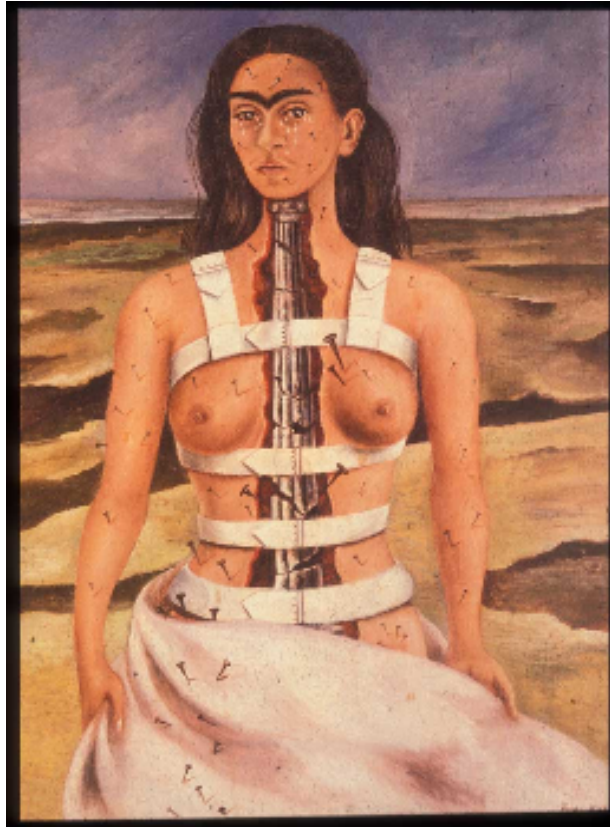




7º Mestrado Comunicação em Saúde



Broken Column-FridaKahlo

*A Relação Enfermeiro/Doente na Prática de Cuidados
à Pessoa Hospitalizada com
Traumatismo Vértebro-Medular*

Volume I de II

*Dissertação de tese de mestrado realizada por:
Estela Maria Guerreiro Varanda*

*Orientador:
Professor Doutor Manuel José LOPES*

Lisboa, Dezembro de 2009

“O essencial é invisível aos olhos”

“Foi o tempo que tu perdeste com a tua rosa que tornou a tua rosa tão importante”

Antoine de Saint-Exupéry

Agradecimentos

- A todos os enfermeiros entrevistados, cuja disponibilidade foi essencial para a realização deste trabalho.
- À Enfermeira Leonor Monteiro, chefe do Serviço de Neurocirurgia do Hospital Garcia de Orta, pela compreensão, amizade e apoio à realização desta tese.
- Ao Professor Doutor Manuel LOPES por, com as suas aulas, me ter levado a escolher esta temática tão aliciante para mim e por ter aceite ser meu orientador.
- A todos os meus familiares e amigos a quem dei menos atenção durante a elaboração deste trabalho, mas que, ainda assim, me deram força para continuar.

*Dedico este trabalho às pessoas com Traumatismo Vértebro-Medular,
as quais me deram a oportunidade de aprender a ser melhor enfermeira e a crescer como pessoa*

SIGLAS

LVM - Lesão Vértebro-Medular

TVM - Traumatismo Vértebro-Medular

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCINT - Unidade de Cuidados Intermédios

ÍNDICE - VOLUME I de II

RESUMO	11
ABSTRACT	13
INTRODUÇÃO	15
1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	22
1.1 - A PESSOA COM TVM HOSPITALIZADA - CLÍNICA, TRATAMENTOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM	22
1.2 - ADAPTAÇÃO À DOENÇA	31
1.3 - A RELAÇÃO ENFERMEIRO / DOENTE	43
1.3.1 - As especificidades da relação enfermeiro-doente	44
1.3.2 - Competências relacionais na prestação de cuidados	50
1.3.3 - A relação enfermeiro/doente no TVM	58
2 - METODOLOGIA	61
2.1 - OBJECTIVOS	61
2.2 - TIPO DE ESTUDO/ABORDAGEM METODOLÓGICA	62
2.3 - POPULAÇÃO E AMOSTRA	63

2.4 - INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS E PROCEDIMENTOS	69
2.5 - TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	73
2.6 - QUESTÕES ÉTICAS	74
3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	76
3.1 - TEMÁTICA - DIFICULDADES RELACIONAIS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	76
3.1.1 - Características dos Doentes	78
3.1.2 - O percurso espacio-temporal / fases da doença	80
3.1.3 - A Dependência dos Cuidados De Enfermagem	83
3.1.4 - Dificuldades Relacionadas com o Espaço Intimo na Prestação de Cuidados	85
3.1.5 - A gestão da verdade sobre a lesão	86
3.1.6 - A adaptação do doente à situação	88
3.1.7 - Estabelecer uma relação terapêutica	90
3.1.8 - A família do doente	92
3.1.9 - Lidar com a reinserção do doente na comunidade	95
3.2 - TEMÁTICA - COMPETÊNCIAS RELACIONAIS	97
3.2.1 - Avaliar/Conhecer o doente	98
3.2.2 - Estar presente e mostrar disponibilidade	100
3.2.3 - A relação de confiança	101
3.2.4 - Comunicação com o doente	102
3.2.5 - O bom humor na relação	105
3.2.6 - Ajudar no processo de adaptação	106
3.2.7 - Valorizar determinados cuidados	108
3.2.8 - Valorizar o Trabalho em Equipa	110

3.2.9 - Valorizar/Trabalhar com a família	110
3.3 - TEMÁTICA - FACTORES DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	113
3.3.1 - Premissas subjacentes à aprendizagem de competências	114
3.3.2 - A fundamentação dos saberes	115
3.3.3 - A Experiência	117
3.3.4 - A equipa	119
3.4 - TEMÁTICA - CARACTERÍSTICAS DA RELAÇÃO ENFERMEIRO/ DOENTE	120
3.4.1 - Características da relação	121
3.4.2 - Impacto da relação no enfermeiro	123
4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	127
4.1 - AS DIFICULDADES RELACIONAIS	127
4.1.1 - As características do doente	127
4.1.2 - O Percurso Espaço-Temporal/ Fases Da Doença	132
4.1.3 - Características dos Cuidados de Enfermagem	140
4.1.4 - A gestão da verdade sobre a lesão	146
4.1.5 - A adaptação do doente à situação	149
4.1.6 - A Família do Doente	152
4.2 - A RELAÇÃO ENFERMEIRO/DOENTE	156
4.2.1 - Competências Relacionais	157
4.2.2 - Características da Relação	166
4.3 - O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	170
5 - CONCLUSÕES	177

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

188

VOLUME II - ANEXOS

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização da Amostra	64
Quadro 2 - Dimensões de Análise da Informação	69
Quadro 3 - Temática Dificuldades na Prestação de Cuidados	73
Quadro 4 - Categoria Características do Doente	74
Quadro 5 - Categoria O Percurso Espaço-temporal / Fases da Doença	76
Quadro 6 - Categoria A Dependência dos Cuidados de Enfermagem	79
Quadro 7 - Categoria Dificuldades com o Espaço Intimo	81
Quadro 8 - Categoria A Gestão da Verdade Sobre a Lesão	83
Quadro 9 - Categoria A Adaptação do Doente à Situação	84
Quadro 10 - Categoria Estabelecer uma Relação Terapêutica	86
Quadro 11 - Categoria A Família do Doente	88
Quadro 12 - Categoria Lidar com a Reinserção na Comunidade	91
Quadro 13 - Temática Competências Relacionais	94
Quadro 14 - Categoria Avaliar/Conhecer o Doente	94
Quadro 15 - Categoria Estar Presente e Mostrar Disponibilidade	96
Quadro 16 - Categoria a Relação de Confiança	98
Quadro 17 - Categoria A Comunicação com o Doente	99
Quadro 18 - Categoria O Bom Humor na Relação	101
Quadro 19 - Categoria Ajudar no Processo de Adaptação	103
Quadro 20 - Categoria Valorizar Determinados Cuidados	104
Quadro 21 - Categoria Valorizar o Trabalho em Equipa	106
Quadro 22 - Categoria Valorizar/Trabalhar com a Família	107
Quadro 23 - Temática Factores de Desenvolvimento de Competências	109
Quadro 24 - Categoria Premissas da Aprendizagem de Competências	110
Quadro 25 - Categoria A Fundamentação dos Saberes	111
Quadro 26 - Categoria A Experiência	113
Quadro 27 - Categoria A Equipa	115

Quadro 28 - Temática Caracterização da Relação	116
Quadro 29 - Categoria Características da Relação	117
Quadro 30 - Categoria Impacto da Relação no Enfermeiro	119
Quadro 31 - As Dificuldades Relacionais	123
Quadro 32 - Dificuldades na Fase Aguda/UCI	129
Quadro 33 - Dificuldades na Fase Sub aguda/Enfermaria	131
Quadro 34 - Características dos Cuidados de Enfermagem	136

RESUMO

A Relação Enfermeiro/Doente na Prática de Cuidados à Pessoa Hospitalizada com Traumatismo Vértebro-Medular

A relação enfermeiro-doente possui características próprias, nem sempre fáceis de identificar. Um doente que desafia as capacidades relacionais da enfermeira é certamente aquele que sofreu, após um acidente, um Traumatismo Vértebro-Medular (TVM).

Com este estudo pretendeu-se desvendar a realidade da relação enfermeiro-doente com TVM, no que ela possa ter de dificuldades, de desenvolvimento de competências e de potenciais saberes.

Traçaram-se os seguintes objectivos: (1) Descrever que dificuldades relacionais vivenciam os enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa com TVM. (2) Identificar as competências relacionais que desenvolvem os enfermeiros perante as dificuldades na prestação de cuidados à pessoa com TVM. (3) Descrever que factores contribuem para o desenvolvimento das competências relacionais. (4) Caracterizar a relação que os enfermeiros estabelecem com a pessoa com TVM hospitalizada.

Optou-se por um estudo exploratório, descritivo com uma abordagem qualitativa do tipo indutivo. A amostra foi intencional não probabilística, constituída por enfermeiros dum Serviço de Neurocirurgia da Grande Lisboa que se aproximassem do nível de competência de peritos segundo Benner (2005). Para a recolha dos dados escolheu-se a entrevista semi-estruturada e para o tratamento dos mesmos utilizámos a análise de conteúdo.

Destacamos algumas conclusões relacionadas com os objectivos traçados. Quanto às dificuldades relacionais (objectivo 1) estas têm a ver, por um lado, com dificuldades na comunicação com o doente em determinadas

circunstâncias e, por outro, com o impacto emocional da relação. Destacam-se como áreas mais problemáticas a da gestão da verdade sobre a lesão, o lidar com um doente dito apelativo que necessita de presença constante e lidar com o espaço íntimo do doente. Quanto às competências desenvolvidas (objectivo 2) os enfermeiros elegem algumas premissas para a relação (avaliar, conhecer e respeitar cada doente na sua individualidade; mostrar-se presente e disponível, estabelecer uma relação de confiança) e salientam o interesse de desenvolver competências comunicacionais. No que respeita aos factores de desenvolvimento de competências (objectivo 3) é destacada a importância da posse de uma perspectiva da enfermagem que torne o enfermeiro ciente do seu papel. A experiência pessoal e profissional é muito valorizada. É dado especial destaque aos saberes em comunicação. A equipa é fundamental no apoio aos colegas menos experientes e ao trabalhar em uníssono a relação. Quanto às características próprias desta relação (objectivo 4) trata-se de um doente que solicita a comunicação e estimula o envolvimento pessoal do enfermeiro. Com o prolongamento do internamento acaba por se estabelecer uma relação de grande proximidade, quase familiar, em que passa a haver gratificação e prazer. Os laços estabelecidos acabam por perdurar para além da alta.

Sugerem-se novos estudos em outros serviços de Neurocirurgia, com entrevistas aos doentes e observação da prática de cuidados. Propõem-se que o serviço onde foi realizado o estudo, invista no desenvolvimento de competências no ensino à família; no preparar o doente para a sua auto-defesa, esclarecendo-o sobre os seus direitos; estimular a partilha de sentimentos na equipa para reduzir o impacto emocional. É salientada a necessidade de investimento no treino em técnicas de comunicação para a enfermagem em geral. Institucionalmente os resultados deste trabalho apontam para que a dotação de pessoal, em hospital de agudos, tenha em conta que a abordagem relacional do doente e família é importante e consome tempo. Por outro lado, em vez da grande mobilidade de pessoal actual, deviam ser permitidas carreiras mais longas em cada serviço para que se pudessem formar peritos.

ABSTRACT

The nurse-patient relationship in the practice of care to the person with Spinal Cord Injury

The nurse-patient relationship has very unique features, not always easily identifiable. A patient that challenges the nurse's relational skills is for sure the individual with a spinal cord injury.

The aim of this study was to disclose the reality of the relationship between the nurse and the patient with a spinal cord injury, namely its difficulties, the development of renewed skills and knowledge.

The following objectives have been drawn: (1) Describe the relational difficulties that nurses experience in providing nursing care to the spinal cord injury patient. (2) Identify the relational skills developed by nurses who face the difficulties of spinal cord injury patient care. (3) Identify which factors contribute to the development of such skills. (4) Characterize the relationship that nurses establish with spinal cord injury patients during the hospitalization.

An exploratory, descriptive, qualitative and inductive study as been chosen. An intentional, non-probabilistic sample of nurses from a Neurosurgery Department in the Greater Lisbon area has been used, who were close to competency level of an expert according to Benner (2005). Data has been obtained through a semi-structured interview and subjected to content analysis.

The following conclusions have been reached: Concerning the relationship difficulties, they are due not only to the communication problems with the patient, but also to the emotional impact of this interaction. The management of the truth about the injury, dealing with an especially demanding patient and dealing with the intimate space, are particularly difficult areas.

Concerning the development of new skills, the nurses in the sample selected some keys to a better relationship (to know, evaluate and respect each patient's individuality; to show availability and presence; to establish a relationship of trust) and emphasized the importance of certain communication skills.

In what concerns the development of skills, the importance of a perspective of nursing that the nurse becomes aware of its role is emphasized. High value is given to professional and personal experiences as well as to good communication skills. Teamwork is essential to help the less experienced members and while working in unison on the relationship.

Finally the particularities of this nurse-patient interaction have been pointed. The patient asks for communication and stimulates the nurse's participation in the relationship. With time great proximity grows, almost familiarity, with gratification and joy. These bonds often last for a long time after the hospital discharge.

We suggest more studies in other neurosurgery departments, with patient interviews and observation of nursing care.

Our results suggest the need for more investment in the development of skills in the teaching of the family, in the preparation of the patients for their self-defense and the knowledge of their rights; and in the encouragement of emotional sharing inside the work team to decrease the emotional impact. We emphasize the need for training in nursing communication techniques. These results may have impact on the distribution of nurses in the acute department, considering the time consuming approach to the patient and its family.

Finally, the actual great mobility of professionals should in our opinion, be replaced by longer stays in each department to allow the development of experts.

INTRODUÇÃO

Desde os meus primórdios como enfermeira que percebi o quanto a relação enfermeira/doente era importante na prática dos cuidados. Ela fazia parte intrínseca de todos eles e conferia verdadeiro significado à profissão que exercia, a de Enfermagem.

Tudo começou com a minha experiência iniciática numa enfermaria de Doenças Pulmonares com doentes Insuficientes Respiratórios Crónicos.

Estes doentes apresentavam duas características gerais que, quanto a mim, condicionavam a abordagem relacional na prática dos cuidados. A primeira pelo facto de serem doentes crónicos, com múltiplos internamentos e já muito conhecedores da sua doença e respectivo tratamento. A segunda por, nas crises de agudização da sua insuficiência respiratória crónica, entrarem facilmente num ciclo vicioso, em que a dispneia gerava ansiedade e a ansiedade gerava mais dispneia. Por isso a prestação de cuidados a estes doentes requeria uma relação que comunicasse segurança naquilo que se fazia e no que se transmitia como informação e ao mesmo tempo que apaziguasse a ansiedade e mesmo a irritabilidade por vezes exacerbadas.

O exemplo de algumas colegas mais experientes foi crucial para mim. Quando eram elas a prestar cuidados, estes eram de tal forma impregnados pela relação que estabeleciam que a crise era controlada com muito mais rapidez e eficácia. E eu, à medida que ganhava maior destreza instrumental e que, ao mesmo tempo, conseguia estabelecer uma relação que transmitisse segurança e calma ao doente, sentia-me crescer como enfermeira. Diz COLLIÈRE (1999:269) que “a utilização de instrumentos e de técnicas exige não ser dissociada do suporte relacional que lhe confere todo o seu significado”. Na verdade, eu não seria enfermeira naquele contexto se apenas executasse na perfeição as técnicas instrumentais - qualquer outro devidamente treinado o faria. E também não

seria enfermeira se a minha acção se limitasse a uma relação terapêutica com o doente - como compete por exemplo ao psicólogo. Por isso esta intencionalidade da relação como fazendo parte intrínseca dos cuidados consubstancia a prática de enfermagem tornando-a única e específica. Como diz PHANEUF (2002:2) “Se bem que rica nos seus aspectos clínico e técnico, a competência profissional não pode ser completamente atingida, sem a contribuição do aspecto relacional dos cuidados”.

Ao longo da minha prática profissional, os aspectos relacionais continuaram a revelar-se primordiais durante a prestação de cuidados. Melhoram o bem-estar do doente, promovem a sua participação activa nos cuidados, contribuindo para obtenção dos resultados desejados.

Assim, ao chegar o momento de enveredar por uma temática para a minha tese, a escolha recaiu sobre esta vertente relacional, da enfermagem, na prática dos cuidados.

Sendo actualmente Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, num Serviço de Neurocirurgia, tenho-me dedicado com especial interesse à melhoria dos cuidados aos doentes com Traumatismo Vértebro-Medular na fase aguda. Nomeadamente com formações em serviço, organização de um curso no departamento de formação do Hospital onde trabalho e aulas ao curso de pós-graduação em Enfermagem de Reabilitação.

A maior parte dos problemas que estes doentes apresentam requerem cuidados de enfermagem muito específicos, quer gerais, quer de reabilitação. Estes estão bem definidos mas nem sempre são fáceis de implementar ou porque o doente os recusa ou porque não se implica activamente neles. Constatei que a vertente relacional que os deve veicular para que sejam concretizados de forma terapêutica para o doente é mais difícil de definir, referindo os compêndios apenas generalidades.

Ao prestar estes cuidados temos de ter em conta que estes doentes estão a tentar adaptar-se a uma mudança súbita e trágica na sua vida e nem sempre é fácil lidar com algumas atitudes que adoptam nesse processo. O contexto de mudança a que estes doentes estão sujeitos é complexo. É o contexto hospitalar

com tudo o que ele implica de tratamentos e cuidados mais ou menos dolorosos e desconfortáveis; de rotinas nem sempre adequadas ao bem-estar dos doentes; de afastamento dos familiares; de novos relacionamentos com os profissionais de saúde. Este novo contexto, o do internamento hospitalar, como refere SCAMBLER (1991:72), apesar “de ser uma rotina para o pessoal hospitalar, ele constitui um acontecimento major na vida das pessoas e é frequentemente fonte considerável de ansiedade e stress”. É também, como refere HENRIQUES (2004), o confronto com a paralisia - com tudo o que isso pode implicar na imagem corporal -, com o estigma da deficiência, com a dependência dos outros para as necessidades mais básicas. E finalmente é a necessidade de se implicarem activamente num processo de reabilitação que exige a aprendizagem de novas capacidades.

Num mesmo doente confluem simultaneamente os problemas típicos de uma doença aguda, de uma doença que altera a imagem corporal e de uma doença crónica. Razões mais que suficientes para que o processo de adaptação destes doentes não seja fácil e possa revestir inicialmente os contornos de uma crise. Os mecanismos de adaptação e defesa que PHANEUF (2002) refere como tendo na sua base “uma situação difícil, à qual a pessoa tem dificuldade em se adaptar por causa da ansiedade e das emoções vivas que ela suscita...”, podem em cada momento ser adaptativos ou não. Se forem adaptativos levam a pessoa a um melhor bem-estar e a uma maior autonomia. Se forem não adaptativos podem até apaziguar a sua ansiedade perante a situação mas não lhe permitem a caminhada em direcção a uma maior independência. Segundo PHANEUF (2002), “a pessoa procura inconscientemente, por diversos meios, negar, esconder, bloquear ou atribuir aos outros as suas pulsões inaceitáveis ou as emoções muito fortes ou muito desagradáveis que sente”.

Por isso a enfermeira, ao prestar cuidados a estes doentes, tem de se preocupar com o seu processo de adaptação. Para tal necessita de impregnar os cuidados com habilidades relacionais que lhe permitam por um lado **avaliar** esse processo e por outro **intervir** nele de forma a contribuir para que seja bem sucedido. Esta avaliação e intervenção implicam uma abordagem longitudinal e

multidimensional dos processos nela implicada, ou seja deve envolver factores pessoais, situacionais e de estado de saúde, ao longo do tempo.

A **comunicação** e a **relação de ajuda** são aqui essenciais. PHANEUF (2002) considera-as factores importantes na humanização e qualidade dos cuidados, sendo a comunicação “uma ferramenta de base para a instauração da relação de ajuda” (p. 15). Mas na realidade constatamos que nem sempre e nem todos conseguem uma abordagem relacional com estes doentes que promova bem-estar e adaptação positiva à situação.

Por um lado, a relação enfermeira doente é uma constante valorizada na literatura sobre enfermagem. Por outro, a enfermeira é a profissional que passa mais tempo e está mais próxima do doente e como tal, tem mais oportunidades de estabelecer relação. Mas algumas das pesquisas mostram deficiências nesta área.

Embora hoje em dia os enfermeiros já tragam da sua formação de base conhecimentos sobre técnicas de comunicação e até algum treino de atitudes, o contexto da prática é muito complexo e as dificuldades surgem a par e passo.

Nomeadamente no caso dos doentes que sofreram TVM que, como já referimos, estão sujeitos, de forma súbita e dramática, a um contexto complexo de mudança ao qual se têm de adaptar e nem sempre é fácil lidar com algumas atitudes que adoptam nesse processo. Não admira pois que algumas teóricas de enfermagem se tenham virado para a análise das práticas para captar uma realidade que é, de acordo com LOPES (2006), diferente e mais complexa do que qualquer teoria pode captar. É o caso de BENNER (2005) que estudou as competências de perícia dos enfermeiros em contexto de trabalho.

Observo que alguns enfermeiros mais experientes, possuem certamente saberes e competências que lhes permitem estabelecer uma relação, de tal forma terapêutica durante a prática de cuidados a estes doentes, que as atitudes anteriormente referidas são substituídas por outras mais adaptativas. No entanto estes saberes necessitam ser devidamente pesquisados para produzir algum conhecimento. Como refere HESBEEN (2001:44) “Os profissionais quando falam da sua respectiva prática, referem-se, essencialmente, aos actos

que praticam. Só raramente abordam o encontro e o acompanhamento nas suas dimensões subtis e existenciais. Dão, assim, uma imagem redutora, que deixa na sombra o aspecto mais complexo das suas acções.”

A análise das práticas pode-nos ajudar a desvendar as dificuldades, mas também os saberes que alguns enfermeiros constroem ao mesclarem a teoria com a sua experiência pessoal. A partir desta análise podemos construir novos conhecimentos que contribuam para a melhoria dos cuidados aos doentes.

Como refere LOPES (2006:31) “investigando a prática clínica dos enfermeiros, promove-se o desenvolvimento da profissão na medida em que se desvela o seu *modus operandi*, permitindo assim que se discuta; contribui-se ainda para o desenvolvimento da disciplina, na medida em que se fornecem elementos passíveis de virem a integrar o seu corpo de conhecimentos”.

Alguns estudos mostraram como a relação estabelecida com os doentes com TVM é deficitária.

PEREIRA (2004) realizou um estudo qualitativo sobre as *Vivências e percepções do corpo nos adolescentes com lesão vértebro-medular*. Uma das conclusões foi que “Na interacção com os profissionais de saúde, destacaram-se os sentimentos de inutilidade, a indiferença, o distanciamento e privacidade durante os cuidados ao corpo”

No Brasil ZUILA (2002) realizou um estudo qualitativo sobre o *Cuidado ao parapléxico hospitalizado à luz da Teoria de Jean Watson*. Enquanto que para os doentes “o significado de ser parapléxico é permeado por sentimentos de perda em todas as esferas da vida e de alterações do esquema corporal”, para os enfermeiros o cuidar destas pessoas “é permeado pelo medo de se envolver” (p.111) e direcciona-se para o atendimento das necessidades humanas do domínio biológico e actividades de ensino aprendizagem. A autora conclui que, o cuidar, “apesar de envolver duas pessoas, permanece sem ligação, sem que haja vínculos” (p.112)

HENRIQUES (2004), no seu estudo sobre *Percursos de adaptação à paraplegia* afirma que “A prestação de cuidados de saúde, incluindo naturalmente os

cuidados de enfermagem a estas pessoas, logo na fase após o traumatismo (fase aguda), necessita de uma abrangência de conhecimentos de dados, que ultrapassam em muito os aspectos técnicos, mas que deverão incluir aspectos de ajuste emocional, motivacional, familiar, etc.”

De acordo com o exposto e não conhecendo nenhuma pesquisa direccionada especificamente para as competências relacionais do enfermeiro na prestação de cuidados ao doente com TVM, propus-me desvendar esta realidade no que ela possa ter de dificuldades e potenciais saberes, pelo que coloquei as seguintes **questões**:

- Que dificuldades relacionais sentem os enfermeiros na prática de cuidados aos doentes com TVM?
- Como fazem face a essas dificuldades?
- Que saberes e competências relacionais são capazes de desenvolver?
- Como as desenvolvem?
- Em que se baseiam para desenvolver essas competências?
- Existem características específicas da relação com estes doentes?

Para tentar responder a estas questões formulei o seguinte **problema de investigação**:

- **Que competências relacionais desenvolvem os enfermeiros, para fazer face às dificuldades relacionais com o doente que sofreu TVM hospitalizado num Serviço de Neurocirurgia.**

O estudo teve então como **objectivos**:

- 1 - Descrever que dificuldades relacionais vivenciam os enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa com TVM.
- 2 - Descrever que competências relacionais desenvolvem os enfermeiros perante as dificuldades na prestação de cuidados à pessoa com TVM.
- 3 - Descrever que factores contribuem para o desenvolvimento das competências relacionais.

4 - Caracterizar a relação que os enfermeiros estabelecem com a pessoa com TVM hospitalizada.

Este estudo pretende fornecer alguns dados para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem e, ao mesmo tempo, contribuir também para que os enfermeiros reflectam sobre a sua prática e desenvolvam melhores competências relacionais. Tal como diz LOPES (2006:79), “o estudo das competências práticas e dos saberes que lhes estão associados torna-se um aspecto de grande importância, não só para os investigadores e para as disciplinas, mas também para os próprios actores, na medida em que estes, através da acção reflexiva sobre as próprias práticas, tendem a desenvolver-se.”

Começarei então, num **primeiro capítulo**, por fazer um **enquadramento teórico** que releve os aspectos mais pertinentes que estão em jogo na temática e nos objectivos por mim escolhidos para a abordar. Será assim, primeiro que tudo, efectuada, uma **caracterização do doente com Traumatismo Vértebro-Medular** em termos clínicos, respectivos tratamentos e cuidados de enfermagem **(1.1)**. Em seguida debruçar-me-ei sobre o **processo de adaptação à doença**, pelo qual o TVM tem de passar para se adaptar à nova situação atrás caracterizada **(1.2)**. Finalmente abordarei a importância da **relação enfermeiro/doente na prática dos cuidados**, de forma a ajudar este doente no seu processo de adaptação **(1.3)**. O **segundo capítulo, Metodologia**, trata do percurso metodológico até chegar à recolha dos dados para análise. Começaremos pelos **Objectivos (2.1)** e de seguida pelo **Tipo de estudo/abordagem metodológica (2.2)** para os atingir, a **População e amostra (2.3)** que considerámos mais adequada e **Os Instrumentos de recolha de dados (2.4)** escolhidos. No final deste capítulo não podíamos deixar de tecer algumas **Considerações éticas (2.5)**. No **Capítulo 3** será efectuada a **apresentação e análise dos resultados** das entrevistas aos enfermeiros peritos **(3.3)**. O **capítulo 4** é dedicado à **Discussão dos resultados** à luz de uma análise integradora dos mesmos. Terminaremos com as principais **Conclusões** deste estudo no **capítulo 5**

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para melhor enquadrar a temática em estudo há que caracterizar o doente hospitalizado com TVM em termos clínicos; perceber que está em jogo um processo de adaptação à doença e equacionar as especificidades da relação enfermeiro-doente.

1.1 - A PESSOA COM TVM HOSPITALIZADA - CLÍNICA, TRATAMENTOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

O doente com TVM sofreu um traumatismo na coluna vertebral, com compromisso medular, geralmente após um acidente de viação, uma queda ou um mergulho. De forma súbita instala-se uma paralisia mais ou menos extensa dos músculos voluntários que pode levar a uma mobilidade reduzida ou ausente, nos membros inferiores (paraplegia) ou nos quatro membros (tetraplegia). Pode também comprometer os sistemas sensitivo, respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, genito-urinário e tegumentar.

Segundo SOMERS (2001), estima-se que nos EUA 10.000 pessoas/ano sofram um TVM e que existam presentemente entre 183.000 a 230.000 sobreviventes a essa condição. Os acidentes com veículos motorizados são a causa mais frequente (37,2%), seguidos pelas agressões físicas (26,8%), quedas (21%), lesões desportivas (7,1%) e outras causas (7,9%).

A incidência das diferentes causas varia com o género, raça, idade, estado laboral, estado civil, o que é influenciado pelas actividades e riscos prevalentes em cada uma destas populações.

Ainda segundo SOMERS (2001), a larga maioria são homens e as idades mais frequentes situam-se entre os 16 e 30 anos, sendo 19 anos a mais comum. Esta

predominância tem a ver com uma população mais propensa a actividades de risco, como conduzir a alta velocidade (e alcoolizada), guiar motas e mergulhar em águas desconhecidas.

Na amostra portuguesa de 76 sujeitos do estudo de HENRIQUES (2004), a média de idade em que ocorreu a lesão foi de 25,79 anos, com um desvio padrão de 10,46 anos. E neste mesmo estudo o género masculino correspondeu a 81,8%.

Fisiopatologia do TVM

Segundo SOMERS (2001), a maior parte das lesões medulares ocorrem como resultado dum traumatismo directo ou indirecto sobre a coluna vertebral. Apenas 10% são consequência da existência de indivíduos portadores de canal medular estreito ou espondilose.

Raramente o traumatismo é causado por uma agressão directa das vértebras, mas sim por um movimento violento da cabeça ou do tronco.

A extensão da lesão neurológica depende do grau em que as vértebras e ou os tecidos moles colidem com a medula, os nervos vertebrais ou com o suprimento vascular da medula. Nem sempre há secção total da medula no nível da lesão, sendo comuns as lesões incompletas.

O nível da lesão implica na extensão das percas motoras.

Classificação dos TVM - Tetraplegia versus paraplegia

Os TVM cervicais causam tetraplegia ou seja perda ou diminuição da actividade motora e ou sensitiva nos membros superiores e inferiores, tronco e órgãos pélvicos.

Os TVM torácicos, lombares ou sagrados causam paraplegia. A actividade motora e sensitiva é normal nos membros superiores. Consoante o nível da lesão pode causar perda ou diminuição da actividade motora e ou sensitiva dos membros inferiores, tronco e órgãos pélvicos.

Neuropatologia

O **choque medular** é um estado transitório que surge logo após o trauma da medula espinal e em que esta cessa as suas funções acima do nível da lesão, independentemente da extensão da mesma. Os reflexos, a actividade motora voluntária, a função sensitiva, o controle do sistema nervoso autónomo ficam ausentes. O doente começa a recuperar do choque medular geralmente após algumas semanas, embora possa levar meses a resolver totalmente. A extensão desta recuperação depende da lesão ser completa ou incompleta. Se a secção é total, não existe possibilidade de ligação ao cérebro e apenas é recuperada a actividade reflexa que acaba por se tornar exacerbada. Se for incompleta o doente acaba por recuperar também alguma actividade motora, sensitiva e autonómica. Os ganhos mais evidentes dão-se nos primeiros 6 meses e depois são mais lentos até aos dois anos. Existem no entanto casos pouco vulgares de ganhos até aos 5 anos ou mais depois do TVM.

Efeitos Físicos do TVM

A localização e a extensão da lesão ao tecido neurológico determinam os efeitos motores, sensitivos e autonómicos do TVM. A lesão completa desconecta o cérebro do corpo abaixo do nível a que se deu, deixando de haver controle voluntário.

- **Alterações da função motora voluntária** - A **paralisia** dos músculos voluntários do tronco e das extremidades é o efeito mais evidente do TVM. Compromete a capacidade de manipular o ambiente e de se mover no espaço.

- **Alterações do tonús muscular** - Na fase de choque medular existe arreflexia motora pelo que não há qualquer contracção muscular, apresentando-se os músculos hipotónicos (flácidos). Há medida que a actividade reflexa vai recuperando, a tonicidade muscular aumenta e chega a atingir níveis exagerados, progredindo para a **espasticidade**. Na espasticidade há contracção muscular involuntária intensa, que aumenta quando se movimenta de forma rápida um segmento. Também é desencadeada por outros estímulos, como por exemplo cutâneos.

Determinados tipos de lesões, podem dar paralisia flácida, é o caso dos TVM muito baixos ou quando foram atingidas raízes dos nervos espinhais.

- **Alterações da sensibilidade** - Existem alterações da sensibilidade na maioria dos TVM. A perda da sensibilidade implica descoordenação dos movimentos do corpo, vulnerabilidade aos traumatismos e comprometimento da sensação do corpo.

- **Respiração e tosse** - A respiração normal e a tosse implicam uma acção coordenada do diafragma, músculos acessórios da respiração, intercostais e músculos abdominais. As lesões acima de D12 vão progressivamente trazendo maior compromisso a estas funções, que pode ir de uma ligeira dificuldade em tossir e expectorar, até incapacidade respiratória.

- **Função vesical e intestinal** - O controle da bexiga e do intestino requiere que estejam intactos os segmentos medulares sagrados que comunicam com o cérebro. Por isso a maioria dos TVM implica perda de controlo voluntário vesical e intestinal.

- **Função sexual** - Os genitais recebem a sua enervação dos segmentos toraco-lombares e sagrados. Quando está afectada há perturbação da resposta sexual mediada pelo cérebro e pela medula. A fertilidade mantém-se inalterada na mulher. O homem é provável que fique infértil.

- **Função cardiovascular** - Os centros vaso motores da medula controlam o sistema cardio-vascular, através de um ajustamento reflexo das descargas do sistema simpático e parassimpático. Controlam a tensão arterial, o ritmo cardíaco e a distribuição do fluxo sanguíneo. Quando um TVM rompe este equilíbrio o doente pode apresentar hipotensão ortostática, bradicardia e bradiarritmias

- **Termo regulação** - A termo regulação envolve o sistema nervoso somático e autónomo. Abaixo do nível da lesão há tendência inicialmente para a hipotermia e depois para a hipertermia, não há sudação, nem tremores.

Complicações do TVM

- **Úlceras de pressão** - É a complicação mais comum. Resulta do facto da pessoa permanecer muito tempo na mesma posição. A pressão prolongada dos tecidos leva a falta de suprimento sanguíneo aos mesmos, acabando estes por necrosar. 33,3% dos inquiridos do estudo de HENRIQUES (2004) referiram ter tido esta complicação e 30,1% requiseram tratamento hospitalar.

- **Complicações respiratórias** - São a causa mais comum de morte após o TVM. O comprometimento dos músculos inspiratórios causa diminuição da ventilação e atelectasia. A fraqueza destes músculos também pode levar à fadiga e consequente falência respiratória. A ineficácia na tosse provoca estase de secreções brônquicas, com consequente atelectasia, pneumonia e resulta em insuficiência respiratória.

- **Diminuição da amplitude articular** - Como a paralisia destas pessoas não lhes permite movimentar activamente as suas articulações, estas estão sujeitas a ficar muito tempo na mesma posição e a diminuírem a sua amplitude de movimento. Podem mesmo ficar com anquilose. A espasticidade é um factor que também contribui para essa situação.

- **Dor** - É um problema muito significativo para grande parte das pessoas com TVM. Pode ocorrer na fase aguda depois do TVM ou posteriormente como um problema crónico. Na fase aguda é frequente a dor nos ombros, particularmente no doente tetraplégico. Dor neuropática também pode estar presente de forma constante ou intermitente. O estudo de HENRIQUES (2004) revelou que 56,6% dos inquiridos tinham tido como complicações a dor e 11% tiveram de receber tratamento hospitalar.

- **Complicações gastrointestinais** - segundo SOMERS (2001) 22% das pessoas com TVM desenvolvem úlceras gástricas ou duodenais de stress na fase aguda. Hemorragia intestinal pode ocorrer no primeiro mês. Outras complicações incluem, ílios paralíticos, dilatação gástrica, impactação fecal, obstrução intestinal, síndrome da artéria mesentérica superior, pancreatite, esofagite, cálculos biliares, obstipação crónica e hemorroidal. No estudo de

HENRIQUES (2004) 42,1% de indivíduos referiram já terem tido complicações intestinais e 1,4% necessitaram de receber tratamento hospitalar.

- **Complicações urinárias** - Até há pouco tempo eram a principal causa de morte após um TVM. A mudança de abordagem em termos urológicos destes doentes reduziu francamente a mortalidade. A não existência de bons cuidados a este nível pode levar a retenção urinária, infecção urinária e refluxo da urina para os ureteres. Podem resultar cálculos renais e vesicais, hidronefrose, pielonefrite, insuficiência renal, septicemia e morte. O estudo de HENRIQUES (2004) mostrou que 68,4% dos doentes afirmaram já ter tido complicações urinárias e 24,7% tiveram de receber tratamento hospitalar.

- **Trombose venosa profunda** e trombo embolismo pulmonar - A trombose venosa profunda dos membros inferiores é uma complicação comum, particularmente na fase aguda do TVM. Em consequência o doente corre risco de vida pela ocorrência de tromboembolismo pulmonar. Segundo SOMERS (2001) 2% a 16% das pessoas com TVM morrem desta complicação nos primeiros 3 meses, ocorrendo raramente após este período.

- **Disreflexia autonómica** - Os doentes com lesões acima de D6, podem ter crises de disreflexia autonómica em consequência da desconexão entre o cérebro e os neurónios simpáticos da medula toraco-lombar. Segundo SOMERS (2001) ocorre em 10% a 85% dessas pessoas. Caracteriza-se por uma subida brusca da tensão arterial, bradicardia, dor de cabeça latejante, rubor e suores profusos acima do nível da lesão. É frequentemente acompanhada de ansiedade. É desencadeada por estímulos abaixo da lesão que desencadeiam uma resposta excessiva do sistema simpático. São exemplos de alguns desses estímulos, a distensão intestinal ou da bexiga, infecção urinária, úlceras de pressão ou uma unha do pé encravada.

- **Doença cardiovascular** - Os avanços no tratamento e reabilitação destes doentes, reduziram as mortes por complicações. Na medida em que estes doentes passaram a viver mais tempo, também aumentou a prevalência das doenças cardio-vasculares nesta população. Como causas pode estar a vida sedentária, aumento da massa gorda corporal, dislipidémias e diabetes.

O estudo de HENRIQUES (2004) mostrou que as pessoas que se sentem mais condicionadas nas suas vidas pelas complicações têm mais baixos níveis de qualidade de vida, sendo esta correlação negativa estatisticamente significativa em todas as dimensões da qualidade de vida.

Cuidados de Emergência pré-hospitalar e hospitalar

Logo após o TVM estes doentes precisam de cuidados especializados. As consequências da lesão podem ser minoradas ou agravadas consoante a assistência no local do acidente e, a seguir, pelo tratamento médico e cirúrgico que for providenciado. A prioridade é a máxima estabilização possível da coluna para evitar que qualquer movimento provoque ainda mais lesões no tecido neurológico medular.

