

INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE

Múltiplos Enfoques

Antonia Oliveira Silva
Iris do Céu Clara Costa
Maria do Socorro Costa Feitosa Alves
(Organizadoras)

INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE
Múltiplos enfoques

Natal-RN
EDUFRN
2011

Catálogo na fonte. UFRN/Departamento de Odontologia
Biblioteca Setorial "Prof. Alberto Moreira Campos"

Investigação em Saúde: múltiplos enfoques / Antonia
Oliveira Silva, Iris do Céu Clara Costa, Maria do
Socorro Costa Feitosa Alves (Organizadoras).-
Natal, RN: EDUFRN. Editora Universitária, 2011.

299p.

ISBN:978-85-7273-692-3

1. Pesquisa científica - Saúde. 2. Representações sociais. 3. Saúde
- Pesquisa qualitativa. 4. Metodologia da pesquisa - Saúde 4. I.
Silva, Antonia Oliveira. II. Costa, Íris do Céu Clara. III. Alves,
Maria do Socorro Costa Feitosa.

RN/UF/BSODONTO BLACK D077

Os textos aqui apresentados são de responsabilidade dos autores.

Conselho Científico

Ana Escoval – UL/ ENSP/ Portugal

Ângela Arruda – UFRJ

Clélia Nascimento-Schulze – UFSC

Lígia Amâncio – ISCTE/ Portugal

Margot Campos Madeira – UNIFESO

Autores

Ana Daniela Silva da Silveira – UFRN
Ana Rita Goes – Universidade de Lisboa/ Portugal
Antonia Oliveira Silva – UFPB
Antônio Medeiros Júnior – UFRN
Artur Perrusi – UFPB
Aurigena Antunes de Araújo Ferreira – UFRN
Brígido Vizeu Camargo – UFSC
Clélia Albino Simpson – UFRN
Cristina Maria Miranda de Souza – NOVAFAPI
Diana Maul de Carvalho – UFRJ
Edna Maria da Silva – UFRN
Fernanda Nervo Raffin – UFRN
Francisco Arnoldo Nunes de Miranda – UFRN
Grasiela Piuvezam – UFRN
Horácio Accioly Júnior – UFRN
Iris do Céu Clara Costa – UFRN
Jorge Correia Jesuino – ISCTE/Universidade de Lisboa/ Portugal
José Luis Molina – Universitat Autònoma de Barcelona/ Espanha
Luiz Fernando Rangel Tura – UFRJ
Luiz Gonzaga Pontes Pessoa – UFRN
Maísa Paulino Rodrigues – UERN
Manuel José Lopes – Universidade de Évora/ Portugal
Maria Adelaide Silva Paredes Moreira – UESB
Maria Brites Camacho Cardoso – Universidade de Lisboa/ Portugal
Maria Cleide Ribeiro Dantas de Carvalho – UFRN
Maria Eliéte Batista Moura – UFPI/NOVAFAPI
Maria Enóia Dantas da Costa e Silva – NOVAFAPI
Maria Luísa T. Queiroz de Barros – Universidade de Lisboa/ Portugal
Maria do Socorro Costa Feitosa Alves – UFRN
Moisés Domingos Sobrinho – UFRN
Rosângela Gaze – UFRJ

INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE

Múltiplos Enfoques

Antonia Oliveira Silva
Iris do Céu Clara Costa
Maria do Socorro Costa Feitosa Alves
(Organizadoras)

INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE
Múltiplos enfoques

Natal-RN
EDUFRN
2011

Catálogo na fonte. UFRN/Departamento de Odontologia
Biblioteca Setorial "Prof. Alberto Moreira Campos"

Investigação em Saúde: múltiplos enfoques / Antonia
Oliveira Silva, Iris do Céu Clara Costa, Maria do
Socorro Costa Feitosa Alves (Organizadoras).-
Natal, RN: EDUFRN. Editora Universitária, 2010.

299p.

ISBN:978-85-7273-692-3

1. Pesquisa científica - Saúde. 2. Representações sociais. 3. Saúde
- Pesquisa qualitativa. 4. Metodologia da pesquisa - Saúde 4. I.
Silva, Antonia Oliveira. II. Costa, Íris do Céu Clara. III. Alves,
Maria do Socorro Costa Feitosa.

RN/UF/BSODONTO BLACK D077

Os textos aqui apresentados são de responsabilidade dos autores.

Conselho Científico

Ana Escoval – UL/ ENSP/ Portugal

Ângela Arruda – UFRJ

Clélia Nascimento-Schulze – UFSC

Lígia Amâncio – ISCTE/ Portugal

Margot Campos Madeira – UNIFESO

Autores

Ana Daniela Silva da Silveira – UFRN
Ana Rita Goes – Universidade de Lisboa/ Portugal
Antonia Oliveira Silva – UFPB
Antônio Medeiros Júnior – UFRN
Artur Perrusi – UFPB
Aurigena Antunes de Araújo Ferreira – UFRN
Brígido Vizeu Camargo – UFSC
Clélia Albino Simpson – UFRN
Cristina Maria Miranda de Souza – NOVAFAPI
Diana Maul de Carvalho – UFRJ
Edna Maria da Silva – UFRN
Fernanda Nervo Raffin – UFRN
Francisco Arnoldo Nunes de Miranda – UFRN
Grasiela Piuvezam – UFRN
Horácio Accioly Júnior – UFRN
Iris do Céu Clara Costa – UFRN
Jorge Correia Jesuino – ISCTE/Universidade de Lisboa/ Portugal
José Luis Molina – Universitat Autònoma de Barcelona/ Espanha
Luiz Fernando Rangel Tura – UFRJ
Luiz Gonzaga Pontes Pessoa – UFRN
Maísa Paulino Rodrigues – UERN
Manuel José Lopes – Universidade de Évora/ Portugal
Maria Adelaide Silva Paredes Moreira – UESB
Maria Brites Camacho Cardoso – Universidade de Lisboa/ Portugal
Maria Cleide Ribeiro Dantas de Carvalho – UFRN
Maria Eliéte Batista Moura – UFPI/NOVAFAPI
Maria Enóia Dantas da Costa e Silva – NOVAFAPI
Maria Luísa T. Queiroz de Barros – Universidade de Lisboa/ Portugal
Maria do Socorro Costa Feitosa Alves – UFRN
Moisés Domingos Sobrinho – UFRN
Rosângela Gaze – UFRJ

Sumário

Prefácio Erro! Indicador não definido.

Apresentação Erro! Indicador não definido.

PARTE I

RECURSOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS NO CAMPO DA SAÚDE Erro!
Indicador não definido.

