII Revisão Constitucional. Acedido em 20 de setembro de 2013, em <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>.

Cunha, M. I. P. (1994). *Malhas que a reclusão tece: Questões de identidade numa prisão feminina*. Lisboa: Cadernos de Estudos Judiciários.

Cunha, M. I. P. (2002). *Entre o bairro e a prisão: Tráfico e trajectos*. Lisboa: Fim do Século.

Cunha, M. I. P. (2008). *Aquém e além da prisão: Cruzamentos e perspectivas*. Lisboa: Editora Noventa Graus.

Dale, C.; Woods, P. (2001). *Caring for Prisoners: RCN Prison Nurses Forum Roles and Boundaries Project*. London: Royal College of Nursing. Acedido em 20 de setembro de 2013, em: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0005/78530/001618.pdf.

Department of Health (2000). *Nursing in prisons: Report by the working group considering the development of prison nursing, with particular reference to health care officers*. UK Government. Acedido em 10 de dezembro de 2013, em http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4034237.pdf.

Department of Health (2012). *Compassion in practice: Nursing, midwifery and care staff – Our vision and strategy*. Acedido em 10 de dezembro de 2013, em <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/12/compassion-in-practice.pdf>.

Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro – Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática dos cuidados*. (1ª Edição). Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.



Direção-Geral da Saúde (2014). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em 1 de outubro de 2013, em www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4.../i018789.pdf.

Direcção-Geral dos Serviços Prisionais [DGSP] (2013). *Organograma da Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais*. Acedido em 01 de junho de 2014 em http://www.dgsp.mj.pt/backoffice/Documentos/DocumentosSite/Organograma_DGRSP.pdf.

Direcção-Geral dos Serviços Prisionais [DGSP] (2014). *Estatísticas*. Acedido em 15 de agosto de 2014 em <http://www.dgsp.mj.pt/>.

Diwana, V., Lhuillier, D., Sánchez, A., Gilles, A., Duarte, A., Garcia, M., Milanez, E., Poubel, L., Romano, E., Larouzé, B. (2008). Saúde em Prisões: Representações e Práticas dos agentes de segurança Penitenciário no Rio de Janeiro Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 24(8), 1887-1896. Rio de Janeiro. Acedido em 20 de junho de 2013 em www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/17.pdf.

Donahue, M. P. (1985). *Historia de la Enfermeria*. Barcelona: Doyma.

Droes, N. (1994). Correctional Nursing Practice. *Journal of Community Health Nursing*. 11(4), 201-210. Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Acedido em 09 de agosto de 2013, em <http://www.informaworld.com/smpp/quicksearch~db=all?quickterm=Nellie+S.+Droes>.

Filipe, M. H. (2000). *Cuidar na Prisão: Um Estudo Fenomenológico*. Dissertação de Mestrado, apresentada à Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Fernandes, I. M. R. (2012). *Quando o Enfermeiro se Torna Doente – Acedendo à Experiência Vivida*. Tese de Doutoramento em Enfermagem, apresentada à Escola Superior de Enfermagem – Universidade de Lisboa, Lisboa.

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. (2ª Edição). Loures: Lusociência.

França, A. P. (2012). *A Consciência Bioética e o Cuidar*. (1ª edição). Coimbra: Formasau Editora.

Freitas, C. (2013). A ética na enfermagem. *Secção Regional da R. A. Da Madeira da Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em 13 de abril de 2014, em <http://www.ordem.enfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/A%20etica%20na%20enfermagem%20de%20Carlos%20Freitas%2006%20junho%20%202013.pdf>.

George, J. B., Colaboradores (2000). *Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. (4ª Edição). Porto Alegre: Artmed Editora.



- Giddens, A. (2000). *Sociologia*. (2ª Edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), 235-247.
- Giorgi, A. (2000a). Concerning the Application of Phenomenology to Caring Research. *Scandinavian Journal Caring Science*, 14, 11-15.
- Giorgi, A. (2000b). The status of Husserlian phenomenology in caring research. *Journal of Caring Science*, 14, 3-10.
- Giorgi, A. (2005). The Phenomenological Movement and Research in the Human Sciences. *Nursing Science Quarterly*, 18(1), 75-82.
- Giorgi, A. (2006). Difficulties encountered in the application of the phenomenological method in the social Sciences. *Análise Psicológica*, 3(XIV), 353-361.
- Giorgi, A. (2007). Concerning the Phenomenological Methods of Husserl and Heidegger and their Application in Psychology. *Colletion du Cirp*, I, 63-78.
- Giorgi, A. (2010). Phenomenology and the Practice Science. *Existential Analysis*, 21(1), 3-22.
- Giorgi, A. (2012a). *Phenomenology and Psychological Research*. Pittsburg: Duquesne University Press.
- Giorgi, A. (2012b). The Descriptive Phenomenological Psychological Method. *Journal of Phenomenological Psychology*, 43, 3-12.
- Giorgi, A., Sousa, D. (2010). *Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia*. Lisboa: Fim de Século – Edições, Sociedade Unipessoal, Lda.
- Goffman, E. (2001). *Manicómios, prisões e conventos*. (7ª ed.). São Paulo: Editora Perspectiva.
- Gonçalves, R. A. (2008). *Delinquência, crime e adaptação à prisão*. (3ª Edição) Coimbra: Revista Coleção Criminologia.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família – Teoria, prática e investigação*. (2ª Edição). Loures: Lusociência.
- Henriques, F. M. (2001). *Percursos De Adaptação À Paraplegia. Estudo das vivências das Pessoas com Lesão medular Traumática*. Tese de mestrado. Escola de Enfermagem Bissaya Barreto, Coimbra.



- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem – Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. (1ª Edição). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Ltda.
- Hesbeen, W. (2004). *Qualidade em enfermagem – Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. (5ª Edição). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Ltda.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar. Persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.
- Humana Global. (2005). Projecto Prisões Humanas 2005/2006. Coimbra. Acedido em 30 de junho de 2013, em www.dhnet.org.br/educar/.../a.../humana_global_projecto_prisoos_1.pdf.
- International Council of Nurses [ICN] (2011). Nurses role in the care of detainees and prisoners. Acedido em 12 de março de 2012 em http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/A13_Nurses_Role_Detainees_Prisoners.pdf.
- Instituto Nacional de Estatística (2004). *Pobreza e Exclusão Social*. Acedido em 09 de junho de 2013, em 195.23.38.178/cidm/portal/bo/documentos/Pobreza_e_Exclusao_Social.pdf.
- Ketele, J. M. (1999). *Metodologia da recolha de dados: Fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas, e de estudo de documentos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- LoBiondo-Wood, G. e Haber, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização*. (4ª Edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogban.
- Loureiro, L. (2006). Adequação e rigor na investigação fenomenológica em enfermagem: Crítica, estratégias e possibilidades. ReferênciA, IIª Série, 2, 21-32. Acedido em 20 de novembro de 2013, em https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=21&codigo=.
- Mendes, I. M. M. M. D. (2007). *Ajustamento Materno e Paterno: Experiências Vivenciadas pelos Pais no Pós-Parto*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Ministério da Justiça (2004). Comissão de Estudo e Debate da Reforma do Sistema Prisional [CEDERSP]. Acedido em 20 de setembro de 2013, em <http://opj.ces.uc.pt/pdf/RelatCEDERSP.pdf>.
- Ministério da Justiça e da Saúde (2006). Despacho conjunto nº72/2006. Plano de Acção Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional. Lisboa. Acedido em 20 de setembro de 2013, em http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/43/PA_NCPDIEMP.pdf.



Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010: Prioridades*. Volume I. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido em 30 de junho de 2013, em http://www.cm-cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/planonacionaldesade_prioridades.pdf.

Ministério da Saúde (2011). *Plano Nacional de Saúde 2011/2016: Estratégias para a saúde (Versão Discussão)*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em 30 de junho de 2013, em http://pns.dgs.pt/files/2011/03/OSS2_20-06-2011.pdf.

Morse, J. (2007). *Aspectos essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa*. Coimbra: Formasau.

Nijhoff, M. (2012). *Edmund Husserl: A ideia de fenomenologia*. Lisboa: Edições 70.

Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2001). *Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2003). *Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2006). *Investigação em Enfermagem-Tomada de Posição*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 10 de setembro de 2013, em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2012). Grupo de Estudo das Condições do Exercício Profissional de Enfermagem em Estabelecimentos Prisionais [GECEPEEP]. *Condições do Exercício Profissional de Enfermagem em Estabelecimentos Prisionais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial da Saúde [OMS] (2003). *Moscow Declaration on Prison as a Part of Public Health*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen. Acedido em 4 de fevereiro de 2014, em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98971/E94242.pdf.

Organização Mundial da Saúde [OMS] (2007). *Health in prisons – a WHO guide to the Essentials in prison health*. WHO Regional office for Europe. Copenhagen. Acedido em 4 de fevereiro de 2014, em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf.

Organização Mundial da Saúde [OMS] (2009). *Nurses and Midwives: A force for health. Survey on the situation of nursing and midwifery in the Member States of the European Region of the World Health Organization*. WHO Regional office for Europe. Copenhagen.



Acedido em 4 de fevereiro de 2014, em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/114157/E93980.pdf.