Na assistência pré-hospitalar o pessoal tem de estar treinado em técnicas de imobilização da coluna e movimentação destes doentes, assim como ter dispositivos adequados para tal, de modo a não lhes causar mais danos neurológicos.

Já no hospital, em todos os procedimentos efectuados, as técnicas de imobilização da coluna devem ser respeitadas. As grandes prioridades são proporcionar, uma ventilação, oxigenação e circulação adequadas. Entubação endotraqueal e ventilação mecânica são instituídas se indicado. Outros traumatismos associados são tratados. Nas primeiras 8 horas é administrado um protocolo de metilprednisolona endovenosa que está provado aumentar a recuperação motora e sensitiva, quando instituído (SOMERS, 2001).

Tratamento da fractura cirúrgico e não cirúrgico

Depois de diagnosticadas e logo que possível todas as fracturas da coluna são reduzidas e estabilizadas. Existem vários métodos que são utilizados isoladamente ou em conjunto consoante as situações: Tracção da coluna, cirurgia e uso de ortóteses (Halo, Minerva, colar cervical Filadélfia, colete de Jewett).

Cuidados especializados

- **Cuidados vesicais** - Visto que a bexiga destes doentes não se esvazia espontaneamente, ficam com algália permanente durante a fase aguda. Previne-se assim distensão da bexiga e refluxo para os ureteres que pode causar insuficiência renal. À medida que a fase aguda passa é instituído, junto do doente, um programa de esvaziamento periódico da bexiga através de cateterizações intermitentes (**treino vesical**). O doente deverá aprender a executar esta técnica sozinho, se tiver capacidades para tal ou em alternativa algum familiar ou cuidador.

- **Cuidados intestinais** - É instituído um programa de esvaziamento intestinal periódico (**treino intestinal**), que o doente ou família deverá aprender a fazer e que previne a obstipação, distensão abdominal e impactação. Este programa também vai prevenir episódios de disreflexia.

- **Cuidados com a pele** - As pessoas com TVM, estão muito vulneráveis às úlceras de pressão, pelo que a sua prevenção se torna um grande foco de atenção de enfermagem. As medidas incluem vigilância da pele, aliviar ou alternar com frequência os posicionamentos, utilização de dispositivos de alívio da pressão, manter a pele limpa e seca, evitar forças de deslizamento e fricção e manutenção de um bom estado de saúde e nutricional. O doente e família devem também receber educação nesta área crítica.

- **Cuidados respiratórios** - Uma lesão cervical alta pode resultar em diminuição da capacidade respiratória e pode tornar necessária a instituição imediata de ventilação mecânica. Mesmo sem necessidade, no início, de ventilação mecânica, há que ter em conta que a capacidade respiratória pode deteriorar-se nos primeiros dias depois do TVM. Por isso a função respiratória deve ser vigiada de forma apertada na fase inicial. Os cuidados respiratórios devem ser instituídos tão cedo quanto possível e continuar desde a fase aguda até à reabilitação pós-aguda. Incluem aspiração de secreções e técnicas de cinesiterapia efectuadas pelo enfermeiro especialista de reabilitação e fisioterapeuta. Nomeadamente medidas para mobilizar as secreções, melhorar a

capacidade respiratória e de tossir e ensino de prevenção de complicações após a alta.

- **Cuidados cardiovasculares** - Na fase inicial podem existir alterações cardiovasculares pelo que é importante o doente ter monitorização cardíaca, para se poder actuar atempadamente e controlar a situação. Para prevenir a trombose venosa profunda utilizam-se meias elásticas ou dispositivos de compressão pneumática. A hipotensão ortostática quando o doente se levanta tem de ser controlada com estratégias adequadas. Há que tratar rapidamente as crises de disreflexia autonómica e descobrir e controlar as causas que a desencadearam.

- **Cuidados a nível motor** - O risco de anquilose é acrescido, não só devido à imobilidade mas também à espasticidade que, passada a fase aguda, se vai instalando. O posicionamento do doente com um correcto alinhamento e os exercícios de mobilização são essenciais. A **espasticidade** só se torna problemática quando existe aumento acentuado do tónus muscular, provocando dores e perturbando a funcionalidade independente da pessoa ou a assistência de quem cuida do doente. Pode levar a limitações articulares. O controle da espasticidade é altamente individualizado. Mas exercícios passivos e os posicionamentos são geralmente adequados para manter as amplitudes articulares, manter o desconforto da espasticidade em níveis aceitáveis e permitir a independência do doente ou o manuseamento do cuidador. Quando estas medidas falham tem de se recorrer a terapêutica medicamentosa.

Com o doente mais estabilizado dá-se início a um *programa de reabilitação* na senda da maior independência possível. O *levante para a cadeira de rodas* é um primeiro passo, permitindo ao doente sair não só da cama, mas também do seu quarto e deambular. No entanto estes levantes são muitas vezes desconfortáveis para o doente, tanto física como psicologicamente, enquanto não adquire equilíbrio de tronco e não integra a sua nova auto-imagem. Os *exercícios de mobilização* visam não só manter as articulações livres de anquilose, mas também potenciar alguma força remanescente que exista.

- **Cuidados para a satisfação das actividades de vida diária** - Uma vertente saliente nos cuidados a estes doentes, é a *grande dependência para a satisfação de todas as suas actividades de vida diária*. Devido ao compromisso motor, necessitam de ser ajudados nos cuidados de higiene, na alimentação, no posicionar-se e, mais tarde, nas transferências e no deambular. Estão também dependentes por vezes para gestos tão simples como coçar um olho ou taparem-se. Um dos objectivos dos cuidados de reabilitação a estes doentes é torná-los o mais independentes possível nas actividades de vida.

Ensino ao doente e família

Antes da alta são feitos, ao doente e à família, ensinamentos sobre prevenção de complicações e sobre os cuidados necessários em casa: cuidados de higiene, posicionamentos, levante, treino vesical e intestinal.

1.2 - ADAPTAÇÃO À DOENÇA

O doente com TVM foi sujeito, como já referimos, a uma mudança súbita na sua vida. A hospitalização, a paralisia, a dependência de terceiros, a incerteza sobre um futuro com deficiência, um processo de reabilitação no qual se tem de empenhar para se tornar mais independente - tudo isto são desafios à capacidade de adaptação do indivíduo. Num mesmo doente confluem simultaneamente os problemas típicos de uma doença aguda, de uma doença que altera a imagem corporal e de uma doença crónica. Razões mais que suficientes para que o processo de adaptação destes doentes não seja fácil e possa revestir inicialmente os contornos de uma crise.

Neste subcapítulo serão abordados alguns conceitos, modelos e teorias sobre o processo de adaptação que ajudam a explicá-lo no doente que sofreu TVM. Serão referidos também alguns estudos que trataram esta temática nos doentes com TVM.

O Processo de Adaptação à Doença

Adaptar deriva da palavra latina *adaptare* cujo significado é ajustar-se. Podemos definir adaptação como o ajustamento de um organismo às alterações do seu meio quer externo, quer interno. Embora seja uma característica de todos os seres vivos, interessa-nos aqui a adaptação humana nomeadamente à doença.

Como refere HENRIQUES (2004), “os conceitos mais recentes de saúde assentam na capacidade de adaptação constante. Saúde é a capacidade consciente da pessoa interagir com o ambiente mesmo em situações de doença ou de incapacidade, exigindo de cada pessoa mudanças no sentido de um equilíbrio que se está a desajustar continuamente”.

Diversos conceitos e modelos se adequam à explicação do processo de adaptação às doenças, nomeadamente ao TVM: o conceito de **crise**, como o desenvolvido por Caplan; as **teorias dos estádios**, como a de Kubler-Ross; os conceitos de **mecanismos de adaptação e defesa**, os conceitos de **stress e coping** que integram o modelo de *Stress e Coping* de Lazarus e Folkman e que são amplamente utilizados, nomeadamente por diversas teóricas de enfermagem. Destaco o conceito de **transição** desenvolvido por Meleis que é particularmente útil na perspectiva da enfermagem.

Adaptação à doença aguda

A pessoa que sofreu TVM experimenta uma mudança súbita na sua vida, com implicações a nível físico, psíquico e social que vão interferir com a saúde da pessoa, os seus sentimentos de bem-estar e as actividades e relações familiares e sociais.

O *percurso de adaptação* destes doentes ao TVM passa por várias fases, cada uma em contextos diferentes e com características próprias: A *fase aguda* (após o traumatismo), em Serviço de Neurocirurgia; a *fase de readaptação às actividades de vida diária*, desejavelmente, num centro especializado de reabilitação e finalmente a *fase de reinserção familiar, social e profissional*.

Na *fase aguda*, a que nos interessa no momento, a tónica é geralmente colocada, de início, na compensação fisiológica do indivíduo. É quase sempre sujeito a

tratamento cirúrgico ou conservador que provoca dor ou desconforto. Quando os músculos respiratórios ficam afectados é, muitas vezes, submetido a uma entubação endotraqueal ou a uma traqueostomia e ligado temporariamente a uma prótese ventilatória na Unidade de Cuidados Intensivos. Estes doentes ficam dependentes dos profissionais de saúde para a sua sobrevivência, principalmente quando a função respiratória está afectada. Este novo contexto, o do internamento hospitalar, como refere SCAMBLER (1991:72), apesar “de ser uma rotina para o pessoal hospitalar, ele constitui um acontecimento major na vida das pessoas e é frequentemente fonte considerável de ansiedade e stress”. Implica também um afastamento da família numa altura em que dela mais se necessita. Podemos por isso esperar os problemas múltiplos da pessoa que sofre uma **doença aguda** referidos por PHANEUF (2002:395) que vão desde o “medo do sofrimento - e mesmo da morte - até ao stress intenso causado pelos inconvenientes devidos aos tratamentos invasivos, e às dificuldades resultantes do abaixamento do estado de consciência e da capacidade de comunicar”.

Confusão e esquecimento são habituais no período inicial após o TVM. O doente parece ter dificuldade em processar a informação e pode repetir perguntas que já fez anteriormente. Estas reacções começaram por ser assumidas como um sinal de negação mas, segundo SOMERS (2001), ultimamente outras explicações são possíveis como sejam a privação sensorial, falta de referências temporais, privação do sono, dor e medicação.

Adaptação à situação de imobilização por paralisia

De acordo com PHANEUF (2002), a pessoa imobilizada por paralisia, ao consciencializar-se do seu estado sente um corte na sua vida, como se deixasse de existir futuro e passasse a haver só passado.

A pessoa que sofreu TVM, como refere HENRIQUES (2004), começa a confrontar-se com um corpo que já não dá resposta como habitualmente aos estímulos internos e externos e necessita que lhe esclareçam essa situação presente e que lhe perspectivem o futuro. O estigma da deficiência pode começar a aflorar na sua mente. Devido à sua incapacidade ficam de início

muito dependentes dos cuidados de enfermagem para a satisfação das suas necessidades mais básicas (higiene, vestir-se, alimentar-se, eliminação e mobilidade). Além dos cuidados físicos, esta pessoa tem necessidade, segundo PHANEUF (2002), que a enfermeira a ajude a aceitar a situação, a adaptar-se e a reencontrar algum equilíbrio emocional que torne a vida mais suportável. Segundo a autora podem-se esperar nesta situação de imobilização, problemas como a ansiedade, a dependência, a perturbação da imagem e da auto-estima, a negligência perceptual, o sentimento de impotência, a modificação das relações com os próximos, o luto das suas actividades, a modificação dos seus hábitos de vida e o medo do futuro.

Adaptação à doença crónica

Devem ser iniciados, nesta fase aguda de internamento hospitalar, uma série de cuidados de enfermagem de reabilitação. Estes visam por um lado prevenir complicações (respiratórias, úlceras de pressão, anquiloses), por outro ir promovendo a maior independência possível nas actividades de vida diária e ao mesmo tempo ajudar no processo de adaptação. Isso consegue-se através de uma reeducação motora, vesical, intestinal e respiratória na qual o doente tem de estar activamente implicado. Considerando esta situação com as características de uma doença crónica, visto que não há solução para a paralisia, podemos esperar os seguintes problemas enunciados por PHANEUF (2002): depressão, ansiedade, cólera, sentimento de impotência e a dor física.

Os contornos de uma crise na adaptação ao TVM

Nesta fase aguda a pessoa é confrontada com uma realidade penosa que tem muitas vezes dificuldade em aceitar. Enfrenta a possibilidade de correr risco de vida, o prognóstico ainda é por vezes incerto e tem de se submeter a tratamentos dolorosos.

O conceito de crise pode ajudar a compreender o estado pelo qual o doente com TVM passa, logo a seguir ao traumatismo.

A teoria da crise desenvolvida por G. Caplan assenta, segundo PHANEUF (2002:526) “no conceito de relação entre mecanismos de adaptação enquanto que reguladores psicológicos e o equilíbrio homeostático do organismo humano”. O conceito de *crise*, pode-se definir como um “estado psicológico agudo que torna ineficazes os mecanismos habituais de adaptação da pessoa” (PHANEUF, 2002:526) e que surge em consequência de uma ameaça à integridade física ou psicológica imprevista. O stress gerado é de tal ordem que a pessoa se sente paralisada, manifestando-se sentimentos de angústia, medo, culpabilidade, vergonha e impotência. Este estado pode ir de alguns dias a cerca de 6 semanas.

Comporta 4 fases: de impacto, de subida da ansiedade, de ansiedade máxima, de desorganização. A resolução da crise pode resultar num reencontro do estado anterior de equilíbrio, num crescimento que torna a pessoa mais forte ou em perturbação psicológica.

Embora se possa pensar que sofrer um TVM é uma situação devastadora da vida de qualquer um, o certo é que diversos estudos mostram que muitas destas pessoas, após um período de ajustamento à doença, tendem para ter um auto-conceito positivo, satisfação com a vida e níveis de ansiedade ou depressão semelhantes aos da população em geral (SOMERS, 2001). Segundo SOMERS (2001), a explicação pode estar no facto de a crise, pela qual estas pessoas passam, poder ser uma oportunidade poderosa de crescimento pessoal. As perdas profundas que sofrem põem em causa a sua identidade e a perspectiva que tinham sobre si próprias e a vida. No rescaldo desta perturbação a auto-imagem altera-se e é construída uma nova visão sobre o mundo.

No entanto há pessoas que não se adaptam tão bem, sendo a depressão, a ansiedade e os sentimentos de desamparo mais prevalentes que na população em geral. O suicídio é 3,3 a 5 vezes mais frequente e ocorre geralmente nos primeiros 5 anos após o TVM (SOMERS, 2001).

As fases ou estádios de adaptação ao TVM

Segundo SOMERS (2001), até há pouco tempo, considerava-se que todos os doentes com TVM passavam por diversos estádios de adaptação comuns à sua situação de doença. Tipicamente era esperado que passassem sucessivamente por diversas fases como por exemplo: choque, negação, depressão, raiva, dependência e finalmente aceitação. Quem não correspondesse a este padrão não estaria supostamente a adaptar-se bem.

Embora as *teorias dos estádios*, que estabelecem uma série de etapas até se chegar a alguma forma de adaptação, continuem a ser defendidas por alguns autores, SOMERS (2001), GALVIN e GODFREY (2001), e DEJONG citado por HENRIQUES (2004) concordam que estas teorias estão ultrapassadas, não tendo sido provadas empiricamente.

No entanto as bases destas teorias continuam a ser utilizadas para explicar o **processo de adaptação à doença** em fase aguda no qual PHANEUF (2002) refere quatro fases. Na primeira o doente sente ansiedade e medo, os quais a enfermeira deve ajudar a aliviar e desmistificar. Numa segunda fase manifesta-se hostilidade, cólera e muitas vezes negação do seu problema e dos tratamentos. Aqui a enfermeira deve permitir a livre expressão das emoções e dos sentimentos. Por vezes tem de tolerar a negação do doente, ao compreender que é uma forma de ele ganhar energias para enfrentar a situação e só mais tarde tenta trazê-lo à realidade. Numa terceira fase o doente tem tendência para a depressão a qual a enfermeira tenta aliviar através de uma relação empática e comunicando esperança. Finalmente vem uma fase de aceitação que torna o doente mais sereno, sentimento este que a enfermeira deve apoiar e incentivar.

Os mecanismos de adaptação e defesa no TVM

Os *mecanismos de adaptação e defesa* são referidos por PHANEUF (2002) como tendo na sua base “uma situação difícil, à qual a pessoa tem dificuldade em se adaptar por causa da ansiedade e das emoções vivas que ela suscita...” Descreve um grande número deles. Uns favorecem a adaptação, outros agem mais como um escudo contra a ansiedade, a perda de auto-estima e o

sofrimento. Alguns são nocivos ou ineficazes. Os mecanismos com função adaptativa podem ajudar a pessoa a voltar-se para um processo activo de resolução de problemas. Já nos mecanismos defensivos, segundo PHANEUF (2002), “a pessoa procura inconscientemente, por diversos meios, negar, esconder, bloquear ou atribuir aos outros as suas pulsões inaceitáveis ou as emoções muito fortes ou muito desagradáveis que sente”. Para poder ajudar o doente com TVM há que avaliar estes mecanismos e se estão a ter em cada momento uma função adaptativa positiva ou não.

No entanto a *negação* pode ser uma possibilidade de reacção normal e psicologicamente saudável numa situação de luto. SOMERS (2001) considera que as perdas associadas ao TVM são de uma magnitude semelhante à da perda dum ser amado. Sendo assim a negação pode servir para restabelecer os recursos psicossociais do individuo e prepará-lo para a perda.

O Luto das perdas

O TVM causa uma série de perdas às quais o doente se tem de adaptar: físicas, funcionais, sociais, financeiras, na identidade pessoal e na própria visão do mundo.

PHANEUF (2002) fala das inúmeras actividades e hábitos de vida que um doente com paralisia sente alterados ou mesmo abolidos. São exemplos, as actividades desportivas, laborais, sociais e sexuais. Jogam aqui um papel importante, não só as dificuldades de mobilização, mas também a percepção negativa que a pessoa tem de si e os preconceitos da sociedade. Isto exige uma sólida capacidade de adaptação.

Segundo SOMERS (2001), cada doente adapta-se, não de uma maneira previsível, como preconizava a teoria dos estádios, mas fazendo o luto dessas perdas à sua maneira e ao seu ritmo. De acordo com as pesquisas da referida autora, os factores que influenciam a adaptação vão desde as características pessoais como a personalidade, a saúde mental prévia, as experiencias anteriores de perda, a idade; até ao suporte proporcionado pelos familiares, amigos e profissionais de saúde, a situação financeira, educação e acessibilidade

aos transportes. Contrariamente ao que se esperaria, o nível da lesão não é um factor significativo, um tetraplégico pode adaptar-se de forma tão bem sucedida como um paraplégico.

O luto é um processo normal e saudável através do qual a pessoa se adapta a uma perda significativa. Não se trata de um processo linear com uma série de estádios que se sucedem, mas sim comporta uma larga e variada gama de emoções e comportamentos que podem alternar e alterar rapidamente o humor do indivíduo. São exemplos: a tristeza, raiva, hostilidade, ansiedade, pânico, sentimentos de inadequação, vergonha, desamparo, vulnerabilidade, regressão e auto-negligencia. Muitos doentes ponderam o suicídio, embora poucos o tentem.

É importante distinguir o luto da depressão clínica. Esta tem um padrão específico e persistente de emoções e comportamentos que não acontece na maioria dos indivíduos com TVM. Quando esta ocorre é geralmente breve, moderada e ocorre nos primeiros meses.

A função do luto é a de deixar para trás o que se perdeu e formular uma nova vida sem isso. A primeira sensação pode ser a de perda total e de vida destruída. O luto vai permitir fazer uma triagem do que realmente se perdeu e do que ainda resta. A perda da auto-imagem anterior leva a uma resposta no sentido de forjar uma nova identidade e um novo estilo de vida, com novos objectivos e novas fontes de satisfação. Ao criar uma nova existência ao invés de se fixar na anterior a pessoa com TVM pode sentir-se bem consigo e com a sua vida.

As teorias do stress e coping

A primeira teoria sobre o stress surge com Selye que o estudou sob o ponto de vista fisiológico. (LOPES, 2006)

Os *conceitos do modelo Transaccional de Stress e Coping* de Lazarus e Folkman são, segundo GALVIN E GODFREY (2001), utilizados pelas pesquisas mais actuais para explicar o processo dinâmico de adaptação tanto nos TVM, como noutras doenças e traumatismos.

Lazarus e Folkman, numa perspectiva cognitivista, propõem um modelo de stress e "coping" como um processo transaccional entre a pessoa e o ambiente, com ênfase no processo, tanto quanto em traços de personalidade (ANTONIAZZI et al., 1998). Este modelo envolve a formulação de um processo para explicar a capacidade do indivíduo para lidar e ajustar-se ao stress. Do modelo fazem parte conceitos como stress, stressores, resposta ao stress, mediadores (avaliação da situação, "coping").

RAMOS (2004:109) refere que este modelo "veio abrir novas perspectivas de investigação em saúde ao interessar-se pelas transações entre o indivíduo e o ambiente, ou seja, pelas estratégias cognitivas, emocionais e comportamentais que o indivíduo utiliza para se adaptar a uma situação aversiva específica" .

Como afirma Henriques (2004) estes doentes " Para além dos cuidados relacionados com os tratamentos iniciais referidos anteriormente, todo o processo de readaptação requer contributos que promovam estratégias de «coping» nas pessoas com LMT"

GALVIN E GODFREY (2001) propuseram um modelo de análise com base na teoria de Stress e Coping de Lazarus e Folkman - O Modelo de Stress e "Coping" no TVM. Analisando este modelo podemos ter uma visão dos factores a avaliar e em quais intervir no processo de ajustamento psicológico ao TVM. O doente pode ser ajudado no seu processo de adaptação não só actuando nas estratégias de "coping", mas também controlando os stressores e avaliando os recursos de "coping".

Destaco o estudo de ELFSTROM et al. (2002) em que os autores pretenderam colmatar as falhas de estudos anteriores utilizando uma grande amostra e métodos psicométricos rigorosos. Identificaram, como sendo próprias dos lesionados vértebro-medulares, estratégias de "coping" (Aceitação, Espírito Lutador e Amparo Social) e reacções psicológicas (Desamparo, Intrusão e Crescimento Pessoal) que permitiram a construção de duas escalas específicas.

Adaptação ao TVM e Qualidade de Vida

Em Portugal, HENRIQUES (2004) estudou os percursos de adaptação à paraplegia, tendo, entre outros, os objectivos de “descobrir os factores que interferem na adaptação da pessoa à deficiência” e de “compreender como é que a vivência enquanto utente dos serviços de saúde influenciou a adaptação à deficiência”.

Neste estudo pretendeu avaliar a qualidade de vida das pessoas com paraplegia de origem traumática, utilizando a escala MOS SF-36.

Concluiu que a qualidade de vida destas pessoas não depende tanto dos problemas relacionados com a deficiência física, mas mais da reintegração sócio-familiar e profissional e de características individuais da pessoa, nomeadamente do seu locus de controlo.

Segundo HENRIQUES (2004), “ Como a qualidade de vida das pessoas com LMT está dependente da conjugação de uma multicausalidade, que inclui factores relacionados com a saúde, factores individuais, familiares e sociais, uma prestação de cuidados centrados na pessoa, exige a mobilização de um conjunto de conhecimentos que ultrapassam em muito os aspectos técnicos.”

TVM como um processo de transição segundo Meleis

O *conceito de transição* de Meleis pode ajudar os enfermeiros, a contextualizar o processo de mudança que sofre o indivíduo com TVM. MELEIS e TRANGENSTEIN (1994), definem Enfermagem como consistindo “na facilitação dos processos de transição, no sentido de se alcançar uma maior sensação de bem-estar”.

Estas autoras definem transição como a “passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro...transição refere-se tanto ao processo como ao resultado de complexas interacções pessoa - ambiente. Pode envolver mais do que uma pessoa e está embutida no contexto e na situação.”

Referem que a transição implica uma mudança no estado de saúde, nos papéis sociais, nas expectativas, nas capacidades. Exige da pessoa aquisição de novos

conhecimentos e alteração de comportamentos o que vai implicar mudar o seu eu no contexto social.

Podemos assim considerar o TVM como um processo de transição em que todas as componentes atrás referidas estão presentes.

Há uma mudança súbita no estado de saúde, que se torna geralmente permanente, com instalação de um quadro de paraplegia ou tetraplegia. Os papéis sociais podem sofrer profundas alterações pela incapacidade, pelo menos temporária, em o indivíduo os desempenhar. As expectativas que a pessoa tinha para a sua vida terão de ser reformuladas de acordo com a nova situação. As capacidades motoras e conseqüentemente a realização das actividades de vida diária ficam afectadas. A pessoa tem de adquirir, durante o processo de reabilitação, novos conhecimentos, comportamentos e habilidades que lhe dêem competências para se readaptar de forma o mais independente possível à vida diária. O objectivo é continuar, sempre que possível, a fazer o que se fazia antes mas de outra maneira. Todo este longo processo exige a mobilização de recursos psicológicos por parte do indivíduo que lhe permitam ajustar-se o melhor possível à situação incluindo mudanças no próprio eu.

MELEIS e TRANGENSTEIN (1994) referem que o processo de transição em geral comporta três fases: entrada, passagem e saída. No TVM a fase de entrada começa na altura do acidente com o internamento em hospital de agudos. A fase de passagem é todo o processo de reabilitação a que é sujeito para se readaptar à vida familiar e sócio-profissional . E a fase de saída, supostamente, dar-se-ia com a reinserção do indivíduo na comunidade.

A transição implica uma abordagem longitudinal e multidimensional dos processos nela implicados. Ou seja envolve factores situacionais (como seja o contexto dos serviços de saúde), pessoais (como a personalidade, as experiências anteriores) e do próprio estado de saúde, ao longo do tempo, o que a diferencia das mudanças que tendem a ser breves e auto-limitadas no tempo (como p. ex. uma doença aguda passageira). Por isso o sucesso de transição numa fase contribui para o sucesso da seguinte.

O processo de adaptação ao TVM tem de ser visto de forma diferenciada ao longo das várias fases atrás referidas. Em cada uma delas os factores situacionais (como seja o contexto dos serviços de saúde) e o próprio estado de saúde do indivíduo vão-se alterando. Até os factores pessoais, sendo na sua maioria estáveis (como a personalidade), podem ter sofrido alterações com as experiências, nomeadamente relacionais pelas quais o indivíduo passou.

MELEIS e TRANGENSTEIN (1994) propõem o conceito de transição como um conceito major no domínio da Enfermagem, independente e integrador das teorias e modelos existentes. A missão da Enfermagem seria a de **facilitar os processos de transição**, através do cuidar, procurando **atingir como resultado a saúde e o bem-estar subjectivo**, prevenindo assim uma transição pouco saudável. A enfermagem poderá assim contribuir para uma transição bem sucedida.

Distinguimos aqui nitidamente dois aspectos na transição que nos interessam:

- O processo
- Os resultados

O processo de transição

No que respeita aos processos de transição, a autora enfatiza a importância do conhecimento do *coping* para a enfermagem, tanto na avaliação da adaptação dos seres humanos em transição, como para ajudá-los a que aquela seja bem sucedida. Como os seres humanos lidam (*cope*) com a transição e como o ambiente afecta esse *coping* são questões fundamentais para a enfermagem.

A enfermagem procura maximizar as forças, recursos e potencialidades dos clientes ou contribuir para a recuperação do cliente para níveis óptimos de saúde, função, conforto e auto-realização. *Coping* e adaptação são conceitos multi e interdisciplinares». (MELEIS, 1995)

Os resultados da transição

A autora aponta três indicadores de uma transição bem sucedida: Bem-estar emocional, controlo/domínio, bem-estar relacional

Acrescenta outros indicadores relacionados com a especificidade do foco da enfermagem na saúde como sejam: Qualidade de vida, adaptação, capacidade

funcional, auto-realização, consciência alargada (plena consciência), transformação pessoal, determinação, mobilização de energia.

Defende que o objectivo do desenvolvimento do conhecimento na enfermagem deve centrar-se na compreensão dos fenómenos ligados aos processos de transição como sejam:

- A experiência humana dos que estão em transição
- Os processos ou condições que promovem uma transição bem sucedida
- Os cuidados de enfermagem que lidam com a transição

1.3 - A RELAÇÃO ENFERMEIRO/DOENTE

O enfermeiro que cuida estes doentes está perante uma pessoa muito dependente que requiere cuidados técnico-instrumentais muito específicos assim como cuidados de reabilitação mas que, em simultâneo, se está a debater com um processo de adaptação a uma nova, complexa e dolorosa realidade na sua vida. O profissional de enfermagem tem assim de estar preparado, não só com habilidades técnico-instrumentais específicas mas, também, com competências relacionais para lidar com as manifestações do processo de adaptação do doente e ajudá-lo a aliviar o sofrimento e a ultrapassar de forma positiva a situação. Começaremos por abordar a especificidade da relação enfermeiro-doente. Em seguida falaremos do estado da arte na actualidade em que, cada vez mais, se tenta captar na prática de cuidados as características desta relação tão específica e as competências que os enfermeiros desenvolvem. Daremos especial ênfase ao trabalho de Benner, pela sua envergadura e significado ao estabelecer diversos níveis de competência em enfermagem. Finalmente faremos uma revisão de alguns trabalhos que abordam especificamente a relação enfermeiro – doente em pessoas com TVM.

1.3.1 - As especificidades da relação enfermeiro-doente

A vivência dum processo de transição nos TVM justifica que se evidencie a componente relacional dos cuidados, visto a sua qualidade ser determinante para um cuidado de enfermagem terapêutico.

Evolução do papel relacional do enfermeiro

A evolução do papel relacional do enfermeiro liga-se ao progresso e maturidade da enfermagem como disciplina.

COLLIÉRE (1999) fala da *corrente ligada à tecnicidade e centrada na doença*, consequência das numerosas descobertas científicas dos finais do século XIX, que ao proporcionarem à medicina novas tecnologias de precisão, a fizeram apartar-se do doente enquanto pessoa para se dedicar ao diagnóstico e tratamento do seu corpo. A enfermagem que até aí era tributária dos valores morais e religiosos vai, aos poucos, adoptando o modelo biomédico, com valorização da tecnicidade. O centro continua a ser o doente, mas enquanto portador de doença e é em torno desta que se organizam as técnicas e tarefas com vista à sua reparação.

A *corrente de revalorização da relação entre quem presta e quem recebe cuidados*, (COLLIÉRE, 1999) surge mais tarde em consequência do desenvolvimento das ciências ditas humanas. Diferentes correntes terapêuticas com origem na psicanálise e psicologia ganham influência nas instituições psiquiátricas revalorizando a aproximação relacional como acção terapêutica e pondo em questão tratamentos mais pesados como os electrochoques.

De acordo com LOPES (2006) o papel relacional do enfermeiro começou por se destacar a nível da enfermagem psiquiátrica, salientando-se a obra de **Peplau** "The interpersonal relations in nursing" em 1952. Com Peplau o papel relacional do enfermeiro em psiquiatria é caracterizado e definido pela primeira vez, sem ambiguidades e numa base científica.

Mais tarde, em 1961, **Orlando**, com a sua obra "The dynamics nurse-patient relationship" veio marcar a diferença, estendendo a utilidade do papel de

intervenção relacional terapêutica do enfermeiro a todos os contextos de prestação cuidados, que não só o psiquiátrico.

No entanto os trabalhos teóricos subsequentes continuaram a dar ênfase ao contexto psiquiátrico e foram no seu conjunto agrupados por KÉROUAC et al (1994) citado por LOPES (2006) sob a designação de “**escola da interação**”. Esta escola foi influenciada, segundo as referidas autoras, pela terapia centrada no cliente de Rogers, a teoria sistémica de von Bertalanffy, a fenomenologia e o existencialismo.

Mais tarde e progressivamente, o papel relacional terapêutico do enfermeiro, “contaminou” as teorias de enfermagem, destacando-se as de Watson, Orem, Parse e mais recentemente, as teorizações especificamente relacionais de Lazure e Chalifour.

Com WATSON (2002), está a emergir o *cuidar-curar transpessoal*, um modelo reconstruído de enfermagem para além do pós-moderno que se baseia mais numa estrutura quântica que na ciência convencional. Este modelo requer que o enfermeiro “esteja com o outro na sua jornada de saúde, doença, cura” (WATSON, 2002:174).

“O ênfase está na relação, no estar com, na constância e continuidade. Conceitos que são fundamentais para uma ontologia de cuidar e de consciência, apesar da natureza da doença, das necessidades de cuidados, ou das exigências tecnológicas que o cuidar requer” (WATSON, 2002:179).

Reportando-nos agora a Portugal, no passado a formação inicial não contemplava a aquisição concreta de competências relacionais, utilizava-se no entanto uma expressão que, embora tivesse algum sentido, era vazia de conteúdo, o “apoio psicológico”. Na opinião de LOPES (2006) a preocupação com a aquisição de competências relacionais no sistema de ensino de enfermagem, começou com as especializações em enfermagem. Primeiro só com a de enfermagem psiquiátrica e depois com diversas outras especialidades. Também a formação avançada (mestrados e doutoramentos), procurada inicialmente pelos docentes das escolas, contribuiu para o entendimento da importância desta vertente, como competência, na formação inicial.

Actualmente os enfermeiros já saem das escolas com formação específica na área e até com algum treino de atitudes.

A relação numa enfermagem terapêutica - A relação terapêutica

MCMAHON (1991:22) consideram enfermagem terapêutica aquela em que as enfermeiras usam a sua criatividade para intervir positivamente ao ajudarem o doente na sua busca de saúde.

MCMAHON (1991:6-12) chama a atenção sobre a importância que o conceito de holismo passou a ter para uma enfermagem terapêutica, ao considerar que corpo e mente estão intrinsecamente ligados, influenciando-se mutuamente. Este conceito está subjacente a todos os modelos de enfermagem actuais. O autor, baseado neste conceito, descreve as actividades consideradas terapêuticas na enfermagem, sendo a primeira precisamente o Desenvolvimento da Relação Enfermeiro-Doente. Acerca da área da relação enfermeiro-doente o autor destaca o modelo de Muetzel (1989) que inclui 3 conceitos: parceria, intimidade e reciprocidade.

MCMAHON (1991:5) destaca a relação enfermeiro doente nas 4 áreas em que considera terapêutica a enfermagem. As outras três são as intervenções convencionais (tratamentos físicos), as intervenções não convencionais (baseadas no holismo e terapias complementares) e o ensino ao doente.

RILEY (2004) enuncia e desenvolve os ingredientes básicos da relação enfermeiro-doente e enfermeiro-família: Calor humano, respeito, autenticidade, empatia, auto-exposição, especificidade, fazer perguntas, expressar opiniões, humor e espiritualidade.

Segundo RILEY (2004), a relação de ajuda distingue-se das relações de carácter social, no sentido em que é estabelecida em benefício do cliente, enquanto que as relações entre familiares e amigos visam uma satisfação mútua de necessidades. “ Em particular, a relação cliente/enfermeiro visa ajudar o doente a alcançar e manter um nível óptimo de saúde” (RILEY, 2004:26). Existe “ confiança mútua e responsabilidade em assistir os outros que caracteriza a verdadeira relação profissional” (RILEY, 2004:26).

A relação enfermeiro-doente e a humanização dos cuidados

PHANEUF (2002:322) fala da relação como um encontro significativo com o outro. Para que tal aconteça determinadas condições têm de ser satisfeitas. Implica quase uma partilha em que estão presentes uma comunicação profunda virada para um objectivo, vontade de evolução, o reconhecimento e respeito pelo outro como ser humano igual.

Travelbee (1971) citado por ERSSER (1991) distingue *interacção* enfermeiro-doente de *relação* enfermeiro-doente. A primeira relaciona-se com qualquer contacto entre a enfermeira e uma pessoa doente, enquanto que a segunda se refere a uma experiência ou série de experiências que são mutuamente significativas.

A comunicação e a relação de ajuda são considerados por PHANEUF (2002) factores importantes na humanização e qualidade dos cuidados, sendo a comunicação “uma ferramenta de base para a instauração da relação de ajuda” (PHANEUF 2002: 15). A autora refere o modelo de Jean Watson como ajudando a compreender a comunicação e a relação nos cuidados de enfermagem.

RILEY (2004) inter-relaciona comunicação, cuidar e relação enfermeiro-doente. O enfermeiro, ainda que comunique de uma forma tecnicamente responsável e assertiva, tem também de mostrar, nessa comunicação, que cuida para que seja facilitador de mudança de comportamento. No cuidar há um comprometimento em promover a humanidade de cada pessoa e em respeitá-la na sua individualidade e dignidade. “Cuidar é indissociável da manutenção da vida e deverá caracterizar a relação enfermeiro/cliente ” (RILEY 2004:16).

HESBEEN (2001) salienta que a profundidade do cuidar não se coaduna com a separação entre os actos técnicos e os relacionais. “importa ser relacional ou, por outras palavras, criar relacionamentos com a pessoa para a acompanhar e caminhar com ela. (...) o cuidar não é a soma de acções fragmentadas, umas delas técnicas, outras designadas básicas, outras educativas e outras, ainda, relacionais. Quando um profissional se aproxima da cabeceira de um doente apenas para executar gestos, deixando para outros a dimensão relacional ou

adiando-a para outra altura, a perspectiva do cuidar não existe". (HESBEEN (2001):42).

CARVALHO (1996:50) salienta a vertente humanística da profissão de enfermagem ao afirmar que " para além da componente científica ou técnica, há toda uma relação entre enfermeiro/utente e enfermeiro/comunidade que mais não é do que uma forte e imperativa exigência da dignidade do homem são ou doente." .

Coloca-se então aqui a questão da importância do humanismo na enfermagem levantada por CARVALHO (1996), baseada em Dafois (1990), como devendo "fazer parte do substrato cultural do enfermeiro, enquanto formando e como profissional (...) para que os saberes objectivos (tecnológicos), que são demasiado materialistas e podem pôr em perigo a relação humana, não sejam saberes valorizados relativamente aos valores humanos"

A Comunicação em Enfermagem

Baseados em PHANEUF (2002:23-31) podemos dizer que comunicação é um processo que nos permite aceder ao outro e compreendê-lo. Pode passar pela simples troca de informação ou chegar à partilha de sentimentos e emoções. Compreende aspectos verbais e não verbais. Pelo seu intermédio percebemos as intenções, opiniões, sentimentos e emoções da outra pessoa e podemos chegar mesmo, segundo os casos, ao estabelecimento de laços significativos com ela. Comunicar consiste também em influenciar. E a enfermeira, no seu papel profissional, influencia a pessoa que está particularmente vulnerável devido ao seu estado de doença. Essa influência deve estar ao serviço, primeiro que tudo, da criação de uma relação de confiança que, depois, permite o estabelecimento de uma relação de ajuda. Para a enfermeira honrar a responsabilidade dessa influência deve estar imbuída de valores humanistas marcados pela qualidade da sua presença, pelo respeito e autenticidade. PHANEUF (2002) aponta uma série de atitudes a ter: manter a confiança, manifestar respeito, conservar a confidencialidade, criar uma aliança terapêutica, manter-se aberto ao outro, honrar os compromissos, manter-se realista, evitar desapontar.

A relação de ajuda em enfermagem

Já falamos do carácter humanista e terapêutico da relação enfermeiro-doente. Cabe agora salientar a relação de ajuda como uma relação terapêutica específica para momentos críticos de grande sofrimento do doente. Sofrimento quer físico, quer psicológico, em que a profunda compreensão da enfermeira é benéfica para o doente.