1 Análisis de redes sociales Erro! Indicador não definido.
José Luis Molina

2 EVOC e sua aplicabilidade nas representações sociais no âmbito da saúde Erro!
Indicador não definido.
Maria Cleide R. Dantas de Carvalho
Fernanda Nervo Raffin
Horácio Accioly Júnior

3 Experiências na elaboração de entrevistas Erro! Indicador não definido.
Luiz Gonzaga Pontes Pessoa

4 Observação participante: reflexões acerca de um instrumento básico na área da saúde
Erro! Indicador não definido.
Clélia Albino Simpson
Francisco Arnaldo Nunes de Miranda

PARTE II

SAÚDE NA PRÁTICA SOCIOCULTURAL Erro! Indicador não definido.

5 Construções infantis sobre a consulta da medicina dentária: o que nos ensinam as
crianças? Erro! Indicador não definido.
Maria Luísa Torres Queiroz de Barros
Ana Rita Goes

6 A saúde no olhar de imigrantes brasileiros Erro! Indicador não definido.
Maria Adelaide Silva Paredes Moreira
Maria Filomena Gaspar
Maria Brites Camacho Cardoso
Jorge Correia Jesuíno

7 Atendimento odontológico à gestante: articulando crenças, mitos, valores e atitudes
Erro! Indicador não definido.
Iris do Céu Clara Costa
Ana Daniela Silva da Silveira
Antônio Medeiros Júnior

[8](#) Representações sociais da aids para cirurgiões-dentistas_Erro! Indicador não definido.

Maísa Paulino Rodrigues
Moisés Domingos Sobrinho
Edna Maria Da Silva

[9](#) Representações sociais da hipertensão arterial Erro! Indicador não definido.

Maria Enoia Dantas Da Costa E Silva
Maria Eliéte Batista Moura
Cristina Maria Miranda de Souza
Brígido Vizeu Camargo

[10](#) A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: reflexões a partir dos resultados de um trabalho de investigação, 14

Manuel José Lopes

[11](#) Transmissão fecal-oral de hepatites virais: informação de profissionais de vigilância em saúde Erro! Indicador não definido.

Rosangela Gaze
Diana Maul de Carvalho
Luiz Fernando Rangel Tura

[12](#) O envelhecimento e as perdas dentárias: um estudo de representações sociais Erro! Indicador não definido.

Grasiela Piuvezam
Aurigena Antunes de Araújo Ferreira
Maria do Socorro Costa Feitosa Alves
Antonia Oliveira Silva

[13](#) Entre o cristal e a fumaça: um estudo sobre equipe multiprofissional na psiquiatria Erro! Indicador não definido.

Artur Perrusi

10 A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: reflexões a partir dos resultados de um trabalho de investigação

Manuel José Lopes

Introdução

No âmbito da prestação de cuidados de saúde, em geral, e de enfermagem, em particular, a relação é sistematicamente referenciada como algo essencial. Contudo, a definição concreta dessa relação, ou seja, a explicitação de quais os elementos que a constituem e como se desenvolve, nem sempre fica expressa, dificultando, assim, a todos, a compreensão de como usar tão importante componente. A juntar a isto, constata-se ainda que a relação é também sistematicamente referida numa perspectiva de dualismo clivado. Ou seja, os discursos dão-nos a entender que existem, basicamente, dois tipos de cuidados, os técnico-instrumentais e os relacionais, parecendo que uns e outros têm existência independente e ocorrem em momentos autónomos no tempo.

O que acontece no âmbito dos cuidados a doentes do foro psiquiátrico constitui-se como excepção parcial à realidade atrás descrita. De facto, neste caso, constata-se que a relação já foi conceptualizada enquanto instrumento de intervenção terapêutica por quase todos os sectores profissionais que aí prestam cuidados. Ou seja, foram identificados os diversos elementos que a constituem e estruturada a forma como se desenvolve. Todavia, a linguagem continua a traduzir muitas vezes uma visão clivada dos cuidados.

Na enfermagem, esta problemática da relação é particularmente importante, basicamente, por duas ordens de razões. Primeiro, porque os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais tempo permanecem em contacto com os doentes. Segundo, porque esse contacto adquire, em imensas circunstâncias, um grau de intimidade inquietante, quer para o doente, quer para o profissional.

Nesse contexto, compreende-se que, na enfermagem, a relação enquanto instrumento terapêutico, seja objecto de interesse desde há imensos anos. Porém, foi nos finais da década de 1940, que este interesse teve repercussões práticas assinaláveis. Nesse período, nos Estados Unidos da América, verificaram-se duas ocorrências marcantes: o início de programas de formação avançada para enfermeiras psiquiátricas, em diversas universidades e o aparecimento de publicações em que o papel relacional da enfermeira psiquiátrica era expressamente referido e feitas tentativas de o caracterizar (LEGO, 1999). Apesar disso, esse papel aparecia ainda de modo bastante indefinido. Havia, no entanto, já alguns autores que defendiam que esse papel incluía trabalhar com as emoções e o espírito do doente, bem como com outros aspectos intangíveis e abstractos (ROBINSON, 1950; RENDER, 1950). Em simultâneo, outros defendiam que a formação avançada deveria incluir treino de psicoterapia de modo a permitir a inclusão da enfermeira na equipa psicoterapêutica (BENNET; EATON, 1951).

Foi nesse contexto de alguma ambiguidade e indefinição, que em 1952 surge a obra de Peplau intitulada *The interpersonal relations in nursing*. Essa obra marcou uma nova e definitiva etapa na medida em que, pela primeira vez, o papel relacional do enfermeiro aparecia caracterizado e definido sem ambiguidade e numa base científica. Segundo Peplau (1990), aquele papel consiste em ajudar o cliente a recordar e compreender totalmente o que lhe está a acontecer, de modo a que essa experiência possa ser integrada no contexto da sua experiência de vida. Para dar corpo a este papel o enfermeiro deve desenvolver relações interpessoais individuais e devidamente estruturadas através de um processo faseado. Esse processo relacional, no entender de Peplau (1990), desenvolver-se-á em quatro fases (i.e., Orientação, Identificação, Exploração e Resolução), durante as quais se tentará ajudar o cliente a:

- observar, descrever e analisar o seu comportamento;
- formular as ligações resultantes dessa análise;
- validá-las com outros;
- testar novos comportamentos;
- integrar estas aprendizagens num comportamento novo e mais satisfatório;
- usar esses novos comportamentos em diferentes situações.

Na sequência da obra de Peplau, foram desenvolvidos diversos estudos acerca da intervenção relacional da enfermeira em contexto psiquiátrico, com a consequente publicação. Apesar disso, este tema não era pacífico, nem relativamente às outras profissões de saúde, nem mesmo entre os enfermeiros. Contudo, tal não impediu que surgissem novas estruturas conceptuais, as quais vieram dar força a esse movimento. Destas, destaco a proposta por Orlando (1961). Segundo essa autora, a enfermeira, investida do seu papel relacional, deve observar as necessidades e as dificuldades do doente, ajudá-lo a expressar o significado específico do seu comportamento com o objectivo de melhor compreender as suas dificuldades, e ajudá-lo a explorar as suas dificuldades no sentido de averiguar a ajuda de que precisa para as ultrapassar (ORLANDO, 1961). Como se pode perceber, não existem diferenças significativas entre essa proposta e a de Peplau. Existe, porém, uma diferença assinalável: pela primeira vez se entendia que a intervenção relacional terapêutica não era um exclusivo dos enfermeiros que trabalhavam em contextos psiquiátricos, mas antes um instrumento útil e necessário em qualquer contexto.