Organização Mundial da Saúde [OMS] (2010). Patient or Prisoner: Does it matter which Government Ministry is responsible for the health of prisoners? WHO Regional office for Europe. Copenhagen. Acedido em 4 de fevereiro de 2014, em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/126410/e94423.pdf.

Organização Mundial da Saúde [OMS] (2010). The Madrid Recommendation: Health protection in prisons as an essential part of public health. WHO Regional office for Europe. Copenhagen. Acedido em 4 de fevereiro de 2014, em http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/The_madrid_recommendation.pdf.

Organização Mundial da Saúde [OMS] (2014). Prisons and health. WHO Regional office for Europe. Copenhagen. Acedido em 4 de fevereiro de 2014, em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf.

Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. (2ª Edição). California: Sage Publications Ltd.

Perry, M. et. al (2010). Management of long-term conditions in a prison setting. *Nursing Standard*, 24(2), 35-40. Acedido em 3 de novembro de 2013, em <http://rcnpublishing.com/doi/pdfplus/10.7748/ns2010.06.24.42.35.c7849>.

Polit, D. F.; Beck, C.; Hungler, B. (2011). *Avaliação de evidências para a prática em enfermagem*. (7ª Edição). Porto Alegre: Artemed.

Polit, D. F.; Beck, C.; Hungler, B. (2006). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. (5ª Edição). Porto Alegre: Artemed.

Portugal. Decreto-Lei n.º 265/79 de 1 de agosto. *Diário da República nº176 – I Série*. Ministério da Justiça. Lisboa, p. 1770(5)-(36).

Portugal. Decreto-Lei n.º 170/99 de 18 de setembro. *Diário da República nº219 – I Série-A*. Lisboa, p. 6457-6458.

Portugal. Decreto-Lei nº51/2011 de 11 de Abril. *Diário da República nº71 – 1.ª série*. Ministério da Justiça. Lisboa, p. 2180-2225.

Portugal. Decreto-Lei n.º 215/2012 de 28 de setembro. *Diário da República nº189 – 1.ª série*. Ministério da Justiça. Lisboa, p. 5470-5480.

Powell J.; Harris, F.; Condon L. e Kemple T. (2010). Nursing care of prisoners: staff views and experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1257-1265.



Provedor de Justiça (2003). *As Nossas Prisões: III Relatório*. Lisboa: Provedoria da Justiça. Acedido em 1 de outubro de 2013, em http://www.provedor-jus.pt/site/public/archive/doc/AsNossas_Prisoes_IIIRelatorio.pdf.

Provedor de Justiça (2008). *Relatórios Sociais: Imigração; Direito da Mulheres; Infância e Juventude; Protecção da Saúde; Sistema Penitenciário*. Lisboa: Provedoria da Justiça. Acedido em 1 de outubro de 2013, em www.provedor-jus.pt/archive/doc/RelatoriosSociais2008.pdf.

Quivy, R.; Campenhoudt, L. V. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradativa Publicações.

Rispail, D. (2003). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar: Uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Rogers, C. (1985). *Tornar-se pessoa (7ª Edição)*. Moraes Editores.

Royal College of Nursing (2009). *Health and nursing care in the criminal justice service: RCN guidance for nursing staff*. London: Royal College of Nursing. Acedido em 20 de setembro de 2013, em http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0010/248725/003307.pdf.

Souza, M.; Passos, J. (2008). A prática de enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades. *Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery*, 12(3), 417-23. Acedido em 12 de outubro de 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a04.pdf>.

Souza, M. (2006). *A prática de enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem no Programa de Pós-Graduação, apresentada à Universidade Federal do estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Streubert, H. J.; Carpenter, D. R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. (2ª Edição). Loures: Lusociência.

Tavares, J. (2009). A enfermagem no sistema prisional. *Boletim Informativo da Secção Regional Norte da Ordem dos Enfermeiros*, 5: 6.

Tomey, A. M. e Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem*. (5ª Edição). Loures: Lusociência.

Triviños, A. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Editora Atlas S. A.

Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. New York: State University of New York Press.



Veal, C. (2006). *A Phenomenological study describing the lived experience of nurses caring for prisoner-patients*. Acedido em 12 de outubro de 2013, em <http://www.study mode.com/essays/Phenomenology-1313529.html>

Veiga, J. (2006). *Ética em enfermagem: Análise, problematização e (re)construção*. Lisboa: Climepsi Editores.

Vieira, M. (2008). *Ser enfermeiro: Da compaixão à proficiência (2ª Edição)*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Watson, J. (2002a). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar – Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Watson, J. (2002b). *Enfermagem: Pós-moderna e futura – Um novo paradigma da Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Watson, J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living experiences: Carative factores/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto Contexto Enferm*, Florisnópolis, 16(1), 129-135. Acedido em 13 de maio de 2012 em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a16v16n1.pdf>.