A relação de ajuda foi desenvolvida por Carl Rogers com base numa filosofia humanista em que a relação com o outro se torna primordial. PHANEUF (2002:323), no que toca à enfermagem, fala da relação de ajuda como um encontro de natureza profissional em que se “constitui uma ligação particular que influencia profundamente a pessoa.” Caracteriza o desenrolar desta influência, em que o primeiro passo é estabelecer uma relação de confiança. Através dela o doente é ajudado a descobrir de uma forma mais clara as suas dificuldades, compreender e aceitar melhor a sua situação e procurar as soluções mais adequadas, de acordo com as suas possibilidades. Contam também aqui as qualidades humanas da enfermeira, a sua autenticidade, respeito e compreensão. Estas tornam-se um modelo para o doente que se sente convidado a situar-se, também ele, num nível de implicação de honestidade e congruência. Cria-se assim um clima de compreensão e de apoio que a pessoa necessita.

Podemos ver os conceitos base desta relação segundo PHANEUF (2002):

- A confiança no ser humano e o respeito pela sua dignidade.
- A tendência actualizante que o impulsiona a explorar as suas potencialidades
- A importância da autonomia na evolução pessoal
- A necessidade da relação como húmus favorecedor do desenvolvimento do ser humano
- A utilidade da enfermeira como instrumento e modelo de mudança

No seu dia a dia a enfermeira pode querer conferir aos cuidados que presta um carácter humanista feito de escuta e compreensão, o que não constitui uma relação de ajuda. Esta, pelas suas características, exige da enfermeira

disponibilidade de tempo e de espírito, concentração, interioridade e empatia. Deve ser pois reservada para momentos particulares de grande sofrimento do doente, durante a prestação de cuidados ou não.

Uma característica interessante da relação de ajuda na enfermagem é que determinados cuidados, que visam normalmente a satisfação de necessidades físicas, como fazer a higiene, dar de comer ou posicionar, podem passar a fazer parte da relação de ajuda, quando o seu objectivo no momento é o de proporcionar por exemplo conforto afectivo ao doente.

1.3.2 - Competências relacionais na prestação de cuidados

As Competências em Enfermagem

Na prática profissional o enfermeiro depara-se a par e passo com situações diferentes às quais tem de dar resposta. Para tal tem de equacionar em simultâneo uma série de variáveis complexas: equacionar-se a si próprio enquanto pessoa e profissional e equacionar o contexto e o objecto da sua acção com as suas características próprias. Segundo LOPES (2006) a esta capacidade complexa e dinâmica de resposta diversos autores chamam competência.

LOPES (2006: 79) enumera algumas características das competências:

- só se conjugam no contexto da prática
- resultam da actividade construtiva do individuo aquando da interacção com a sua pessoa e com os outros.
- são compostas por um conjunto de saberes de diversa natureza
- O sujeito pode não estar plenamente consciente de alguns desses saberes.

As competências em enfermagem têm sido alvo de interesse de diversos autores como COLLIÉRE (1999), HESBEEN (2000), BENNER (2001) e WATSON (2002) e PHANEUF (2005)

Para PHANEUF (2005), competência inclui, habilidades cognitivas, psicomotoras e sócio-afectivas que, de uma forma integrada, permitem exercer um papel, função, tarefa ou actividade.

Para a autora, competência é um fenómeno difícil de definir, mas aponta algumas das suas características. Para já não é estática, pois não se adquire à partida. Vai-se atingindo, prosseguindo, enriquecendo, actualizando, em busca de um ideal, pelo que o conceito por vezes se identifica com a excelência. Refere também as vias pelas quais se pode alcançar, algumas mais evidentes, nomeadamente uma formação sólida, mas também outras mais subtis e pessoais, como a personalidade da enfermeira ou a acumulação de experiências marcantes. Só a competência em enfermagem permite atingir os objectivos principais desta profissão no cuidado aos doentes: favorecer o bem-estar da pessoa, ajudar numa vida com saúde, ajudar na doença e a enfrentar a morte. Definitivamente ter conhecimentos e possuir habilidades não chega para ser competente. A competência afirma-se na complexidade das situações reais, nas quais se é capaz de utilizar os conhecimentos de uma forma pertinente, adequada, eficaz e responsável. Se a combinatória complexa dos saberes científicos, organizacionais e técnicos é necessária para o tratamento da doença, as qualidades pessoais da enfermeira, nomeadamente de empatia, são imprescindíveis para cuidar a pessoa.

“ A competência é tecida com numerosos fios cuja trama é consolidada pela certeza que ela [enfermeira] desenvolve de poder recorrer, na sua bagagem pessoal de capacidades, de conhecimentos e de experiências, aos elementos necessários à resolução dos problemas de cuidados que encontra.” (PHANEUF, 2002:4).

Entre os talentos que a enfermeira competente mobiliza na resolução desses problemas PHANEUF (2002) distingue as capacidades pessoais de escuta, observação, empatia, de análise e de síntese; os seus conhecimentos; as habilidades técnicas, organizacionais e relacionais.

HESBEEN (2003.125) entende como competência “a capacidade de organizar os seus recursos de prestador de cuidados numa dada situação profissional” .

Para Le Boterf (1996), citado por HESBEEN (2001), cada indivíduo tem de saber desenvolver as suas competências com base nos seus recursos. Não basta ter vastos conhecimentos se a pessoa não consegue articulá-los com as realidades

do ambiente. Para tal há que transformar esses recursos em competências. É impossível ser-se competente em todas as circunstâncias porque cada situação tem a sua própria complexidade.

Para o mesmo autor a competência pode ser representada por um triângulo cujos três vértices apontam para a acção:

“ - **Saber agir**, que exige os conhecimentos, as habilidades e os recursos do profissional;

- **poder agir**, que depende do contexto organizacional em que ele se situa e que é determinado, nomeadamente, pelo tipo de gestão, meios disponíveis, circulação da informação e circuitos;

- **querer agir** que é a prova de que a acção faz sentido para o profissional, de que na sua actividade ele possui boa imagem profissional de si e auto-confiança, e que sente que é reconhecido pelo seu trabalho” (p.74).

HESBEEN (2001:73) lembra que não se pode confundir competências e qualificações. “Embora as últimas possam alimentar as competências estas têm sempre que ser apreciadas face à situação que se apresente”. Reforça que a “formação não produz competências, produz aquisição de informação, de capacidades, de conhecimentos que, posteriormente, se transformarão em competências”. (...) “Existe uma competência própria para cada experiência de vida bem como para cada situação profissional. Ela é determinada, antes de mais, pela capacidade de quem cuida, independentemente da sua qualificação, em proporcionar o encontro com o outro e em acompanhá-lo no caminho a fazer” (p.73).

COLLIÈRE (1999) considera que, em qualquer profissão, a aquisição de competências decorre do domínio prévio de um conjunto organizado de conhecimentos. Há que ter em conta as fontes desses conhecimentos e o modo como se organizam e utilizam. A autora considera a descoberta, escuta e compreensão do doente como a primeira fonte de conhecimento. Há depois que confrontar esse conhecimento com uma pluralidade de outras fontes de conhecimento que ajudem a explicar os fenómenos observados, não só de ordem médica, como também psicológica, sociológica, cultural, económica...

COLLIÈRE (1999) preconiza que estes conhecimentos sejam proporcionados não só pelas actividades formativas, mas pelo próprio campo de exercício profissional. Ir beber conhecimentos às próprias fontes de vida que nos cercam e que fazem parte da nossa experiência pessoal, ajuda a alargar a compreensão dos problemas de vida que geram necessidades de saúde. Collière sugere que estas fontes de conhecimento sejam levadas em conta nas instituições de saúde, por exemplo sob a forma de grupos de reflexão e que sejam utilizadas no enriquecimento dos cuidados de enfermagem. Conclui-se que deve haver livre circulação entre as experiências da vida pessoal e da vida profissional e não separação destes dois campos. Os conhecimentos só se tornam fontes de desenvolvimento se se conjugarem com a experiência vivida, para a enriquecer e lhe dar sentido.

Como refere MENDONÇA (2009:31) “A competência não é estática, não resulta tão-somente de conhecimentos adquiridos, mas é, antes, um processo adaptativo e progressivamente evolutivo desde a aplicação dos saberes teóricos às diversidades e adversidades dos quotidianos”

BENNER (2005:45), distingue o carácter evolutivo da aquisição de competências. No estudo por ela realizado chegou à conclusão que existem 5 níveis ou estados de desenvolvimento de competências, correspondendo o último a uma prática de excelência: Iniciada, Iniciada Avançada, Competente, Proficiente e Perita. Descreve para cada um as características e comportamentos, assim como identifica as respectivas necessidades de ensino/aprendizagem.

Estado 1: Iniciada – Não tem ainda nenhuma experiência das situações, pelo que necessita de regras para guiar os seus actos. São-lhe por isso imprescindíveis os elementos objectivamente mensuráveis e as normas. Isto confere à iniciada um comportamento tipicamente limitado e rígido. É o caso das enfermeiras que se iniciam num novo serviço em que os doentes e respectivos cuidados não lhes são familiares.

Estado 2: Iniciada Avançada – Já tem um número suficiente de experiências que lhe permite reconhecer os factores significativos que se repetem em situações

reais semelhantes. O seu comportamento já é classificado de aceitável, embora ainda necessitem de ajuda no estabelecimento de prioridades pois tendem a ignorar o que diferencia, em grau de importância, cada situação.

Estado 3: Competente - Trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos. Planifica de forma consciente e deliberada as suas acções, estabelecendo prioridades de acordo com os atributos e aspectos de cada situação. Faz uma análise consciente, abstracta e analítica dos problemas. Tem alguma rapidez e maleabilidade, fazendo frente à maior parte dos imprevistos habituais na prática de enfermagem.

Estado 4: Proficiente - Tem aproximadamente cinco anos de experiência no mesmo serviço. Perceciona as situações no seu todo e já não de forma fragmentada. Esta perspectiva global permite-lhe ter a capacidade de prever os acontecimentos típicos de uma determinada situação e facilita o seu processo de tomada de decisão. Guia-se por máximas ao ter já uma grande compreensão da situação.

Estado 4: Perita - Já tem uma grande experiência, que lhe permite uma compreensão profunda da situação global, agindo por intuição. Não perde assim grande tempo a analisar o problema. A sua tomada de decisão torna-se rápida e segura. O reconhecimento dos colegas e doentes é visível. No entanto as suas competências não podem ser reconhecidas pelos métodos quantitativos habituais de avaliação. Requerem sim uma perspectiva interpretativa e estratégias qualitativas de avaliação, nomeadamente a partir de descrições de situações clínicas onde fizeram a diferença com a sua intervenção.

Concluindo com PHANEUF (2005:7) "Os princípios expostos por Benner mostram-nos bem o efeito combinado da maturação e da experiência para desenvolver não somente a competência da enfermeira, mas também a excelência na sua prática".

Competências relacionais em enfermagem

A enfermagem é uma profissão que, através da relação que estabelece com os doentes e familiares, contribui para o sucesso dos cuidados de saúde prestados ao o indivíduo.

PHANEUF (2002:2) considera como aspecto determinante da competência de uma enfermeira as habilidades relacionais: “Se bem que rica nos seus aspectos clínico e técnico, a competência profissional não pode ser completamente atingida, sem a contribuição do aspecto relacional dos cuidados”. Segundo a autora, as enfermeiras, hoje em dia, ora fascinadas pelas altas tecnologias na saúde, ora atribuindo mais importância aos tratamentos e ao trabalho organizacional, relegam muitas vezes para segundo plano o trabalho relacional. No entanto ela considera-o fundamental pois veicula toda a intervenção. As enfermeiras por estarem 24h sobre 24h com o doente, é-lhes permitido um tempo prolongado de contacto com este. Mas também pelo carácter de cuidados que prestam estão muito próximas da intimidade do doente, o que pode propiciar a qualidade desse mesmo contacto.

Assim o enfermeiro jamais atingirá uma prática de excelência se se limitar à simples aplicação das técnicas aprendidas. Para atingir esse patamar ele tem de “pôr a técnica ao serviço da pessoa de forma criativa, transformando assim a prestação de cuidados numa arte, e preservando deste modo a dignidade da pessoa.” (LOPES, 2006:80). Também HESBEEN (2001) questiona “qual é a vantagem real dos conhecimentos e das competências técnicas se não se transformarem em talentos que permitam criar a obra única que é a arte de cuidar de uma pessoa na sua situação singular?” (p.50).

Já Florence Nightingale, referida por Collière (1999:285) demonstrava que “distribuir medicamentos e fazer pensos de feridas não seria suficiente para assegurar a sobrevivência dos doentes, mas era necessário desencadear tudo o que mobiliza a sua energia, o seu potencial de vida”. O campo de competência dos cuidados de enfermagem situa-se assim por um lado na melhoria das condições que propiciam a saúde, com o objectivo de prevenir ou limitar a

doença e, por outro lado em tudo o que ajuda a revitalizar aquele que está doente.

Competências relacionais a partir da análise das práticas - Perspectiva de Benner e Lopes.

Na prática de cuidados, tanto podemos encontrar enfermeiros extremamente preocupados com os aspectos relacionais como outros que, praticamente, se limitam a executar “tarefas”. Alguns têm efeitos nitidamente positivos no bem-estar psicológico dos doentes mas outros nem por isso. Por que parâmetros se regem para pautar a sua actuação? Será que as competências que desenvolvem se baseiam somente nas teorias que aprenderam no seu percurso formativo ou haverá algo mais para além disso, como seja um saber teórico mesclado pela prática do dia-a-dia? Nesse sentido não admira que algumas teóricas de enfermagem se tenham virado para a análise das práticas para captar uma realidade que é, de acordo com LOPES (2006), diferente e mais complexa do que qualquer teoria pode captar. É o caso já referido de BENNER (2005) que estudou as competências de perícia dos enfermeiros em contexto de trabalho.

Também LOPES (2005) construiu uma teoria de médio alcance, específica para a relação enfermeiro doente, com base num estudo sobre a interacção entre enfermeiros e doentes oncológicos em quimioterapia num hospital de dia.

Segundo BENNER (2005) “ É cada vez mais admitido que a proximidade global da enfermeira ao doente, permite ter em conta os efeitos do stress e as estratégias de adaptação como variáveis determinantes no processo de recuperação e cura. As funções educativas, relacionais e as observações da enfermeira têm um papel maior na readaptação do doente e na promoção da saúde”.

Tendo isto em conta sobressaem três tipos de competências identificadas por Benner nos domínios correspondentes: *A Função de Diagnóstico e de Vigilância do Doente*, *a Função de Ajuda* e *a Função de Educação e Orientação*.

Na **Função de Diagnóstico e de Vigilância do Doente** devemos ter em conta que, tal como avaliamos uma série de parâmetros fisiopatológicos, também

devemos estar atentos a como o doente está a vivenciar o seu processo de transição do ponto de vista psicológico. Embora no seu livro Benner se detenha mais nos factores fisiopatológicos, as competências que identifica para esta função adequam-se ao domínio da avaliação psicológica. Esta função de Diagnóstico e de Vigilância do Doente corresponde ao que Lopes identificou na sua teoria de médio alcance como *Processo de Avaliação Diagnostica*. Contrariamente a outros técnicos de saúde (psicólogo p.ex.) o enfermeiro não tem tempos específicos e restritos para esta função, a não ser talvez numa avaliação inicial. Como diz LOPES (2005) “A avaliação diagnostica está imbuída nos cuidados numa relação de tal modo próxima que se torna difícil perceber onde começa e onde acaba”. Só assim se consegue uma adequação das intervenções a par e passo deste “processo dinâmico e flexível, que permite uma leitura da complexidade da situação do doente e família em contexto”

Também na *Função de ajuda* o papel da enfermagem é específico em relação a outros profissionais. A enfermeira está muito próxima do doente e por isso pode estabelecer com ele uma relação de grande cumplicidade que lhe permite receber ajuda sem que se sinta em dívida ou constrangido. Vale a pena enumerar as competências que Benner detectou:

a) A relação de cura: criar um ambiente propício ao estabelecimento de uma relação que permita a cura

Benner fala em várias etapas neste processo relacional:

- *Uma esperança comum ao doente e à enfermeira*
- *Uma interpretação ou uma compreensão aceitável da doença, do medo, da ansiedade, ou de outras emoções fonte de stress.*
- *Uma ajuda ao doente para aceitar um apoio social, emocional ou espiritual.*

b) Tomar medidas para assegurar o conforto e a preservação da personalidade do doente face a um estado de extrema fraqueza e dor.

c) A presença: estar com o doente

d) Optimizar a participação do doente para que ele controle a sua própria recuperação

e) Interpretar os diferentes tipos de dor e escolher as estratégias apropriadas para os controlar e gerir

f) Proporcionar conforto e comunicar pelo toque

g) Proporcionar apoio afectivo e informar as famílias dos doentes

h) Guiar os doentes aquando de mudanças que aconteçam nos planos emocional e físico - propor uma nova escolha, eliminar as antigas, guiar, educar, servir de intermediária.

i) Agir como mediadora psicológica e cultural

j) Utilizar objectivos de forma terapêutica

l) Estabelecer e manter um ambiente terapêutico

As competências da *Função de Ajuda* descritas por Benner correspondem em LOPES (2005) ao que ele identificou como *Gestão de Sentimentos no Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem*. Esta gestão de sentimentos no contexto da transição do TVM constitui-se como “um espaço de proximidade, confiança, disponibilidade e continuidade, que permite ao doente reorganizar-se de modo a ultrapassar a crise ou a completar o processo de transição” (LOPES, 2005)

Finalmente na **função de educação e de orientação** temos:

a) O momento: saber quando é que o doente está pronto a aprender

b) Ajudar os doentes a interiorizar as implicações da doença e da recuperação no seu estilo de vida

c) Saber como o doente interpreta a sua doença

d) Fornecer uma interpretação do estado do doente e explicar as razões dos tratamentos.

e) A função de guia: tornar abordáveis e compreensíveis os aspectos culturalmente tabu de um doente.

Nesta função de educação e de orientação que corresponde à *Gestão de Informação* de LOPES (2005), a enfermeira competente, antes de educar e orientar tem de aprender com o doente “a sua história, a sua perspectiva pessoal e estratégias usadas”. Só assim é possível lidar com a situação de forma personalizada, adequada a cada doente.

1.3.3 – A relação enfermeiro/doente no TVM

MARCO et al (2004) fizeram uma revisão da literatura sobre a relação terapêutica enfermeiro doente e concluíram que este tema é uma constante na literatura e nas publicações científicas. As teorias de enfermagem definem enfermagem como uma relação que ajuda a pessoa a viver experiências de saúde. Mas a nível prático a relação terapêutica é escassa, sendo esta situação agravada no meio hospitalar.

GOMES (2001) refere alguns estudos realizados em Portugal que revelaram dificuldades dos enfermeiros no estabelecimento de relações com os utentes e preconiza a realização de mais estudos sobre esta temática.

Quanto à relação estabelecida com os doentes com TVM, alguns estudos mostram também como ela é deficitária.

PEREIRA (2004) realizou um estudo qualitativo sobre as *vivências e percepções do corpo nos adolescentes com lesão vértebro-medular*. Uma das conclusões foi que “Na interacção com os profissionais de saúde, destacaram-se os sentimentos de inutilidade, a indiferença, o distanciamento e privacidade durante os cuidados ao corpo”

No Brasil, ZUILA (2002) realizou um estudo qualitativo sobre o *cuidado ao paraplégico hospitalizado à luz da Teoria de Jean Watson*. Para os enfermeiros o cuidar destas pessoas “é permeado pelo medo de se envolver” (ZUILA 2002:111) e direcciona-se para o atendimento das necessidades humanas do domínio biológico e actividades de ensino aprendizagem. Enquanto que para os doentes “o significado de ser paraplégico é permeado por sentimentos de perda em todas as esferas da vida e de alterações do esquema corporal” (ZUILA 2002:111) e pretendem da enfermeira cuidados que englobem todas as dimensões emocionais, físicas e comportamentais. A autora conclui que, o cuidar, “apesar de envolver duas pessoas, permanece sem ligação, sem que haja vínculos” (p.112). A autora preconiza que sejam mais estudados os ideais morais associados ao processo de cuidar, assim como as necessidades de cuidados de grupos específicos de doentes.

Como mostrou o estudo de BLOEMEM-VRENCKEM (2003), o indivíduo com TVM apresenta inúmeros problemas aos quais os Cuidados de Enfermagem podem dar resposta. Neste estudo quase todos se relacionavam com factores fisiopatológicos. Mas o que se relacionava com o ajustamento psicológico - o "coping" com a incapacidade - foi o que ocorreu com maior frequência. Isto demonstra que a Enfermagem deve dar atenção não só os problemas relacionados com factores fisiopatológicos, mas também aos psicossociais ajudando o doente a ultrapassá-los num processo de adaptação bem sucedido.

Para tal uma enfermeira que cuida de pessoas com TVM tem de desenvolver também habilidades relacionais.

Fazer uma avaliação dos problemas do doente é o primeiro passo para uma boa intervenção. Mas até que ponto é que os profissionais fazem uma avaliação eficaz dos problemas destes doentes?

SIOSTEEN et al (2005) foram estudar até que ponto havia concordância entre a percepção dos profissionais de saúde e a percepção dos doentes com TVM de quem cuidavam, em relação aos seus problemas, bem-estar emocional e padrões de "coping". Concluíram que o *staff* era mais preciso na avaliação dos sintomas físicos, limitações funcionais e problemas de papel. As consequências emocionais da lesão não eram percebidas pelos doentes como tão problemáticas como as percebidas pelos profissionais. Os autores sugerem estudos em que se determine potenciais diferenças entre diversos profissionais de saúde na avaliação dos problemas, dos esforços de "coping" e do bem-estar e também estudos sobre diferenças entre o tempo de experiência profissional com TVM. Este estudo mostra-nos que a avaliação dos estados emocionais pode ser mais difícil para o pessoal do que a avaliação dos problemas físicos, estando os profissionais melhor treinados para avaliar estes últimos.

Em Portugal HENRIQUES (2004) realizou um estudo qualitativo em que analisou as vivências de adaptação à paraplegia e conclui que: "O conhecimento dos mecanismos de adaptação à paraplegia não parece ser, à primeira vista, um conhecimento muito utilizável por parte dos enfermeiros e outros técnicos de saúde que assistem estas pessoas na fase aguda" (p. 192).

2 - METODOLOGIA

Para a escolha da metodologia de investigação tive em conta a problemática exposta, as perguntas de investigação, contingências pessoais e do próprio mestrado.

A temática em si, estando direccionada para o fenómeno da relação na prática dos cuidados em pessoas com TVM, trata uma realidade conhecida apenas na sua manifestação externa por quem a observa. Interessava aprofundá-la junto dos implicados e perceber as dificuldades sentidas, os saberes que julgavam possuir em que fundamentavam a sua actuação. Segundo Bastos no prefácio de LOPES (2006:16) “ A velha aspiração a uma única explicação dos cuidados de enfermagem está ultrapassada, não é realista, não serve” “é altura de procurar conhecer as várias formas que a relação profissional enfermeira-cliente pode tomar de acordo com a condição de saúde do cliente e com o contexto em que se encontram.”

Deste compromisso metodológico esperei obter alguns achados importantes para a prática de cuidados a estes doentes e, ao mesmo tempo, contribuir para desbravar caminho para novas investigações.

Como refere BENJUMEAL (2005), “Um dos maiores desafios com que se defrontam os profissionais de saúde é a validação e incorporação dos achados à prática”

2.1 - OBJECTIVOS

Segundo FORTIN (2005) “O objectivo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis chave, a população alvo e a orientação a dar à investigação”,

A escolha dos objectivos foi direccionada pela pergunta de investigação que, de acordo com FORTIN (1996), é de nível I: “O nível I, a descoberta de factores, consiste em descrever, nomear ou caracterizar um fenómeno, uma situação ou um acontecimento, de modo a torná-lo conhecido, o que corresponde à investigação exploratória-descritiva”.

1 - Descrever que dificuldades relacionais vivenciam os enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa com TVM.

2 - Descrever que competências relacionais desenvolvem os enfermeiros perante as dificuldades na prestação de cuidados à pessoa com TVM.

3 - Descrever que factores contribuem para o desenvolvimento das competências relacionais.

4 - Caracterizar a relação que os enfermeiros estabelecem com a pessoa com TVM hospitalizada.

2.2 - TIPO DE ESTUDO/ABORDAGEM METODOLÓGICA

Tendo em conta a temática e os objectivos propostos optou-se por um estudo exploratório, descritivo com uma abordagem qualitativa do tipo indutivo.

Exploratório descritivo porque não conheço estudos que abordem especificamente a relação dos enfermeiros com as pessoas com TVM na perspectiva daqueles. Pouco se sabendo acerca da relação vivida, pelos enfermeiros, com estes doentes há que descrever o fenómeno em causa, para melhor o conhecer e, por isso, não colocámos hipóteses à partida. No entanto os dados obtidos poderão ser o trampolim para a colocação de hipóteses que orientem futuros estudos. BENNER e Wrubel (1989) citados por LOPES (2006:80), afirmam “a prática é uma constante fonte de novos dados e de novos saberes que enriquecem de modo progressivo qualquer teoria.”

A abordagem metodológica é qualitativa porque pretendemos desvendar o fenómeno tal como ele é vivido pelos sujeitos e com a máxima profundidade possível. Segundo DEMPSEY (2000) “In qualitative research, the investigator seeks to identify the qualitative (non-numeric) aspects of the phenomenon under study from the participants viewpoint to understand the meaning of the totality of the phenomenon”

É de tipo indutivo porque não pretendemos à partida explicar o fenómeno com base nas teorias existentes, mas sim descrevê-lo tal como se apresenta aos sujeitos que o vivem. Segundo BENJUMÉAL (2005) “A metodologia qualitativa não procura nem a explicação nem a predição, somente a compreensão de uma experiência, mas do ponto de vista das pessoas que a vivem e da intencionalidade das suas acções”

2.3 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

POPULAÇÃO

Tendo em vista que o que pretendíamos estudar eram as competências relacionais que os enfermeiros desenvolvem perante as dificuldades na prestação de cuidados aos doentes com TVM hospitalizados, convinha escolher uma população que nos desse garantia de um maior desenvolvimento dessas competências. Considerámos assim, como mais adequada, a **população de enfermeiros que se aproximasse do nível de competência de peritos** segundo BENNER (2005).

BENNER (2005), a partir do seu estudo, identificou 5 níveis de competências pelos quais os enfermeiros evoluem desde *iniciados* a *peritos*. O nível de perito poderá ser atingido ao fim de um mínimo de 5 anos a trabalhar no mesmo domínio. Estes enfermeiros têm uma larga experiência e apreendem de forma rápida e intuitiva os problemas com que se confrontam e agem a partir de uma

compreensão profunda da situação global. O reconhecimento dos colegas e doentes é visível. Já as suas competências concretas são difíceis de avaliar “sendo necessário acrescentar aos critérios habituais de medidas quantitativas e da avaliação da prática, uma perspectiva interpretativa destinada a descrever a prática dos cuidados de enfermagem, assim como as estratégias qualitativas de avaliação” (BENNER, 2005:56). Torna-se por isso importante que, estas enfermeiras, documentem as situações clínicas onde tiveram sucesso e fizeram a diferença, para se poder avançar no estudo da enfermagem e produzir novos domínios de conhecimentos.

Esta autora salienta que “enquanto as práticas dos peritos num dado domínio passarem despercebidas, não ficarem documentadas, enquanto o desenvolvimento da perícia clínica for limitado por carreiras curtas, faltará um elo de ligação essencial ao desenvolvimento de uma teoria em cuidados de enfermagem”.

AMOSTRA

O meio natural que se escolheu para seleccionar a amostra para este estudo foi um Serviço de Neurocirurgia da área da grande Lisboa. No serviço escolhido reuniam-se um conjunto de características, conhecidas da autora do trabalho, que o reputavam como adequado para o estudo e que passarei a descrever.

Caracterização do Serviço que serviu de meio natural à amostra

- Trata-se, de uma **Unidade de Cuidados Progressivos** ou seja permite, num espaço físico e humano único, prestar diferentes níveis de cuidados. Para tal comporta 3 sectores: Unidade de Cuidados Intensivos, Unidade de Cuidados Intermédios e Enfermaria.

A **Unidade de Cuidados Intensivos** tem uma lotação de 4 camas. Dá assistência a doentes instáveis, submetidos a ventilação mecânica, que necessitam de uma vigilância apertada do seu estado hemodinâmico e neurológico, assim como de cuidados diferenciados. O ratio enfermeiro doente é de 1/2.

Os doentes com TVM que aqui permanecem estão geralmente na fase aguda, principalmente os tetraplégicos em que há grande compromisso dos músculos respiratórios e que necessitam de ventilação mecânica. Quando há vaga, estes doentes, entram directamente para a UCI transportados pelo INEM. Mas muitas vezes aguardam no serviço de urgência até terem uma cama livre com ventilador no Serviço de Neurocirurgia. Também acontece, mas mais raramente virem do Bloco Operatório para a UCI. Por vezes passam primeiro pelos Cuidados Intermédios e acabam por ser transferidos para a UCI quando ocorre falência respiratória. Pode eventualmente acontecer um paraplégico entrar para esta Unidade por ser politraumatizado e necessitar de ventilação mecânica por outras razões (traumatismo torácico, traumatismo craniano por exemplo). Todos estes doentes estão geralmente sedados para se adaptarem à ventilação mecânica.

A **Unidade de Cuidados Intermédios** também comporta 4 camas e mantém as características da UCI com excepção que aqui os doentes não necessitam de ventilação mecânica. O ratio enfermeiro doente é de 1/4. É a unidade de eleição para os doentes no pós-operatório imediato. Por essa razão a necessidade de vagas é constante e muitas vezes os doentes com TVM são transferidos para a Enfermaria ainda a necessitarem de muita vigilância e cuidados, fundamentalmente respiratórios.

A **Enfermaria** tem 15 camas. O ratio enfermeiro doente é de 1/2 ou 1/3. Aqui os doentes estão mais estabilizados e não requerem tanta vigilância. Mas exigem, ainda assim, muitos cuidados por serem na maioria doentes dependentes, quer por alterações do estado de consciência, quer por défices motores. Quando são tetraplégicos já tiveram uma estadia mais ou menos longa nas Unidades. Os paraplégicos podem entrar directamente para a enfermaria, embora possam ter passado no pós-operatório pelos Cuidados Intermédios. Aqui o doente já se encontra geralmente na fase sub-aguda. Como a alta destes doentes é geralmente problemática muitos deles permanecem no serviço mesmo quando já estão na fase crónica.

A vantagem, para o estudo, de se tratar de uma Unidade de Cuidados Progressivos é a do doente ser acompanhado pela mesma equipa de profissionais neste seu percurso espacio-temporal pelos diferentes sectores do serviço. Ou seja os enfermeiros podem ter a experiência da relação com o doente ao longo de todo o internamento.

- A **Equipa de cuidados multidisciplinar** residente do Serviço em causa é constituída por Enfermeiros, Auxiliares de Acção Médica, Médicos Neurocirurgiões e Anestésista. Existem ainda outros profissionais não residentes que dão apoio ao serviço, como a médica fisiatra, os fisioterapeutas, a técnica de serviço social, a psicóloga e a dietista.

Trata-se pois de um serviço com uma equipa multidisciplinar variada, capaz de prestar cuidados especializados a estes doentes aos mais diversos níveis.

- Os **Profissionais de enfermagem têm funções e níveis de competência diferenciados.**

No início do estudo a equipa de Enfermagem era constituída por enfermeiros generalistas, uma enfermeira especialista de reabilitação e a enfermeira chefe. Os enfermeiros generalistas estão organizados em 5 equipas que asseguram cuidados 24 horas através de horário de *roulement* com 3 turnos por dia. Cada uma destas equipas é chefiada por um elemento mais experiente nomeado pela enfermeira chefe. Existe uma enfermeira generalista que só faz manhãs e que tem a função de coordenadora de equipa nesse turno. A enfermeira especialista de reabilitação assegura cuidados de enfermagem de reabilitação nos turnos da manhã e em alguns turnos da tarde, assim como substitui a enfermeira chefe nas suas ausências. A enfermeira coordenadora e a enfermeira especialista têm também como funções orientar e supervisionar os cuidados de enfermagem, zelando pela qualidade dos mesmos.

O facto de existir uma enfermeira coordenadora e chefes de equipa nomeados pela enfermeira chefe apontou, desde logo, para potenciais enfermeiros com nível de competência de perito requeridos para a amostra.

Constituição da amostra

Tratou-se de uma amostra intencional não probabilística, composta por enfermeiros que reunissem as seguintes condições:

- Terem mais de 5 anos de experiência no Serviço, correspondendo aproximadamente aos estádios de proficiente e perito, segundo o modelo de aquisição de competências descrito por BENNER (2005). Fundamentámos essa escolha em BENNER (2005) inferindo que com os enfermeiros proficientes/peritos iríamos obter uma maior riqueza do fenómeno em estudo, desvendando os saberes trazidos pela experiência destes enfermeiros.

- Terem as funções de responsáveis de equipa ou de enfermeira coordenadora. Isto porque 5 anos de experiência foi considerada condição necessária mas não suficiente. As características pessoais e nível de investimento na profissão são factores importantes. Por isso, entre os enfermeiros com 5 ou mais anos de profissão, podemos encontrar na prática de cuidados, desde aqueles que quase se limitam à mera execução de tarefas, até aos que atingiram altos níveis de competências e se tornam uma referência para a equipa. Incluem-se nestes últimos aqueles que foram nomeados, pela enfermeira chefe, para o cargo de responsáveis de equipa e também a enfermeira que foi nomeada como coordenadora nas manhãs.

Como refere FORTIN (1996:149), neste tipo de estudo “a escolha dos participantes faz-se (...) por meio de critérios de selecção que assegurem uma relação íntima dos participantes com a experiência que se quer descrever e analisar.”

Por tudo o que referimos, não se pretendeu aqui ter uma amostra representativa da população, mas sim aquela que nos desse maior riqueza de dados relacionados com os objectivos. Como diz FORTIN (1996:156) “Considerando a importância que os métodos qualitativos atribuem ao saber e à experiência das pessoas seleccionadas para o estudo, é preferível questionar-

se em que medida estas pessoas são susceptíveis de fornecer dados válidos e completos do que perguntar-se se elas «são representativas da população» donde provêm”.

Caracterização da amostra

A amostra, como já referido foi constituída por 5 chefes de equipa (E1, E3,E4,E5 e E6) e uma enfermeira coordenadora de equipa dos turnos da manhã (E2).

Todos possuíam a licenciatura em enfermagem e tinham a categoria de enfermeiros graduados, excepto um deles (E3) que tinha obtido há pouco tempo a categoria de enfermeiro especialista.

As restantes características sócio-demográficas estão resumidas no quadro 1

Quadro 1 - Caracterização da Amostra

IDENTIFICAÇÃO	E1	E2	E3	E4	E5	E6
GÉNERO	F	F	F	M	M	F
IDADE	42	44	36	30	38	33
ANOS DE PROFISSÃO	19	19	15	6	15	12
ANOS DE SERVIÇO	12	14	9	5	7	7

O género predominante é o feminino, o que corresponde ao padrão habitual da profissão, sendo a proporção na amostra de 2 para 1.

Quanto à idade esta varia entre os 30 anos e os 44 anos, sendo a média de 37 anos. Não se trata aqui de enfermeiros jovens, como já era pressuposto pelas condições de selecção da amostra. Serão pessoas que terão então também já uma longa ou razoável experiência de vida para além da experiência profissional.

Os anos de profissão variam entre 6 anos e 19 anos com uma média de 14 anos. Verificamos uma diferença de menos de metade da média, no enfermeiro com menos anos de profissão (E4). Por um lado isto denota que há pessoas que, embora com menos anos de experiência, já atingiram um nível superior de competências. Mas por outro lado também revela as contingências de um

serviço que se debateu recentemente com a saída de elementos muito experientes (chefes de equipa) e tem de investir nos que, embora sendo mais jovens, já revelam um bom desenvolvimento das suas competências profissionais.

Os anos de serviço variam entre 7 anos e os 14 anos com uma média de 9. De notar que todos os entrevistados, excepto E4, passaram mais de metade do seu tempo profissional neste serviço.

Conjugam-se assim nesta amostra uma maioria de enfermeiros com uma longa experiência, não só profissional em geral, como também no próprio serviço, para já não falar da sua experiência de vida conferida pela idade.

Resumindo tratava-se à partida de enfermeiros dos quais se esperava já uma razoável maturidade pessoal e profissional.

2.4 - INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS E PROCEDIMENTOS

INSTRUMENTOS

O instrumento escolhido para a recolha dos dados foi a **entrevista** na medida em que, durante esta, segundo QUIVY (2003:192), o interlocutor “exprime as suas percepções de um acontecimento ou de uma situação, as suas interpretações ou as suas experiências”

Escolheu-se a entrevista semi-estruturada para que houvesse garantia de serem abordados os temas que vão ao encontro dos objectivos (POLIT E HUNGLER, 1997). Para tal tivemos como auxílio um guião temático. De acordo com o andamento da entrevista foram sendo formuladas, sempre que julgado necessário, questões abertas de resposta livre. Segundo QUIVY (2003:192) o investigador através de perguntas abertas e das suas reacções facilita a expressão do interlocutor “evita que ela se afaste dos objectivos da investigação e permite que o interlocutor aceda a um grau máximo de autenticidade e de profundidade.”

PROCEDIMENTOS

Foram realizadas entrevistas exploratórias e só depois destas as entrevistas aos enfermeiros considerados proficientes/peritos.

As entrevistas exploratórias

Neste tipo de estudos o investigador, antes de começar a colheita dos dados propriamente dita, deverá, de acordo com FORTIN (1996), aproximar-se do fenómeno em estudo para aumentar a sua sensibilidade ao mesmo. Por um lado, essa sensibilidade neste estudo já estava assegurada por a investigadora ser, no seu dia-a-dia, uma observadora participante do mesmo. Mas considerei pertinente realizar algumas entrevistas exploratórias para explorar e confirmar a existência de dificuldades sentidas na relação com estes doentes, pois elas justificariam também a prossecução do estudo.

Estas entrevistas serviram vários objectivos para além do já apontado:

- Treinar a técnica de entrevista
- Treinar a técnica de análise de conteúdo
- Recolher elementos para a construção do guião das entrevistas
- Ajudar na selecção dos enfermeiros para a amostra

Estas entrevistas exploratórias realizaram-se à enfermeira chefe e a elementos mais jovens do Serviço. À enfermeira chefe do Serviço porque, como gestora do mesmo, aperceber-se-ia da existência de dificuldades na prestação de cuidados a estes doentes, nomeadamente relacionais. Aos elementos mais jovens pressupondo que pela sua inexperiência vivenciariam mais dificuldades. Por outro lado, estas entrevistas também foram uma ajuda nos critérios de selecção dos enfermeiros para a amostra, ao perguntar quem considerariam, de entre os enfermeiros do serviço, ter mais capacidade para ultrapassar as dificuldades relacionais. Deu-se lugar privilegiado à opinião da enfermeira-chefe pelas razões já apontadas acima.

A entrevista exploratória à enfermeira chefe, encontra-se no anexo 1

Esta entrevista teve como objectivo perceber, que análise faz, como gestora do serviço, da temática dificuldades relacionais dos enfermeiros com o doente que sofreu TVM.

A entrevista confirmou a existência de algumas dificuldades relacionais dos enfermeiros com estes doentes. A enfermeira chefe considera que, lidar com esta situação complexa de cuidados, requiere um nível de competências de nível superior, nomeadamente a nível relacional e comunicacional.

Refere que, comparativamente ao que se passava há uns anos atrás, tem havido uma mudança de atitudes na relação dos enfermeiros com estes doentes. De uma atitude de afastamento e de qualificação como sendo muito apelativos, passou-se para uma atitude de maior compreensão e disponibilidade. Considera que isso foi fruto do investimento do serviço na área relacional tendo como impulsionadores os enfermeiros mais experientes do serviço. Estes ao desenvolverem competências a esse nível propagaram as suas atitudes aos elementos mais jovens.

A enfermeira chefe diferencia diversos níveis de competência nos enfermeiros que chefia o que foi útil para a selecção da amostra.