Apesar desse contributo, as teorias subsequentes, como as de Travelbee (1971) e de Paterson e Zderad (1988), continuaram a realçar o papel relacional em contexto psiquiátrico. O conjunto de todos esses contributos teóricos foi agrupado por Kérouac et al. (1994) sob a designação de “escola da interacção”. Segundo aquelas autoras, essa escola foi influenciada por teorias como a terapia centrada no cliente de Rogers (1974), a teoria sistémica de Von Bertalanffy (MOIGNE, 1977), a fenomenologia e o existencialismo.

Contudo, e apesar da existência de um conjunto de teorizações especificamente centrada na intervenção relacional terapêutica e da proposta de as mesmas se agruparem sob a designação de “escola da interacção”, pode-se dizer que a problemática relacional enquanto instrumento terapêutico “contaminou” as restantes teorias de enfermagem. Efectivamente, constata-se que, paralelamente ao desenvolvimento das teorias integradas na “escola da interacção”, se desenvolviam outras, integradas em escolas com designações diversas (e.g., “escola das necessidades”, “escola dos efeitos desejados”, “escola do ser humano unitário”, “escola do cuidar”). Porém, mesmo nessas outras, constata-se uma presença crescente dos aspectos relacionados com a intervenção relacional terapêutica. Essa presença é particularmente evidente na teoria proposta por Watson (1981; 1985), mas também o é na teoria de Orem (1987), de Parse (1992), entre outras.

Nos anos mais recentes, apareceram algumas teorizações, sobretudo francófonas (LAZURE, 1994; CHALIFOUR, 1989), as quais, sendo especificamente sobre a intervenção relacional terapêutica, não estão limitadas aos contextos psiquiátricos.

Tendo eu desenvolvido a minha formação na área da enfermagem de saúde mental e psiquiatria, interessei-me particularmente pelas questões relacionais. Primeiro, através do seu estudo e, posteriormente, através da prática clínica. Assim, desenvolvi um projecto de intervenção relacional, dirigido aos doentes oncológicos sujeitos a cirurgia mutilante (e.g., mastectomias, ostomias). Ou seja, propunha-me fazer acompanhamento relacional a esses doentes. No âmbito da experiência, constatei dois fenómenos curiosos. O primeiro foi que o meu projecto, independentemente do seu potencial de ajuda, não fazia mais que dar corpo à clivagem, cuidados técnico-instrumentais/cuidados relacionais. O segundo resultou da observação dos cuidados prestados por alguns colegas. Constatei que, no âmbito dos cuidados gerais que prestavam aos doentes, usavam estratégias de natureza diversa, que pareciam ser de elevada eficácia. Essas estratégias pareciam juntar na perfeição os dois tipos de cuidado atrás referidos. Ou seja, no mesmo momento temporal um determinado gesto tinha intencionalidades diversas (i.e., técnico-instrumentais e relacionais). Quando os interrogava acerca desse assunto, nem sempre era muito bem sucedido nas repostas que obtinha. Ou seja, parecia não existir uma total consciência do fenómeno.

Propus-me assim tentar estudar esse fenómeno, desenvolvendo um estudo que me permitisse compreender qual a natureza da relação entre os enfermeiros e os doentes oncológicos submetidos à quimioterapia num hospital de dia. Este estudo teve como objectivos:

- compreender a natureza da interacção entre os enfermeiros e os doentes oncológicos submetidos a quimioterapia num hospital de dia;
- identificar intervenções terapêuticas de enfermagem;
- compreender o processo de relação entre os enfermeiros e os doentes oncológicos submetidos a quimioterapia num hospital de dia;
- desenvolver uma teoria de médio alcance sobre a relação enfermeiro-doente.

Opções metodológicas

Dada a natureza do problema e ainda por considerar que ele não está devidamente conceptualizado, optei por desenvolver um estudo de natureza qualitativa. Dentre as diversas abordagens qualitativas possíveis, optei pela *grounded theory* (GLASER; STRAUSS, 1967; STRAUSS; CORBIN, 1998) pelo facto de essa abordagem ser particularmente útil em situações de natureza psicossocial, organizacional, entre outras, que carecem de teorização e sobre as quais é necessário desenvolver o conhecimento, particularmente no que diz respeito ao seu processo e estrutura (STRAUSS; CORBIN, 1998; LOPES, 2003).

Desenvolvimento do estudo

Para a escolha do local de realização do estudo, foram usadas medidas reputacionais (e.g., a qualidade percebida da relação dos enfermeiros com os doentes e famílias) junto de diversos profissionais de saúde, de alguns clientes e de colegas professores. Procedi então ao pedido de autorização ao Conselho de Administração do hospital, o qual, após ter recolhido os pareceres julgados convenientes junto às diversas entidades e órgãos, me autorizou a realização do estudo. Após os contactos iniciais com os diversos actores do serviço, desenvolvi um estudo piloto, cujo objectivo foi recolher os elementos necessários à tomada de decisões e delineamento de estratégias de investigação.

Recolha de dados

Na recolha de dados, utilizei a entrevista e a observação. Dentre as diversas técnicas de entrevista possíveis, optei pela entrevista narrativa (FLICK, 1998). Foram previamente explicados aos entrevistados os objectivos do trabalho, o tratamento a que os dados iriam ser submetidos, garantida a confidencialidade e solicitada autorização para a realização da entrevista e para a sua gravação em suporte magnético. Todas as enfermeiras (5) foram entrevistadas e fizeram o relato de, pelo menos, um processo relacional. Os doentes foram escolhidos levando em consideração a sua capacidade de reflexão sobre o processo que estavam a vivenciar ou tinham vivenciado (confirmada com as enfermeiras); estarem em momentos diferentes do processo de quimioterapia; pertencerem a diferentes grupos etários e géneros; e terem diferentes tipos de

experiências. Foram entrevistados dez doentes e respectivo(s) familiar(es). Usei ainda o *fócus-grupo* (MORGAN, 1988) como técnica de recolha de dados, em associação com as entrevistas narrativas feitas às enfermeiras, com o objectivo de procurar a sua interpretação dos resultados já alcançados.

Na observação e em coerência com as opções metodológicas assumidas, optei pelo posicionamento proposto pela escola dramaturgicista (GOFFMAN, 1999), assumindo um papel de marginalidade face à situação de modo a interferir o menos possível. Optei pelo sistema narrativo de registro de dados (EVERTSON; GREEN, 1986), o qual se caracteriza por não ter categorias predeterminadas; se centrar sobre o comportamento e sobre o seu significado em contexto; se centrar sobre os comportamentos tal como eles ocorrem; se plasmar em diários ou notas de trabalho de campo, as quais descrevem incidentes críticos ou anedóticos ocorridos num dado período; ter como objectivos a descrição pormenorizada dos fenómenos e a evolução dos processos. Assim, procedi preferencialmente à observação da interacção enfermeira-doente, em contexto. Foi dada particular atenção à continuidade da interacção.