Weiskopf, C. S. (2005). Nurses' experience of caring for inmate patients. *Journal of Advanced Nursing*, 49(4), 336-343. Acedido em 16 de outubro de 2013, em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=4&sid=20ba54e8-8c77-407d-be28-849bc5117f28%40sessionmgr4004&hid=4112&bdata=JnNpdGU9ZWZvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=mdc&AN=15701148>

Wojnar, D. M. e Swanson, K. M. (2007). Phenomenology: An exploration. *Journal of Holistic Nursing*, 25(3), 172-180. Acedido em 10 de Agosto de 2014, em http://nursing.sites.unc.edu/files/2012/11/ccm3_032563.pdf.

Zilles, U. (2002). *Edmund Husserl: A Crise da humanidade europeia e a filosofia*. (2ª Edição). Porto Alegre: EDIPUCRS.

Zoboli, E.L.C.P.; Schweitzer, M.C. (2013) Valores da enfermagem como prática social: uma metassíntese qualitativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21(3), 1-8. Acedido em 21 de setembro de 2013, 21(3), em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0695.pdf.





ANEXOS





Anexo I – Guião da Entrevista



Guião da Entrevista

I- Momento

Data	
Objetivo	<ul style="list-style-type: none">✓ Motivar o enfermeiro a participar na investigação✓ Pedir o contato✓ Agendar a entrevista
O que realizar	<ul style="list-style-type: none">✓ Apresentação da finalidade do trabalho e objetivos✓ Introduzir o tema✓ Agendar a entrevista

II- Momento

Data	
Objetivo	<ul style="list-style-type: none">✓ Motivar o participante✓ Legitimar a entrevista
O que realizar	<ul style="list-style-type: none">✓ Apresentação da finalidade do trabalho e objetivos✓ Introduzir o tema✓ Legitimar a entrevista
Duração da Entrevista	

III- Momento

Data	
Objetivo	<ul style="list-style-type: none">✓ Agradecer ao participante✓ Recrutar novos participantes
O que realizar	<ul style="list-style-type: none">✓ Agradecer a disponibilidade do participante✓ Mostrar disponibilidade para esclarecimento de alguma dúvida✓ Pedir colaboração para agendar novos participantes



Guião da Entrevista

“Cuidar entre as Grades: *Vivências dos Enfermeiros*”.

Entrevista nº _____. Duração _____.

Identificação

1-Idade - _____(anos)

2-Género – Feminino Masculino

3-Habilitações académicas –

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Pós graduação Qual? _____

Outro Especifique _____

4- Habilitações profissionais –

Enfermeiro

Enfermeiro com especialidade Qual? _____

5-Tempo de experiência profissional (em anos)? _____

6-Tempo de experiência numa instituição prisional (em anos)? _____

7-Outros locais de trabalho onde exerceu funções como enfermeiro? _____

8- Fale-me das suas vivências, experiências enquanto enfermeiro numa prisão. Por favor descreva os seus sentimentos, pensamentos e percepções sobre a sua experiência como enfermeiro que cuida reclusos.

9- Gostaria que narrasse uma situação, enquanto enfermeiro num estabelecimento prisional, que considere um momento positivo de cuidar?



Anexo II – Consentimento Informado para os Participantes



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Cuidar entre as Grades: Vivências dos Enfermeiros.

Autora: Natália Susana Correia Soares Gonçalves

Orientação por: Professora Doutora Ana Paula França

Realizo este convite para que aceite participar, voluntariamente, de uma entrevista no âmbito da realização da dissertação do mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, cujo objetivo se prende com a descrição das experiências vividas pelos enfermeiros que cuidam de reclusos.

Eu, abaixo-assinado, declaro que compreendi a explicação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente, da investigação que se tenciona realizar, para qual é pedida a minha participação. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e para todas obtive resposta satisfatória.

Fui informado/a de que a entrevista será gravada em suporte áudio, que será apagada depois de transcrita de modo anonimizado. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de decidir livremente aceitar ou recusar, a todo o tempo, a minha participação neste estudo e que a minha identificação será mantida como confidencial, sendo os resultados deste estudo analisados sem que a minha identidade seja revelada.§1

Nestas circunstâncias, decido livremente aceitar participar neste projeto de investigação, tal como me foi apresentado pela investigadora.

Assinatura do(a) participante:

Data: ____ / _____ / 20____

A Investigadora responsável:

Nome: _____

Assinatura:

Data: ____ / _____ / 20____