O principal objectivo **das entrevistas exploratórias aos enfermeiros mais jovens** foi obter dados sobre as dificuldades sentidas na prestação de cuidados ao doente com TVM.

Os resultados da análise de conteúdo, confirmaram a existência de dificuldades relacionais a diversos níveis, tendo resultado 9 categorias e 17 subcategorias.

Os dados obtidos nas entrevistas exploratórias, à enfermeira chefe e aos enfermeiros mais jovens, serviram então para justificar a prossecução do estudo e forneceram dados para a elaboração do guião das entrevistas.

As entrevistas para o estudo aos enfermeiros considerados peritos

Antes das entrevistas definitivas foram efectuadas 2 entrevistas piloto para testar e afinar o guião das mesmas.

Tivemos em conta o contexto da entrevista: o espaço, a disposição dos intervenientes e a representação que tem para os entrevistados.

Procurou-se realizar as entrevistas num meio calmo e que permitisse a privacidade – a sala de reuniões e a sala de tratamentos do serviço. Eram espaços conhecidos, onde os entrevistados se sentiam à vontade. A sala de reuniões está conotada com o encontro social com outros colegas, nas pausas para o café e também nas formações em serviço. A sala de tratamentos, embora tenha este nome, é utilizada para consultas e nela, por vezes, os enfermeiros entrevistam os doentes ou familiares aquando da colheita de dados inicial. Foi salvaguardada a privacidade, tendo sido colocado um cartaz na porta a pedir para não incomodar. Entrevistador e entrevistado dispuseram-se sentados em ângulo recto, face à secretária para esta não funcionar como barreira.

As entrevistas foram gravadas em suporte magnético com o consentimento dos entrevistados.

Os enfermeiros conheciam-me como colega e tinham uma representação de mim e eu deles. No entanto o facto de convivermos no dia-a-dia penso que contribuiu para estarem à vontade a falarem de aspectos que até os preocupam e os afectam. Depois das entrevistas alguns expressavam isso, que tinham necessidade de falar sobre estas situações. Certos enfermeiros chegaram mesmo a mostrar-se emocionados no final da entrevista.

Realizaram-se 6 entrevistas, correspondendo ao número de chefes de equipa e ao elemento coordenador das manhãs. Se não se obtivessem dados de qualidade e em quantidade suficiente avançar-se-ia para outros elementos da equipa que se aproximassem o mais possível dos critérios de selecção iniciais.

2.5 - TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram primeiro que tudo transcritas na íntegra em suporte informático para serem sujeitas posteriormente a uma análise de conteúdo.

De acordo com BARDIN (1977), a análise de conteúdo permite tirar partido de um material dito “qualitativo”, como é o caso destas entrevistas.

A análise de conteúdo mostrou-se uma técnica apropriada para tratar os dados deste estudo na medida em que precisavam de ser interpretados de forma a extrair deles os seus significados latentes. Impunha-se por isso um trabalho em que a riqueza da análise subjectiva do investigador, embora necessariamente presente, estivesse aliada ao rigor objectivo deste método. Como afirma BARDIN (1977:9) “Enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre os dois pólos do rigor da objectividade e da fecundidade da subjectividade.”

Para facilitar a análise foi construído o modelo temático de análise, de forma a conjugar a informação obtida com as dimensões do estudo. (Quadro 2). Através da análise temática será procurado o significado do que é dito.

As tabelas de análise de conteúdo das entrevistas encontram-se nos anexos 5 a 8.

Quadro nº 2 - Dimensões de Análise da Informação.

DIMENSÕES TEMÁTICAS	OBJECTIVOS DO ESTUDO
DIFICULDADES RELACIONAIS AO CUIDAR DO DOENTE COM TVM	Descrever que dificuldades relacionais vivenciam os enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa com TVM.
COMPETÊNCIAS RELACIONAIS AO CUIDAR DO DOENTE COM TVM	Descrever que competências relacionais desenvolvem os enfermeiros perante as dificuldades na prestação de cuidados à pessoa com TVM.
FACTORES DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS RELACIONAIS	Descrever que factores contribuem para o desenvolvimento das competências relacionais.
CARACTERÍSTICAS DA RELAÇÃO ENFERMEIRO - DOENTE COM TVM	Caracterizar a relação que os enfermeiros estabelecem com a pessoa com TVM hospitalizada.

Depois da leitura flutuante das entrevistas, iniciou-se a análise dos seus *corpus*. O texto foi sistematicamente recortado em unidades de registo (frases) e estas codificadas através de unidades de significação que lhes explicitaram as características e pertinência do conteúdo manifesto ou latente.

Daqui partiu-se para o trabalho moroso da categorização. Como não tínhamos à partida um sistema de categorias procedeu-se como refere BARDIN (1977:199) a uma “classificação analógica e progressiva dos elementos” em que “O título conceptual de cada categoria, somente é definido no final da operação”. Assim, as unidades de significação foram ordenadas pelas suas semelhanças e em seguida agrupadas de modo a constituírem categorias e subcategorias.

Tentou-se assegurar a validade interna das mesmas através do que VALA (1999) refere como assegurar a sua exaustividade (que todas as unidades de registo possam ser colocadas numa das categorias) e exclusividade (que uma mesma unidade de registo só possa caber numa categoria).

As tabelas resultantes desta análise serviram de matriz para a apresentação e análise dos resultados.

No final resultou o que VALA (1999) refere como tratar-se da “desmontagem de um discurso e da produção de um novo discurso através de um processo de localização-atribuição de traços de significação, resultado de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar e as condições de produção da análise”.

2.6 - QUESTÕES ÉTICAS

Foi efectuado um pedido formal de autorização para realizar o estudo ao Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta (anexo 2). Este pedido indicava em que consistia o projecto, quem nele participaria e que recursos eram necessários. Também foram efectuados contactos informais nesse sentido com a Enfermeira Chefe do Serviço.

Apesar dos entrevistados serem conhecidos da investigadora foi-lhes garantido o direito à confidencialidade dos dados, que esses mesmo dados serviriam apenas para fins de investigação e que em nenhum caso haveria prejuízo do entrevistado.

Poder-se-ia ver aqui uma limitação pelo facto do entrevistador ser alguém do próprio serviço e poder contribuir para o enviesamento dos dados. Mas creio que, pelo contrário, as pessoas entrevistadas ao estarem com alguém que também vive e compreende essa mesma realidade, sentiram o espaço que tantas vezes necessitam para falar à vontade e abertamente sobre algo que vivem no dia a dia e que as preocupa.

Previamente à entrevista foram informados verbalmente sobre a problemática em estudo, os objectivos da investigação e a participação pretendida, salientando-se a importância da mesma. Foi-lhes fornecido um formulário de consentimento com as informações sobre o projecto e feito o pedido para ser entregue assinado no caso de aceitarem a participação no estudo (anexo 3).

Foi salientada a importância da sua colaboração para o avanço na melhoria dos cuidados de enfermagem.

3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Passarei à apresentação e análise dos resultados por cada dimensão temática correspondente aos objetivos do estudo:

- **Dificuldades relacionais na prestação de cuidados**
- **Competências relacionais**
- **Factores de desenvolvimento de competências**
- **Características da relação enfermeiro / doente**

3.1 - TEMÁTICA - DIFICULDADES RELACIONAIS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Esta temática surge como o ponto de partida para o estudo da relação enfermeiro/doente nos doentes com Traumatismo Vértebro-Medular.

Caracterizar as dificuldades que os enfermeiros sentem, ao relacionar-se com estes doentes na prestação de cuidados, antecipa o desafio que enfrentam para desenvolver competências relacionais.

Procederemos em seguida à análise dos dados desta temática (Anexo 5), referentes às suas categorias e subcategorias, que se encontram resumidas no quadro 3.

Quadro 3 - Temática Dificuldades Relacionais na Prestação de Cuidados

	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
TEMÁTICA - DIFICULDADES RELACIONAIS	Características dos doentes	Nível da lesão
		Idade
		Género
		Personalidade
		Diferenciação académica/intelectual
		Estar traqueostomizado
		Circunstancias que envolvem o doente
	O percurso espaço-temporal / As fases da doença	Diferenciação das dificuldades nas fases do percurso
		Fase aguda / UCI
		Fase sub aguda / Enfermaria
	A Dependência dos Cuidados de Enfermagem	As dificuldades na alta / fase crónica
		Doente muito dependente dos cuidados de enfermagem
		Doente com necessidade de presença constante
		Falta disponibilidade para todos os cuidados
	Dificuldades Específicas Relacionadas com os Cuidados	Impacto da dependência total no enfermeiro
		Sem cuidados específicos problemáticos
		Dificuldade em perceber a invasão do espaço íntimo do doente
		O toque na prestação de cuidados
	A gestão da verdade sobre a lesão	Controle dos esfíncteres e sexualidade
		Comunicar a verdade sobre a lesão
		A informação médica na gestão da verdade
		Impacto da verdade no doente
		Lidar com as consequências da verdade no doente
	A adaptação do doente à situação	Impacto da gestão da verdade no enfermeiro
		Impacto do TVM
		As reacções emocionais
		Identificar fases de adaptação
	Estabelecer uma relação terapêutica	Aceitação/negação da situação
		Ajudar o doente a adaptar-se
		A aproximação relacional
	A família do doente	Saber lidar com cada situação
		Dificuldade em manter uma relação de confiança
Perspectiva das dificuldades com a família		
Importância da família como suporte para o doente		
Informação inicial sobre a situação do doente		
Lidar com as emoções da família		
A adaptação da família à situação		
O Ensino à Família		
Lidar com a reinserção do doente na comunidade	A alta para casa	
	Falta de tempo para a família	
	A constatação da falta de apoios no pós-alta	
		Impacto no enfermeiro da falta de apoios no pós-alta

3.1.1 - Características dos Doentes

A primeira categoria de análise refere-se às características dos doentes. Algumas delas são referidas como podendo condicionar dificuldades na relação e estão resumidas no quadro 4.

Quadro 4 - Categoria Características do Doente

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
Características dos doentes	Nível da lesão
	Idade
	Género
	Personalidade
	Diferenciação académica/intelectual
	Estar traqueostomizado
	Suporte do meio

Nível da lesão - São aqui apontadas diferenças, na abordagem destes doentes, que têm a ver com a dependência, consoante o nível da lesão. Sendo que é mais fácil lidar com um paraplégico que com o tetraplégico por aquele ter mais autonomia. Por isso os tetraplégicos são considerados os doentes mais difíceis de lidar. Já os paraplégicos são doentes que especialmente se empenham em tornar-se independentes. (E4, E6)

O paraplégico em abordagem é muito mais fácil de abordar que um tetraplégico. Porque o paraplégico sempre vamos ter alguma autonomia, o tetraplégico não. É mais fácil dar a volta ao paraplégico **E4**

Idade - Estes doentes são geralmente jovens. Por um lado a juventude é vista como um factor de ajuda na superação da situação. Mas por outro também traz dificuldades na relação, nomeadamente quando se trata de um rapaz a ser cuidado por uma enfermeira também jovem. Os doentes jovens também levam o enfermeiro a sentir mais pena que pelos doentes de outras idades. (E5, E6)

Claro que se for doutra idade também temos pena, mas sinto mais com pessoas mais novas. **E6**

Género - Estes doentes são quase todos do género masculino. É notada dificuldade quanto ao género quando o doente é cuidado por um enfermeiro do sexo oposto e da mesma idade (E4, E6)

Mas penso que pondo-me no lugar dele, penso que aí seria uma barreira não é. Seria um bocadinho complicado estar a ser por exemplo cuidada por uma pessoa da minha idade...e que fosse do sexo masculino. Acho que é complicado não é. E6

Personalidade - A personalidade dos doentes conta na relação e na ultrapassagem das dificuldades. Existem doentes com personalidades consideradas difíceis e que desafiam muito o enfermeiro, sendo necessária alguma sabedoria para lidar com eles. (E5, E6)

Existiram sim, mas conseguiram-se ultrapassar, conseguiram-se ultrapassar bem. Até se calhar também tem a ver um bocado com a personalidade dos doentes. (E6)

Diferenciação académica/intelectual - A diferenciação intelectual implica dificuldades na relação. Quanto maior a diferenciação intelectual mais difícil é ajudar o doente a aceitar a situação e a animá-lo. É dado o exemplo de um doente em que supostamente a diferenciação intelectual esteve implicada no seu estado depressivo permanente. Uma explicação para estas diferenças é dada tendo em conta que uma maior diferenciação académica/intelectual implica maior capacidade para perceber a situação e as suas consequências. Outra é o facto de estes doentes terem uma vida profissional muito dependente da mobilidade o que implica maior dificuldade em gerir a situação (E4)

a diferenciação intelectual... é um bocado parvo eu dizer isto mas é assim, quanto mais se sabe sobre o que se passa, prontos - não é isto, daí eu estar a dizer da parte intelectual e académica - é assim as pessoas que melhor conhecem este tipo de situações, se calhar sabe o que é que vai acontecer e às vezes é mais difícil de lidar. E4

Estar traqueostomizado - O doente traqueostomizado não consegue vocalizar, o que traz problemas de comunicação. A traqueostomia dificulta a compreensão do que o doente diz, mesmo usando algumas estratégias de ajuda. Clampar a traqueostomia é uma solução para o doente vocalizar, mas nem sempre isso é possível. O uso de álbuns seriados é preconizado como meio alternativo de comunicação. (E5, E6)

às vezes dificuldade porque eles querem comunicar e nós por vezes não os percebemos. Tentamos que eles falem devagar, tentamos ler a mímica labial não é, mas às vezes é complicado, não conseguimos mesmo. E6

Circunstâncias que envolvem o doente – As circunstâncias difíceis de vida que o doente possa estar a viver ou o suporte que tem do seu meio envolvente também influenciam as dificuldades relacionais. (E5, E6)

depende de tudo o que a envolve, depende dos meios que tem à sua volta, depende do suporte que tem à sua volta. E6

3.1.2 - O percurso espaço-temporal / fases da doença

Os entrevistados fazem a associação dos diversos sectores do serviço às fases da doença e destacam a existência de diferenças, no que diz respeito às *dificuldades relacionais*, ao longo deste percurso.

Surge assim esta categoria que nos dá uma primeira imagem do teatro em que se desenrola a relação enfermeiro/doente neste serviço. (Quadro 5)

Quadro 5- Categoria O Percurso Espaço-temporal / As Fases da Doença

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
O percurso espaço-temporal / As fases da doença	Diferenciação das dificuldades nas fases do percurso
	Fase aguda / UCI
	Fase sub aguda / Enfermaria
	As dificuldades na alta / fase crónica

Diferenciação das dificuldades no percurso – Os entrevistados afirmam a diferenciação das dificuldades ao longo do percurso do doente pelo Serviço. O que não implica diferença no grau de dificuldade mas sim na sua qualidade. O serviço, sendo uma Unidade de Cuidados Progressivos, é referido como tendo a vantagem de permitir avaliar o doente em diversas fases. Isto é tanto mais possível quanto houver rotatividade do enfermeiro pelos vários sectores. (E1, E4, E6)

especialmente no nosso serviço. O nosso serviço como tem este multisector...é multisectorial. (Risos) Dá para ver a fase aguda, sub aguda, crónica ... dá para ver as dificuldades ao longo da “carreira” do TVM aqui. E4

Fase aguda / UCI - Aqui as preocupações dirigem-se mais para os aspectos imediatos que têm a ver com o equilíbrio do estado clínico. Isso leva o enfermeiro a desviar o doente das preocupações que possa manifestar sobre a sua lesão, para o centrar no que é prioritário no imediato – o equilíbrio respiratório. (E1, E4)

Nesta fase o enfermeiro manifesta preocupação pelo facto de o doente, apesar de estar por vezes sedado, manter algum grau de consciência e considera complicado lidar com este estado. (E4, E5)

Por um lado, o doente ainda não se apercebe da real dimensão da sua situação mas, por outro, inicia a constatação dos seus défices. Nesta fase começa a colocar-se a problemática de informar pela primeira vez o doente sobre o seu estado, mas como ainda não é suposto dar-lhe essa informação, ele ignora porque está ali. O enfermeiro também se sente limitado em dizer ao doente o seu estado clínico pois não considera que isso seja da sua competência. Por outro lado considera poder ser contraproducente dizer uma verdade geradora de ansiedade e capaz de descompensar o ainda frágil equilíbrio respiratório. (E4, E5)

é muito difícil porque é assim. Chegas ao pé dele e dizes: “ olha nunca mais vais andar”. Ficas naquela... numa fase aguda. É que se tu dizes isso, se tu lhe dizes provavelmente ele começa a fazer um ciclo ansioso, a respiração, prontos ainda vais complicar o que já é difícil. Pelo menos é a minha percepção.. E4

Fase Sub aguda / Enfermaria - Nesta fase o doente já está clinicamente mais estável. Embora o tetraplégico ainda inspire alguns cuidados pelo seu compromisso respiratório. Também porque os doentes, por falta de vagas, são transferidos para a enfermaria ainda a necessitar de Cuidados Intermédios (E4, E5, E6).

É nesta fase, da enfermaria, que o doente tem a evidência mais clara da sua situação. Já se apercebeu dos seus défices e começa a constatar que algo não está bem, pelo que o enfermeiro considera esta uma fase complicada. A abordagem na enfermaria é diferente porque já existe informação clínica sobre a lesão e o

seu prognóstico e pode tornar-se complicado lidar com o doente que se apercebe da realidade que vai enfrentar. (E4, E5)

quando eles chegam cá fora, muito provavelmente quando chegam aqui à enfermaria já sabem que não estão a mexer as pernas. Ou já sabem que não estão a mexer tão bem os braços, ou não sentem a barriga ou não sentem as pernas. Muitas vezes dá-te conta eles assim a baterem nas pernas a ver se sentem. Estão a constatar que há aqui qualquer coisa que não está bem, há qualquer coisa que está mal. E acho que é uma fase muito complicada, muito complicada, muito complicada. E4

Na passagem das Unidades para a Enfermaria o doente também se sente menos acompanhado e torna-se mais apelativo. A necessidade de presença constante acaba por ser mais problemática na enfermaria porque, apesar dos doentes em UCI necessitarem de mais apoio, está sempre lá um enfermeiro. (E6)

Aliás, na passagem dos intensivos ou intermédios para a enfermaria nota-se. Eles sentem-se mais sozinhos, não estão tão acompanhados. Portanto aí nota-se, nota-se uma diferença e se calhar aí eles tornam-se mais apelativos como os colegas dizem e com razão. Dos intermédios ou intensivos para a enfermaria nota-se, eles notam também. É dos dois lados E3

A preocupação dos cuidados na enfermaria passa a ser trabalhar para o futuro. Ao abordar o doente, a preocupação deixa de ser tanto com o estado clínico para passar a centrar-se no que fazer daí para a frente. Os cuidados centram-se na reabilitação, no ganhar a maior autonomia possível com vista à alta. E assim, é na Enfermaria que começa a ser mais visível a recuperação do doente (E1, E4, E5)

e depois, a partir daí, já começamos a preocuparmo-nos com outras e a ser mais difícil a gestão de outros cuidados que já visam a alta e a maior independência possível. E1

As dificuldades na alta / fase crónica – Devia ser viável dar alta para casa mais cedo a estes doentes, o que não é possível por não recuperaram logo as funções perdidas. É salientado o facto de permanecerem internados durante um tempo prolongado, muito para além da fase aguda para a qual o serviço está vocacionado. Nomeadamente, enquanto aguardam uma vaga num centro de reabilitação, vão permanecendo indevidamente no hospital.

O prolongamento do internamento é visto como um factor de dificuldade. A problemática invocada para a alta tem a ver com a falta de condições do país no apoio a este tipo de situações. É sugerido que devia existir um hospital de convalescença para estes doentes (E4)

E muitas vezes...este país é pródigo em não ter condições para este tipo de situações. E às vezes é complicado é tirá-los de cá. E4

3.1.3 - A Dependência dos Cuidados De Enfermagem

Ao prestar cuidados a estes doentes torna-se evidente a sua elevada dependência do enfermeiro, devida essencialmente ao comprometimento motor a nível dos membros inferiores ou mesmo dos quatro membros. Os entrevistados dão relevo a essa característica, aos comportamentos específicos que ela condiciona no doente e as consequentes dificuldades e impacto na relação com o enfermeiro. É então um aspecto transversal ao dia a dia do enfermeiro na prestação de cuidados a estes doentes, do qual é dado conta nesta categoria. (Quadro 6)

Quadro 6 - Categoria A Dependência dos Cuidados de Enfermagem

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
A Dependência dos Cuidados de Enfermagem	Doente muito dependente dos cuidados de enfermagem
	Doente com necessidade de presença constante
	Falta disponibilidade para todos os cuidados
	Impacto da dependência total no enfermeiro

Doente muito dependente dos cuidados de enfermagem - Estes doentes estão dependentes do enfermeiro em todas as suas actividades de vida. São por isso doentes muito exigentes em cuidados de enfermagem, quer pela vertente física, quer psicológica, quer social. (E1, E3)

E penso que são doentes muito, muito apelativos, muito aliciantes em termos de tratamento, mas são também doentes que em termos de cuidados de enfermagem são muito pesados. Pesados, coitados não é... mas em termos de mobilidade, quer na forma psicológica, em termos sociais. E2

Doente com necessidade de presença constante - O elevado grau de dependência destes doentes leva-os a necessitarem da presença constante do enfermeiro. Por isso uma das características apontadas a estes doentes é o chamarem constantemente. Acabam por ser pejorativamente caracterizados como “muito apelativos”, principalmente os tetraplégicos, mas isso deve-se à sua dependência total para todas as necessidades. É natural que chamem para coisas tão simples como coçar a cabeça pois não o conseguem fazer por si. Quando o doente tem compromisso respiratório a necessidade de presença constante ainda é maior (E1, E3)

Tornam-se muito apelativos entre aspas, é o que as colegas dizem muito “o doente é muito apelativo”. Isso caracteriza esses doentes, principalmente os tetraplégicos. Se calhar isso já induz cuidados muito específicos e que ele no fundo precisa, precisa de tudo. Portanto, não sei, isso já requer muitos cuidados que se calhar não são às vezes bem interpretados, não é. CA

Falta disponibilidade para todos os cuidados - Estes doentes são reconhecidos como exigindo e necessitando de mais atenção e disponibilidade do enfermeiro. Pelos cuidados todos que exigem o enfermeiro necessitava ter mais tempo para estar com eles. Torna-se também uma dificuldade a falta de tempo para atender a todos os pedidos legítimos de ajuda do doente. É sugerido que estes doentes deviam estar num serviço só para eles, devido aos muitos cuidados que exigem (E6, E3)

Ou por falta de tempo ou de disponibilidade, é complicado. É real deles, é natural que eles exijam e que peçam. Às vezes não se consegue e com a quantidade de trabalho e sobrecarga não se consegue estar sempre que o doente requer ajuda. E3

Impacto da dependência total no enfermeiro - A grande dependência dos cuidados de enfermagem nestes doentes é uma dificuldade, pela entrega total que exigem do enfermeiro. Outra dificuldade sentida é o facto de apesar dos cuidados todos que se prestam a estes doentes, eles ficarem sempre com grandes limitações. E o enfermeiro questiona-se sobre o que mais fazer pelo doente sabendo que vai ficar limitado na sua autonomia. A nível emocional o enfermeiro pode experimentar sentimentos de ambivalência perante o desgaste

sentido versus o reconhecimento da necessidade do doente. Também existe ambivalência perante um trabalho cansativo versus gratificante. (E2, E5,

Tu és o braço dele, és a perna dele. Tens de estar cem por cento. E isso confere-te como enfermeira um nível de responsabilidade e ao mesmo tempo um grande cansaço. Mas tu dizes “se eu não fizer ele não tem mais ninguém”. PP

3.1.4 - Dificuldades Relacionadas com o Espaço Intimo na Prestação de Cuidados

Na prestação de cuidados a estes doentes os entrevistados salientam dificuldades específicas relacionadas com a invasão do espaço íntimo do doente, quer através do toque na relação ou na prestação de cuidados de higiene, quer na abordagem da sexualidade e controle dos esfíncteres.

Quadro 7 - Dificuldades Relacionadas com o Espaço Intimo na Prestação de Cuidados

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
Dificuldades Relacionadas com o Espaço Intimo na Prestação de Cuidados	Dificuldade em perceber a invasão do espaço íntimo do doente
	O toque na prestação de cuidados de higiene
	Controle dos esfíncteres e sexualidade

Dificuldade em perceber a invasão do espaço íntimo do doente - É destacada a dificuldade em perceber quando há invasão do espaço íntimo, porque estes doentes não se conseguem afastar do toque. E também se inibem de verbalizar que não gostaram de ser tocados. A conotação do toque como carinhoso, pelo enfermeiro, pode ser para o doente, afinal, uma invasão do seu espaço íntimo. (E1)

E às vezes achar que estamos a ser muito carinhosos e muito...e não estar a respeitar o espaço íntimo. E1

O toque na prestação de cuidados de higiene - O toque, na prestação de cuidados de higiene, é uma dificuldade para o jovem imobilizado por não estar

habituação. Durante os cuidados de higiene o toque feminino num doente jovem do sexo masculino é visto como constrangedor (E2)

Mas sobretudo quando estou a prestar cuidados, quando estou muitas vezes a lavá-lo, o toque na relação com um miúdo novo muitas vezes é constrangedor, nós somos enfermeiras, somos mulheres

Controle dos esfíncteres e sexualidade – São referidas dificuldades nas áreas de prestação de cuidados referentes ao controle dos esfíncteres e sexualidade. Em relação ao treino vesical é referida a dificuldade em lidar com um cuidado que se relaciona com uma zona íntima do doente. Também é problemático estar à vontade e não se sentir inibido ao abordar estas áreas para responder ao doente. A abordagem da temática da sexualidade é difícil, exige muito tempo e implica muito trabalho. (E1, E2, E4)

Houve situações em mim que eu não era capaz, como já te falei, como é a sexualidade, o dizer “como que é que eu agora vou fazer que já não”... Isto são situações muito complicadas, não é de um dia para o outro, nem é com uma conversa que tu hoje resolves. É muito trabalho e são muitos meses de trabalho e trabalho em conjunto E2

Outra dificuldade dentro destas áreas é conseguir que o doente aprenda a ser autónomo. Os treinos vesicais e intestinais são referidos como algo que os doentes não aceitam bem. E fica a dúvida se depois da alta alguns doentes conseguem manter esses cuidados (E1, E3, E4)

Os esvaziamentos vesicais são outro, o treino intestinal. Principalmente os esvaziamentos eles não gostam. A maioria que eu tenho estado não aceita bem os esvaziamentos.E3

3.1.5 - A gestão da verdade sobre a lesão

Um aspecto crítico na relação com o doente, desde uma fase muito precoce e que já foi salientado na categoria “O Percurso Espaço-Temporal / Fases Da Doença”, tem a ver com a gestão da verdade sobre a lesão. Os entrevistados equacionam a dificuldade em comunicar da melhor forma a verdade; o impacto

que a verdade pode ter no doente e como lidar com as suas consequências e, finalmente, o impacto da gestão da verdade no próprio enfermeiro.

Quadro 8 - Categoria A Gestão da Verdade Sobre a Lesão

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
A gestão da verdade sobre a lesão	Comunicar a verdade sobre a lesão
	Lidar com o impacto da verdade no doente
	Impacto da gestão da verdade no enfermeiro

Comunicar a verdade sobre a lesão - A primeira dificuldade surge quando o doente aborda a enfermeira ao constatar pela primeira vez o seu défice. E mais tarde quando o doente aborda o enfermeiro sobre a irreversibilidade do seu défice. E depois também quando o doente pergunta concretamente sobre a sua lesão e o prognóstico. A dificuldade é em decidir o que comunicar e como comunicar. Porque o enfermeiro tem noção que não pode chegar ao pé do doente e dizer “*tout court*” a verdade. No entanto, tem dificuldade em seleccionar o que dizer por não saber o que o doente quer e está preparado para ouvir. Também a afirmação pelo doente da esperança de reversão da lesão provoca ambivalência em dizer a verdade. O enfermeiro sente outra dificuldade ao gerir a verdade que tem a ver com o facto da informação médica ser por vezes ambígua ou muito breve. (E1, E2, E4, E5)

E quando nos colocam essas questões, às vezes fico um bocado na dúvida: será que ele quer que lhe diga? O que é que ele quer que lhe diga? Se quer que diga de facto que vai ficar com limitações, mas que pode fazer uma vida, com as limitações, o mais normal possível, com as limitações que vai ficar. Ou se quer que lhe diga outra coisa que não é bem aquilo que vai acontecer. Gerir esta situação é muito complicado. E5

Lidar com o impacto da verdade no doente - Enfrentar a verdade é difícil. O doente por vezes nega a realidade, ora repetindo muitas vezes o mesmo tipo de questões, ora evitando mesmo falar sobre o assunto. Dizer a verdade implica sofrimento para o doente e o enfermeiro sente dificuldade em lidar com essa situação. Outra dificuldade é ajudar o doente a adaptar-se à ideia duma vida futura com compromisso da mobilidade (E1, E2,E5)

Até quando o médico já lhe explicou, o preparar o doente que de repente deixou de ter mobilização a nível do seu corpo, só mexe a cabeça e só tem portanto o prazer dele só a nível da cabeça porque o resto ele já não sente. Tu explicares à pessoa como é que ele se vai adaptar à sua vida futura .E2

Impacto da gestão da verdade no enfermeiro - Perante estas dificuldades o enfermeiro sente por vezes frustração por não conseguir comunicar da melhor forma a verdade. E do resultado não ser o esperado. As dificuldades levam a que o enfermeiro sinta por vezes vontade de fuga às perguntas. Mas isso traz problemas de consciência que o enfermeiro leva para casa. (E1, E2)

Porque muitas vezes achamos que sim, que alguns é melhor dizer logo quando nos questionam e às vezes sentimos alguma frustração quando o resultado não foi exactamente aquele que esperávamos quando nós o fazemos E1

3.1.6 - A adaptação do doente à situação

O doente confrontado com a verdade sobre a lesão vai ter de enfrentar uma nova situação de vida em ruptura com a anterior. Os entrevistados retratam-nos o impacto que o TVM tem na vida do doente e consequentes reacções emocionais, assim como identificam fases de adaptação neste processo. Dão ênfase às dificuldades que sentem perante a atitude de não-aceitação ou negação da situação por parte do doente. Descrevem também a dificuldade em ajudar o doente na adaptação a uma nova vida. (quadro 9)

Quadro 9 - Categoria A Adaptação do Doente à Situação

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
A adaptação do doente à situação	Impacto emocional do TVM no doente
	Lidar com as fases de adaptação
	Aceitação/negação da situação
	Ajudar o doente a adaptar-se

Impacto emocional do TVM no doente - Os enfermeiros vêem o TVM como um acontecimento que causa uma ruptura na vida das pessoas. E percebem que o doente se sente um fardo para a família. Perante esta situação os doentes apresentam diversas reacções emocionais as quais os enfermeiros sentem dificuldade em gerir. O enfermeiro tem de lidar com as oscilações emocionais

do doente. Outra característica com a qual o enfermeiro tem de lidar é com a insegurança que manifestam. É considerado normal estes doentes passarem por fases mais depressivas. O enfermeiro acredita mesmo que os doentes têm pensamentos suicidas cíclicos. (E1, E2, E3, E4, E6)

Porque muitas vezes teem consciência, estão com score 15, estão extremamente lúcidos e teem noção que a vida deles parou ali, houve um corte, houve no fundo...E2

Lidar com as fases de adaptação - Os enfermeiros identificam fases de adaptação nestes doentes. Mas enquanto para uma entrevistada essas fases são bem visíveis, para outra nem sempre são fáceis de identificar. Cada fase exige uma abordagem diferente. Salientam que embora a maior parte dos doentes ultrapassem as diversas fases de adaptação, há alguns que têm dificuldade. Referem-se a algumas dessas fases, como seja a de luto da perda de capacidades que só pode ser feito depois de o doente estar informado da sua situação. Também salientam a fase de negação como gerando dificuldade na relação/comunicação com estes doentes por ser difícil aceitarem o que se lhe diz ou certos cuidados que vão necessitar para o futuro. A fase de negação é considerada difícil de ultrapassar em alguns doentes. E quanto mais diferenciada intelectualmente é a pessoa mais difícil é ajudá-la a ultrapassar essa fase. Também é referida uma fase considerada difícil, a de revolta perante a constatação dos défices, em que há recusa de cuidados, desejo de morte e projecção da agressividade no enfermeiro. A fase de aceitação é considerada um pouco frágil. Finalmente a fase em que se questionam sobre o que fazer quanto ao futuro (E1, E2, E3, E4, E6)

Se calhar no relacionamento na comunicação da situação deles, às vezes eles nem querem ouvir, não é. À partida quando estão aqui no nosso serviço ainda estão na fase da negação, principalmente não é. Não sabem muito bem o que lhes aconteceu, pensam que vão recuperar (alguns vão mas outros nem por isso), não é. E estão ali naquela fase intermédia que às vezes é difícil comunicar-lhe alguns cuidados para o futuro que eles vão precisar, porque eles não ouvem e ainda não conseguem aceitar. E3

Aceitação/negação da situação - É dado ênfase ao facto de ser problemático o doente aceitar a sua situação, nomeadamente na área da eliminação e o andar

em cadeira de rodas. Nesta situação é difícil lidar com o doente, nomeadamente conseguir que aceite e colabore na sua reabilitação. O aceitar a situação é considerado como importante para o doente se implicar no processo de reabilitação. (E3, E4, E6)

Há doentes que continuam na negação não é, não querem aceitar aquilo e não aceitam e não colaboram na sua reabilitação. E6

Ajudar o doente a perspectivar uma vida futura - É considerado como uma das maiores dificuldades nos cuidados. Nomeadamente a dificuldade em ajudar o doente a perspectivar uma vida futura. E a orientá-lo para estratégias de adaptação a uma nova vida em ruptura com a anterior. (E2, E4)

e sobretudo depois o explicar-lhe, no fundo as estratégias para ele se habituar à nova forma de vida. Porque houve um corte percebes, esse corte é radical, é a mudança total na vida dele. E isso sobretudo nestes anos todos foi o que eu mais senti. E2

3.1.7 - Estabelecer uma relação terapêutica

Perante o contexto descrito nas categorias anteriores e para ajudar o doente a adaptar-se à situação, a relação estabelecida pode ser problemática. Alguns enfermeiros dão-nos a sua perspectiva geral sobre as dificuldades na relação. Tanto é referida a dificuldade em gerir estes doentes como o não valorizar dificuldades relacionais em geral. O distanciamento emocional é evocado como uma causa provável para não sentir dificuldades, assim como a boa comunicação que as evita. É salvaguardado que as dificuldades a existirem afectem a prestação de cuidados e é preconizado que estas devem ser encaradas como algo de normal. Os entrevistados referem dificuldades na aproximação relacional, no saber lidar com cada situação e na manutenção de uma relação de confiança. (Quadro 10)

Quadro 10 - Categoria Estabelecer uma Relação Terapêutica

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
Estabelecer uma relação terapêutica	Atitude/perspectiva perante as dificuldades na relação
	A aproximação relacional
	Saber lidar com cada situação
	Dificuldade em manter uma relação de confiança

Atitude/perspectiva perante as dificuldades na relação - Os doentes com TVM são referidos como difíceis de gerir. Apesar das diversas dificuldades há enfermeiros que não são peremptórios em afirmar dificuldades relacionais. O não envolvimento emocional é invocado como factor para não destacar essas dificuldades. É no entanto salvaguardado que as dificuldades afectem os cuidados. É dado a entender que o não referir dificuldades relacionais está associado à boa comunicação que se consegue estabelecer com o doente. Preconiza-se que as reacções dos doentes devem ser abordadas como algo normal. (E3, E4, E5)

Não é um relacionamento fácil se calhar... mas não consigo agora assim identificar nenhuma situação problemática que me tivesse acontecido... E3

A aproximação relacional - É referida dificuldade na aproximação relacional / comunicacional. Nomeadamente algum constrangimento na abordagem inicial do doente (E4, E5)

Inicialmente se calhar há algum constrangimento inicial. Ver a abordagem do doente e tal. E5

Saber lidar com cada situação - Nem sempre se consegue, através da relação/comunicação resolver todas as situações. Embora por vezes seja apenas uma situação passageira (E5)

O aspecto relacional, o aspecto de comunicação, esse era um aspecto que estava sempre e ainda está, não quer dizer que a gente consiga resolver todas as situações. E5

Dificuldade em manter uma relação de confiança - A relação de confiança não se pode ter por garantida. Nomeadamente ela pode ser traída por actos do enfermeiro que põem em causa, perante o doente, a confiança que nele foi depositada. (E1)

E parecia que estava...E houve uma altura em que eu pensava que já tinha uma relação de confiança e que...e houve um grande retrocesso. E1

3.1.8 - A família do doente

A família do doente é muito valorizada pelos entrevistados. Dão-nos a perspectiva geral que têm das dificuldades com os diversos tipos de família e valorizam a importância que tem no suporte ao doente. Dão-nos conta de algumas problemáticas que têm de enfrentar com a família no que respeita à gestão da informação inicial sobre o doente, lidar com as suas emoções e a adaptação à situação. E finalmente as dificuldades no ensino e na alta para casa. Perante a importância e problemáticas relacionadas com a família, é ainda dado relevo à falta de tempo para estar com esta. (Quadro 11)

Quadro 11 - Categoria A Família do Doente

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
A família do doente	Perspectiva das dificuldades com a família
	Importância da família como suporte para o doente
	Informação inicial sobre a situação do doente
	Lidar com as emoções da família
	A adaptação da família à situação
	O Ensino à Família
	A alta para casa
	Falta de tempo para a família

Perspectiva das dificuldades com a família - A família destes doentes é referida como não gerando grandes dificuldades comparativamente com outras situações como seja a dos doentes oncológicos. É referido que estas famílias acabam por projectar a sua revolta mais no acidente do que na relação com o enfermeiro, daí não haver tanta dificuldade relacional. A perspectiva é que no geral as famílias até vão aceitando a situação. No entanto é referida a existência de diversos tipos de famílias. No geral aquelas em que se sentem dificuldades são a minoria. As famílias em que não há dificuldades são caracterizadas como relacionando-se bem, compreendem a situação, adaptam-se, estão presentes. As outras em que há dificuldades, não estão presentes, não se empenham, não se adaptam. Também é complicado quando a família não compreende a situação. Dentro da mesma família podem existir membros problemáticos e não problemáticos. Quando já existem problemas familiares prévios eles

repercutem-se no internamento nomeadamente dificultando a comunicação.
(E3, E4 E5, E6)

Como são situações muitas vezes de acidentes...não teem assim grandes, eh pá não há razões de queixa... não era isso o que eu queria dizer... às vezes aceitam melhor(...) “Pronto são coisas que acontecem, um acidente”. Às vezes estão mais revoltadas propriamente com o que se passou no acidente do que propriamente connosco que estamos aqui a fazer o melhor. Estão mais revoltadas com o incidente ou o acidente que levou aquilo. E4

Importância da família como suporte para o doente - O suporte familiar é considerado como muito importante, para ajudar o doente, nomeadamente para ultrapassar a situação. A família dá apoio psicológico ao doente e apoia-o também na sua reabilitação. Quando o doente tem suporte familiar consegue voltar à sua vida normal, dentro das suas limitações, após sair do centro de reabilitação. Já a falta de suporte familiar torna tudo mais complicado. Nomeadamente é dado o exemplo de um doente em que o não ter ultrapassado a fase de negação é associado à falta de suporte familiar. Sem suporte familiar a pessoa acaba institucionalizada, sem qualidade de vida e chega a morrer. (E6)

Eh pá eu acho que é tão importante o suporte familiar nesta fase! Acho que é, tirando tudo o resto, dos cuidados de enfermagem, dos ensinios, dessas coisas, é o suporte familiar, um bom suporte que os ajude. E6

Informação inicial sobre a situação do doente - Numa fase inicial o enfermeiro depara-se com uma família que não tem noção da situação do doente, que se sente um pouco perdida por não ter acesso a toda a informação clínica e em que esta é dada de uma forma descontínua. O enfermeiro acaba por colmatar alguma falta de informação da família. (E5)

mas quando vão tendo acesso a essa informação, pelo menos a parte clínica se calhar é assim um bocado aos bochechos. E5

Lidar com as emoções da família - O enfermeiro tem de lidar com as emoções da família. Como sejam as expressões emocionais negativas de medo e angústia dos pais, quanto ao futuro. Tem de lidar também com o choro que exprime o desamparo das mães que se sentem sós no apoio aos filhos. (E2)

Porque muitas vezes, as mães são as grandes mulheres que vão para a frente, os pais muitas vezes põem-se na retaguarda. Muitas vezes as pessoas acham que são muito fortes, mas depois quando desabam ao pé de nós... já me aconteceu a mãe a chorar desalmadamente Porque elas próprias não teem ajuda, sentem-se sozinhas, teem falta de apoio, sentem que cai tudo sobre elas, E2

A adaptação da família à situação – A família também vai ter de passar por um processo de adaptação. Existe uma perspectiva que considera ser às vezes mais difícil lidar com a aceitação da família que com a do doente. Esta tem tendência a negar a situação criando falsas esperanças. Mas outra perspectiva é a de que a família aceita melhor a situação que o doente porque o que mais valoriza é o facto de o seu ente querido estar vivo. (E1, E5)

A família vai sofrer um processo de transformação enorme, porque vai ter de se adaptar também a uma nova situação. E5

O Ensino à Família - Há uma fase em que as famílias são solicitadas para os ensinos sendo considerada como a parte mais difícil para algumas. O enfermeiro sente dificuldade na escolha da melhor abordagem para iniciar o ensino. Também se depara com o receio e fuga dos familiares perante os ensinos. Existem famílias em que é difícil efectuar os ensinos, nomeadamente por falta de condições para colaborarem. Uma condição considerada fundamental é a de a família ter vontade de colaborar e de aprender com os enfermeiros. Essa participação nos cuidados é vista como importante para a recuperação do doente. É referida dificuldade em passar a informação de como se fazem os cuidados durante o ensino e em avaliar se a família está apta ou não para cuidar do doente. (E3, E5, E6)

e também a família querer-porque este pai também queria, este pai queria colaborar - a disponibilidade da família em aprender, em querer colaborar connosco, isso acho que é muito importante, E6

A alta para casa – A alta para casa implica que a família fique com toda a responsabilidade da assistência ao doente. É natural que essa família se sinta ansiosa perante a expectativa da alta por ter de lidar com o doente numa situação completamente diferente da do passado. A situação é mais problemática se o doente é tetraplégico. (E4, E5)

A família há sempre aquela dificuldade em casa e tal, muito particularmente a malta que fica tetraplégica, que é muito mais difícil que a paraplégica. E4

Falta de tempo para a família - Os enfermeiros referem ser difícil conseguir disponibilidade para conversar com a família e esclarecer as suas dúvidas. (E2, E5)

Que às vezes a gente também não...se calhar em termos de tempo também nos falta às vezes isso. Conseguirmos, até pela dinâmica do serviço, conseguirmos estar mais tempo com estas famílias para que eles nos possam perguntar as dúvidas todas que teem e que nós os possamos esclarecer com tempo. E5

3.1.9 - Lidar com a reinserção do doente na comunidade

Os entrevistados revelam preocupação com a futura reinserção na comunidade de um doente no qual tanto investiram durante o internamento. Dão-nos conta da constatação que fazem da falta de apoios no pós-alta e de como isso os afecta. (Quadro 12)

Quadro 12 - Categoria Lidar com a Reinserção do Doente na Comunidade

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
Lidar com a reinserção do doente na comunidade	A constatação da falta de apoios no pós-alta
	Impacto no enfermeiro da falta de apoios no pós-alta

A constatação da falta de apoios no pós-alta - Quando os doentes têm alta o enfermeiro já sabe que vai haver falta de apoios para estes doentes. Esta é referida a vários níveis, desde a falta de disponibilidade dos familiares, porque precisam de trabalhar, até à falta de cuidados de reabilitação e à prestação de cuidados gerais ao doente. A questão monetária é fundamental porque tanto as ajudas técnicas como os centros de reabilitação são muito dispendiosos para a família. A família pode entrar num dilema, porque se deixa de trabalhar para cuidar do doente deixa de ter dinheiro para as despesas necessárias. Uma solução inicial é colocar o doente num sistema que lhe dê apoio, mas infelizmente há descontinuidade nesses apoios. (E2)

Mas depois é assim, eles vão para a realidade, lá para fora. E muitas vezes lá fora é no fundo o descobrir que eles não têm apoios. E2

Impacto no enfermeiro da falta de apoios no pós-alta – A constatação desta falta de apoio no pós-alta provoca sofrimento no enfermeiro. Este sente também desilusão perante a visão romântica inicial de plena reinserção sócio-familiar destes doentes. Sente-se impotente para ajudar o doente e chocado e frustrado por, no pós-alta, haver descontinuidade do grande investimento feito a nível hospitalar. (E1, E2)

E vê que a pessoa regride tudo e para nós é uma grande frustração, para mim e para ti sabes que é uma grande frustração como enfermeiros, a gente ver todo um trabalho que foi... parece que de repente foi cortado. Isso a mim às vezes, essa dificuldade também às vezes custa-me. Porque lutámos muito e tu sabes que no dia-a-dia é um serviço que é pesado, são doentes importantes para nós e que nós apostamos até muito. E2

Resumo

As dificuldades relacionais dependem das **características de cada doente**, sejam as que já lhe eram intrínsecas no passado, sejam as proporcionadas pelo contexto actual da doença.