O uso de dados oriundos de fontes diversas (i.e., doentes e enfermeiras), bem como a utilização de diferentes técnicas de recolha de dados (e.g., entrevistas narrativas e observação), foi uma estratégia deliberada no sentido de conferir rigor aos dados obtidos (MORSE et al., 1992).

Ordenação e análise de dados

A ordenação de dados iniciou-se em simultâneo com a recolha e consistiu na redução a texto dos dados. A análise de dados permitiu-me descobrir as categorias e as suas características, a relação destas com as subcategorias e com a categoria central e perceber a necessidade de recolha de novos dados, até à saturação teórica, a qual foi alcançada. Esse processo desenvolveu-se por três fases distintas, embora intimamente inter-relacionadas (i.e., codificação aberta, axial e selectiva) e permitiu a construção de uma estrutura conceptual coerente e baseada nos dados (STRAUSS; CORBIN, 1998; LOPES, 2003; FLICK, 1998).

Na análise de dados, usei como critério de rigor, entre outros, um painel de *classificadores múltiplos* com o objectivo de aferirem as categorizações por mim desenvolvidas, considerando, a lógica interna de cada categoria; a relação entre as

categorias e destas com as subcategorias; e a relação entre as categorias, considerando as diversas fontes.

Resultados

A apresentação dos resultados da investigação qualitativa e, particularmente, dos resultantes de abordagens a partir da *Grounded Theory*, deve ser criteriosa. Isso porque, neste caso, o que se pretende é a apresentação de uma teoria de médio alcance, explicativa do fenómeno que nos propusemos estudar. Ora, este fenómeno é, por natureza, complexo, sendo que a sua complexidade aumenta na exacta medida em que foi estudado no seu ambiente natural. Assim, com o objectivo de tornar mais fácil a compreensão da teoria de médio alcance, apresentarei dados relativos ao contexto, ao processo de relação e à natureza da relação. Os dados relativos às últimas dimensões serão apresentados de forma inter-relacionada.

O contexto da relação

Recordo que a relação de que estou a falar é a ocorrida entre as enfermeiras e os doentes de um hospital de dia de quimioterapia oncológica. Ou seja, é a relação que ocorre no contexto dos cuidados aos doentes. Também poderia dizer que é a relação que é contexto para todos os cuidados aos doentes. Todavia, reservo essa discussão para mais tarde.

Assim, o local onde decorreu o estudo é um serviço de quimioterapia oncológica a funcionar em regime de hospital de dia, tal como já disse. Ao momento do estudo, era um serviço relativamente recente, criado num espaço próprio e com agradáveis condições arquitectónicas e ambientais. Dos elementos do contexto destaco, porém, os relativos ao ambiente organizacional, principalmente na sua dimensão psicossocial. Assim, a equipa de enfermagem era constituída por cinco enfermeiras, sendo que uma delas era especialista clínica na área dos cuidados ao doente oncológico, tendo assim a função de coordenação da equipa. Da vastidão dessa função, aquela enfermeira privilegiava a liderança clínica. Ou seja, assumia a liderança dos cuidados, ficando a seu cargo as situações clínicas mais delicadas e definindo, pela acção, os objectivos dos cuidados. Digamos que se oferecia como modelo na acção, interferindo junto dos

colegas sempre que a complexidade da situação o exigia ou quando entendia que a intervenção não era a adequada à situação. Essa intervenção tanto podia ser directa e imediata como diferida no tempo. Podia ainda adquirir um carácter repreensivo ou formativo. Todavia, tudo isto era feito num ambiente de relação de proximidade e de afectividade.

A liderança clínica era ainda visível na relação com todos os outros profissionais que trabalhavam neste serviço. De facto, constatava-se que a sua acção de liderança era extensiva às auxiliares de acção médica e pessoal administrativo. Relativamente aos médicos, era visível uma relação de parceria baseada no respeito e confiança mútua.

Da conjugação desses elementos, resultava um contexto organizacional com uma cultura de coesão interprofissional e de interesse, preocupação e respeito pelo doente.

Sobre o contexto da relação, realço, por último, uma outra dimensão que considero relevante. Refiro-me à complexidade do contexto relacional da enfermeira.

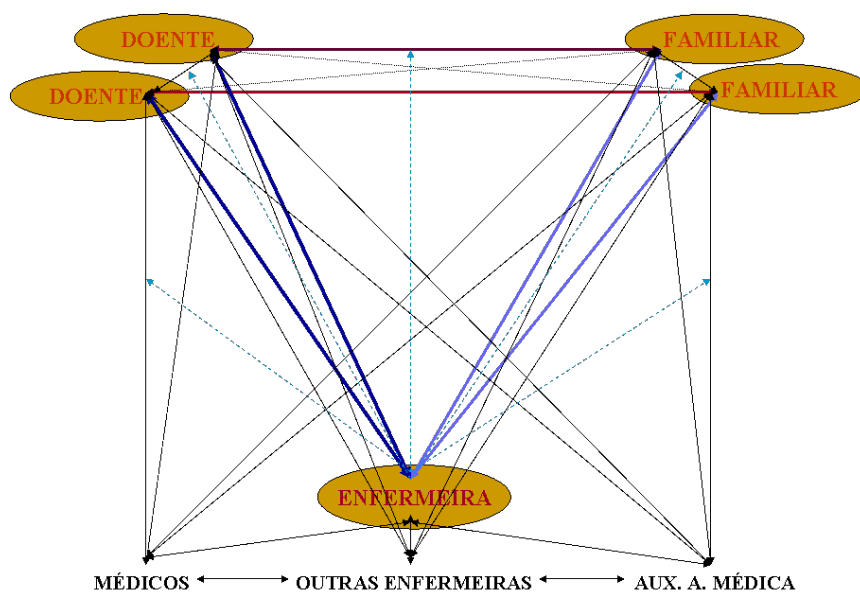


Figura 1– A complexidade do contexto relacional da enfermeira

Legenda: Linhas a cheio – os diferentes tipos de relação que a enfermeira estabelece com os diversos actores no contexto.

Linhas tracejadas – a supervisão que a enfermeira precisa de exercer sobre os diversos tipos de interacção que ocorrem no contexto.

De facto, a enfermeira, nesse contexto, desenvolve a sua intervenção não de modo dual, com apenas um doente ou uma família, mas antes em espaço aberto, na presença

de diversos doentes e respectivas famílias em simultâneo, com entrada e saída de diversos outros actores (Figura 1).

Desse modo, nesse contexto, podemos dizer que existem relações preferenciais entre enfermeiras e doentes em concreto. Assim, num determinado espaço (i.e., uma sala de quimioterapia) uma enfermeira pode ter mais do que um doente com quem tem uma relação preferencial. Contudo, cada um desses doentes poderá estar em estágios de doença e vivenciais completamente diferentes. Tal exige-lhe, por um lado, adoptar um perfil de relação de natureza pública, visível por todos, o qual não pode conter elementos prejudiciais a nenhum dos presentes; por outro lado, exige-lhe um perfil de relação de natureza mais privado, adequado a cada um dos doentes com que lida. Assim, num contexto com as características do atrás descrito, este último perfil precisa ser adequado constantemente, cada vez que se aproxima de um novo doente.

Por outro lado, precisa considerar ainda a relação com o familiar de cada um dos doentes, o qual tem liberdade para entrar no espaço de tratamento cada vez que o desejar. A relação construída com os familiares tem um perfil de natureza completamente diferente da dos doentes. De facto, os familiares posicionam-se numa dupla dimensão: por um lado, precisam de cuidados porque estão em sofrimento pela doença que atingiu um elemento da família e como tal são utentes; por outro, precisam fornecer informação sobre os cuidados que prestaram durante a semana em casa e de receber informação sobre os cuidados que devem continuar a prestar e nesse caso são parceiros de cuidados.

Por último, uma referência para a necessidade que a enfermeira tem de exercer supervisão constante sobre os múltiplos processos de interacção que se desenrolam entre os diversos actores que circulam por este contexto.

A conjugação de todas essas variáveis transforma esse contexto relacional em algo de uma enorme complexidade, ou seja, um contexto em que um número indeterminado de variáveis interage de modo imprevisível (MORIN, 1996). Tal exige da enfermeira capacidades de relação, de gestão de relações e de flexibilidade que não são as tradicionais, muito menos as descritas na generalidade dos livros que teorizam a relação. Por outro lado, evidencia uma das formas de actuar específica da enfermagem. Ou seja, frequentemente, a enfermeira desenvolve processos de interacção em ambientes semelhantes ao descrito.

O Processo e a Natureza da Relação

Em nenhuma circunstância a relação é estática, congelada no tempo, muito menos nos contextos sobre os quais estou a falar. A relação desenvolve-se em função de circunstâncias diversas, as quais lhes são inerentes. Assim, no contexto por mim estudado, percebi três momentos distintos da relação: um marcado pelo encontro inicial e por todo o processo de aproximação entre a enfermeira e o doente e que denominei como Início da Relação; um outro constituído por todos os momentos de reencontro, durante os quais a enfermeira faz uso de estratégias terapêuticas diversas, ao qual chamei Corpo da Relação; e por último, um outro que denominei Fim da Relação, e que, genericamente, configura a separação.

É necessário que fique claro que essa divisão da relação em três momentos distintos tem um carácter essencialmente didáctico, pois na realidade não se verificam fronteiras definidas entre os referidos momentos. Por outro lado, compreender que a caracterização de cada uma das diferentes partes da relação se fará com os elementos que constituem a natureza da relação. Genericamente, esses elementos são os mesmos ao longo de toda a relação, porém, adquirem características próprias em função do momento em que são utilizados.

Assim, pode-se dizer que existem, basicamente, dois grandes conceitos que caracterizam a natureza da relação: a Avaliação Diagnóstica e a Intervenção Terapêutica. Quer um, quer outro são constituídos por um conjunto de estratégias, estruturam-se e desenvolvem-se enquanto processo e interinfluenciam-se mutuamente.

No Início da Relação, percebe-se que a enfermeira desencadeia um conjunto de estratégias que se orientam simultaneamente no sentido de dar início ao Processo de Avaliação Diagnóstica. Desse modo, antes de se encontrar com o doente, começa por consultar o seu processo clínico. Posteriormente, faz uma entrevista conjunta, de cerca de 30 minutos, com o doente e respectivo familiar ou acompanhante. Durante essa entrevista, basicamente, vai tentar perceber

- o que é que o doente sabe;
- o que é que preocupa o doente e;
- quais as capacidades e estratégias do doente.

O conjunto das estratégias usadas na Avaliação Diagnóstica tem subjacente uma conjugação de perspectivas (i.e., biomédica, vivencial e de ajuda), da qual resulta a perspectiva de enfermagem. Dito de outra forma, a perspectiva diagnóstica de

enfermagem focaliza-se na intersecção das três perspectiva-se biomédica, vivencial e de ajuda.

O Início da Relação, para além do que é feito, é ainda marcado, essencialmente, pelo modo como é feito. Ou seja, poderei chegar a muitas conclusões diagnósticas sem me preocupar muito com o modo como obtive os dados nos quais baseie o meu raciocínio e as minhas conclusões. Contudo, jamais poderei construir uma relação sem me preocupar com esse mesmo modo. Consciente disso, a enfermeira começa por ir, pessoalmente, à sala de espera chamar o doente e respectivo familiar, pelo seu nome (personalização), para a entrevista, utilizando um tom afável e simpático. De notar que os doentes valorizam sobremaneira estes elementos. De seguida, desenvolve a entrevista de um modo que mais se assemelha a uma conversa, em que é pedido ao doente e respectivo familiar para narrem o processo pelo qual estão a passar. O tom é afável e intimista, gerando-se um espaço em que o doente e respectivo familiar podem expressar os seus sentimentos, assim como lhes é demonstrada compreensão e explicado tudo aquilo que quiserem saber. Ou seja, nesse Início de Relação está, essencialmente, a construir-se a confiança necessária ao seu desenvolvimento, mas está-se também a dar-se início, ao Processo de Intervenção Terapêutica. Dito de outro modo, a concessão desse espaço-tempo ao doente e família e o uso de estratégias de Gestão de Sentimentos e de Gestão da Informação, são terapêuticos em si próprios.

Finda a entrevista, é feita a apresentação do serviço, aproveitando-se o ensejo para apresentar também os restantes profissionais, alguns doentes, principalmente os que tenham uma situação idêntica e estejam a lidar bem com ela, e as regras de funcionamento do serviço. Sobre estas, parece ser dado mais realce ao que é permitido do que ao que é proibido.

Termina, assim, aquilo que considero fazer parte do Início da Relação. Frequentemente, essa forma de conduzir o processo dá origem àquilo que mais atrás designei por relação preferencial. Ou seja, essa enfermeira criou intencionalmente um conjunto de condições que poderão contribuir para que o doente e respectivo familiar a procurem e solicitem os seus cuidados nos encontros subsequentes. Nesses reencontros, as enfermeiras tentam responder à expectativa criada.

De notar que, regra geral, nos contextos de cuidados que eu conheço, não existe muito espaço para essa personalização da relação. Considero, contudo, uma enorme mais-valia, com resultados terapêuticos concretos. Assim, observei com frequência a incapacidade de proceder a uma punção venosa por parte de uma determinada

enfermeira, a contrastar com o sucesso à primeira tentativa, no momento seguinte, quando a referida punção era tentada pela enfermeira com a qual existia uma relação preferencial. Enfermeira e doente falavam, então, em tom de enorme cumplicidade, da “veiazinha mágica” que só eles conheciam.