Esta temática caracteriza-se por se desenrolar de forma diferenciada num determinado **percurso espaço-temporal** que inclui os três sectores do Serviço e as correspondentes **fases da doença**.

Tratando-se da relação na prestação de cuidados, o que se torna desde logo evidente é a **grande dependência que estes doentes têm do enfermeiro** em todas as suas actividades de vida. Essa característica implica dificuldades na relação com o doente, assim como tem impacto emocional no enfermeiro.

Embora a grande dependência dos cuidados de enfermagem em geral gere dificuldades, existem situações específicas mais problemáticas como sejam as **relacionadas com o espaço íntimo na prestação de cuidados**.

Outra situação problemática é a da **gestão da verdade sobre a lesão**. É muito salientada no que respeita a dificuldades na comunicação da verdade e no lidar com o impacto da mesma no doente e no próprio enfermeiro.

Este doente ao ser atirado para uma vida em ruptura com a anterior, vai passar necessariamente por um **processo de adaptação**. O enfermeiro assiste e tem de lidar com as dificuldades desse processo.

Para ajudar o doente em todo o contexto problemático referido há que **estabelecer uma relação terapêutica**. Alguns enfermeiros deram-nos conta da perspectiva geral que têm sobre a existência de dificuldades relacionais e de como as encaram. São referidas algumas dificuldades específicas que sentem ao estabelecer a relação com estes doentes.

A família do doente também faz parte do contexto de cuidados, sendo muito referida pelos enfermeiros que nos dão a perspectiva que têm das dificuldades nessa vertente.

Estes enfermeiros sentem dificuldade em **lidar com a reinserção do doente na comunidade** onde, contrariamente ao esperado, não há geralmente continuidade dos cuidados prestados nos quais tanto investiram.

3.2 - TEMÁTICA - COMPETÊNCIAS RELACIONAIS

Estes doentes, para além de estarem muito dependentes em todas as actividades de vida dos cuidados de enfermagem, vivenciam também uma mudança súbita e trágica na sua vida à qual têm de se adaptar. O enfermeiro, estando necessariamente muito próximo destas pessoas pela carga de cuidados que exigem, também presencia as reacções inerentes ao seu processo de adaptação. Lidar com este contexto de cuidados gera, como já vimos, dificuldades.

Esta segunda temática revela, ao longo de 9 categorias, as competências relacionais que estes enfermeiros desenvolveram de forma a ultrapassarem essas dificuldades e ajudarem o doente.

As categorias e subcategorias desta temática estão resumidas no quadro 13:

Quadro 13 - Temática Competências Relacionais

	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
TEMÁTICA - COMPETÊNCIAS RELACIONAIS	Avaliar/Conhecer o doente	Actuar de acordo com a avaliação de cada doente
		Avaliar/conhecer o doente na gestão da verdade sobre a lesão
		Interpretar correctamente as atitudes do doente
	Estar presente e mostrar disponibilidade	Importância de estar presente e disponível
		Mostrar disponibilidade
		Estar presente e disponível nas noites
	A relação de confiança	Estabelecer e garantir a relação de confiança
		Aceitar e dar segurança ao doente
		Permitir ao doente exprimir-se livremente
	A Comunicação com o doente	Escuta activa
		Comunicar com verdade e segurança
		Esclarecer o doente
		Comunicar valorizando o doente como pessoa
		Comunicar com o doente inconsciente/ventilado na UCI
	O bom humor na relação	Justificação/Intencionalidade do humor
		Tipo de brincadeiras
		Efeitos do humor
		Gestão do humor/brincadeiras
	Ajudar no processo de adaptação	Ajudar o doente a aceitar a situação
		Preservar a esperança
		Ajudar na adaptação à vida futura
	Valorizar determinados cuidados	Cuidados considerados importantes/fundamentais
		Valorizar os cuidados para a autonomia
		Proporcionar apoio/bem-estar emocional
		Proporcionar conforto/prazer/distracção
	Valorizar o Trabalho em Equipa	Trabalhar em equipa
		Cada elemento tem o seu papel na equipa
	Valorizar/Trabalhar com a família	Perspectiva perante a família
Valorização do papel da família no apoio ao doente		
Integrar a família na equipa		
Preparar a família para a alta (ensinos)		

3.2.1 - Avaliar/Conhecer o doente

Os entrevistados dão-nos conta da importância de avaliar e conhecer o doente para poder adequar a relação e os cuidados à individualidade de cada um.

Salientam a importância de conhecer o doente na gestão da verdade sobre a lesão e chamam a atenção para a necessidade de interpretar correctamente as atitudes que os doentes tomam. (Quadro 14)

Quadro 14 - Categoria Avaliar/Conhecer o Doente

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
Avaliar/Conhecer o doente	Conhecer o doente na sua individualidade
	Actuar de acordo com a avaliação de cada doente
	Avaliar/conhecer o doente na gestão da verdade sobre a lesão
	Interpretar correctamente as atitudes do doente

Conhecer o doente na sua individualidade - Este aspecto é considerado fundamental. Este conhecimento deve permitir avaliar o modo de reagir de cada pessoa, o que ela quer, nomeadamente como deseja ser ajudada, sem influencia de ideias pré-concebidas acerca destes doentes. (E1)

O que é que ela queria, o que é que quer, prontos, como é que ela quer ser ajudada, porque nem todos estes doentes são iguais e isso ás vezes nós achamos que é standard "ai eles são assim", "os tetras são assim", "Ai isso é normal porque eles todos"... E1

Actuar de acordo com a avaliação de cada doente - A avaliação do doente deve guiar a actuação do enfermeiro. Entre os itens de avaliação que guiam a acção os entrevistados salientam a condição e capacidades do doente, a sua personalidade, estado emocional e condições sócio-familiares e habitacionais. A actuação mediante esta avaliação individualizada pode ser também guiada pelos conhecimentos adquiridos através da formação mas que devem ser adaptados a cada doente. E dessa formação os enfermeiros salientam para o caso o conhecimento sobre as fases de adaptação emocional e a teoria da crise. (E1,E2, E3, E4, E5)

consoante o que vimos com o doente e avaliamos, vemos o caminho mais adequado para isso, pronto. E3

Avaliar/conhecer o doente na gestão da verdade sobre a lesão - Sendo a gestão da verdade sobre a lesão uma das dificuldades referenciadas, os enfermeiros salientam a importância de conhecer o doente antes de avançar na comunicação

dessa verdade, nomeadamente para perceber se está preparado para ela e o que quer realmente ouvir. (E1)

conhecer e saber exactamente... às vezes tentar perceber nas questões se realmente já está preparado ou não para esse confronto. E1

Interpretar correctamente as atitudes do doente - Na avaliação do doente os entrevistados chamam a atenção para a importância da interpretação das atitudes do doente. Rejeitam as interpretações menos correctas de alguns colegas por estas não passarem pela compreensão da normalidade dessas atitudes. Procuram também encontrar causas para as questões e comportamentos dos doentes. (E1, E2, E5)

A gente também tem de saber apercebermo-nos dessa situação [fases depressivas] e não achar que o doente está a ser difícil ou porque, são situações normais os doentes passam por fases de altos e baixos. E5

3.2.2 - Estar presente e mostrar disponibilidade

Já tínhamos visto que uma das consequências da grande dependência destes doentes é a sua necessidade de presença constante. Os entrevistados salientam a importância do enfermeiro estar presente e disponível para o doente e de afirmar intencionalmente essa disponibilidade. A presença efectiva do enfermeiro é considerada de especial importância nas noites. (quadro 15)

Quadro 15 – Categoria Estar Presente e Mostrar Disponibilidade

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
Estar presente e mostrar disponibilidade	Importância de estar presente e disponível
	Mostrar disponibilidade
	Estar presente e disponível nas noites

Importância de estar presente e disponível - Os entrevistados consideram que, como enfermeiros, devem assumir uma postura de presença e disponibilidade na prestação de cuidados que seja percebida pelo doente, para que este se sinta seguro e importante na relação estabelecida. (E1, E2, E4)

Esta profissão é muito gira, esta profissão é muito engraçada, mas temos que...ou estamos aqui ou não estamos. E para este tipo de doentes, para esta especialidade que temos aqui, temos de estar aqui mesmo, senão não fazemos nada de jeito. E4

E é importante, é importante o tempo que tu perdes com o teu doente, como diz o Princepezinho. O tempo que tu perdes com o teu doente é muito importante porque é o que te faz rituais, é o que faz um dia diferente do outro, é o que te faz importante para ele. E2

Mostrar disponibilidade - O enfermeiro marca a sua presença, afirma a sua disponibilidade, põem o doente à vontade para chamar e explica a necessidade de o fazer quando este não quer incomodar. (E2, E5)

Agora não, agora pelo menos hoje e nos últimos dias, já noto, ele pede com muito mais frequência. “Isso é para pedir, é para chamar, não é para estar a aguentar, não é maçar nada. É mais fácil a gente enfrentar a situação logo ao princípio do que estar aí a acumular expectoração. E depois quando vimos aqui é mais doloroso, estamos a aspirar mais tempo, é pior”. Eu acho que ele já conseguiu interiorizar essa situação. E5

Estar presente e disponível nas noites - A enfermeira que mostra estar disponível e presente durante as noites, dá segurança, apazigua os medos do doente e proporciona-lhe um sono tranquilo. (E1, E2)

Nas noites então isso é notório. Nós quando estamos a fazer noite com este tipo de doentes, nós percebemos quando eles se sentem mais seguros ou mais inseguros. E quando nós estamos se sentem mais seguros e dormem calmamente, não se preocupam com a respiração ou com isto ou com aquilo, é muito bom sinal. E1

3.2.3 - A relação de confiança

Se o estar presente e disponível pode dar segurança e marcar a relação, esta precisa de tempo e investimento para ser e perdurar como uma relação de confiança. Aí o doente sente-se aceite tal como é e percebe que não fica desamparado mesmo que algo de mal lhe aconteça. Com o desenvolvimento da relação o doente vai tendo também maior abertura nas conversas. (quadro 16)

Quadro 16 – Categoria A Relação de Confiança

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
A relação de confiança	Estabelecer e garantir a relação de confiança
	Aceitar e dar segurança ao doente
	Permitir ao doente exprimir-se livremente

Estabelecer e garantir a relação de confiança - Estabelecer uma relação de confiança é essencial. Leva tempo e nem sempre se encontra a melhor forma. Nestes doentes há que estar atento e nunca ter por garantida a relação de confiança. (E1, E2)

E isso por exemplo é outra característica que eu acho que está muito associada a estes doentes que tem de ser tida em conta é nós não termos nunca por garantida essa relação de confiança. Estarmos sempre muito atentos. E1

Dar segurança e aceitar o doente – É considerado como importante o conseguir estabelecer uma relação em que o doente percebe que o enfermeiro se interessa, está presente e o aceita tal como é. Uma relação em que a presença incondicional do enfermeiro dá segurança ao doente. Para além disso o doente deve sentir que não vai ficar desamparados se lhes acontecer algo de mal. (E1, E2)

e penso que para eles é uma coisa fundamental, porque estes doentes o que precisam é sentir que alguém está presente, mas é alguém que se lhes acontecer qualquer coisa de mal não os vai desamparar. Seja qual for o turno. E2

Permite o doente exprimir-se livremente - O desenvolvimento da relação vai permitir ao doente tero também maior confiança e abertura nas conversas. (E1, E2)

3.2.4 - Comunicação com o doente

O desenvolvimento da relação permite ao doente sentir-se cada vez mais à vontade para o diálogo. Mas para esse diálogo ser frutuoso há que estabelecer

uma boa comunicação. Os enfermeiros salientam algumas premissas como a escuta activa e o comunicar com verdade e segurança. Revelam preocupação em esclarecer o doente e em valorizá-lo como pessoa quando com ele comunicam. É dado destaque à situação específica da comunicação no doente sedado/ventilado na UCI. (Quadro 17)

Quadro 17 - Categoria A Comunicação com o Doente

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
A Comunicação com o doente	Escuta activa
	Comunicar com verdade e segurança
	Esclarecer o doente
	Comunicar valorizando o doente como pessoa individual e que merece consideração
	Comunicar com o doente sedado/ventilado na UCI

Escuta activa - Os enfermeiros salientam a escuta activa como sua função e para a qual consideram dever estar preparados. Com ela permitem ao doente verbalizar sentimentos e pensamentos que o perturbam. (E1, E2, E5)

É assim, numa primeira fase tu tens que o ouvir, ele tem de ter vontade de falar contigo de se exprimir, não tens de ser tu a impor as coisas, tens de o deixar exprimir o que ele quer, as raivas, os medos, as ansiedades. Tudo isso tens que o deixar...tens de demonstrar que estás preparada para ouvi-lo. E só depois se ele quiser te pedir conselhos aí sim deves actuar. E2

Comunicar com verdade e segurança - Os entrevistados consideram que comunicar com verdade resulta e compensa. No entanto ressalvam que a verdade deve ser dita de forma cuidadosa para que o doente a aceite melhor e não corra o risco de depressão. Mostrar segurança e sinceridade dá securiza um doente que está numa situação de grande fragilidade e dependência. (E4)

Não podemos dizer assim “olha nunca mais vais andar”. Eu acho que isso é um bocado brutal e o doente entrou numa depressão e acabou a conversa. E4

Porque eles ao verem que estamos a ser sinceros com eles, que estamos seguros no que estamos a fazer, sentem-se muito mais seguros. E4

Esclarecer o doente - Tendo segurança nos saberes há que ter a preocupação de esclarecer e até de antecipar as dúvidas do doente. Este deve ser esclarecido acerca da lesão e suas consequências, assim como sobre as perspectivas para o futuro, desfazendo esperanças erróneas. Há que perceber também que o facto de esclarecer o doente sobre determinadas questões, permite-lhe avançar para outras e assim progredir no seu processo de adaptação. (E1)

e depois passado aí uma hora, ele disse-me que tinha sido a melhor coisa que lhe tinha acontecido eu ter ido lá. Que o facto de eu lhe ter dito a verdade ia esclarecer muita coisa na cabeça dele e já podia pôr todas as outras questões que ele estava a pensar E1

Comunicar valorizando o doente como pessoa - Na comunicação deve haver preocupação em valorizar o doente como um ser único, que tem de ser considerado como cidadão de pleno direito e não um “coitadinho”. Para tal é importante aumentar-lhe a auto-estima; valorizar os ganhos na recuperação; atenuar a distância relacional através do toque, por exemplo retirando a máscara de protecção ou até dando guloseimas à boca. Os cuidados que o doente revoltado rejeita não devem ser impostos mas sim recorrer-se à utilização de técnicas de comunicação para que ele os aceite melhor, como seja a negociação. Também quando se erra na relação é importante ter a humildade de o reconhecer e esclarecer isso perante o doente. (E2, E5)

Não é os coitadinhos, mas sim um ser humano que tem limitações, com um potencial que pode ser recuperado. Devolvê-lo à sociedade em que estava, de acordo com as incapacidades que tem. E2

Mas quando ele começa “Ah tu achas que eu depois indo na cadeira de rodas consigo...depois elas olham para mim. Eu lembro-me de falar isso com ele para aí há 10 anos. E isto muitas vezes é importante para ele, também aumentar a sua auto-estima, E2

Comunicar com o doente sedado/ventilado na UCI - A estadia do doente em UCI é uma situação muito específica. O doente está ventilado, sedado, mas ainda assim não totalmente inconsciente. Não admira pois que seja destacada a importância da comunicação com estes doentes através do toque e da voz. Estes acalmam o doente que está agitado. O enfermeiro que o faz é reconhecido pelo

doente e acredita que este mais tarde quer visitar a Unidade onde esteve porque essa presença o marcou. (E2)

Inclusive até muitas vezes as pessoas na primeira fase estão em coma e até estão numa primeira fase de choque até estão ligados ao ventilador, eu posso dizer, muitas vezes estes doentes quando acordavam, o toque e a forma como tu falavas eles conheciam-te. E2

3.2.5 - O bom humor na relação

O humor surge na comunicação com o doente como uma estratégia intencional que traz benefícios para o doente. Os enfermeiros falam-nos também do tipo de brincadeiras que utilizam dos efeitos do humor e de como ele deve ser gerido de doente para doente. (Quadro 18)

Quadro 18 - Categoria O Bom Humor na Relação

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
O bom humor na relação	Justificação/Intencionalidade do humor
	Tipo de brincadeiras
	Efeitos do humor
	Gestão do humor/brincadeiras

Justificação/Intencionalidade do humor - Na relação com estes doentes, os entrevistados demonstram utilizar o humor e a boa disposição de forma intencional. Projectam-se na situação de solidão e imobilidade que o doente vive, consideram-na pesada e complicada e querem aliviá-la, animando a vida do doente. O humor também é utilizado para pôr o doente à vontade. Por isso estes enfermeiros advogam que, no pouco tempo que conseguem por vezes estar junto do doente, este seja vivido de uma forma bem disposta. (E4, E5)

Mas eu uso muito o humor para ver se os animo um bocadinho. Já é uma situação complicada por natureza, muito complicada, dá cabo da vida de uma pessoa e às vezes um pouco de brincadeira dá um bocadinho de luz aquela vida que já é muito complicada. E4

Tipo de brincadeiras - A transmissão da boa disposição pode passar por brincadeiras, por vezes infantilizadas, mas que mais tarde o doente recorda com agrado. O enfermeiro por vezes assume mesmo o papel de animador, fazendo de palhaço ou Joker. (E4)

Às vezes faço de palhaço, um bocadinho de Joker. Brinco muito com eles, às vezes brinco com coisas um bocado parvas. E4

Efeitos do humor - Reconhecem que o humor tem efeitos positivos fazendo sorrir ou mesmo rir pessoas que têm um futuro pouco animador, de dependência, algumas delas muito fechadas em si próprias. Mas também há doentes que se mantêm fechados e não são susceptíveis ao humor. (E4)

Óculos. Metermos os óculos. Nós temos ali uns óculos.(...) Aqueles óculos para proteger de enfim... até já tem umas florzinhas (...)mas há-de ver. O doente risse de uma maneira. Um doente que vai ser muito difícil ser independente algum dia... E4

Gestão do humor/brincadeiras - Embora o humor possa ser muito utilizado, os enfermeiros têm noção que este deve ser gerido de acordo com cada pessoa, o que nem sempre será fácil. Quanto maior a diferenciação intelectual mais difícil e mais diferenciado também tem de ser o humor. E há que ter sempre o cuidado de não forçar o humor para que não tenha um efeito contraproducente. (E4, E5)

nem todos dá para brincar da mesma maneira. É a tal história: muito espertos (Risos), doentes muito diferenciados a nível intelectual é mais difícil, tem de ser um humor diferente. Com o S., uma brincadeira qualquer, uma chalaça qualquer resulta. Portanto o sr M. já é uma pessoa um bocadinho mais diferenciada, brinca-se um bocadinho mais diferenciado. E4

3.2.6 - Ajudar no processo de adaptação

Com a relação e a comunicação estabelecida o enfermeiro está apto a ajudar o doente no seu processo de adaptação. Nomeadamente, contribuindo para que o doente aceite a sua situação e se adapte a uma vida futura com incapacidade. É também discutido o papel da esperança neste processo. (Quadro 19)

Quadro 19 – Categoria Ajudar no Processo de Adaptação

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
Ajudar no processo de adaptação	Ajudar o doente a aceitar a situação
	Preservar a esperança
	Ajudar na adaptação à vida futura

Ajudar o doente a aceitar a situação - Com a relação e a comunicação estabelecida o enfermeiro está apto a ajudar o doente no processo de adaptação à situação que vive, nomeadamente, no doente revoltado, contribuir para apaziguar as emoções negativas, aceitar a equipa, aderir aos cuidados e adaptar-se. (E2)

Percebes, uma relação no fundo que proporcionou...Em termos de emoções ele era calmo, não era agressivo, fazia as coisas, acabava por, acabou por se adaptar...a gente nunca se adapta 100% a uma situação destas. Mas eu penso que ele minimamente por fim já estava mais adaptado, mais calmo. E2

Preservar a esperança - Uma componente considerada importante na adaptação é a esperança. A esperança, sem prejuízo da verdade, é vista como algo que ajuda o doente e o pode motivar para progredir. A esperança em tratamentos alternativos também é uma necessidade do doente e família e como tal deve ser apoiada. (E1, E3, E4)

Também nunca lhes disse acabou, não. Esperanças também é importante e de uma forma ou de outra eles continuam a viver, não é, têm é que se adequar...o modo de vida será diferente. Mas também nunca desiludi o doente nem a família. Acho que também não é essa a intenção. E3

Ajudar na adaptação à vida futura - Estes doentes têm de se adaptar a uma vida futura com incapacidade. O enfermeiro através das conversas que vai tendo prepara, orienta e encaminha o doente para a vida em sociedade. (E2, E3, E5)

Depois também a comunicação, não é. O ir dizendo e falando, da sua situação e ir dando umas luzes do que é que será, não é. Porque alguns doentes não temos a menor dúvida que vão ficar numa cadeira de rodas. E ir também encaminhando para isso e orientando. E3

Eu digo muitas vezes “ isto aqui é muito bom e tu estás adaptado, mas lembra-te que quando saíres lá fora as pessoas vão olhar para ti de uma forma diferente, estás numa cadeira de rodas e se calhar já não vai ser a forma como olhavam para o B. quando andava e isso tens de te mentalizar disto. E2

3.2.7 - Valorizar determinados cuidados

Os entrevistados destacam os cuidados que consideram fundamentais na abordagem destes doentes. Salientam cuidados que vão sem dúvida contribuir para uma melhor adaptação do doente à situação presente de internamento, como seja o proporcionar apoio e bem-estar emocional, conforto, prazer ou distração. Mas chamam também a atenção para os cuidados que vão contribuir para a adaptação a um futuro de incapacidade. (quadro 20)

Quadro 20 - Categoria Valorizar Determinados Cuidados

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
Valorizar determinados cuidados	Cuidados considerados importantes/fundamentais
	Proporcionar apoio/bem-estar emocional
	Proporcionar conforto/prazer/distração
	Valorizar os cuidados para a autonomia

Cuidados considerados importantes/fundamentais - As competências dos enfermeiros também passam pelo valorizar determinados cuidados. Para além dos cuidados considerados fundamentais nestes doentes (respiratórios, posicionamentos e úlceras de pressão) os entrevistados valorizam como importante o proporcionar bem-estar emocional, atender aos cuidados solicitados pelo próprio doente, a abordagem da sexualidade, os ensinamentos para a autonomia e a distração do doente. (E2, E3, E6)

Eu acho que todos os cuidados que nós prestamos, acham que são importantes e mesmo coisas solicitadas por eles. E3

Proporcionar apoio/bem-estar emocional - Os entrevistados consideram importante proporcionar bem-estar emocional através da relação com o doente, nomeadamente proporcionando apoio psicológico, conversando, apaziguando as emoções negativas. (E1, E2, E6)

Mas era agressivo, nos primeiros tempos muito agressivo. E eu resolvi que havia qualquer coisa que eu pudesse fazer para que a ansiedade diminuísse, que eu conseguisse ter com ele uma relação mais próxima e que no fundo conseguisse diminuir aquela amargura e aquele sentimento de não se poder mexer, transformá-lo numa coisa menos dura **E2**

Proporcionar conforto/prazer/distracção - O conforto, prazer ou distracção do doente também são uma preocupação dos enfermeiros. Proporcionar-lhes algo que ainda lhes possa dar prazer, quando o estado clínico é complicado, torna-se importante. E pode passar por gestos tão simples como oferecer uma guloseima. Cabem aqui também os pedidos do doente, muitas vezes de pequenas coisas que ele não pode efectuar, como coçar um olho, mas que se tornam tão importantes pelo conforto que proporcionam. Os entrevistados consideram também importante proporcionar actividades diversificadas aos doentes e lamentam não ter maior disponibilidade para o fazer. (E2, E3, E6)

Perceber que apesar de não se poder mexer, que havia qualquer coisa que lhe dava prazer na vida, que era o comer, que era o doce, que era das coisas que ele mais gostava. Que apesar de tudo tínhamos aproveitado alguma coisa que podíamos ainda valorizar **E2**

Ou era para aspirar, ou era para coçar a cabeça, ou era para esfregar o olho que fazia comichão. Às vezes são pequenas coisas que para nós não são nada mas para eles são muito importantes. **E2**

Valorizar os cuidados para a autonomia - Nos cuidados para a autonomia os entrevistados destacam o incentivar o doente a colaborar nos cuidados, dentro das suas capacidades; o ensino à família e os folhetos de apoio ao ensino do treino intestinal e vesical. (E3, E6)

*E incentivando também dentro daquilo que ele consegue fazer, incentivando a pessoa, o doente a fazer. Na higiene, na alimentação, mesmo no posicionar-se na cama, dar um jeitinho dentro do que pode.***E3**

3.2.8 - Valorizar o Trabalho em Equipa

Os entrevistados constataam que não é possível cuidar destes doentes sem um trabalho de equipa em que cada elemento tem o seu papel diferenciado. (quadro 21)

Quadro 21 - Categoria Valorizar o Trabalho em Equipa

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
Valorizar o Trabalho em Equipa	Trabalhar em equipa
	Cada elemento tem o seu papel na equipa

Trabalhar em equipa - Os entrevistados valorizam o trabalho de equipa na abordagem destes doentes, considerando que sem ele não é possível cuidá-los. O trabalho em equipa é um motivo de credibilidade perante as pessoas cuidadas e a família, para além de influenciar a evolução do doente. (E1,E2, E5)

Mas é importante a gente discutir com os colegas, porque é assim: tu não consegues tratar estes doentes sozinha, não consegues sozinha resolver estas situações. Isto é o que eu sinto por experiência própria. E2

E também acho que, e também por outro lado as famílias e os doentes conseguem ver alguma unanimidade na relação e também se torna mais motivador para eles e acreditam mais em nós todos em conjunto, é melhor. E1

Cada elemento tem o seu papel na equipa - A equipa trabalha como um todo mas os enfermeiros valorizam o papel diferenciado de cada elemento, nomeadamente do enfermeiro de reabilitação. (E2)

também é um trabalho de equipa, porque muitas vezes não só depende do enfermeiro de cabeceira, mas pronto de toda a equipa. E2

3.2.9 - Valorizar/Trabalhar com a família

Os participantes no estudo dão-nos a sua perspectiva sobre a família no contexto de cuidados, valorizando o seu papel de apoio ao doente. Preconizam

a sua integração nos cuidados o que também vai ajudar a preparar a alta através dos ensinamentos. (Quadro 22)

Quadro 22 - Valorizar/Trabalhar com a Família

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
Valorizar/Trabalhar com a família	Perspectiva perante a família
	Valorização do papel da família no apoio ao doente
	Integrar a família na equipa
	Preparar a família para a alta (ensinos)

Perspectiva perante a família - A família é bem vinda e não é considerada problemática pelos entrevistados. (E3)

A família, quer dizer pelo que eu tenho...é bem vinda E3

Valorização do papel da família no apoio ao doente - Valorizam o papel da família no apoio ao doente, fazendo-lhe companhia e ajudando na adaptação. (E2, E3, E5)

na família não falei mas realmente a família nestes doentes é muito importante, não é. E ajuda-os. E temos tido situações que temos visto que a família é um grande incentivo para eles aceitarem e continuarem. A ajuda da família aí é fundamental, completamente fundamental. E3

Integrar a família na equipa - É desejável que a família se integre na equipa aprendendo e colaborando nos cuidados. (E2, E3)

e é de aproveitar para fazer os ensinamentos e ajudar o doente. Desde que colabore e esteja interessada e seja o seu familiar que quer ajudar. E3

Preparar a família para a alta (ensinos) - A integração da família na equipa vai facilitar a preparação da alta através dos ensinamentos. O enfermeiro deve apoiar e dar toda a informação possível, exemplificar os cuidados, desmistificando a sua dificuldade e proporcionar tempo para que a família possa treinar o que aprendeu. A família deve ser abordada por forma a que o ensino não seja ansiogénico e se sinta à vontade para colocar dúvidas (E5)

Mas para tentar chegar aquela família, tentar que não seja...sabendo que a família já está numa situação de ansiedade que não lhe vamos nós provocar mais ansiedade ainda do que ela já tem, tentar desanuviar a situação. E5

pô-los à vontade, dizendo que estamos ali para as dúvidas que eles nos queiram colocar. E5

Exemplificar e dar-lhes tempo também para que eles possam fazer e prestar, para que eles se envolvam na prestação de cuidados e que possam estar à vontade connosco para esclarecer as dúvidas. E5

Resumo

No processo de enfermagem a avaliação do doente é a primeira etapa. Estes enfermeiros relevam a importância de **conhecer cada doente** como pessoa individual e de avaliar a sua reacção particular à situação. Contam assim compreendê-lo melhor e adequar as suas acções de forma personalizada.

Pelo seu elevado grau de dependência para a realização das actividades de vida, estes doentes necessitam duma presença constante que lhes dê segurança, os apoie e ajude. Os enfermeiros reconhecem essa necessidade salientando a importância de **estar presente e mostrar disponibilidade** perante o doente.

Estes doentes necessitam de ser aceites tal como são, sentir-se incondicionalmente amparados e sentirem abertura para o diálogo. Em consequência disso os entrevistados salientam a necessidade do estabelecimento de uma segunda premissa relacional nestes doentes, **a relação de confiança**.

A relação implica comunicação, mas uma comunicação que ajude o doente a superar melhor a situação em que se encontra. Como tal os enfermeiros destacam a importância e características mais importantes da **comunicação com o doente**.

Na comunicação com estes doentes é dado lugar de destaque ao **humor na relação**, como estratégia intencional de aliviar a situação dramática que vivem e pô-los à vontade.

Estando estabelecidas as bases da relação e da comunicação o enfermeiro está mais apto a **ajudar no processo de adaptação** do doente à situação.

Também faz parte das competências destes enfermeiros **valorizar determinados cuidados** tidos como fundamentais para que estes doentes ultrapassem com sucesso a adaptação à sua situação presente e futura.

Os entrevistados têm a noção que para ser competente a cuidar destes doentes é necessário **Valorizar o Trabalho em Equipa**

A família faz parte intrínseca do contexto de cuidados a estes doentes e as competências dos enfermeiros passam por **Valorizar/Trabalhar com a família** integrando-a na equipa.

3.3 - TEMÁTICA - FACTORES DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Perante as dificuldades na prestação de cuidados a estes doentes os enfermeiros demonstraram possuir um conjunto de competências relacionais para as ultrapassar. Interessa agora perceber que factores contribuíram para o seu desenvolvimento.

Surgem assim as 4 categorias e 12 subcategorias de análise desta temática que estão resumidas no quadro 23.

Quadro 23 - Temática Factores de Desenvolvimento de Competências

	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
FACTORES DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	Premissas subjacentes à aprendizagem de competências	O modo de perspectivar a enfermagem
		As aprendizagens são progressivas
		Factores considerados importantes
	A fundamentação dos saberes	Actualização dos saberes
		Segurança nos saberes
		Os saberes em comunicação
	A Experiência	A experiência de vida/maturidade pessoal
		A experiência/maturidade profissional
		A experiência com estes doentes
		A experiência com a família do doente
	A Equipa	Os colegas
		O trabalho de equipa

3.3.1 – Premissas subjacentes à aprendizagem de competências

Os enfermeiros salientam alguns aspectos subjacentes à aprendizagem de competências. Primeiro dão relevo à importância, para o desenvolvimento de competências, do modo como se perspectiva a profissão. Destacam também o facto de a aprendizagem de competências ser um processo progressivo. Finalmente enumeram alguns factores de desenvolvimento de competências e falam do seu papel. (Quadro 24)

Quadro 24 – Categoria Premissas Subjacentes à Aprendizagem de Competências

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
Premissas subjacentes à aprendizagem de competências	O modo de perspectivar a enfermagem
	As aprendizagens são progressivas
	Factores considerados importantes

O modo de perspectivar a enfermagem – Para os entrevistados o modo como o enfermeiro perspectiva a sua actividade profissional influencia o desenvolvimento de competências. Ele tem, primeiro que tudo, de gostar do que faz e estar ciente do seu papel como enfermeiro, no qual é determinante o tipo de conceptualização de enfermagem subjacente aos cuidados que presta. (E1, E2)

os cuidados, como é que nós... quais são os conceitos de enfermagem que nós temos, tem a ver também com a nossa aprendizagem. E1

As aprendizagens são progressivas – Ao longo das entrevistas é notório o facto dos entrevistados considerarem que a aprendizagem de competências é um processo moroso, progressivo e com dificuldades.

Passa por exemplo, pelo aumento da tolerância perante a grande exigência destes doentes, para chegar ao ponto de poder mostrar-se sempre presente e disponível para os ajudar. Passa também pelo aperfeiçoamento da comunicação, como uma técnica que se aprende mas que leva anos a desenvolver, nomeadamente ao serviço da gestão da verdade sobre a lesão.