Dá-se então início a uma nova fase – o Corpo da Relação – a qual é marcada pelo início dos tratamentos de quimioterapia e é constituída pelos sucessivos reencontros entre a enfermeira e o doente e familiar. As estratégias usadas durante esta fase são as mesmas já atrás referidas. Contudo, vão sofrendo adaptações em função das circunstâncias. Assim, continua a usar-se o Processo de Avaliação Diagnóstica, só que, agora, em cada reencontro se procede a uma “reavaliação em acção”. Ou seja, no momento em que a enfermeira vai à sala de espera chamar o doente para iniciar a administração da quimioterapia, procede de imediato a uma primeira apreciação gestáltica, por comparação com os dados recolhidos nos encontros anteriores. Isto é, uma vez que já conhece o doente, ao aproximar-se dele, apercebe-se, de imediato e de forma genérica, de alterações subtis. Ou seja, pela forma como se aproximou, olhou e pelas perguntas genéricas que fez, procedeu a uma avaliação genérica dos sintomas de saúde.

A percepção de alterações nessa avaliação conduz a enfermeira a uma exploração subsequente mais ou menos aprofundada e mais ou menos privada. Essa exploração subsequente pode, genericamente, dividir-se em avaliação específica dos sintomas somáticos e avaliação específica dos sintomas vivenciais. Ou seja, nos momentos seguintes e ao mesmo tempo que vai desenvolvendo os procedimentos para iniciar a administração da quimioterapia, vai auscultando o doente tentando compreender melhor as alterações percebidas. Essa auscultação pode ter diferentes níveis de privacidade. Assim, pode ser feito num tom mais público, em que a enfermeira vai procurando, frente aos restantes doentes, novos dados para melhor compreender as alterações subtis percebidas. Contudo, esse carácter público evolui rapidamente para um nível privado quando a enfermeira se apercebe de algum constrangimento por parte do doente ou quando entende que o assunto carece dessa privacidade. Essa decisão tem a ver com o doente alvo da inquirição, mas também com os restantes presentes na sala. Os dados colhidos ditam alterações das acções que, entretanto, estão a ser desenvolvidas. Assim, pode verificar-se alteração da atitude face àquele doente e família, mas também nos cuidados ditos técnico-instrumentais, com suspensão da administração da quimioterapia, adopção de medidas para controlo dos efeitos secundários etc.

Relativamente ao que foi dito, sublinho de novo o carácter de “reavaliação em acção” utilizado na fase do Processo de Avaliação Diagnóstica. Isso justifica-se porque esta forma de conduzir a avaliação diagnóstica colide com as perspectivas tradicionais, lineares, que nos são fornecidas pela literatura. Por outro lado, realço ainda o carácter simultaneamente terapêutico inerente ao próprio Processo de Avaliação Diagnóstica. Ou seja, o facto de demonstrar interesse e preocupação por alguém é terapêutico em si próprio.

Apesar do que acabei de dizer, existe um conjunto imenso de estratégias que são sistematicamente usadas pelas enfermeiras com intencionalidade terapêutica. Essas estratégias dão corpo ao que designei como “Processo de Intervenção Terapêutica”. Sobre este Processo dizer, como pressuposto fundamental, que apesar de estar a falar da relação enfermeira-doente, esta relação está presente em cada gesto e em cada atitude da enfermeira, sejam eles supostamente técnico-instrumentais, sejam relacionais. Aliás, esta clivagem dos cuidados perde toda a razão de ser. Cada cuidado é, por natureza, complexo. Ou seja, cada cuidado traduz-se numa atitude humana e, como tal, tem e atinge diversos objectivos em simultâneo.

Sobre o “Processo de Intervenção Terapêutica” dizer ainda que, das diversas estratégias utilizadas pelas enfermeiras, referirei apenas algumas. Assim, duas das estratégias fundamentais usadas pelas enfermeiras são a Gestão de Sentimentos e a Gestão da Informação. Estas estratégias tanto são usadas com os doentes como com as famílias. Quer num caso, quer noutro, são usadas em função das circunstâncias, ou seja, sofrem alterações sucessivas em função da “avaliação em acção” que a enfermeira produz constantemente.

Contudo, podemos dizer que a Gestão de Sentimentos começa por ser a concessão de um espaço-tempo que permite a promoção da confiança e o incentivo da esperança e da perseverança. De referir que, nesta fase da relação, a promoção da confiança assume-se como fundamental, pois esta é um dos pilares fundamentais de qualquer relação com intencionalidade terapêutica. Tal principia durante o Início da Relação e socorre-se de um conjunto diversificado de estratégias tal como é patente na Figura 2. Contudo, permanece ao longo de todo o processo relacional, pois a confiança precisa ser alimentada todos os dias, principalmente quando a outra parte (i.e., o doente) apresenta enormes índices de insegurança.