Também o respeito pelo espaço íntimo é cada vez mais um factor de atenção e aprendizagem. (E1, E2, E5)

E isto durante algum tempo...é assim, inicialmente... a nossa tolerância tem de crescer ao longo dos anos e temos de perceber que não é ele o culpado, que não está a ser entre aspas o chato, mas é alguém que está 100% dependente da pessoa que está a trabalhar com ele. E2

Factores considerados importantes - Os factores de desenvolvimento de competências são, não só, o motor das aprendizagens que se processam ao longo do tempo, como vão alterando a maneira de estar como enfermeiro. De entre esses factores os entrevistados destacam os que têm a ver com a experiência - quer a experiência de vida e consequente maturidade pessoal conferida, quer a experiência profissional com estes doentes. Também é referida como importante a ajuda dos colegas e a aprendizagem através da pesquisa bibliográfica. (E1, E4, E5, E6)

E são essencialmente...são esses factores que eu acho que têm...que têm mudado muito a minha maneira de estar e a aprendizagem que eu tenho feito ao longo do tempo E1

3.3.2 - A fundamentação dos saberes

Para que haja desenvolvimento de competências os enfermeiros consideram importante que os saberes que possuem estejam bem fundamentados. Para tal é imprescindível que sejam sujeitos a actualizações. A fundamentação dos saberes tem implicações na qualidade dos cuidados que se prestam. É dado especial destaque aos saberes na área da comunicação. (Quadro 25)

Quadro 25 - Categoria A Fundamentação dos Saberes

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
A fundamentação dos saberes	Actualização dos saberes
	Segurança nos saberes
	Os saberes em comunicação

Actualização dos saberes - Os entrevistados consideram importante a actualização dos saberes. Esta não pode ser descurada, deve ter em conta outras

experiências e o que se vai alterando. Torna-se especialmente importante quando o enfermeiro entra de novo para o serviço também para vencer o medo e a insegurança que estes doentes inicialmente suscitam. De referir que, apesar da grande especificidade de alguns cuidados técnico-instrumentais, que estes doentes exigem, esta é considerada como a parte mais fácil da aprendizagem quando se entra de novo para o serviço. (E1, E3, E4, E5)

Depois a aprendizagem, nós não descuramos isso, não é. E1

Segurança nos saberes - É dada importância à segurança nos saberes, nomeadamente através da fundamentação teórica. Ela fundamenta, facilita, melhora e dá segurança aos cuidados que se prestam. É essencial na relação com o doente pois, ao permitir responder com convicção às suas questões e dúvidas, dá-lhe segurança e incute confiança na relação. (E1, E4, E3)

E depois saber muito bem o que é que nós podemos oferecer e podemos contar quando nos relacionamos com estes doentes. Porque é assim, também é importante nós sabermos, porque a relação com estes doentes também é muito influenciada por aquilo que nós sabemos, da situação. Eles saberem que nós estamos dentro do assunto, que nós lhes podemos dar segurança e confiança. E1

Os saberes em comunicação - É dado especial destaque pelos entrevistados aos saberes sobre comunicação. São importantes para a relação com estes doentes, para os conhecer melhor e poder ajudá-los. Salientam o contributo da aprendizagem efectuada durante o Curso de Complemento em Enfermagem (Licenciatura em Enfermagem). (E2, E5)

É assim, nós temos de perceber até que ponto... sobretudo eu fiz o meu trabalho de licenciatura sobre comunicação, eu li muito sobre comunicação. E sabes que a comunicação é um mundo, a comunicação verbal e não verbal. E eu via relações em termos da comunicação, desde o toque, da forma como se fala, das posturas que temos que são fundamentais na relação com estes doentes, que me ajudaram. Portanto eu estudei e aprofundei essas situações... também na altura não estava... E2

3.3.3 - A Experiência

Para o desenvolvimento de competências na área relacional a experiência conta em todas as suas vertentes. Para começar a experiência de vida, dada pela idade e que confere maturidade pessoal. Também a maturidade profissional conferida pelos anos de experiência como enfermeiro é considerada imprescindível. Depois a experiência profissional adquirida com os vários casos destes doentes. Finalmente também a experiência de interação com a família dos doentes é considerada um factor de desenvolvimento de competências. (Quadro 26)

Quadro 26 - Categoria A Experiência

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
A Experiência	A experiência de vida/maturidade pessoal
	A experiência/maturidade profissional
	A experiência com estes doentes
	A experiência com a família do doente

A experiência de vida/maturidade pessoal - É salientada a idade, com a correspondente experiência de vida e maturidade pessoal, como um factor fundamental para o desenvolvimento de competências. Confere uma confiança em si que permite desenvolver também melhor as competências no trabalho. O próprio doente sente insegurança quando está perante um enfermeiro muito jovem. Ter experiência de vida e maturidade pessoal ajuda na relação com outras pessoas. Ainda mais na prestação de cuidados a estes doentes que sofreram uma mudança dramática e súbita na sua vida e que necessitam pois, mais que outros, de uma relação de empatia. (E2, E4, E6)

É muito giro dizer “ah a empatia”. A empatia é muito bonita, mas é uma coisa muito difícil. Nem sempre consegues fazer em todos os doentes e em muito poucos doentes o consegues fazer. Nestes TVMs, neste tipo de situações, ainda é mais importante isso. Porque o doente foi abruptamente tirado da vida dele. É uma situação súbita. Foi colocado numa cama e “tu daqui agora já não vais sair, pronto e se saíres da cama - nem todos saem da cama - pronto nunca mais vais sair da cama de uma forma autónoma”. E eu acho que neste tipo de situações a experiência da pessoa... E4

A experiência/maturidade profissional – Os entrevistados não consideram fácil cuidar destes doentes, sendo de grande ajuda ter já alguma experiência profissional. Isto porque o jovem sem experiência ainda pensa o doente de uma forma tendencialmente biomédica, enquanto que o profissional com experiência consegue abarcar o doente de uma forma holística. Por outro lado a maturidade profissional pode ajudar a lidar melhor com o sofrimento que provoca o contacto com estes doentes. A experiência profissional também ajuda a melhorar a comunicação com o doente. (E3, E4, E6)

Eu acho que ao longo dos anos pensamos de outra maneira, também com as próprias experiências pessoais, pensamos de outra maneira. Pensamos para além... para além da veia, para além da algália, para além do resto, a gente pensa um bocadinho no resto que está à volta. E depois de pensarmos no resto que está à volta, pensamos no que está à volta do resto. A família, pensamos no estado do doente, pensamos no que é que o doente fazia, contextualizamos o doente na vida dele. E4

A experiência com estes doentes – A experiência profissional em geral não basta, é necessário ter também a experiência de várias situações com este tipo de doentes. A relação com o doente pode ser uma fonte de aprendizagem, como por exemplo na compreensão do respeito pelo espaço íntimo ou na percepção de como certos factores ambientais afectam o doente. A aprendizagem com estes doentes faz-se tanto a partir da análise e reflexão sobre os casos de sucesso, como dos erros. A necessidade de mudar tem de ser sentida para haver crescimento. O facto de o serviço ter vários sectores proporciona também uma aprendizagem comparativa das várias fases pelas quais o doente passa. (E1, E2, E4, E5, E6)

E aproveitar sempre os casos em que houve sucesso, porque é que, tentar perceber porque é que foi, porque é que resultou assim, não é. Analisar isso, o que é que eu fiz então de bom para...e guardar isso e pronto, ir-me enriquecendo cada vez mais, desenvolvendo. E1

A experiência com a família do doente – É preconizado o contacto com a família como factor de aprendizagem de competências, como seja o dialogar bastante e trabalhar com ela no sentido de perceber melhor as suas dificuldades, como as gere e como as ultrapassa. (E1)

E trabalhar um bocadinho com a família, como é que eles também conseguem ultrapassar, como é que nós também podemos ajudar nisso. E1

3.3.4 - A equipa

A equipa é fundamental no desenvolvimento de competências. Primeiro pelo apoio proporcionado pelos colegas mais experientes e depois pelo diálogo necessário, para discutir situações e delinear estratégias, quando há dificuldades.

O próprio funcionamento da equipa, quando esta é capaz de trabalhar em uníssono a relação, influencia o desenvolvimento de competências relacionais de todos. (Quadro 27)

Quadro 27 - Categoria A Equipa

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
A Equipa	Os colegas
	O trabalho de equipa

Os colegas - A experiência e o apoio dos colegas, quando se entra de novo para o serviço, são considerados um factor de desenvolvimento de competências. O diálogo com os colegas, nomeadamente com os mais experientes deve ser utilizado sem receio de exprimir as angústias, falar sobre os erros, pedir ajuda ou uma opinião. Isso ajuda a perceber melhor as dificuldades, a arranjar estratégias para ultrapassá-las e leva ao crescimento. É destacado o papel da enfermeira especialista de reabilitação e da enfermeira chefe (também ela com a mesma especialidade). (E2, E3)

que te possam ajudar e que tu achas...é muito importante. Porque te ajuda a crescer e ajuda-te sobretudo a perceber como enfermeiro que tens de ter a maturidade de perceber porque é que eu tenho medo, como é que eu vou ultrapassar isto, como é que eu vou ultrapassar as barreiras e arranjar estratégias. E2

O trabalho de equipa - É considerado que as pessoas que conosco trabalham influenciam o desenvolvimento de competências através do modo como abordam as situações e se desenvolvem como equipa. Se os factores pessoais a

partir dos quais é conseguida uma relação de sucesso encontrarem eco e se desenvolverem na equipa, mais fácil é melhorar as competências relacionais nas próximas relações, para além de ser gratificante para todos. O sucesso na relação é mais fácil também de ser estendido à equipa multidisciplinar se a equipa de enfermagem trabalhar em uníssono. (E1)

E depois outro factor que eu acho que tem a ver também é assim com as pessoas que nos rodeiam, com o resto da equipa que nos rodeia, com a maneira como falamos do assunto, como nos desenvolvemos como equipa, E1
auxiliares que às vezes é difícil porque também há muitos preconceitos na cabeça das pessoas e é difícil mudar essas coisas. E1

Resumo

Quando se abordam os entrevistados sobre esta temática, estes salientam **premissas subjacentes à aprendizagem de competências**, a importância da **fundamentação dos saberes**, da **experiência** quer pessoal, quer profissional e o papel da **equipa** em que estão inseridos.

3.4 - TEMÁTICA - CARACTERÍSTICAS DA RELAÇÃO ENFERMEIRO / DOENTE

O que caracteriza a relação com estes doentes, para além das dificuldades e competências, é descrito nesta temática. São referidas em primeiro lugar algumas características da relação e depois o impacto que tem no enfermeiro. As categorias e subcategorias desta temática encontram-se no quadro 28.

Quadro 28 - Temática Caracterização da Relação

	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
CARACTERIZAÇÃO DA RELAÇÃO	Características da relação	Relação de grande proximidade/afinidade
		Referências relacionais diferentes na equipa
		Relação de apoio e afecto que perdura no pós-alta
		Características do doente que marcam mais a relação
	Impacto da relação no enfermeiro	Estimula o envolvimento comunicacional/emocional
		Relação gratificante para o enfermeiro
		Doentes recordados fora do serviço
		Preocupação em saber da evolução do doente no pós-alta

3.4.1 - Características da relação

A relação com estes doentes é caracterizada por uma grande proximidade relacional favorecida pela longa permanência no serviço. O doente acaba por ter em cada membro da equipa uma referência relacional diferenciada. A relação de apoio e afecto estabelecida acaba por perdurar no pós-alta. Os enfermeiros destacam algumas características, de doentes, que os marcaram mais na relação. (Quadro 29)

Quadro 29 - Categoria Características da Relação

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
Características da relação	Relação de grande proximidade/afinidade
	Referências relacionais diferentes na equipa
	Relação de apoio e afecto que perdura no pós-alta
	Características do doente que marcam mais a relação

Relação de grande proximidade/afinidade - A longa permanência no hospital destes doentes favorece uma relação de grande proximidade.

O doente acaba por ver o hospital como uma casa onde se sente adaptado aos profissionais e onde a vida decorre com uma certa normalidade.

Os enfermeiros estão 24 horas por dia com estes doentes numa altura dramática da sua vida e em que requerem muitos cuidados de enfermagem. Por isso são referências importantes e que passam a fazer parte integrante e fundamental da vida do doente. A relação invocada de proximidade chega ao paralelismo com uma família. Isso é evidente quando é referido que no doente jovem a enfermeira é identificada como uma mãe pelo seu papel de escuta dos desabafos. O próprio enfermeiro se identifica como família do doente, sentindo carinho, preocupando-se e lembrando-se dele fora dos muros do hospital. Essa relação de grande afinidade, que se vai estabelecendo, ajuda a atenuar os constrangimentos que possam existir inicialmente na relação. E há relações que acabam às vezes por marcar o enfermeiro principalmente quando acompanha o doente ao longo do seu percurso pelo serviço. (E2, E5)

Eu penso que isto ajuda e que isto é importante e que isto no fundo faz com que seja uma família, além da nossa família, porque acabamos por criar carinho, porque nos preocupamos com as pessoas. Porque no fundo saímos do hospital mas elas estão na nossa memória e sei lá... E2

Referências relacionais diferentes na equipa - O doente acaba por conhecer bem e distinguir os diversos elementos da equipa quer sob o aspecto técnico dos cuidados que lhe prestam, quer como pessoas através da relação que estabelecem. Acaba por ter diferentes referências na equipa com as quais conta consoante as suas necessidades.

E essa relação de equipa... e eles no fundo tem sempre muitas referencias, não tem só uma enfermeira têm várias. Porque alguém lhes fez alguma coisa. Lembro-me perfeitamente às vezes estes doentes, o próprio iries puncionar uma veia, ele sabe que tem lá alguém que... E2

Relação de apoio e afecto que perdura no pós-alta - A relação estabelecida no internamento é considerada como perdurando no pós-alta e o doente sabe que pode continuar a contar com a disponibilidade do enfermeiro. É refutado que se trate de uma relação de dependência da qual o doente se tem de desligar. Tratar-se-á sim da continuidade de uma relação de afecto que se estabeleceu. É dado o exemplo de um caso em que a enfermeira visita o doente na sua casa quando este precisa. Outra enfermeira referiu visitar um doente no serviço para o qual foi transferido proporcionando-lhe momentos de bem-estar. Os próprios doentes visitam o serviço sendo gratificante para o enfermeiro ver a sua evolução. (E1, E2, E6)

e muitas vezes as pessoas dizem, "ah não, depois criam uma relação de dependência muito grande, nós temos de fazer esse corte". Mas eu penso que nestes casos, não é uma relação de dependência, não depende de nós, ele já tem uma vida completamente... E1

Ele tem é uma relação afectiva connosco e quer manter e que lhe faz bem por isso. E1

Características de doentes que marcam mais a relação - Os entrevistados referem algumas características de doentes que os marcaram mais, nomeadamente pela relação ser agradável e com ausência de dificuldades. Uma delas tem a ver com a forma como o doente dialoga, nomeadamente por o seu discurso ser educado, sem palavras agressivas. A atitude perante os cuidados também conta, como seja aceitá-los bem e permitir efectuar um bom trabalho. Também marca o enfermeiro o facto de o doente ter uma postura admirável de reacção a situação. Finalmente o doente que apesar de estar a sofrer não quer incomodar. (E5, E6)

Mas acho que foi uma pessoa impecável, acho que nós aí até conseguimos um bom trabalho com ele. Porque ele era uma pessoa que aceitava muito bem os cuidados e tudo o que lhe era feito. E6

3.4.2 - Impacto da relação no enfermeiro

Por serem doentes conscientes - contrariamente a outros do Serviço de Neurocirurgia que estão em coma - e estarem a passar por uma mudança dramática na sua vida, estimulam imperativamente não só a comunicação mas também o envolvimento emocional. No entanto os enfermeiros enunciam razões para ser uma relação gratificante. Não admira pois que sejam doentes com os quais o enfermeiro se preocupa mais quando não está de serviço e mesmo até após a alta.

Quadro 30 - Categoria Impacto da Relação no Enfermeiro

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
Impacto da relação no enfermeiro	Estimula o envolvimento comunicacional e emocional
	Relação gratificante para o enfermeiro
	Recordados fora do serviço
	Preocupação em saber da evolução do doente no pós-alta

Estimula o envolvimento comunicacional do enfermeiro - Estes doentes estão conscientes, orientados, comunicam sem problemas, contrariamente a outros doentes do serviço que estão com alterações do estado de consciência ou da fala (afasia, disartria). Para além disso estão a passar por uma mudança súbita e dramática de vida, como já vimos, marcada pela grande dependência dos cuidados de enfermagem e pela adaptação à situação. São por isso doentes que solicitam e estimulam, mais do que outros, o enfermeiro, não só a comunicar, como a envolver-se pessoalmente sob o ponto de vista emocional.

De tudo isto os enfermeiros dão-nos conta nas entrevistas. Nomeadamente considerando que estes doentes estimulam muito o seu envolvimento pessoal. Por um lado porque é inevitável não comunicar verbalmente com eles - estão conscientes, apercebem-se do que se está a passar e falam. Isto contrariamente ao que acontece a outros doentes do serviço com alterações do estado de

consciência. A comunicação verbal impõe-se nestes doentes, quer o enfermeiro queira não, porque o próprio doente a solicita. Contrariamente ao que acontece a uma pessoa em coma com a qual até se pode e deve comunicar voluntariamente mas que não obriga a tal. Então nestes doentes o enfermeiro sente uma responsabilidade comunicacional maior, tem de ouvir o doente, fala com o doente e tem a noção que isso exige saberes próprios. (E4)

pode ser minha ideia, mas em termos de serviço em si, o doente fala, podemos falar com o doente, vamos falar com o doente, temos de saber falar com o doente. Enquanto que muitas vezes o doente em estado de coma a abordagem é um bocadinho diferente. Falamos se quiseres, podemos falar, mas ele não puxa por mim. E4

Estimula o envolvimento emocional do enfermeiro - Por outro lado estes doentes estão a adaptar-se a uma nova vida em ruptura com a anterior com todas as reacções emocionais que isso pode implicar, por isso o enfermeiro considera que a carga emocional é maior nestes doentes. Por isso, o envolvimento nos cuidados técnico-instrumentais muito específicos destes doentes é secundarizado perante o envolvimento pessoal que implica a forte carga emocional destes doentes. O impacto do envolvimento pessoal, perante um doente com tais características, leva o próprio enfermeiro a reagir emocionalmente. Uma dessas reacções passa pela projecção na situação do doente geradora de sofrimento. Que é tanto maior quanto maior a empatia com o doente. Mesmo fora do serviço o enfermeiro lembra-se destes doentes em situações que favorecem a projecção. Como seja ao conduzir o carro, por ser um dos motivos mais frequentes de acidentes que levam ao TVM. A projecção no doente leva o enfermeiro a sentir a dimensão dramática e difícil que é perder repentinamente a mobilidade, assim como sente a imprevisibilidade da sua reacção perante tal acontecimento. O enfermeiro fica de tal modo impressionado quando se projecta na situação que vê com espanto, admiração e respeito a capacidade de reacção e luta destes doentes perante um acontecimento tão adverso. (E2, E4, E5, E6)

Enquanto que um doente TVM tem a sua parte técnica sim, tem e sim temos que ter fundamentação teórica e sim temos de saber o que estamos a fazer, mas é um doente que tem uma carga emocional muito forte, puxa muito por nós a nível pessoal. E4

Relação gratificante para o enfermeiro – Apesar das dificuldades já evocadas e da projecção nestes doentes com algum sofrimento, os enfermeiros referem como gratificante a relação estabelecida. E evocam variadas razões para tal.

Para já consideram que a relação estabelecida é de tal ordem que justifica positivamente o papel como enfermeiros. Ou seja aqui a relação é vista como algo de intrínseco e muito valorizado nos cuidados de enfermagem.

Mas que é muito positivo para nós senão não tinha razão de ser sermos enfermeiros. E2

São apontados alguns aspectos da relação fonte de gratificação para o enfermeiro, como o facto de ser intensa e de o doente a sentir como uma relação de confiança. O enfermeiro também se sente recompensado desta relação quando tem o reconhecimento do doente. No dia-a-dia de trabalho sente-se recompensado e gratificado em inúmeras situações com estes doentes. Quer ao ser reconhecido e ao fazer sorrir um doente, mesmo quando ainda está obnubilado na fase inicial em UCI. Existe também gratificação quando de alguma forma o enfermeiro constata que conseguiu proporcionar prazer ou apaziguar as emoções negativas do doente, nem que seja ao fazê-lo sorrir com uma brincadeira. O diálogo com o doente é outra fonte de gratificação, quando o enfermeiro sente que com ele conseguiu ajudar em alguma coisa. Seja também preparando o doente para o futuro ou contribuindo para verbalizar o que o atormenta. Outro aspecto gratificante é a constatação dos progressos do doente, ainda que pequenos, fruto de um trabalho de equipa. E finalmente o facto de o doente manter contacto no pós-alta também gratifica o enfermeiro. (E1, E2, E4, E5

Portanto tudo isto, a relação que tu estabeleces de confiança que é fundamental e de saberes que ele pode contar contigo. É muito gratificante para ti E2

Recordados fora do serviço – Pelo que foi dito - nomeadamente por serem doentes que favorecem a projecção na sua situação dramática e com os quais é estabelecida uma relação de grande proximidade - não admira que sejam

facilmente lembrados pelo enfermeiro quando fora do serviço, mesmo que tente que isso não aconteça. (E4, E6)

tento não levar, mas é mais fácil levar um doente assim do que propriamente outro. E4

Preocupação em saber da evolução do doente no pós-alta - A relação de afecto e carinho estabelecida durante um internamento prolongado e o grande investimento nestes doentes leva o enfermeiro a desejar estar a par da sua evolução no pós-alta. Chega a ser manifestado o desejo de os poder visitar aquando da sua reabilitação num centro, para verificar se está a evoluir bem. Mesmo quando têm alta para a comunidade resta a preocupação e a dúvida sobre a continuidade de cuidados instituída no serviço. Como os enfermeiros atribuem também, como vimos, muita importância à família, a preocupação é extensível a esta, porque se apercebem das suas dificuldades. (E3, E6)

nós gostamos sempre de saber se está melhor, se está a recuperar, se está...é bom, é bom. E porque são pessoas que ficam cá muito tempo. E6

4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na discussão dos dados tomarei como ponto de partida cada uma das principais **dificuldades** relacionais vividas por estes enfermeiros, salientando algumas **competências** específicas, referidas pelos mesmos, para as ultrapassar.

Em seguida discutirei a **relação** que estes enfermeiros peritos estabelecem com o doente com TVM, debruçando-me sobre as suas **características únicas** e respectivas **competências relacionais/comunicacionais** desenvolvidas.

Interessa também, no final, desvendar o processo de **desenvolvimento dessas competências** ou seja discutir que factores contribuíram para tal.

A par e passo os dados serão discutidos à luz da perspectiva de alguns autores e de outros estudos.

4.1 - AS DIFICULDADES RELACIONAIS

As dificuldades relacionais serão discutidas em 6 vertentes (Quadro 31)

Quadro 31 - As Dificuldades Relacionais

AS DIFICULDADES RELACIONAIS
As características do doente
O Percurso Espaço-Temporal / Fases Da Doença
Características dos Cuidados de Enfermagem
A gestão da verdade sobre a lesão
A adaptação do doente à situação
A Família do Doente

4.1.1 - As características do doente

Primeiro que tudo estamos perante uma pessoa única com características próprias, quer as que já lhe eram intrínsecas, quer as proporcionadas pelo contexto actual da doença. As **dificuldades** na relação dependem de algumas

dessas características, dando os entrevistados destaque ao *nível da lesão, idade, género, personalidade, diferenciação académica/intelectual, estar traqueostomizado e o suporte do meio.*

Não admira pois que os enfermeiros preconizem como sua **competência** o *conhecer cada doente na sua individualidade* sem o reduzir a ideias preconcebidas, para assim poder personalizar os cuidados.

O que é que ela queria, o que é que quer, como é que ela quer ser ajudada, porque nem todos estes doentes são iguais e isso às vezes nós achamos que é standard "ai eles são assim", "os tetras são assim", "Ai isso é normal porque eles todos"... E1

SOMERS (2001) refere que a cada doente deve ser permitido adaptar-se à sua maneira e ao seu ritmo. E contra-indica que a equipa imponha as suas noções de como o doente se deve sentir e actuar depois dum TVM.

Os *saberes em comunicação* são considerados como factor fundamental no **desenvolvimento de competências** que permitam conhecer melhor estes doentes, para poder ajudá-los.

Começando pelos factores intrínsecos ao doente temos que quanto à **idade**, estes doentes são maioritariamente jovens o que é referido como inspirando mais sentimentos de pena no enfermeiro. Por outro lado, ser jovem é visto como um factor mais promissor de ultrapassagem da situação de incapacidade.

O **género** predominante destes doentes é o masculino, o que traz algum constrangimento na prática de cuidados por uma população de enfermagem maioritariamente do sexo oposto ou seja feminina. É colocada nomeadamente a problemática de doentes jovens serem cuidados por enfermeiras da mesma faixa etária.

Mas penso que pondo-me no lugar dele, penso que aí seria uma barreira não é. Seria um bocadinho complicado estar a ser por exemplo cuidada por uma pessoa da minha idade...e que fosse do sexo masculino. Acho que é complicado não é. E6

A **personalidade** é considerada como um factor que conta muito na relação e na ultrapassagem das dificuldades, havendo doentes especialmente difíceis de

lidar e que exigem competências para tal. No entanto o enfermeiro, vê como sua competência *avaliar a personalidade de cada doente e adequar a sua relação a ela*. Também considera importante que, independentemente da sua personalidade, seja estabelecida uma relação com o doente em que este se sinta aceite tal como é.

Existe a noção de que o humor não deve ser utilizado de forma indiscriminada, mas adequar-se a cada pessoa. Também os enfermeiros do estudo de JOSÉ (2002) consideraram “essencial um conhecimento da pessoa que cuidamos para que, ao utilizar o humor, o enfermeiro possa adequá-lo à pessoa respeitando o tipo de humor por este apreciado...”

HENRIQUES (2004) no seu estudo verificou diferenças na qualidade de vida dos doentes consoante um traço da personalidade, o *locus de controlo*. Ou seja as pessoas que consideram que a sua vida depende de si têm melhor qualidade de vida, enquanto que as pessoas que consideram que a sua vida está dependente de outros têm menor qualidade de vida.

Outra característica referida como tendo peso na relação é a **diferenciação académica / intelectual** do doente. Quanto maior esta diferenciação mais difícil e trabalhosa é a relação. O doente mais diferenciado é considerado como tendo maior capacidade para se aperceber de toda a complexidade e consequências da sua situação assim como também tem, por vezes, uma vida muito dependente da mobilidade. É por isso um doente mais difícil de animar e de ajudar a aceitar a sua situação.

O estudo de HENRIQUES (2004) mostrou níveis de qualidade de vida mais altos nas pessoas com maiores níveis de formação. O que poderá ser compreensível se atendermos a que neste estudo também houve associação entre os níveis de formação literária e o emprego e portanto aponta para mais recursos económicos. Também o estudo mostra uma tendência para a qualidade de vida a melhorar quanto mais tempo decorrido após a lesão. Isto sugere que apesar de na situação hospitalar possa haver eventualmente mais dificuldades

na adaptação emocional destas pessoas, depois de reinseridas na comunidade a sua qualidade de vida é melhor.

A utilização do humor como competência relacional é referida como tendo de ser diferente consoante a diferenciação intelectual do doente. Quanto maior, mais difícil e mais diferenciado terá de ser o humor.

a diferenciação intelectual... é um bocado parvo eu dizer isto mas é assim, quanto mais se sabe sobre o que se passa, prontos - não é isto, daí eu estar a dizer da parte intelectual e académica - é assim as pessoas que melhor conhecem este tipo de situações, se calhar sabe o que é que vai acontecer e às vezes é mais difícil de lidar. E4

Passando às características do doente, referentes ao contexto actual de doença, temos o **nível de lesão** como condicionando diferenças na abordagem destes doentes. O grau de dependência é maior nos tetraplégicos que nos paraplégicos, o que torna mais fácil lidar com os segundos por terem uma maior autonomia e se empenharem mais em tornar-se independentes.

O enfermeiro presta os cuidados tendo em conta o que cada doente consegue fazer *incentivando-o a participar de acordo com as suas capacidades*. Isto vai ao encontro do preconizado por PHANEUF (2002) e SOMERS (2001). Para PHANEUF (2002:322) o doente, seja qual for o seu estado, deve ser considerado um parceiro no processo de cuidados, colaborando neles de acordo com as suas possibilidades. “Sem a sua colaboração, por vezes obtida com grande luta, não podemos nada, a nossa missão de ajuda perde o sentido”. SOMERS (2001) salienta a atitude errada de não envolvimento do doente nas actividades em que ele já consiga colaborar, deixando isso apenas para os profissionais de reabilitação. Agindo assim transmite-se ao doente a mensagem de que embora esteja a exercitar determinada actividade, como por exemplo o vestir-se, na vida real vai sempre precisar de ajuda. Para além de que perde mais uma oportunidade de treinar as suas capacidades.

Apesar da incapacidade do doente o enfermeiro tenta *valorizá-lo como pessoa*, considerando-o um cidadão de pleno direito e não um “coitadinho”. Para tal

tenta aumentar a sua auto-estima, valorizar os ganhos na sua recuperação e ter uma relação de proximidade.

Esta relação de proximidade, favorecida pelos internamentos prolongados, também faz com que o doente se adapte à vida hospitalar e se sinta integrado e dentro de uma certa normalidade.

Não é os coitadinhos, mas sim um ser humano que tem limitações, com um potencial que pode ser recuperado. Devolvê-lo à sociedade em que estava, de acordo com as incapacidades que tem. E2

Estas atitudes fazem com que estes enfermeiros cumpram a missão de uma equipa de reabilitação segundo HESBEEN (2001:55): “tentar ajudar a pessoa a suportar a sua incapacidade, a sua deficiência, as suas características particulares, isto é, tentar ajudá-la a não se sentir diminuída por isso”

O doente **traqueostomizado** traz dificuldades à relação na medida em que impede a vocalização do doente e conseqüente fluidez da comunicação, mesmo quando se utilizam meios alternativos. O enfermeiro refere como estratégias a clampagem da traqueostomia, quando possível e o uso de quadros ou álbuns de comunicação

às vezes dificuldade porque eles querem comunicar e nós por vezes não os percebemos. Tentamos que eles falem devagar, tentamos ler a mímica labial não é, mas às vezes é complicado, não conseguimos mesmo. E6

Finalmente as **circunstâncias que envolvem o doente** quer sejam as da sua vida pessoal com eventuais problemas, quer sejam as relacionadas com o suporte que tem do seu meio, também influenciam as dificuldades relacionais.

Por isso o enfermeiro preconiza o conhecimento e avaliação do meio sócio-familiar do doente.

depende de tudo o que a envolve, depende dos meios que tem à sua volta, depende do suporte que tem à sua volta. E6

Segundo SOMERS (2001), o ambiente quer físico, quer social que envolve o doente tem um poderoso impacto. Um ambiente físico escuro e um *décor* institucional favorece o desespero, ao passo que um ambiente com uma decoração adequada à idade e com música, proporciona uma atmosfera mais positiva e optimista para a reabilitação. Quanto ao suporte social a autora

considera que este pode aumentar a capacidade da pessoa para lidar e recuperar da perda. Valoriza a avaliação não só do indivíduo mas também da família e da sua rede de suporte social.

4.1.2 - O Percurso Espacio-Temporal/ Fases Da Doença

O Serviço em causa é uma unidade de cuidados progressivos, como tal os cuidados de enfermagem a estes doentes desenrolam-se normalmente em três sectores: Unidade de Cuidados Intensivos, Unidade de Cuidados Intermédios e Enfermaria. A cada um desses sectores corresponde geralmente uma fase clínica: Fase Aguda nas Unidades e fase Subaguda/Crónica na Enfermaria.

Sendo esta uma das características do serviço, os enfermeiros nas entrevistas dão-nos conta das diferenças que possam condicionar dificuldades relacionais na prestação de cuidados a estes doentes, ao longo deste percurso espaço-temporal.

A existência deste percurso espacio-temporal parece ser uma vantagem apontada ao Serviço por facilitar o conhecimento e acompanhamento do doente em todo o seu percurso até à alta. Como o serviço é uma Unidade de Cuidados Progressivos tem a vantagem de permitir observar o doente nas diversas fases.

especialmente no nosso serviço. O nosso serviço como tem este multisector...é multisectorial. (Risos) Dá para ver a fase aguda, sub aguda, crónica ... dá para ver as dificuldades ao longo da "carreira" do TVM aqui. E4

Na UCI o doente encontra-se na fase aguda do seu TVM, muitas vezes ligado a um ventilador e sedado (caso dos tetraplégicos). Está instável sob o ponto de vista hemodinâmico, sobretudo a nível respiratório. Nesta fase a grande prioridade é a estabilização do estado clínico, principalmente o equilíbrio respiratório, o que faz o enfermeiro centrar-se e centrar o doente nessa prioridade. Pode mesmo desviar a atenção deste quando começa a ser abordado com questões sobre a sua lesão.

E muitas vezes nós até, se calhar, também não sei se da melhor maneira, desviamos um bocadinho a preocupação do doente também quando ele nos começa a questionar já, com coisas que são muito reais que é a sua lesão e nós tentamos centralizá-los um bocadinho mais naquilo

que é importante no imediato que é a respiração e se calhar nós também fazemos isso porque é uma grande preocupação para nós e só depois é que... E1

No entanto o enfermeiro já começa aqui a equacionar algumas *dificuldades relacionais* às quais tem de dar resposta. O quadro 32 resume essa problemática, desenvolvida a seguir.

Quadro 32 – Dificuldades na Fase Aguda/UCI

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	DE	FASE AGUDA	DIFICULDADES	COMPETÊNCIAS
UNIDADE DE CUIDADOS INTER-MÉDIOS	DE			Lidar com o doente sedado mas consciente
			Preocupação com a consciência que o doente possa ter da sua situação	

O enfermeiro equaciona como *lidar com um doente que está sedado* mas não totalmente inconsciente e por vezes agitado. A resposta a esta dificuldade é dada através do desenvolvimento de competências comunicacionais. A experiência com estes doentes mostra a importância do toque e do tom de voz para transmitir calma a estes doentes e apaziguar a sua agitação.

Eu lembro-me que às vezes as colegas da manhã passavam “ah ele esteve extremamente agitado, foi horrível” não sei quê e depois tu chegas, dás-lhe a mão e falas-lhes, dizes-lhe “bom dia, como é que...” e mesmo ventilado e sedado ele tem uma calma e tu consegues prestar os cuidados de uma forma completamente diferente daquilo que a colega te passou. E2

Trata-se aqui do transmitir *calor humano* de que nos fala RILEY (2004), sendo o toque uma das formas afectuosa de o fazer. “As mãos das enfermeiras já foram chamadas de instrumentos terapêuticos que podem transmitir calor, carinho, conforto.” (p.101). Pode também ser transmitido verbalmente. Por exemplo “um tom de voz suave, modulado, transmite mais calor do que tons altos e agressivos que são duros de ouvir.” (p.101)

ERSSER (1991), no seu estudo sobre a dimensão terapêutica da relação enfermeiro-doente no hospital, constatou que, tanto enfermeiros como doentes,

referiam como significativo os aspectos não verbais do comportamento da enfermeira, assim como os efeitos emocionais que podiam ter no doente.

Também Collière (1999) fala do corpo como o primeiro “instrumento” de cuidados, nomeadamente das mãos dos que tratam. Arrisca afirmar que se poderia analisar o tipo de cuidados que se prestam num serviço pesquisando todas as acções que são feitas com as mãos, durante a prestação dos mesmos.

A consciência que este doente possa ter da sua situação também preocupa, já nesta fase, o enfermeiro. Mas este acaba por invocar algumas razões para não se dedicar ainda à gestão da verdade sobre a lesão. Seja por recear que a reacção emocional do doente o possa descompensar clinicamente, seja porque atira para o médico a responsabilidade da informação inicial sobre a lesão e seu prognóstico.

é muito difícil porque é assim. Chegas ao pé dele e dizes: “ olha nunca mais vais andar”. Ficas naquela... numa fase aguda. É que se tu dizes isso, se tu lhe dizes provavelmente ele começa a fazer um ciclo ansioso, a respiração, prontos ainda vais complicar o que já é difícil. Pelo menos é a minha percepção. E4

Coloca-se aqui a questão do tempo apropriado para dar informação ao doente. VAUGHAN (1991) afirma que uma enfermeira já com larga experiência sabe distinguir quando é que a informação pode aliviar o stress do doente ou pelo contrário aumentá-lo.

RILEY (2004), a propósito da autenticidade, refere os conselhos de Peck (1978) em defesa da verdade. Tendo em conta que a omissão da verdade é sempre uma potencial mentira, requiere a cada momento uma tomada de decisão moral. Essa decisão deve basear-se só e apenas nas necessidades da pessoa relativamente à qual omitimos a verdade.

Acerca das informações dadas sobre a lesão e suas consequências futuras, 44% das pessoas do estudo de HENRIQUES (2004) afirmaram que a informação inicial foi deficiente, contra 56,0% que disseram que não.

Na **Enfermaria** o doente está na fase sub aguda e, quando o internamento se prolonga, também abrange a fase crónica. Em princípio estará já estável sob o ponto de vista clínico. Mas nem sempre isso acontece devido às transferências precoces das Unidades de Cuidados Intensivos/Intermédios, por necessidade de vaga.

O quadro 33 resume as problemáticas na relação enfermeiro doente na Enfermaria

Quadro 33 - Dificuldades na fase Subaguda/Enfermaria

FASE	SUBAGUDA	DIFICULDADES	COMPETÊNCIAS
		Lidar com a necessidade de presença constante do doente	Marcar a presença e afirmar intencionalmente disponibilidade
FASE CRÓNICA	ENFERMARIA	Gestão da verdade sobre a lesão	Avaliar se o doente está preparado e dizer sempre, mas cuidadosamente, a verdade
		Lidar com processo de adaptação emocional	Apaziguar emoções negativas e preservar a esperança
		Ajudar o doente a ser mais autónomo / Preparar para o futuro pós-alta	Motivar para a reabilitação e preparar para a vida em sociedade
		Lidar com a alta problemática	

Uma das primeiras dificuldades é a de responder, numa enfermaria em que há 15 camas para 2 ou 3 enfermeiros, à *necessidade de presença constante*, que estes doentes exigem. Esta necessidade do doente advém não só do seu grau de dependência para todas as necessidades e cuidados, mas também da insegurança que sente. Tanto mais que nas Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios o doente estava habituado à permanência de um enfermeiro junto dele as 24 horas. Para colmatar isso, os enfermeiros fazem questão de marcar a sua presença junto do doente, afirmar a sua disponibilidade e pô-lo à vontade para chamar, mesmo quando este não quer incomodar.

Porque é outra coisa importantíssima, eles perceberem que nós estamos disponíveis e que lhes tiramos os medos. Quando nós estamos presentes, eles não têm medo, que estão seguros. Isso é muito bom. E1

Os enfermeiros peritos entrevistados, apesar da falta de tempo que sentem para executar todas as tarefas inerentes à prestação de cuidados numa enfermaria,

parecem fazer um esforço, junto destes doentes, para que sintam que existe vontade de estar disponível para os ajudar e apoiar.

COLLIÈRE (1999) fala da enfermeira neste esforço de conciliação de tarefas dirigidas ao tratamento da doença e de relação dirigida ao conhecimento da pessoa doente: “ela sente muitas vezes um profundo mal-estar, o de não poder conciliar conhecimento do doente e tarefas a executar em torno da doença ou só o fazendo com muita dificuldade e ao preço de esforços sobre-humanos” (p.122).

Na Enfermaria o doente já se apercebeu por si da sua incapacidade e o enfermeiro vai ter mais uma dificuldade, a de *gerir a verdade sobre a lesão*.

O estudo de HENRIQUES (2004) mostrou que a maior parte dos doentes (31,6%) consciencializou-se que ia ficar deficiente nas primeiras semanas de internamento. No entanto, logo de seguida e numa percentagem muito aproximada, 28,9% só tiveram essa consciência já na fase de reabilitação.

O enfermeiro tenta conhecer o doente antes de avançar na gestão da verdade, nomeadamente para perceber se este está preparado e o que quer realmente ouvir. Preconiza que se diga sempre a verdade mas de forma cuidadosa para que o doente não sofra uma descompensação emocional grave.

conhecer e saber exactamente... às vezes tentar perceber nas questões se realmente já está preparado ou não para esse confronto. E1

RILEY (2004), citando os conselhos de Parker (1978) em defesa da verdade, diz que “o principal factor na avaliação das necessidades dos outros é a avaliação da capacidade da pessoa para utilizar a verdade para o seu próprio desenvolvimento espiritual (...) na avaliação da capacidade de utilização da verdade pelo outro para seu crescimento espiritual, deve ter-se presente que a nossa tendência é de subestimar em vez de sobrestimar esta capacidade” (p.122) Acerca das informações dadas sobre a lesão e suas consequências futuras, 44% das pessoas do estudo de HENRIQUES (2004) afirmaram que a informação inicial foi deficiente, contra 56,0% que disseram que não.

Só depois de estar inteirado da sua situação o doente pode avançar para um processo de adaptação à sua incapacidade. O enfermeiro sente também dificuldade em ajudá-lo a enfrentar esta nova realidade. O doente vai sofrer um *processo de adaptação emocional* a uma nova vida em ruptura com a anterior. As reacções emocionais negativas, nomeadamente de revolta, são frequentes e o enfermeiro ajuda a apaziguá-las.