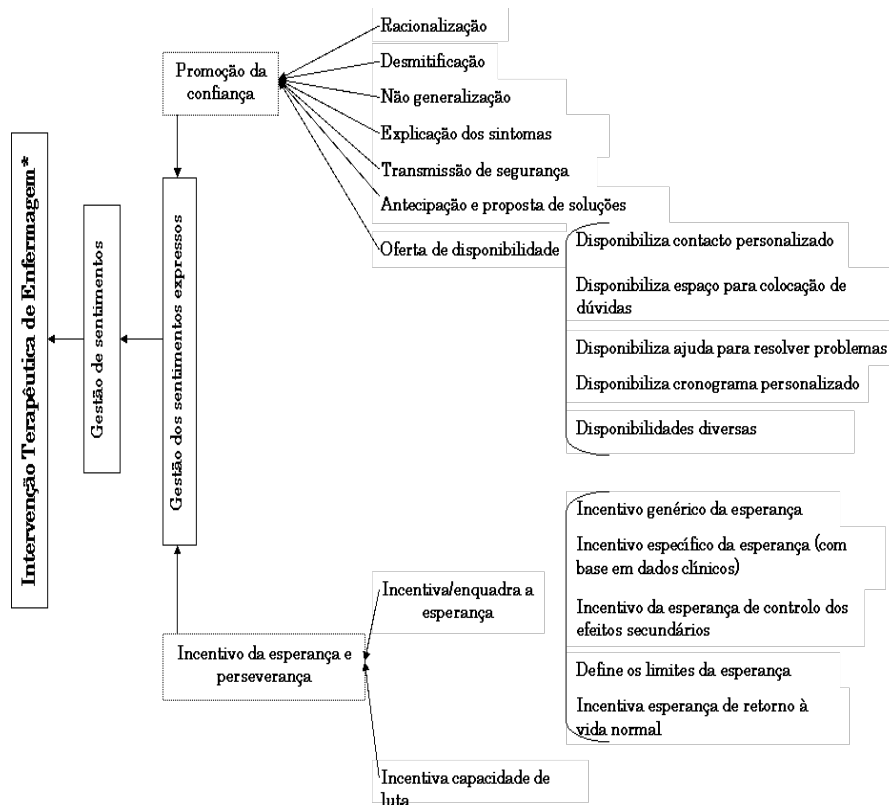


Figura 2 – Estratégias de Gestão de Sentimentos durante o início da relação

Num segundo momento, a Gestão de Sentimentos e a Gestão de Informação inter cruzam-se e potenciam-se mutuamente. Ou seja, a enfermeira socorre-se da sua proximidade junto ao doente para, sempre que lhe pareça oportuno e com recurso à linguagem mais adequada, ir explicando tudo o que ele precisa e quer saber. Concomitantemente, vai desenvolvendo atitudes promotoras da segurança e indutoras da esperança e da capacidade de perseverança (Figura 3). Recordo que, com base nos dados recolhidos junto aos doentes, pode perceber-se que a insegurança é um dos sentimentos mais vincados no decurso de toda essa vivência. Essa insegurança radica basicamente na representação do cancro como ameaça à vida.

Essa forma de intervir encontra um enorme paralelismo com o que é descrito por Benner (2001), nomeadamente, com as funções de Ajuda e de Educação e Guia, mas também por Pearson (1984), que faz referência a elementos congruentes com os atrás referidos. De facto, em qualquer das circunstâncias, evidencia-se uma abordagem caracterizada pela proximidade e pela oportunidade. Ou seja, a proximidade permite perceber qual o melhor momento para intervir, para fazer passar uma determinada mensagem. A isso, junta-se uma enorme capacidade de adequar a mensagem em função das circunstâncias. Esse conjunto de características confere uma tonalidade diferente, eu

diria, proactiva e criativa, àquilo que tradicionalmente apelidamos de educação para a saúde.

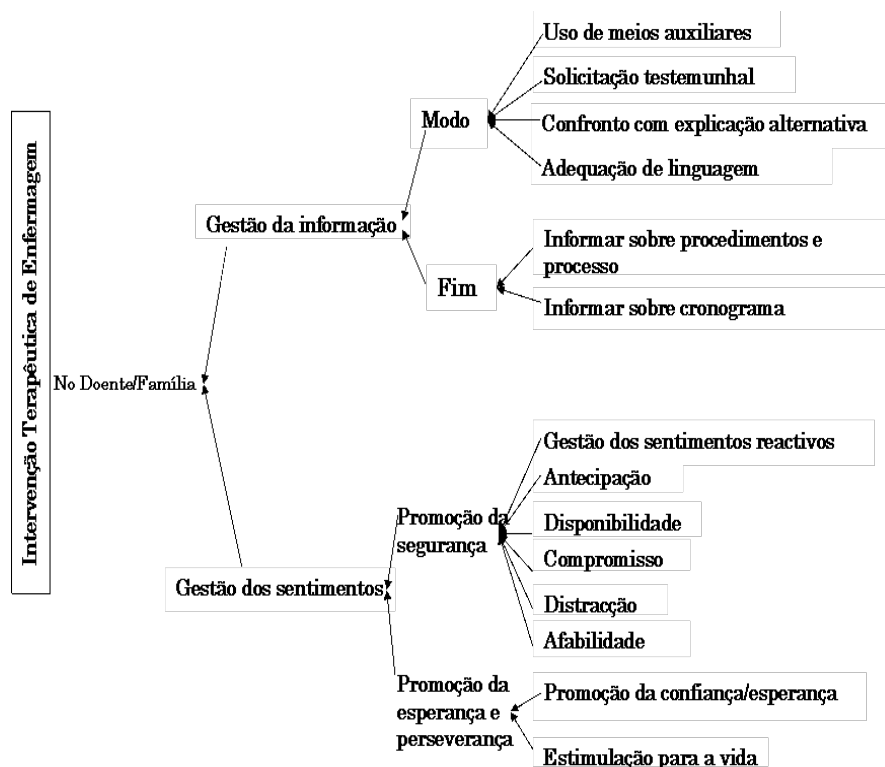


Figura 3 – Estratégias de Gestão de Sentimentos no corpo da relação

Existe um outro conjunto de estratégias utilizadas pelas enfermeiras que pelas suas características e pelo seu impacto no funcionamento da organização, entendendo serem merecedoras de destaque. Trata-se de uma forma de acção em função do bem-estar do doente e família, todavia o foco da acção poderá ser marginal a estes (Figura 4). Denominei uma dessas estratégias de “Intermediação Centrada”, por focalizar-se na interface do doente/família com a organização e/ou com outros grupos profissionais. Compreende todas as intervenções desenvolvidas pela enfermeira, algumas das quais são invisíveis ao doente e família, mas que são fundamentais ao seu bem-estar. Como exemplo, posso referir o trabalho desenvolvido pela enfermeira no sentido de facilitar o contacto do doente e família com outros serviços (e.g., marcação de exames) ou com outros técnicos (e.g., facilitação do contacto com o médico).

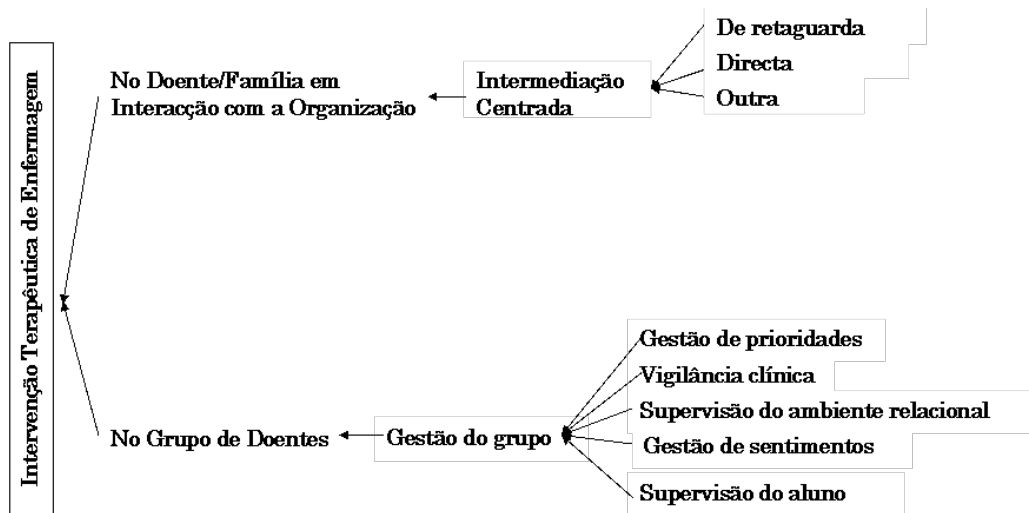


Figura 4 – Intervenção na interface doente/organização e no grupo de doentes

Uma outra dessas estratégias denominei de “Gestão do Grupo”. Esta estratégia usa um conjunto de instrumentos com o objectivo de manter um determinado ambiente na sala de tratamento. Esse ambiente tem duas vertentes básicas, uma de natureza clínica, outra de natureza relacional. Relativamente à primeira, torna-se necessário adoptar atitudes que permitam a administração segura e rigorosa da terapêutica quimioterápica. Relativamente à segunda, é preciso gerir os acontecimentos de modo a manter um ambiente relacional agradável e ameno. Para o efeito, a enfermeira actua junto aos doentes, em função das suas características, estimulando a sua boa disposição ou atenuando a sua tristeza. Podem também utilizar assuntos ditos banais (e.g., novelas, notícias) para pôr todos os elementos do grupo a participar na interacção. Em alternativa, podem socorrer-se de um doente em concreto, conhecido pela sua atitude positiva, para, através dele, estimularem o grupo.