Percebes, uma relação no fundo que proporcionou...Em termos de emoções ele era calmo, não era agressivo, fazia as coisas, acabava por, acabou por se adaptar...a gente nunca se adapta 100% a uma situação destas. Mas eu penso que ele minimamente por fim já estava mais adaptado, mais calmo. E2

A esperança, sem prejuízo da verdade, é preservada como algo que ajuda o doente e o pode motivar para progredir.

Também nunca lhes disse acabou, não. Esperanças também é importante e de uma forma ou de outra eles continuam a viver, não é, têm é que se adequar...o modo de vida será diferente. Mas também nunca desiludi o doente nem a família. Acho que também não é essa a intenção.E3

É na enfermaria que o doente inicia a sua reabilitação para ganhar uma maior autonomia com vista a prepará-lo para o futuro pós-alta. O processo de adaptação passa pela adesão do doente a um programa em que a reabilitação com vista à maior autonomia possível é fundamental. Aqui o enfermeiro tem de lidar igualmente com as dificuldades dessa caminhada em direcção à independência.

O enfermeiro através das conversas que vai tendo, prepara, motiva, orienta e encaminha o doente para a sua reabilitação e para a futura vida em sociedade.

Eu digo muitas vezes " isto aqui é muito bom e tu estás adaptado, mas lembra-te que quando saíres, lá fora as pessoas, vão olhar para ti de uma forma diferente, estás numa cadeira de rodas e se calhar já não vai ser a forma como olhavam para o B. quando andava e isso tens de te mentalizar disto. E2

SOMERS (2001) concorda que preparar o doente para viver com as sequelas do TVM deve ir muito além do treino das capacidades funcionais. Deve também promover a adaptação psicológica e social que passa nomeadamente por preparar o doente para actuar perante uma sociedade que o vê como inferior ao que costumava ser.

A propósito, o estudo de HENRIQUES (2004) mostra que as pessoas da sua amostra são maioritariamente da opinião que a sociedade os vê como uns “coitadinhos”.

HESBEEN (2001) chama a atenção sobre a conotação que a palavra “deficiente” tem, sendo “muitas vezes utilizada indiferenciada e independentemente das circunstâncias, para designar todos aqueles que apresentam uma diferença visível conhecida, perante um meio ambiente e todas as normas que o regem. Tanto pode tratar-se de uma diferença física, tal como a paraplegia, como de uma diferença psíquica que leve a alterações do comportamento. A palavra *deficiente* é, assim, utilizada como um rótulo para designar seres que deveriam fazer parte de uma outra categoria de pessoas” (p.4). Quando na verdade uma pessoa com paraplegia não é necessariamente deficiente. Tem sim uma incapacidade como consequência funcional da deficiência. Pode tornar-se ou não deficiente consoante os obstáculos com que se defronta, em consequência da sua paraplegia, assim como do peso que eles têm.

O enfermeiro também tem **de lidar com a alta problemática** destes doentes. Por ser um doente que fica sempre dependente, acaba por continuar indevidamente internado no hospital, durante um tempo prolongado, muito para além da fase aguda para a qual o serviço está vocacionado. Os enfermeiros atribuem as dificuldades na alta à falta de condições do país para apoiar estas situações.

Revelam preocupação com a futura reinserção na comunidade, de um doente no qual tanto investiram durante o internamento. Isto porque constatarem haver falta de apoios a diversos níveis. Os centros de reabilitação faltam e são muito dispendiosos, assim como as ajudas técnicas. Há insuficiência de sistemas de apoio aos cuidados a estes doentes. Depois os próprios familiares não têm disponibilidade porque também necessitam de trabalhar para suportarem as despesas acrescidas.

O enfermeiro sofre com esta situação, sente-se impotente para a resolver e mostra-se desiludido da visão desejável de plena reintegração sócio-familiar destes doentes.

Se calhar tinha uma visão mais romântica, que nós às vezes temos inicialmente quando começamos a trabalhar com eles, de que podem fazer isto e aquilo, que podem voltar a ser pessoas com plena reinserção social, familiar. E depois ao longo do tempo nós vemos que isso não é bem assim, não é. Tanta falta de apoios, tanta falta de... As relações familiares, sociais, às vezes são tão complicadas e tão alteradas que tudo isso que nós, muito romanticamente e idealmente achamos que se vai recompor tudo e que vai voltar a ser uma harmonia, não é verdade E1

Estes enfermeiros mostram que como refere COLLIÈRE (1999) “ cuidar não pode ser um acto isolado, amputado de toda a inserção social, (...) é um acto social que só atinge a sua plenitude se tiver em conta um conjunto de dimensões sociais” (p.324). Embora cuidar implique também, segundo a autora, uma responsabilidade social que diminua os riscos sociais e humanos dos doentes, estes enfermeiros sente-se impotentes para tal. Caberia aos cuidados de saúde primários lutar pela justiça social.

O estudo de HENRIQUES (2004), mostrou que a maioria (57,2%) dos rendimentos per capita dos agregados familiares da sua amostra eram inferiores a 500 euros havendo mesmo 26% com rendimento inferior a 200 euros. Foi verificado, como estatisticamente significativo, que quanto maior o rendimento *per capita* do agregado familiar, maior é a qualidade de vida das pessoas do estudo. 41,6% vivem em casa adaptada e sem barreiras e 58,4% em habitação com algumas ou muitas barreiras. No entanto 51,4% respondem não ter tido apoio na adaptação da habitação. O facto de ter uma habitação sem barreiras contribui para uma maior qualidade de vida, sendo essa associação estatisticamente significativa na dimensão Desempenho Físico. 24,7% das pessoas reformaram-se após a deficiência e 11,7% ficaram desempregadas. Das pessoas que estavam casadas à altura da lesão 33,3% separaram-se ou divorciaram-se.

Embora estejam previstos a nível legislativo diversos mecanismos de apoio à reinserção sócio-profissional, o estudo de HENRIQUES (2004) mostrou que cerca de metade dos inquiridos diz não ter tido nenhum apoio.

HESBEEN (2001) aponta como desejável a existência de programas multidisciplinares, para cuidar de determinados doentes e respectiva família,

que não se limitem à fase de internamento, mas que se inscrevam numa rede que se alarga à comunidade. A sua filosofia deve ser compatível com o conceito de rede integrada .

4.1.3 - Características dos Cuidados de Enfermagem

Constatamos que algumas características dos cuidados a estes doentes geram dificuldades relacionais. Nomeadamente a **grande dependência** que têm deles e a **relação com o espaço íntimo** na sua prestação. (Quadro 34)

Quadro 34 - Características dos Cuidados de Enfermagem

OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	DIFICULDADES	COMPETÊNCIAS
GRANDE DEPENDÊNCIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	Grande exigência em cuidados de enfermagem em termos físicos, psicológicos e sociais	Proporcionar apoio e bem-estar emocional Proporcionar conforto, prazer ou distração
	Requerer presença constante	Marcar a presença e afirmar intencionalmente disponibilidade
	Lidar com o facto do doente ficar sempre com limitações	Ajudar na adaptação à vida futura Valorizar os cuidados para a autonomia
	Ambivalência perante um trabalho cansativo versus imprescindível para o doente	Aprendizagem progressiva da tolerância perante a grande exigência destes doentes
O ESPAÇO ÍNTIMO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	Dificuldade em respeitar o espaço íntimo no toque	Aprendizagem progressiva do respeito pelo espaço íntimo
	Constrangimento do toque nos cuidados de higiene	
	Dificuldade em abordar e trabalhar a sexualidade e o controle dos esfíncteres	A relação com o doente como fonte de aprendizagem do respeito pelo espaço íntimo

A Dependência dos Cuidados De Enfermagem

A primeira fonte de dificuldade relacional na prestação de cuidados, referida pelos enfermeiros, prende-se com o **alto grau de dependência** destas pessoas o que é referido como as tornando muito exigentes em cuidados de enfermagem, quer em termos físicos, quer psicológicos ou sociais. O enfermeiro tem de dar o seu máximo nestes doentes. Por isso chegam a preconizar que estes doentes deviam estar num serviço próprio, especializado para eles, devido aos muitos cuidados que exigem.

E penso que são doentes muito, muito apelativos, muito aliciantes em termos de tratamento, mas são também doentes que em termos de cuidados de enfermagem são muito pesados. Pesados, coitados não é... mas em termos de mobilidade, quer na forma psicológica, em termos sociais. E2

Que competências desenvolve o enfermeiro para colmatar esta dificuldade?

O enfermeiro tem noção de que, para além dos cuidados considerados fundamentais a estes doentes (respiratórios, posicionamentos e úlceras de pressão), tem de valorizar outros que contribuam para a adaptação do doente à situação presente de internamento. Como sejam o **proporcionar apoio e a promoção do bem-estar emocional, conforto, prazer ou distração**.

Mas era agressivo, nos primeiros tempos muito agressivo. E eu resolvi que havia qualquer coisa que eu pudesse fazer para que a ansiedade diminuísse, que eu conseguisse ter com ele uma relação mais próxima e que no fundo conseguisse diminuir aquela amargura e aquele sentimento de não se poder mexer, transformá-lo numa coisa menos dura E2

PHANEUF (2002) refere que o poder que normalmente temos sobre o nosso corpo é perdido pelo doente que não pode mais manter o controlo sobre as suas funções fisiológicas. As respectivas necessidades, ao serem assumidas por outros, podem criar na pessoa um sentimento de inferioridade, humilhação e vergonha. A enfermeira também pode ser confrontada com manifestações do ressentimento gerado pela pessoa sentir limitados os poderes sobre a sua vida. O seu papel aqui é fundamental ao tranquilizar o doente, valorizando-o como pessoa, apesar da sua dependência.

PHANEUF (2002) fala da importância da enfermeira se envolver totalmente na relação. A afectividade é aqui um elemento central. Permite a abertura ao outro

e estimular a própria afectividade do doente. Este sente-se escutado, compreendido, importante aos olhos de alguém. Encontra assim a força necessária para se adaptar à sua situação difícil.

Também SOMERS (2001) refere que estes doentes, especificamente, enquanto são cuidados pelos profissionais que asseguram as suas necessidades físicas, sentem que perdem o controle sobre as suas vidas. E quando o doente não concorda ou protesta com o que lhe é feito é muitas vezes apelidado de “não colaborante” ou de “difícil”. Mas os enfermeiros deste estudo parecem compreender a importância de ir mais além da mera prestação de cuidados físicos, contribuindo para o bem-estar emocional do doente.

Para o doente paraplégico, no estudo de ZUILA (2002), “A instalação da condição de dependência é um sentimento que pode significar impotência e desesperança.”

O proporcionar apoio e bem-estar emocional nestas circunstâncias aproxima-se da categoria “Gestão da expressão de sentimentos” no “processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem” resultante do estudo de LOPES (2006)

Gostava de salientar ainda que o enfermeiro equaciona muitas vezes a situação global do doente e assume acções que visam proporcionar bem-estar em detrimento duma correcta actuação clínica.

e eu sabia que ele tinha muitas complicações e o tempo que ele tinha não ia ser... Mas naquele curto tempo o que eu achei melhor, não estou a dizer que é o mais correcto, mas era aquele bombom que ele saboreava. E2

Estamos aqui perante o que HESBEEN (2001) chama de *responsabilidade moral* que consiste em responder, perante os que cuida, pelos seus actos. Enquanto a *responsabilidade jurídica* leva por vezes a uma inércia defensiva para evitar correr riscos, a *responsabilidade moral* leva à acção. Uma acção reflectida que “encoraja à iniciativa, à audácia, à criatividade, à busca do prazer, daquele «mais» qualquer coisa a oferecer ao outro” (P.74). HESBEEN (2001) *arrisca* mesmo dizer que “ correr riscos é inerente a uma prática de cuidados de qualidade, porque implica acções adaptadas, inovadoras, que saem das normas, o que não significa que sejam ilegais” (p.74).

Como refere McMAHON (1991), providenciar conforto é, por um lado, uma das funções chave da enfermagem, mas é também, em alguns aspectos, uma das actividades mais controversas. Porque nem sempre o que proporciona mais conforto ao doente, contribui para o seu tratamento. Por exemplo, mobilizar um doente operado à coluna pode ser doloroso e ele sentir-se-ia mais confortável se o deixassem sossegado. No entanto existem pequenas actividades como dar uma bebida quente, ajeitar a almofada, pôr mais um cobertor que, para além do seu efeito físico, proporcionam conforto psicológico e calor humano que também contribuem para a recuperação.

Por estarem dependentes para a satisfação de quase todas as necessidades, mesmo as aparentemente mais simples, como coçar um olho, estes doentes **necessitam de uma presença quase constante** do enfermeiro e chamam com frequência. Isso torna-se um factor de dificuldade pela falta de tempo para atender a todos os pedidos.

Ou por falta de tempo ou de disponibilidade, é complicado. É real deles, é natural que eles exijam e que peçam. Às vezes não se consegue e com a quantidade de trabalho e sobrecarga não se consegue estar sempre que o doente requer ajuda. E6

PHANEUF (2002) afirma que a pessoa com deficiência vive num estado ansiogénico ao ter de pedir ou esperar dos outros as mais pequenas coisas necessárias à sua sobrevivência. É não só a insegurança que sente sobre ser bem ou mal atendida, como a humilhação da dependência constante.

No estudo de ERSSER (1991) o tema da disponibilidade da enfermeira é comum a ambos, enfermeiros e doentes. Descrevem a dificuldade criada pelo facto de não ser possível ter o tempo adequado para o doente, em particular para satisfazer as suas necessidades de informação ou de assistência física.

No estudo de MENDONÇA (2009) o grupo de enfermeiros que se assumia como não realizado na profissão, invocava como um dos factores para tal a falta de tempo para prestar cuidados adequados aos doentes, como por exemplo apoio emocional.

Apesar da falta de tempo, as pequenas ajudas pedidas pelo doente são valorizadas. Como diz HESBEEN (2001) “quando está em causa *cuidar* uma pessoa, não existem acções banais nem gestos anódinos”.

PHANEUF (2002) preconiza que perante estes doentes a enfermeira deve mostrar que compreende e aceita incondicionalmente o seu estado; demonstrar disponibilidade e pôr o doente à vontade para chamar; antecipar a satisfação de necessidades que preveja. O enfermeiro tenta atenuar essa dificuldade marcando a sua presença e afirmando intencionalmente a sua disponibilidade junto do doente.

Cuidar destes doentes é um bom exemplo de como a enfermagem e de acordo com HESBEEN (2001:34), “para além dos saberes de vária natureza que requer e do seu incontornável tecnicismo, abrange uma imensidão de coisas, digamos de *pequenas coisas*”. “As pequenas coisas, aparentemente tão anódinas, tão pouco sofisticadas e tão pouco aparatosas, fazem parte da vidas de todos e são, portanto, necessárias à promoção da saúde das pessoas. Por vezes são mesmo tão ou mais necessárias que as acções complicadas, de alto tecnicismo” (p.35). São elas que muitas vezes dão sentido à vida e alimentam a esperança.

Vemos aqui o factor intencionalidade e empenhamento na actuação destes enfermeiros que, apesar da falta de tempo que sentem, desejam transmitir ao doente a sua disponibilidade para os ajudar. É o que HESBEEN (2001) chama os “talentos do pessoal de cabeceira”(p.9) no sentido de “desejo de fazer algo por alguém” em que há vontade de *cuidar* dos doentes, o desejo de poder ocupar-se melhor deles. Ou seja há uma intencionalidade muito forte. Segundo HESBEEN (2001) a qualidade dos serviços prestados depende em primeira instância deste empenhamento pessoal dos profissionais.

O estudo de ERSSER (1991:75) mostrou que a dificuldade em estar disponível para o doente, reforça os seus sentimentos de dependência.

O enfermeiro ressentir-se também do facto de, apesar de todos os cuidados prestados, **o doente ficar sempre com limitações.**

Mas inicialmente para mim a dificuldade é essa, é a limitação que eles vão ter, nós estamos aqui a prestar cuidados, mas este doente, este indivíduo vai ficar com uma limitação permanente, muito grande, embora possa adquirir algumas coisas e ganhos. ZM

O constrangimento sentido, perante uma pessoa que vai ficar sempre limitada, é atenuado quando o enfermeiro promove a autonomia possível do doente e o ajuda a preparar-se e adaptar-se a um futuro de incapacidade.

Debate-se também com a **ambivalência de um trabalho muito cansativo, mas que o enfermeiro sabe ser imprescindível** para o doente.

Saber lidar com esta ambivalência, faz parte de um processo de aprendizagem de competências progressivo em que vai crescendo a tolerância perante a grande exigência destes doentes, para chegar ao ponto de poder mostrar-se sempre presente e disponível para os ajudar.

E isto durante algum tempo...é assim, inicialmente... a nossa tolerância tem de crescer ao longo dos anos e temos de perceber que não é ele o culpado, que não está a ser entre aspas o chato, mas é alguém que está 100% dependente da pessoa que está a trabalhar com ele. E2

O Espaço Intimo na Prestação de Cuidados

Na prestação de cuidados a estes doentes, uma área que gera dificuldades é a relação com o espaço íntimo do doente. Primeiro porque há dificuldade em perceber se houve invasão desse espaço através do toque, pois este é considerado como carinhoso pelo enfermeiro. O que sucede é que quando o doente se sente constrangido, não tem capacidade física para se afastar e inibe-se de verbalizar o seu desagrado.

Também pode haver constrangimento no toque durante os cuidados de higiene, principalmente quando é uma enfermeira a prestá-los a um jovem do sexo oposto.

Como refere HESBEEN (2001), os cuidados relativos à higiene, alimentação e conforto da pessoa, assim como o significado que têm para a intimidade da pessoa, “proporcionam à enfermagem uma relação privilegiada com o corpo, que não pode ser negligenciada” (p.34).

O constrangimento também é referido na abordagem das temáticas da sexualidade e controle de esfíncteres que exigem muito tempo de relação e trabalho para que o enfermeiro se sinta à vontade a lidar com elas.

Este respeito pelo espaço íntimo é também cada vez mais um factor de atenção e aprendizagem progressiva do enfermeiro.

A relação com o doente é considerada uma fonte de aprendizagem na compreensão desta temática.

E foi uma das pessoas, foi um dos doentes com quem eu consegui perceber aquilo que eu estava a dizer há bocado, a dificuldade do espaço íntimo. Que eu consegui estabelecer uma relação que ele me dizia - eu às vezes instintivamente chegava lá e tocava-lhe e agarrava-lhe no braço -, e ele dizia-me, não me toques agora, não quero que me toques, agora não sei quê, tira a mão daí. Eu achei isso ótimo ao fim de um tempo ele conseguir dizer-me isso. E eu perceber e ele assim: "você estão aqui tocam-me logo têm de perceber que nem sempre a gente quer". Isso foi ótimo.

E1

4.1.4 - A gestão da verdade sobre a lesão

Este doente sofreu uma lesão irreversível que o vai deixar permanentemente limitado nas suas capacidades. Mais tarde ou mais cedo vai ter de saber e enfrentar essa verdade, pois só depois de ser confrontado com ela pode iniciar o seu processo de adaptação à nova realidade. A gestão desta verdade sobre a lesão e seu prognóstico é uma área problemática para o enfermeiro. Este sente dificuldade em seleccionar o que dizer por não saber se o doente está preparado e quer ouvir toda a verdade. Também a afirmação pelo doente da esperança de reversão da lesão provoca ambivalência perante o dar tal informação. Dizer a verdade implica sofrimento para o doente e o enfermeiro sente dificuldade em lidar com essa situação.

Que competências julgam necessárias, estes enfermeiros, para gerir a informação que dão ao doente, nomeadamente sobre a lesão?

Primeiro que tudo preconizam que se conheça bem o doente antes de avançar com a verdade. Tentando através do diálogo com ele, perceber se está ou não preparado para o confronto com a verdade.

Outra premissa que consideram imprescindível é a de nunca mentir. HESBEEN (2001) ao mesmo tempo que reconhece o papel importante da esperança, renega

o suscitar no doente falsas esperanças que equivalem a uma mentira que põem em risco a relação de confiança.

No entanto, segundo os entrevistados, a verdade deve ser dita de forma cuidadosa para que o doente a aceite melhor e não corra o risco de descompensar emocionalmente, nomeadamente entrando em depressão. HESBEEN (2001) concorda, salientando que “numa relação de respeito pelo outro, não há lugar à mentira, o que não quer dizer que todas as verdades possam ser ditas em qualquer altura e de qualquer maneira” (p.29). No entanto no estudo de HENRIQUES (2004), 65,3% dos sujeitos negam que a informação sobre a lesão e suas consequências futuras lhes tenha sido dada de forma progressiva, contrariamente ao preconizado.

O doente deve ser esclarecido em todas as suas dúvidas com verdade e segurança nos saberes. Acerca das informações dadas sobre a lesão e suas consequências futuras, 44% das pessoas do estudo de HENRIQUES (2004) afirmaram que a informação inicial foi deficiente, contra 56,0% que disseram que não.

Inclusive o enfermeiro deve antecipar algumas dúvidas e desfazer as esperanças erróneas. Contrariamente ao preconizado aqui, houve no estudo de HENRIQUES (2004) 25,3% de pessoas às quais foram criadas falsas expectativas.

No entanto, os entrevistados, consideram que a **esperança**, sem prejuízo da verdade, tem um papel de ajuda ao doente podendo motivá-lo para progredir.

No estudo de HENRIQUES (2004) com doentes já inseridos na comunidade, a esperança mantém-se, em parte deles, tanto na recuperação, como na descoberta de uma solução médica e científica, no entanto já fizeram o seu percurso de adaptação à deficiência.

O enfermeiro confia nas premissas referidas anteriormente pois sabe que o doente, sendo esclarecido sobre determinadas questões, pode avançar para outras e assim progredir no seu processo de adaptação.

SOMERS (2001) concorda que a esperança de facto pode ajudar o doente a lidar com a sua situação. Fala no conflito de atitudes que os profissionais têm sobre a esperança e a verdade. Por um lado podem rotular as expressões de esperança do doente como “negação” e vistas como um sinal de insucesso em lidar com a realidade. Por outro lado ficam frequentemente relutantes em informar os doentes com TVM recente com receio que a verdade destrua toda a esperança. Este autor não considera que a esperança e a negação sejam necessariamente más, desde que não interfiram no progresso da adaptação funcional e psicossocial. Pode ajudar até a lidar melhor com a sua situação.

Ainda segundo SOMERS (2001) embora a esperança tenha o seu papel, informar o doente sobre a verdade é fundamental para que ele se possa adaptar à sua situação. Mesmo que a verdade seja desagradável, a pessoa tem direito a ela e não a respostas vagas e imprecisas, para que possa ganhar um sentido de controlo sobre a sua vida. Dá alguns conselhos de como dizer a verdade. Como o ser dita de forma a não destruir a esperança, pelo que se pode falar em probabilidades em vez de em termos absolutos. Visto que na verdade nunca temos respostas definitivas e nunca sabemos verdadeiramente o futuro.

Verificamos que no exercício de competências na gestão da verdade sobre a lesão e suas consequências, há uma correspondência com os processos descritos por LOPES (2006) a actuarem em simultâneo. Há primeiro que tudo uma preocupação em avaliar/conhecer o doente - “Processo de Avaliação Diagnostica” - para perceber se está preparado para o confronto com a verdade. Depois ao actuar - “Processo de Intervenção Terapêutica” - não se limita a dar a informação, tem especial atenção aos aspectos emocionais do doente (Gestão de Sentimentos) quando gere a informação. Ou seja como diz LOPES (2006:207) “os papéis de informação e dos sentimentos são intermutáveis. Ou seja, tanto se pode explicar para gerir sentimentos, como se pode gerir sentimentos para que a pessoa perceba.”

4.1.5 - A adaptação do doente à situação

Ao longo desta análise podemos destacar uma problemática transversal - a de lidar com a adaptação do doente. É tendo em conta essa problemática que o enfermeiro desenvolve muitas das suas competências relacionais.

Nomeadamente, o enfermeiro sabe que está perante alguém que sofreu uma ruptura brusca com a sua vida anterior, ficando totalmente dependente dos cuidados hospitalares para a sua sobrevivência e para realização de praticamente todas as suas actividades de vida. Tem presente a diversidade de reacções emocionais do doente à situação, com as quais refere ter, por vezes, dificuldade em lidar. São exemplos a insegurança por se sentirem sozinhos e sem capacidade de defesa, as reacções depressivas e até os pensamentos suicidas.

O estudo de HENRIQUES revelou que 48,7% dos inquiridos responderam ter tido alterações psicológicas como complicação, nomeadamente depressão (28,9%) e pensamentos suicidas (18,4%).

PHANEUF (2002) reconhece que a pessoa imobilizada pela paralisia possa estar ansiosa, principalmente nos primeiros tempos, devido ao seu estado de dependência e incerteza quanto ao futuro pelo que tem de desenvolver um grande esforço de adaptação à situação.

Daí estes enfermeiros valorizarem cuidados que proporcionem apoio e bem-estar emocional, conforto, prazer e distração. PHANEUF (2002) defende, nesta linha, uma abordagem da enfermeira que, primeiro que tudo, tranquilize o doente através de uma presença calorosa e palavras serenas. Estratégias de relaxamento também podem ser úteis como o toque, a massagem, a música relaxante, a distração através da TV ou da rádio. Muito importante para a tranquilização do doente é também o facto de sentir a proximidade e disponibilidade da enfermeira para o atender seja em que circunstância for.

Só depois de ser confrontado com a verdade o doente inicia um processo de adaptação emocional à doença no qual os enfermeiros identificam diferentes

fases, as quais requerem diferentes abordagens. Referem a fase de negação como difícil de ultrapassar por alguns doentes e especialmente problemática na relação e comunicação enfermeiro/doente. Nesta fase o doente não aceitou ainda a sua situação e crê que vai recuperar. Torna-se por isso difícil que adira a certos cuidados, nomeadamente os que visam a sua reabilitação para o futuro. São exemplo os treinos vesicais e o andar em cadeira de rodas. Pelo apontado, os enfermeiros consideram fundamental o doente aceitar a sua situação para assim se poder implicar no processo de reabilitação.

Outra fase referida de dificuldade, é a de revolta perante a constatação dos défices e que se exprime pela recusa dos cuidados, por agressividade voltada contra o enfermeiro e às vezes desejo de morte. Segundo PHANEUF (2002), este tipo de reacções são sinal de má adaptação à situação e de perda de autocontrolo. Nesta fase o enfermeiro tenta estabelecer uma relação que apazigúe as emoções negativas do doente, contribua para a aceitação da equipa e a adesão aos cuidados. De acordo com PHANEUF (2002), é preciso, ainda que seja difícil, compreender a pessoa quando se torna agressiva na fase de cólera da aceitação da doença. É importante aceitá-la como ser humano, ainda que não se aceite necessariamente o que ela faz. Como diz PHANEUF (2002:451), “É tão importante para os cuidados conseguir convencer a pessoa a aceitar o tratamento e a ser-lhe fiel como conhecer a farmacologia ou as técnicas a aplicar”. “Acontece por vezes que a abertura de espírito da enfermeira, o seu respeito pela pessoa doente e a sua atitude calorosa são suficientes para a persuadir de que a enfermeira pode bem ter razão.” (p.452)

A fase de luto é referida como só sendo possível depois do doente ter perfeita noção da sua situação.

A fase de aceitação é considerada frágil. O doente finalmente admite a sua incapacidade e questiona-se sobre o que fazer quanto ao futuro.

HENRIQUES (2004) afirma que estes doentes “... têm necessidade de respostas não só sobre a sua situação presente, mas muitas vezes sobre as perspectivas de futuro”

Adaptar-se a uma vida de incapacidade, passa por um processo de reabilitação que começa ainda no hospital.

Ajudar o doente a adaptar-se é considerada por estes enfermeiros como uma das maiores dificuldades nos cuidados, nomeadamente ajudar o doente a perspectivar uma vida futura e orientá-lo para estratégias adaptativas. SOMERS (2001) destaca que a equipa de reabilitação deve preparar o doente para viver com a sua situação. O que implica focar a sua acção muito para além do mero treino funcional ou seja promovendo também a adaptação psicológica e social. Isso passa por apoiá-lo no processo de luto e em prepará-lo para a vida em sociedade. Também na mesma linha HESBEEN (2001) salienta que “Alcançar a saúde inscreve-se na busca de sentido da vida de cada um, respeitando os recursos da própria pessoa, o que ultrapassa largamente os limites da resposta às suas necessidades”.

O enfermeiro elogia os pequenos ganhos na recuperação do doente para o animar.

O doente acaba por ver o hospital como uma casa, onde se sente adaptado aos profissionais e onde a vida decorre com uma certa normalidade.

De acordo com PHANEUF (2002:192) a necessidade de pertença, inerente ao ser humano desde os primeiros momentos de vida, é dificilmente satisfeita num doente que acabou de entrar num serviço em que acaba por se sentir um estranho. A relação com a enfermeira, de confiança e de uma certa intimidade, leva ao estabelecimento de uma forma de vinculação que contribui para satisfazer a necessidade de pertença.

Mas o enfermeiro preocupa-se em, através das conversas que vai tendo, preparar, orientar e encaminhar o doente para a vida numa sociedade que o vê agora como diferente.

Notamos aqui um princípio fundamental da enfermagem referido por CARVALHO (1996:51) o de “manter bem vivos os esquemas de relações humanas, preservando e enfatizando a relação enfermeiro/utente com laços de fraternidade e solidariedade, a fim de dar à rotina hospitalar um sentido

positivo, para que a doença seja sentida como um percurso a mais na vida, com o horizonte próximo da cura e não de invalidez e o próprio sentimento da morte”.

4.1.6 - A Família do Doente

No geral, a família destes doentes é considerada como não gerando grandes dificuldades relacionais, comparativamente às de outros doentes. Não projectam tanto a sua revolta nos profissionais de saúde, mas mais no acidente e até vão aceitando a situação.

No entanto é referido que existem famílias problemáticas ou com membros problemáticos, embora sejam consideradas uma minoria. São famílias que estão pouco presentes, não se empenham, não se adaptam à situação.

Outra dificuldade surge quando já existem problemas familiares prévios que se vão repercutir no internamento nomeadamente dificultando a comunicação.

Felizmente esse tipo de famílias são muito menos, pelo menos da experiência que temos tido, é muito menos quantidade. Houve um ou outro caso em que as famílias não investiram tanto, mas o resto das famílias têm estado sempre connosco. E4

Os enfermeiros consideram que a família tem um papel importante de **suporte ao doente**. A sua presença também é considerada fundamental para os ensinamentos com vista à alta. O doente não tendo na família um suporte, terá mais dificuldade em adaptar-se à situação, acabará geralmente institucionalizado, com pouca qualidade de vida e morre precocemente. Lidar com os doentes com falta de suporte familiar acaba por ser sempre mais complicado para o enfermeiro.

Eh pá eu acho que é tão importante o suporte familiar nesta fase! Acho que é, tirando tudo o resto, dos cuidados de enfermagem, dos ensinamentos, dessas coisas, é o suporte familiar, um bom suporte que os ajude. E6

As competências dos enfermeiros passam assim pela **valorização do papel da família** no apoio ao doente, ao fazer-lhe companhia e ajudar na adaptação. É

por isso desejável que a **família se integre na equipa** aprendendo e colaborando nos cuidados.

HESBEEN (2001) considera o contributo da família como um “complemento indispensável ao *cuidar* da pessoa”

PHANEUF (2002) considera que a enfermeira deve facilitar a aproximação dos familiares, nomeadamente incentivando-os a pegar-lhe na mão e a manifestar-lhe a sua afeição.

O enfermeiro acaba assim não só por se relacionar com os doentes, mas também com as respectivas famílias e suas problemáticas inerentes à situação.

Nomeadamente o enfermeiro tem de **lidar com as expressões emocionais** de medo e angústia dos pais face ao futuro ou com o choro das mães que se sentem desamparadas. HESBEEN (2001), referindo-se à família considera que “ ocupar-se do sofrimento *daquele que não é doente* propriamente dito, é essencial a cuidados de qualidade” (p.76). PHANEUF (2002) considera que uma atitude calorosa e de disponibilidade da enfermeira perante os familiares, escutando-os e permitindo a expressão das suas emoções, pode ajudar a aliviar a tensão e a dor da situação.

Quanto à **adaptação da família** por um lado é considerado que é mais difícil de lidar com esta que com a do doente por haver tendência a negar a situação. Por outro lado também é referido que esta aceita a situação melhor que o doente porque valoriza sobretudo o facto de este ter sobrevivido.

O enfermeiro, no apoio à adaptação da família, considera que a *esperança* é uma necessidade e como tal deve ser preservada, nomeadamente em tratamentos alternativos. HESBEEN (2001) afirma que a função do perito também é **aumentar o número de caminhos possíveis** actuando assim com **vector de esperança**.

O enfermeiro também tem de lidar inicialmente com a situação da família se sentir perdida com a **falta de acesso a uma informação contínua e completa** sobre o seu doente. E acaba muitas vezes por colmatar parte dessa informação.

Como refere HENRIQUES (2004:50), “Em relação ao aspecto multidisciplinar, em numerosos casos o enfermeiro é a única *interface* entre o utente e todos aqueles que se movimentam na equipa e na estrutura hospitalar”. PHANEUF (2002) considera como ingrato o papel da enfermeira ao ter de responder às numerosas perguntas dos familiares sobre o estado do doente. Ela deve avaliar, rapidamente, até que ponto estão preparados emocionalmente para aceitar e tolerar as notícias a dar, para lhes responder, com sinceridade e habilidade, em função disso. Aqui a capacidade de escuta e de empatia são preciosas. A autora chama ainda a atenção para o facto da enfermeira dever evitar falar sobre o prognóstico, visto não ser da sua competência.

O ensino à família para a alta é uma área importante mas com algumas problemáticas. O enfermeiro refere ser uma das partes mais difíceis para as famílias. Depara-se com o receio e fuga da família a estas situações ou com famílias que não têm condições para aprender.

Considera como fundamental a vontade da família em colaborar e aprender com os enfermeiros. Por isso não admira que o enfermeiro se questione sobre qual a melhor abordagem inicial para vencer as dificuldades da família nesta área.

Tem também outras dificuldades, nomeadamente no como passar da melhor forma as informações à família durante o ensino e como saber se esta está ou não apta para prestar sozinha os cuidados aprendidos.

O estudo de MENDONÇA (2009) mostrou que uma das competências menos aplicadas pelos enfermeiros na “Promoção da Saúde” era “ aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interacções com os indivíduos, famílias e comunidades” (p. 134). Os dados apontaram a sobrecarga de trabalho como possível explicação.

No entanto, como refere McMAHON (1991:9) a propósito dos Ensinos, “A investigação dos efeitos terapêuticos das informações dadas pelas enfermeiras é uma das histórias de sucesso da investigação em enfermagem”.

Mas como sugere VAUGHAN (1991:85), a função de ensino deve ser reconhecida e desenvolvida para que a enfermeira seja capaz de a exercer efectivamente.

O enfermeiro, nos ensinamentos à família, valoriza sobretudo os cuidados relacionados com a autonomia nas diversas actividades de vida do doente. Nas competências para lidar com estas dificuldades surge logo o facto de a **integração da família** na equipa já ir facilitar a preparação da alta através dos ensinamentos. Nestes ensinamentos o enfermeiro preconiza que se deve dar à família todo o apoio e informação possível. Isso passa primeiro que tudo pelo pôr a família à vontade para que o ensino não seja ansiogénico e possam ser colocadas todas as dúvidas que tem. Os cuidados devem ser exemplificados, desmistificando a sua dificuldade e é importante proporcionar tempo à família para treinar o que aprendeu.

HENRIQUES (2004:51) salienta que “O processo de reabilitação deve privilegiar a informação específica (dando os necessários conhecimentos), quer à pessoa deficiente, quer aos seus familiares, de modo a permitir que este responda eficazmente aos desafios de ajuste” .

Depois dos ensinamentos efectuados, a **alta para casa** é motivo de ansiedade para a família. Esta vai ter de lidar com o seu familiar numa situação completamente diferente da do passado e sente que fica com toda a responsabilidade da assistência que ele necessita no presente. Isto é tanto mais problemático se se tratar de um doente tetraplégico.

Os enfermeiros na abordagem da família valorizam, tal como para o doente, um trabalho de equipa em uníssono, como factor de credibilidade, motivação e confiança.

Concluindo com HESBEEN (2003:65) “ O papel e as necessidades ou expectativas dos próximos não podem ser minimizadas. Eles necessitam, muitas vezes, de acções educativas, de entrevistas de orientação e familiarização com os aspectos com que se irão, mais tarde, confrontar. Em inúmeros casos, é aconselhável integrá-los em alguns cuidados, o que não tem como intenção diminuir a carga de trabalho dos que cuidam.”

Perante todas as problemáticas referidas não admira que os enfermeiros sintam como uma dificuldade a **falta de disponibilidade que têm para conversar com a família** e esclarecer as suas dúvidas. Tanto mais que a experiência de interacção com a família destes doentes é considerada como mais um factor de desenvolvimento de competências.

Tal como para o doente, o enfermeiro acaba também por preocupar-se com a situação da família na pós-alta.

No seu estudo HENRIQUES (2004) conclui que “O apoio familiar continua a ser muito importante, talvez um elemento chave para a vida das pessoas. É a família que “sofre com”, que melhor compreende e apoia a pessoa deficiente, seja nos aspectos afectivos e emocionais, reduzindo a angustia e a solidão, seja nos aspectos materiais quando proporciona um conjunto de condições, muitas vezes com «prejuízo» de outros objectivos existentes.”

SOMERS (2001) refere que a adaptação ao TVM passa também pela família. Esta tem de se adaptar às alterações que ocorrem no seu estilo de vida, papéis, padrões de comunicação e económicas. A família sendo ajudada a lidar com estas mudanças também fica mais capacitada para ajudar o doente.

HESBEEN considera que, tal como para o doente, o enfermeiro tem uma dupla função de perito e conselheiro junto da família que muitas vezes sofre tanto ou mais que o próprio doente.

4.2 - A RELAÇÃO ENFERMEIRO/DOENTE

A equipa de enfermeiros é uma presença constante da qual o doente está dependente durante as 24 horas para todos os cuidados. É exigida por isso uma entrega total por parte destes profissionais.

O enfermeiro é quem tem de conhecer e avaliar o doente para cuidar dele, lidar com as problemáticas que este apresenta, nomeadamente de adaptação à situação, ajudá-lo a ultrapassá-las, para já não falar do mesmo em relação à

família. Em simultâneo sofre pessoalmente o impacto emocional de toda a situação.

Perante isto não admira que o doente com TVM seja considerado como difícil de gerir. No entanto há quem não seja peremptório em afirmar dificuldades relacionais. É aventada, como possível razão, o não se envolver emocionalmente com os doentes. Também é referido que sabendo comunicar não chegam a haver dificuldades, assim como encarando como algo de normal as reacções dos doentes que poderiam ser vistas como problemáticas.

ZUILA (2002), no seu estudo encontrou enfermeiras que diziam preferir não se envolver emocionalmente com o doente para manter uma postura profissional. Parece-me que num caso como noutro é possível que haja receio do envolvimento emocional, pois isso significa comprometer-se com o doente, estar disponível para ele, sofrer com ele. O enfermeiro não querendo correr esse risco e escuda-se num caso em nome do “profissionalismo” e no outro em nome do “evitamento de dificuldades”.

Coloca-se aqui a pertinente questão do enfermeiro *cuidar de si mesmo* preconizada por HESBEEN (2001:71), que “ implica que se preste, também, á nossa pessoa uma atenção especial que não possa confundir-se com egoísmo doentio, mas que permita, sim, identificar os nossos limites e otimizar os nossos recursos, de modo a dar sentido à nossa pratica quotidiana. Um prestador de cuidados que não cuide de si, não pode descontraír-se e oferecer a serenidade, calor e compreensão àqueles de quem cuida.”