Fim da Relação

Por último, uma referência breve para a última parte do processo relacional: o Fim da Relação. Esta pode, basicamente, assumir duas formas distintas e opostas: ser sinónimo de perda porque o doente morre e conseqüentemente ser doloroso e sofrido; ser sinónimo de renascimento, de retorno a uma outra vida, por remissão da situação e neste caso é motivo de alegria e festa. No primeiro caso, o luto e o sofrimento da enfermeira são muito intensos, principalmente daquela com quem existia uma relação

preferencial. No segundo caso, a festa é assinalada com bolos e a relação mantém-se a partir daí, com visitas ao serviço por parte do doente e/ou família.

Conclusão

Os elementos aqui apresentados são uma pequena parte de um trabalho mais extenso desenvolvido ao longo de alguns anos e já publicado em livro (LOPES, 2006). Apesar da extensão do trabalho, sobra-me a convicção de que apenas comecei a perceber a complexidade dos cuidados. Contudo, e relativamente ao que percebi, posso afirmar que o sentimento predominante é de admiração, de estupefacção pelo imenso potencial terapêutico que os cuidados encerram. Todavia, não podemos permanecer neste patamar. No mundo actual, precisamos nomear (dar nome) o que fazemos, para em seguida podermos identificar quais são os ganhos em saúde decorrentes da nossa intervenção.

Nesse contexto, este trabalho é apenas um começo. Contudo, tornou-se evidente que as enfermeiras usam estratégias diversificadas, muitas delas não descritas na literatura e que, estou convicto, são específicas da forma de actuar dos enfermeiros. Essas estratégias para além do potencial terapêutico a que já me referi, colocam também novos problemas para os quais é necessário equacionar novas soluções. Assim, constata-se que o grau de proximidade entre as enfermeiras e os doentes e famílias é muito grande, podendo dizer-se que chega à intimidade. Entendo que a eficácia terapêutica de algumas das estratégias depende desse grau de proximidade. Todavia, também é verdade que essa proximidade se constitui como um problema na gestão do processo de relação. Dito de outra forma, entendo que os clássicos limites da relação, tão bem teorizados pela psicologia, terão de ser repensados para o caso das relações desenvolvidas pelos enfermeiros. Consequentemente, também as estratégias para lidar com essa proximidade terão de o ser. Assim sendo, urge que se discuta a supervisão clínica em enfermagem, principalmente nos contextos com características idênticas ao aqui descrito.

Uma última reflexão para referir que, no serviço estudado, os cuidados que se prestavam, ao momento em que o estudo foi desenvolvido, eram de muito boa qualidade. Contudo, tal não resultou de um acaso. Resultou, isso sim, do empenho e da atitude proactiva dos diversos profissionais envolvidos.

Referências

- BENNER, P. *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.
- BENNET, A. E.; EATON, J. T. The role of the psychiatric nursing in newer therapies. *American Journal Psychiatry*, v.108, p. 167-170, 1951.
- CHALIFOUR, J. *La relation d'aide en soins infirmiers: une perspective holistique-humaniste*. Paris: Editions Lamarre, 1989.
- EVERTSON, C.; GREEN, J. Observation as inquiry and method. In: WITTROCK, M. S. *Handbook of research on teaching*. New York: Macmillan, 1986.
- FLICK, U. *An introduction to qualitative research*. London: Sage Publications, 1998.
- GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Pub., 1967.
- GOFFMAN, E. *A apresentação do eu na vida de todos os dias*. Lisboa: Relógio d'Água, 1999.
- KEROUAC, S. et al. *La pensée infirmière: conceptions e stratégies*. Québec: Éditions Études Vivantes, 1994.
- LAZURE, H. *Viver a relação de ajuda*. Lisboa : Lusodidacta, 1994.
- LEGO, S. The one-to-one nurse-patient relationship. *Perspectives in Psychiatric Care*, v. 35, n. 4, p. 4-22, 1999.
- LOPES, M. J. A metodologia da *grounded theory*: um contributo para a conceitualização na enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, v. 8, p. 63-74, 2003.
- _____. *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau, 2006.
- MOIGNE, J. L. *La théorie du système général: théorie de la modélisation*. Paris: Press Universitaire de France, 1977.
- MORGAN, D. L. *Focus groups as a qualitative research*. Newbury Park, CA: Sage, 1988.
- MORIN, E. *O problema epistemológico da complexidade*. 2. ed. Mem Martins: Publicações Europa-América, 1996.
- MORSE, J. et al. Beyond empathy: expanding expressions of caring. *Journal of Advanced Nursing*, v. 17, n. 7, p. 809-821, 1992.
- OREM, D. E. *Soins infirmiers: les concepts et la pratique*. Montréal: Décarie, 1987.

ORLANDO, I. *The dynamics nurse-patient relationship*. New York: G. P. Putnam's Sons, 1961.

PARSE, R. R. *Nursing science: major paradigms, theories, and critiques*. Philadelphia: W. B. Saunders, 1987.

_____. Human becoming: Parse's theory of nursing. *Nursing Science Quarterly*. v. 5, p. 35-42, 1992.

PATERSON, J. G.; ZDERAD, L. T. *Humanistic nursing*. New York: National League for Nursing, 1988. (Publication n. 41-2218, p. i-iv, 1-29).

PEPLAU, H. E. *Relaciones interpersonales en enfermería*. Barcelona: Salvay, 1990.

ROGERS, C. R. *Terapia centrada no paciente*. Lisboa: Moraes, 1974.

RENDER, H.W. Creative aspects of psychiatric nursing. *American Journal of Nursing*, v. 50, p. 433-434, 1950.

ROBINSON, A.M. Changing of the guard. *American Journal of Nursing*, v. 50, p. 152-154, 1950.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. 2. ed. London: Sage Publications, 1998.

TRAVELBEE, J. *Interpersonal aspects of nursing*. 2. ed. Philadelphia: F. A. Davis, 1971.

WATSON, J. Nursing's scientific quest. *Nursing Outlook*, v. 29, n. 7, p. 413-416, 1981.