4.2.1 - Competências Relacionais

O enfermeiro, perante as problemáticas expostas e para ajudar o doente a adaptar-se à situação, sente dificuldades na relação/comunicação com o doente, o que o leva a desenvolver competências nessa área.

Primeiro que tudo surge a *dificuldade* e **constrangimento na abordagem inicial** de cada doente. Depois da relação já estabelecida acabam sempre por surgir

dificuldade em **saber lidar com certas situações**, as quais não se conseguem resolver na altura, mas que por vezes são passageiras. Outra dificuldade referida é a de conseguir **manter a relação de confiança** com o doente. É necessário estar sempre muito atento para o doente não sentir traída a confiança que depositou no enfermeiro.

Que *competências relacionais* referem os enfermeiros na abordagem das problemáticas destes doentes?

Primeiro que tudo é de salientar que estes enfermeiros valorizam a **avaliação e conhecimento** do doente como ser individual com necessidades e vontade próprias. Um conhecimento que deve ter em conta uma correcta compreensão e interpretação das atitudes que o doente toma. Podem assim adequar a relação e os cuidados a cada pessoa.

COLLIÈRE (1999) considera o doente e sua família como a primeira fonte de conhecimento. Não só pelo que dizem, mas também pela sua expressão não verbal que, conjugados, permitem compreender e tornar mais explícita a comunicação sobre o seu problema.

PHANEUF (2002) considera que para se estabelecer uma relação significativa com o doente há que primeiro conhecê-lo, na sua maneira de ser, de sentir e de se comportar. Aponta algumas dimensões a serem avaliadas no doente: as suas necessidades, a sua motivação, as suas emoções, pensamentos, expectativas, crenças, mecanismos de defesa...

Esta atitude torna-se especialmente adequada perante estes doentes que estão extremamente dependentes, permitindo-lhes ganhar controle sobre a sua vida que, segundo SOMERS (2001), é fundamental para a adaptação à situação.

Requere, como diz HESBEEN (2001), subtileza no sentido da perspicácia e habilidade para perceber o que é imperceptível, dada a complexidade das situações encontradas.

De acordo com RILEY (2004), a habilidade para *fazer perguntas* surge aqui como um dos actos fundamentais à comunicação com o doente. “Quanto mais eficaz for a fazer perguntas, mais tempo poupa para si e para os outros, mais

pertinente e útil é a informação que recolhe e mais eficiente se torna a sua experiência de entrevista. Colocar questões eficazmente vai garantir que recolhe os dados necessários à prestação de um serviço de enfermagem de qualidade”

No estudo de ERSSER (1991), tanto enfermeiros, como doentes, transmitiram a importância do enfermeiro compreender a situação do doente. Acreditam que as tentativas bem sucedidas do enfermeiro para identificar a experiência do doente afectam a sua capacidade para ir ao encontro das suas necessidades.

Estes enfermeiros demonstram a par e passo, não só avaliar, como fazer um diagnóstico da situação o que vai mais de acordo e se aproxima do conceito de “Processo de Avaliação Diagnostica” proposto por LOPES (2006) como sendo “o modo encontrado pelas enfermeiras para perceberem a situação dos doentes, na conjugação das perspectivas, vivencial, biomédica e de ajuda, de modo a poderem prestar os cuidados respectivos.” Comporta “ um processo de raciocínio clínico utilizado pelas enfermeiras, que culmina num diagnóstico descritivo sistematicamente actualizado” e “ compreende claramente uma componente diagnostica”. (p. 183). “ A avaliação diagnostica está imbuída nos cuidados, numa relação de tal modo próxima que se torna difícil perceber onde começa e onde acaba.”

P.ex. quando o enfermeiro pondera a gestão da verdade no doente em UCI, tem em conta aspectos biomédicos como a instabilidade respiratória que pode agravar-se com a ansiedade gerada pela notícia da irreversibilidade da sua lesão.

LOPES (2006) refere que esta componente diagnostica nem sempre é conduzida de forma absolutamente consciente. Acredito que nestes enfermeiros isso possa acontecer, mas quando são convidados a reflectirem sobre a sua prática, como foi o caso destas entrevistas, tornam consciente as razões porque o fazem.

Segundo BENNER (2005:58) “a perita, que tem uma enorme experiência, compreende, (...) de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis”.

Como refere HENRIQUES (2004:50) “ O conhecimento da pessoa deficiente não pode estar dependente de questionários mais ou menos estereotipados, mas sobretudo de uma presença atenta e reflectida, muitas vezes de escuta atenta, e de outra estimulação especial. Os enfermeiros têm um papel importante nesta actividade.

Estes enfermeiros têm em conta a vontade do doente, o que ele pretende, como quer ser ajudado. HENRIQUES (2004:50) concorda que “As melhores soluções para responder aos desafios do ambiente derivam de soluções pessoais que a pessoa incapacitada terá de desenvolver”.

Perante o elevado grau de dependência do doente, estes doentes necessitam duma presença constante que lhes dê segurança, os apoie e ajude. Assim uma das primeiras premissas da relação consiste no enfermeiro **mostrar-se presente e disponível** para o doente.

HENRIQUES (2004:50) reconhece que “Estar disponível, desenvolver actividades espontâneas, tais como conversar com a pessoa, constituem actividades decisivas (...)” .

No estudo de ZUILA (2002), no entender dos doentes entrevistados, as enfermeiras poderiam desenvolver uma relação melhor com eles se comparecessem mais vezes junto deles e dedicassem mais tempo, a essa interacção.

No estudo de ERSSER (1991:67) a qualidade da presença durante a interacção enfermeiro-doente é valorizada por ambos. Acreditam no valor da enfermeira “estar com” ou ter proximidade com o doente, em termos físicos e existenciais.

Coloca-se aqui a questão da organização dos serviços de saúde que enquanto estiver dirigida à tecnicidade e centrada na doença tende para que, como afirma Collière (1999:124), a utilização de pessoal se ordene “em função do acto médico que preside a um conjunto de tarefas a assegurar para permitir a detecção e a reparação da doença” .

Os nossos entrevistados reconhecem que estes doentes necessitam de ser aceites tal como são, sentir-se incondicionalmente amparados e sentirem abertura para o diálogo. Em consequência disso os entrevistados salientam a necessidade de uma segunda premissa relacional nestes doentes a do estabelecimento de uma **relação de confiança**.

Também ERSSER (1991) no seu estudo sobre a relação enfermeiro-doente no hospital, concluiu que a presença do enfermeiro, no sentido de manter um contacto continuado com o doente, dá oportunidade a este de sentir a confiança necessária ao desenvolvimento de uma relação.

Identificamos aqui o *caminhar com* de que fala HESBEEN (2001) como uma atitude que tem duas etapas indissociáveis e complementares: O **encontro** e o **acompanhamento**. No encontro entre o que cuida e o que é cuidado o primeiro objectivo perseguido é o de criar **laços de confiança** (ser capaz de ir ao encontro do outro e acolhê-lo).

Também podemos ver aqui o *calor humano*, de que nos fala RILEY (2004), como um catalisador da relação enfermeiro-doente. Ele une as pessoas, leva a uma maior intimidade com os outros, faz o doente sentir-se bem-vindo e não julgado. As emoções positivas geradas estimulam o bem-estar e provavelmente contribuem para a cura. Os doentes ficam mais dispostos a dialogar, fornecendo informações importantes sobre o seu estado de saúde. “Por si só não é suficiente para construir uma relação de ajuda (...) mas aumenta a capacidade de o conseguir” (p.98).

Na relação, saber comunicar é fundamental para ajudar o doente a ultrapassar a situação em que se encontra. Como tal os enfermeiros destacam a importância e características mais importantes da **comunicação** com estes doentes.

- Salientam a **escuta activa** como sua função e para a qual tem de estar preparados. Através dela permitem ao doente verbalizar sentimentos e pensamentos que o perturbam. A escuta activa é uma habilidade ligada à empatia (RILEY, 2004). HESBEEN (2001:69) salienta as características da função desta escuta para o doente: “não é procurar dizer ao outro o que ele deve fazer,

mas sim permitir-lhe exprimir o seu sofrimento, as suas dificuldades ou as suas incertezas. A escuta ajuda a pessoa a identificar e a verbalizar as respostas que encontra em si mesma.”

- **Comunicar com verdade e segurança nos saberes** é uma das características que consideram dever estar subjacente na comunicação com estes doentes. Permite esclarecer o doente em todas as suas dúvidas e dá segurança a quem está numa situação de grande fragilidade e dependência.

Podemos identificar aqui a segunda etapa do *caminhar com* de HESBEEN (2001). Depois do estabelecimento de laços de confiança na primeira etapa (**o encontro**) o enfermeiro pode então iniciar a segunda etapa, a de **acompanhar a pessoa no seu caminho**, o caminho que ela deseja seguir e esclarecê-la nas suas dúvidas sobre ele.

Nesse sentido a pertinência dos saberes que o enfermeiro comunica ao doente pode actuar como factor de motivação. Como diz HESBEEN (2001:76) “não se pode motivar as pessoas mas, antes, dar-lhes, ou mostrar-lhes razões fortes, portadoras de sentido para que possam motivar-se a elas mesmas”.

- Outro aspecto destacado é o de estar atento a tudo o que na comunicação possa **valorizar o doente como pessoa** - um ser único, que tem de ser considerado como cidadão de pleno direito e não um “coitadinho”. Para tal é importante aumentar-lhe a auto-estima; valorizar os ganhos na recuperação; atenuar as barreiras comunicacionais, (p. ex. retirando a máscara de protecção), utilizando o toque ou até dando uma guloseima ao doente; negociar em vez de impor cuidados; reconhecer os próprios erros perante o doente.

PHANEUF (2002:322) considera que a enfermeira à partida tem de considerar o doente “como uma pessoa de corpo inteiro e não como um ser inferiorizado pela perda de poder que traz a doença”.

PHANEUF (2002) fala da perturbação da imagem e da auto-estima nas pessoas imobilizadas pela paralisia. Um corpo que, apesar de manter os seus contornos, já não age nem se movimenta como antes afecta a imagem corporal e a auto-

estima. Internamente a pessoa sente que perdeu o seu valor e infelizmente essa percepção também é muitas vezes reflectida do exterior. A autora defende que a enfermeira ajude o doente a ver-se de uma forma mais positiva e a sentir-se valorizado. São alguns exemplos o descobrir novos recursos e talentos esquecidos, cuidar da imagem (penteado, maquilhagem), respeitar a sua dignidade, permitir-lhe fazer escolhas.

SOMERS (2001), refere que para fomentar o desenvolvimento de uma auto-imagem positiva, todos os membros da equipa devem tratar o doente como alguém igual e digno de respeito.

Também HESBEEN (2001:69) afirma que “Ser prestador de cuidados exige, fundamentalmente, um espírito profunda e genuinamente humano, manifestado pela preocupação com o respeito pelo outro”. Este respeito implica considerar todos igualmente dignos, independentemente das suas características ou antecedentes o que por vezes torna-se difícil devido aos preconceitos e juízos de valor enraizados.

Como refere RILEY (2004:111), “ser respeitado faz a pessoa sentir-se importante, cuidada, válida”.

Trata-se também aqui do que ROGERS (1985) chamou de *consideração positiva incondicional*, que significa a aceitação do outro tal como ele é e como está no momento, sem reservas em relação a determinados comportamentos ou características específicas. Esta atitude quanto mais assumida, melhores resultados terapêuticos tem.

- Uma estratégia utilizada de forma intencional na comunicação com estes doentes é o **humor**. É utilizado tanto para animar e aliviar a situação pesada e complicada de solidão e imobilidade que o doente vive, como para o pôr à vontade na relação.

Se chegarmos ali “então tudo bem, não sei quê” aspira, vira dum lado para o outro e vamos embora. Eu acho que não, eu acho que aqueles momentos, aqueles minutos que estamos ali com eles ao menos que sejam passados duma maneira bem disposta, um bocadinho de humor, uma brincadeira. E4

ERSSER (1991), no seu estudo, obteve diversas evidências da capacidade das enfermeiras utilizarem deliberadamente as suas emoções para influenciar o bem-estar do doente.

Os enfermeiros do estudo de JOSÉ (2002) consideraram que a utilização do humor deveria ser uma competência dos enfermeiros na promoção do bem-estar dos doentes. Levantam também a questão dele dever ser ou não planeado, havendo enfermeiros que defendem que sim e outros que não, considerando estes últimos que isso não é possível devido ao humor ser caracterizado pela sua espontaneidade. Os enfermeiros do nosso estudo salientam o humor como algo que deve impregnar a relação durante qualquer prestação de cuidados.

Como diz HESBEEN (2001.70), “O humor permite relativizar as situações mesmo as mais pesadas e não agravá-las”. Preconiza “um humor subtil, delicado, e adequado que pode revelar aspectos insólitos ou interessantes para o futuro”.

Já Cousins (1983), impulsionador dos estudos sobre o humor nos cuidados de saúde, citado por JOSÉ (2002), dizia que “o riso e outras emoções positivas não substituem a medicina tradicional mas completam-na ao mobilizar os recursos do corpo e ao libertá-lo dos efeitos constritivos das emoções negativas” (p.33)

Aqui está um bom exemplo para ilustrar como a organização das estruturas dos cuidados não tem de ser dominada pelas tarefas a executar. Como diz HESBEEN (2001) “A rotina torna os comportamentos rígidos e (...) transforma os prestadores de cuidados em *técnicos especializados* que passam de cama em cama para *fazer* o que está previsto no plano de trabalho. Este *fazer* visa essencialmente o *corpo objecto* que é preciso lavar, vestir, alimentar, puncionar, pensar, mobilizar...e não deixa espaço para uma atenção mais personalizada ao doente e seus familiares.”(p.7)

HESBEEN (2001) salienta também que para haver qualidade de cuidados a organização das estruturas de saúde têm de conceder ao profissional algum espaço de liberdade para “ser actor e criador de qualidade” que permita a cada um ter “a possibilidade de tomar iniciativas pertinentes e de adaptar a sua prática às circunstâncias que se lhe apresentam” (p.63)

Como *factor de desenvolvimento de competências* na área relacional é dado especial destaque aos **saberes em comunicação**. É importante para a relação com estes doentes, para conhecê-los melhor e poder ajudá-los. É destacado o contributo da aprendizagem efectuada durante o Curso de Complemento em Enfermagem. Mas a **experiência** é também um factor necessário, pois os enfermeiros vêem a comunicação como uma técnica que se aprende mas que leva anos a desenvolver.

O estudo de MENDONÇA (2009), revelou que os enfermeiros consideram a “Competência Comunicacional” como de alta aplicabilidade nos cuidados e as execuções que a integram como adaptadas e necessárias à prática quotidiana. Também a capacidade de desenvolver uma relação de empatia é vista como importante nestes doentes que sofreram uma mudança súbita e permanente nas suas vidas. No entanto é considerada como difícil de conseguir, requerendo igualmente experiência. RILEY (2004) confirma que a empatia, como acto de comunicar ao outro que compreendemos o que sente e o que o faz sentir assim, é mais complexa que outros comportamentos de comunicação. Concorda também que para que a empatia faça parte do nosso repertório de comunicação, exige tempo de treino.

Tal como no estudo de ERSSER (1991:70) a valorização do apoio/cuidar o doente é evidente nos dados.

A experiência com a família do doente é preconizada como factor de aprendizagem de competências, como seja o dialogar bastante e trabalhar com ela no sentido de perceber melhor as suas dificuldades, como as gere e como as ultrapassa.

4.2.2 - Características da Relação

Para além das dificuldades e competências na relação com estes doentes, os enfermeiros descrevem nela características únicas que a tornam especial para ambas as partes.

Primeiro que tudo são doentes que, mais do que outros, **estimulam a comunicação e o envolvimento pessoal do enfermeiro**. Isto porque num serviço onde existem muitos doentes com alterações do estado de consciência, nomeadamente em coma, o doente com TVM até está consciente, orientado e comunica sem problemas. Para além disso vivencia uma mudança súbita e dramática de vida, marcada pela grande dependência dos cuidados de enfermagem e pela adaptação à situação. São por isso doentes que solicitam muito o enfermeiro a comunicar e também o levam a sentir-se emocionalmente envolvido. A reacção mais comum é a projecção na situação do doente, o que provoca sofrimento no enfermeiro.

Acaba por se estabelecer uma relação **de grande proximidade/afinidade**. Para tal contribui o internamento prolongado; o facto dos enfermeiros estarem 24 horas por dia com estes doentes, numa altura dramática da sua vida e em que requerem muitos cuidados de enfermagem; o acompanhamento do doente ao longo da passagem pelos diversos sectores do serviço.

HESBEEN (2001) refere como um dos recursos que confere especificidade às funções de perito e conselheiro do enfermeiro, o facto de ser **uma presença contínua** junto do doente. Isso dá-lhe oportunidade de viver com a pessoa e família, momentos especiais, de grande proximidade; estar presente nos momentos imprevisíveis em que exteriorizam os seus pensamentos e emoções; colher e descodificar informações importantes.

Drew (1997), citado por RILEY (2004:155) a propósito da capacidade de auto-exposição do enfermeiro, afirma que "...A Enfermagem é inerentemente caracterizada por um desejo de aproximação aos outros, a um nível muito profundo de importância humana...em eventos chave como o nascimento, a morte, a doença e o crescimento, nas vidas daqueles de quem cuidamos" .

Estes enfermeiros consideram que se tornam referências importantes para o doente e que passam a fazer parte integrante e fundamental da sua vida. Contribuem para que este sinta o hospital como uma casa, onde se sente adaptado e a vida decorre com uma certa normalidade. O doente acaba por ter diferentes referências na equipa com as quais conta consoante as suas necessidades. Em relação a este último ponto, HESBEEN (2001) salienta a importância do trabalho em equipa, assim como da multidisciplinaridade, porque na verdade ninguém pode deter todos os saberes. Em cada situação pode haver alguém na equipa que mostra ter mais competências para acompanhar aquele doente e isso independentemente das suas qualificações. Daí HESBEEN (2001) preconizar que se apresente “um quadro de competências que permitam o caminhar com a pessoa, cabendo a esta, se for caso disso, escolher com mais pormenor o prestador de cuidados com o qual siga o caminho ou a etapa a percorrer”.

HESBEEN (2001) chama a atenção para a importância do trabalho de equipa em que os saberes não podem ser detidos por uma única pessoa. Nomeadamente distingue qualificações de competências. Nem sempre a pessoa mais qualificada é a que está mais apta para ajudar o doente em determinada situação. É sim aquela que, no momento, possui para o doente os melhores atributos para acompanhá-lo.

Por outro lado, e ainda de acordo com HESBEEN (2001), dar resposta às necessidades globais do doente pode não ser uma missão “impossível” se houver um trabalho de equipa e multidisciplinar, em que se torne necessário que todos mostrem abertura para as disciplinas dos outros.

Segundo HESBEEN (2003:69) “ O valor de uma equipa manifesta-se pela capacidade que os diferentes prestadores de cuidados desta equipa têm para, com os recursos de que dispõem, articular os meios de modo a oferecerem à população uma verdadeira combinação de competências.”

O próprio enfermeiro refere sentir carinho e preocupar-se com estes doentes como se fossem família. E até os recorda quando está fora do hospital. Essa

relação de grande afinidade que se vai estabelecendo ajuda a atenuar os constrangimentos relacionais que possam existir inicialmente.

LOPES (2006) considera que em momentos de grande perturbação da vida a presença do outro, ainda que seja um estranho tem efeitos notáveis se for sentida como autentica.

Apesar de todas as dificuldades já evocadas e da projecção nestes doentes ser geradora de algum sofrimento, é referida como uma **relação gratificante para o enfermeiro**. Nomeadamente pelo facto de ser uma relação intensa e que o doente reconhece como de confiança

Como refere LOPES (2006) o que está em causa numa situação de doença é muito mais que o processo fisiopatológico. É fundamentalmente uma experiência humana que o doente vivência e que pode ser ou não muito enriquecedora. Para essa experiência contribuem os técnicos de saúde, nomeadamente os enfermeiros e na verdade como vimos em alguns estudos essa experiência de envolvimento emocional com o outro não existiu.

No estudo de ERSSER (1991:62), sobre a relação enfermeiro-doente no hospital, o facto das enfermeiras terem uma relação amigável com os doentes é sentida por estes como ajudando a sentir-se menos isolados e sós.

ZUILA (2002), no seu estudo encontrou sentimentos contraditórios nos diversos discursos das enfermeiras, acerca do cuidar do doente paraplégico. Enquanto que para algumas era gratificante poder sentir que davam apoio e pôr em pratica o seu lado humano, para as restantes era difícil cuidar destes doentes pois, em nome do profissionalismo, evitavam o envolvimento emocional.

O modelo de relação terapêutica enfermeiro-doente de Muetzel (1989), referido por McMAHON (1991), incluindo os conceitos de parceria, intimidade e reciprocidade, ajuda a perceber que esta relação é de duas vias, podendo ser nomeadamente terapêutica para ambos os lados. Os conceitos referidos vão contra ideias do passado que, em nome do profissionalismo, implicavam a não expressão de emoções entre enfermeiro e doente.

É oportuno referir aqui que *prestar cuidados* não é *cuidar*. Quando em nome do “profissionalismo” os enfermeiros apenas prestam cuidados, estão a dar ao

doente uma ajuda importante mas limitada, porque executam tarefas dirigidas ao corpo da pessoa (o corpo objecto), mas não à pessoa em si (o corpo sujeito).

São apontados, no nosso estudo, inúmeros aspectos da relação com os quais o enfermeiro se sente gratificado. Por exemplo quando o enfermeiro constata que conseguiu ter um efeito positivo no doente, seja proporcionando prazer, apaziguando emoções negativas ou fazendo-o sorrir. Outra fonte de gratificação advém do diálogo que ajuda o doente a verbalizar o que o preocupa ou a prepará-lo para o futuro. E finalmente o facto do doente manter o contacto pós-alta.

Os enfermeiros consideram que a relação estabelecida, apesar de todas as dificuldades, é de tal ordem que justifica positivamente o seu papel como enfermeiros. Ou seja aqui a relação é vista como algo de intrínseco e muito valorizado nos cuidados de enfermagem.

HESBEEN (2001) questiona precisamente se a maior fonte de satisfação profissional não advém do que dá sentido à prática de cuidados - a singularidade da pessoa e a complexidade da situação.

No entanto, apesar do acabado de dizer, é curioso verificar que os enfermeiros, nas **características de doentes que os marcaram mais na relação**, salientam aquelas que a tornam agradável e com ausência de dificuldades. Como por exemplo o doente ser educado no diálogo estabelecido, fácil de lidar, não ter palavras agressivas, aceitar os cuidados, ter uma postura admirável de aceitação da sua situação e ter a atitude de não querer incomodar, apesar de estar a sofrer.

A relação não se limita à estadia hospitalar, tem continuidade como uma **relação de apoio e afecto que perdura no pós-alta**, com a qual o doente sabe que pode continuar a contar. É habitual o doente visitar o serviço, assim como alguns enfermeiros chegam a visitar os doentes, quer em casa, quer em outros serviços para onde foram transferidos. Como refere HESBEEN (2001), não se trata de laços de dependência, como alguns querem fazer crer, mas antes de

laços de confiança que foram estabelecidos e que permitem a ajuda e facilitam a autonomia.

A relação de afecto e carinho, estabelecida durante um internamento prolongado e o grande investimento nestes doentes leva o enfermeiro a ter a **preocupação em saber da sua evolução no pós-alta**. É manifestada mesmo vontade de os visitar em casa ou na instituição de reabilitação para onde foram. Não só para verificar a sua evolução, mas também se houve continuidade dos cuidados instituídos no serviço.

4.3 - O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS

É revelado pelos entrevistados que as competências para lidar com a complexidade destes doentes se desenvolvem através de um **processo de aprendizagem progressivo e moroso**, o qual vai mudando, inclusive, o modo de estar como enfermeiro. Como refere HESBEEN (2001) a aquisição de comportamentos adequados ao cuidar não tem um carácter definitivo, “é uma questão de percurso, de progressão do ser que cuida, que se interroga, que evolui, que tem as suas tendências, que se requestiona e que se reajusta” (p.68). Também MENDONÇA (2009) salienta o carácter não estático da competência referindo-se a um “processo adaptativo e progressivamente evolutivo desde as aplicações dos saberes teóricos às diversidades e adversidades dos quotidianos”(p.31)

Nomeadamente é referido por um entrevistado a perspectiva de cuidados mais biomédica dos jovens profissionais em comparação com capacidade mais holística de ver o doente, adquirida pelos enfermeiros com mais maturidade.

HESBEEN (2001) afirma que a medicina técnico-científica, centrada na doença, leva à prestação de cuidados dirigidos ao corpo objecto. É exercida em detrimento de uma ajuda mais individualizada e mais complexa, o cuidar, dirigida ao corpo sujeito, com tudo o que caracteriza a sua existência. Isto não

significa que se devam opor estas competências, mas sim que se deve procurar conjugá-las em nome do respeito pela pessoa humana e de uma maior eficácia. CARVALHO (1996) salienta que, embora na enfermagem a escola defenda um modelo de humanismo, por vezes o enfermeiro na sua liberdade de agir acaba por dar mais ênfase aos aspectos técnicos.

HESBEEN (2001) tem também noção que os estudantes (futuros jovens profissionais) se sentem às vezes “mais atraídos pelos conhecimentos científicos e pelo aparato das técnicas, do que pela descoberta da arte de cuidar” (p.66). E chega a propor um desafio aos formadores não “o de esculpir cérebros bem moldados, mas o de contribuir para a plasticidade destes cérebros, para a sua permeabilidade, a fim de lhes permitir uma abertura constante às «coisas da vida», à singularidade dos outros” (p.67). O mesmo preconiza para a formação contínua.

Coloca-se aqui a questão da importância do humanismo na enfermagem levantada por CARVALHO (1996), baseada em Dafois (1990), como devendo “fazer parte do substrato cultural do enfermeiro, enquanto formando e como profissional (...) para que os saberes objectivos (tecnológicos), que são demasiado materialistas e podem pôr em perigo a relação humana, não sejam saberes valorizados relativamente aos valores humanos” (p. 42)

Curiosamente e contrariando o afirmado, o estudo de MENDONÇA (2009:134) mostrou que uma das competências referida como das mais aplicadas pelos enfermeiros da sua amostra, supostamente representativa desta classe profissional, foi, na Promoção da Saúde, “ Vê o individuo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde”. Provavelmente os enfermeiros em geral têm noção da importância da sua aplicação, mas uma observação atenta, como a do enfermeiro perito da nossa amostra, pode revelar que ainda não a conseguem aplicar plenamente no seu dia-a-dia.

Para que o processo de aquisição de competências se dê, é considerado como fundamental, por estes enfermeiros, primeiro que tudo, o profissional **gostar do que faz** e ter uma **conceptualização dos cuidados** que o torne ciente do seu

papel como enfermeiro. ZUILA (2002) em concordância, entende que “a maneira como a enfermeira pensa acerca de “cuidado” influenciará fortemente a sua prática profissional.” No seu estudo ao observar as enfermeiras na sua prática detectou apenas numa ou outra “uma determinação no sentido de fazer um cuidar/cuidado mais humanístico, mais caloroso, contudo, as barreiras advindas da própria aceção do que é cuidado as levam a incorporar uma conduta de austeridade, como se essa postura fosse o que determinasse o profissionalismo.” Na realidade a aceção do que é cuidado dado nas entrevista pelas enfermeiras virava-se para a satisfação de necessidades de nível biológico e actividades de ensino aprendizagem.

COLLIÈRE (1999:282) concorda que tanto para os que prestam cuidados, como para os que os recebem, “Os cuidados de enfermagem são marcados pelas concepções, as crenças e os valores (...) valores a que podem aderir sem questionar ou de que se propõem compreender o significado, razão de ser, constrangimentos e limites, a fim de tentar situar o que orienta e é subjacente à sua acção”.

HESBEEN (2001) chama a atenção para o facto de que o enfermeiro escolheu a sua profissão por *humanidade* e que por isso o seu desenvolvimento pessoal depende desta. “Reencontrar a humanidade através de uma comprovada competência profissional é estabelecer como princípio que o seu trabalho faz parte integrante da sua vida e que é essencial humanizar, na mais pura aceção do termo”

HESBEEN (2001) salienta a importância do chefe como formador da sua equipa no sentido de fazer emergir nesta o *espírito do cuidar*. Com essa formação pretende-se atingir dois objectivos: “**estimular o uso da palavra e promover a reflexão sobre** duas noções fundamentais que são a de **cuidados e a da saúde**”.

Para que haja desenvolvimento de competências os enfermeiros consideram importante e imprescindível a **fundamentação e actualização dos saberes**, visto ter implicações na qualidade dos cuidados que se prestam. É dado especial destaque aos saberes na área da comunicação.

HESBEEN (2001) concorda que “a formação é um elemento determinante da qualidade sem que seja, contudo, mais ou menos importante que os outros elementos identificados” (p.67).

A **experiência** é considerada pelos entrevistados como um factor importante. Quer a experiência profissional, nomeadamente com estes doentes, quer a própria experiência de vida pessoal que confere a maturidade necessária para conseguir estabelecer uma relação de empatia.

POWELL (1991) considera essenciais para uma prática de enfermagem terapêutica a reflexão, a aprendizagem com a experiência, e a avaliação da experiência.

RILEY (2004) concorda que “Quanto maior a maturidade e a experiência do enfermeiro tanto maior será o seu potencial para mobilizar os conhecimentos, atitudes e experiências promotoras da sua capacidade empática” (p.143).

HESBEEN (2001) refere que “Tudo aquilo que é vivido, no dia a dia, por quem presta cuidados, contribui para enriquecer as suas qualidades” (p.64). No entanto salienta que a experiência só gera conhecimento se for reflectida, discutida e conceptualizada. E acrescenta que a “reflexão sobre a experiência é imprescindível nas profissões dos que cuidam desde que estes queiram decididamente abordar a pessoa e não apenas o seu corpo”. (p.65)

O estudo de MENDONÇA (2009) sobre competências profissionais dos enfermeiros, revelou que os enfermeiros inquiridos sobrepõem a experiência profissional á formação, quer académica, pessoal ou em serviço, na aquisição de competências.

É dado relevo à **ajuda dos colegas** tanto os mais experientes, como a enfermeira de reabilitação e a enfermeira chefe, nas situações de integração ao serviço e sempre que há necessidade de discutir uma dificuldade sentida.

E muitas vezes lembro-me de ir ter com a enfermeira L.[enfermeira chefe] pedir-lhe ajuda para que ela me ajudasse, ou outras colegas pronto, mas inicialmente ela era das pessoas mais velhas, estava mais também dentro da área, que me explicasse, que me ajudasse. E2

HESBEEN (2001) refere como missão do enfermeiro chefe “ interessar-se pelos profissionais do serviço de que é responsável e tornar-lhes mais fácil o exercício da profissão” (p.87). O chefe surge aqui como o que cuida dos que cuidam.

A **pesquisa bibliográfica** é vista como um factor de desenvolvimento de competências que dá segurança aos saberes.

A **maturidade profissional** também é vista como um factor que ajuda o enfermeiro a lidar melhor com o sofrimento que implica o contacto com estes doentes.

POWELL (1991) refere que, para a enfermeira conseguir resolver os problemas de saúde do doente, tem de ter a capacidade de os reenquadrar na perspectiva daquele. Para tal conta, não só o conhecimento e experiência da enfermeira, assim como a individualidade do doente, mas também os sentimentos que ela tem sobre o problema. Enquanto que os sentimentos positivos, apenas precisam de ser reconhecidos, os negativos necessitam de ser reflectidos para encontrar o seu significado, o que vai ter influência no processo de aprendizagem.

Segundo BENNER (2005) “a perita, que tem uma enorme experiência, compreende, (...) de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis

LOPES (2006) refere que no seu estudo “as enfermeiras que conjugam uma certa experiência, com uma determinada atitude reflexiva, com a formação, parecem demonstrar com mais evidência esta capacidade” (p.58)

HESBEEN (2001) considera que o perito dispõe de diferentes saberes que provêm tanto da sua experiência de vida, como da formação e da sua experiência profissional.

Os enfermeiros enquanto **equipa**, também influenciam o desenvolvimento de competências de cada um e já foi referido o papel dos colegas mais experientes.

Mas uma outra vertente é considerada como importante - o facto da **equipa trabalhar em uníssono** a relação com o doente. Ou seja havendo um sucesso

peçoal na relação e sendo ele aceite, encontrando eco na restante equipa de enfermagem, mais fácil é desenvolver e melhorar as competências relacionais pessoais e da própria equipa.

Quando isso não acontece o enfermeiro sente-se a remar contra a maré, o que apela ao que HESBEEN (2001) refere como a *capacidade de se indignar* “perante tudo o que acontece no meio profissional, social ou familiar, que não respeite a pessoa, impedindo-nos de ser indiferentes, passivos ou até mesmo permissivos” (p.70).

Outro aspecto, e que já foi referido acima, é o da importância do desenvolvimento das competências relacionais na equipa. É considerado que, se a equipa de enfermagem trabalhar em uníssono essas competências, também é mais fácil estender o mesmo à equipa multidisciplinar.

A propósito, HESBEEN (2001) defende a importância da perspectiva do cuidar global em toda a equipa multidisciplinar como um laço fundamental a unir a mesma. E salienta que “ O grupo multidisciplinar animado por uma intenção comum oferece às pessoas que recebem cuidados um leque de competências que não devem ser hierarquizadas porque a utilidade isolada de cada uma é relativa, dependendo da situação que se apresenta.” (p. 33)

Segundo SOMERS (2001), o modelo médico estabelece uma hierarquia de poder com os médicos no topo, os outros profissionais de saúde no meio e os doentes e respectivas famílias no fim. Neste modelo é esperado que na relação estabelecida o doente tenha uma aceitação passiva do que lhe é oferecido como tratamento. Esta atitude está tão arraigada na comunidade médica que é vista por muitos como a relação profissional-doente apropriada. Mas ela não cria uma atmosfera favorável à reabilitação e autonomia do doente visto transmitir uma mensagem de dependência, submissão e mesmo desumanização que pode ser destrutiva para a pessoa.

No entanto SOMERS (2001), considera que uma atitude relacional adequada da equipa pode permitir a recuperação e o crescimento da pessoa. Para tal o doente deve ser tratado desde o primeiro momento como uma pessoa que tem

pensamentos, sentimentos e vontades próprios. Em vez de despir o doente de poder e dignidade toda a equipa deve tratar o doente com respeito e apoiar o seu direito à auto-determinação.

No fundo a qualidade dos cuidados, segundo HESBEEN (2001:68) “será fortemente marcada pelas atitudes e comportamentos de quem cuida”.

Este autor salienta o papel do chefe na promoção e criação de laços entre os profissionais da equipa multidisciplinar e em servir de intermediário entre o discurso da sua equipa e o dos outros profissionais.

5 - CONCLUSÕES

Ao finalizar este trabalho impõem-se antes de tudo fazer uma reflexão sobre o percurso efectuado, detectando nele as virtualidades e as limitações.

Como não se pretendeu generalizar resultados, mas sim desvendar, com a maior profundidade e riqueza possíveis, a relação terapêutica com o doente que sofreu TVM, a escolha metodológica pareceu-me ter sido a mais adequada. Passarei em seguida a explicitar a minha afirmação.

Começarei pelos *objectivos*. Os que escolhi permitiram traçar todo um percurso de profundidade de análise no qual, em primeiro lugar, surgem as **dificuldades relacionais**. Estas tornam-se um desafio para o enfermeiro e acabam por ser, muitas vezes, o trampolim para o desenvolvimento de **competências**, na tentativa de as ultrapassar. Que **factores** interferiram neste processo que vai da vivência das dificuldades até à aquisição de competências foi outra parte importante do processo em análise. E finalmente revelar que **características**, para além das competências relacionais, tem esta relação.

A *amostra* escolhida permitiu uma grande riqueza de dados ao seleccionar enfermeiros que, pela sua experiência profissional e cargos desempenhados, foram considerados ao nível de peritos. O facto de serem todos do mesmo serviço também me pareceu vantajoso. Ou seja, o estudo de um determinado meio natural, pode retratar um determinado padrão de prática de cuidados e contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos que levem a uma melhoria dos cuidados a estes doentes. Referindo COLLIÈRE (1999) “ Como os serviços são os lugares de expressão da prática profissional é aí que se podem mobilizar e ajustar os conhecimentos provenientes das situações e os que iluminam o seu significado. É aí que é possível aliar a reflexão à acção. É aí que podem ser estudadas as condições indispensáveis para assegurar cuidados de

enfermagem, que tenham em linha de conta o que é importante para a vida dos utilizadores, sem minimizar o que representa, para quem os presta.”.

A *entrevista* semi-estruturada, direccionada para os objectivos, mas apelando às vivências, permitiu aos enfermeiros entrevistados falarem livremente sobre as suas práticas de cuidados.

Finalmente, o tratamento dos dados efectuado através da *técnica de análise de conteúdo*, mostrou-se muito difícil e moroso, dada a riqueza do material. No entanto, valeu a pena o esforço pois permitiu extrair significados importantes dos discursos produzidos. Estes foram organizados de forma a produzir um discurso único de análise que revelou, em riqueza e profundidade, o que pretendíamos estudar.

Como limitação deste percurso metodológico, na análise da temática, podemos apontar o facto de os dados se basearem apenas no discurso e só perscrutarem uma das partes intervenientes no processo. Ou seja a observação da prática de cuidados, assim como entrevistas aos doentes completaria esta análise e permitiria uma confrontação de dados.

Com este estudo penso ter atingido os objectivos a que me propus, encontrando para eles algumas respostas que revelam a relação enfermeiro/doente no que ela tem de dificuldades, de competências para as ultrapassar e de factores de desenvolvimento das mesmas, mas também de gratificação. Salientarei agora algumas das respostas mais significativas aos objectivos a que me propus.

No que respeita a *dificuldades relacionais* confirmei que elas existem e a diversos níveis. A análise efectuada revela uma série de factores capazes de tornar a relação mais problemática, quer porque tornam mais difícil a comunicação com o doente, quer porque têm impacto emocional no enfermeiro.

No que se refere ao **impacto emocional**, estes doentes provocam algum sofrimento no profissional de enfermagem. Este projecta-se na situação do doente, não só quando presta cuidados, mas também fora do hospital, por exemplo quando vai a conduzir. O enfermeiro sofre mais quando o doente é jovem (e os jovens são a maioria!) pois inspira-lhe mais sentimentos de pena. A grande dependência destes doentes leva o enfermeiro a debater-se com sentimentos de ambivalência perante um trabalho muito cansativo, mas que sabe ser imprescindível para o doente. A dependência também provoca constrangimento na medida em que o enfermeiro dá o seu o máximo em termos de cuidados e no final sabe que o doente vai ficar sempre limitado nas suas capacidades. Outra área em que o enfermeiro se sente constrangido é a que diz respeito à invasão do espaço íntimo, quer nos cuidados de higiene ao sexo oposto, quer na abordagem da sexualidade e controle de esfíncteres. Parece no entanto que, há medida que a relação se desenvolve, estes aspectos se tornam secundários. Quando se coloca a questão do doente ter alta o enfermeiro volta a sofrer com a dúvida fundamentada que tem sobre a continuidade dos cuidados pós-alta, num doente em que tanto investiu. Uma das sugestões que deixo como futuro investimento desta equipa de cuidados é a de preparar o doente para aquilo que SOMERS (2001) chama de desenvolvimento da sua auto-defesa. O doente deve ter conhecimento dos seus direitos e saber como garantir que eles não sejam violados. Outra sugestão é que seja estimulada a partilha destes sentimentos na equipa.

As **dificuldades na comunicação/relação** com o doente surgem associadas a diversos factores. A personalidade, diferenciação académica, o nível da lesão, o estar traqueostomizado e o suporte do meio são alguns exemplos.

O percurso espacio-temporal é um factor de diferenciação das dificuldades. Podemos referir alguns aspectos mais emblemáticos: Na UCI, como lidar com o doente sedado mas ainda assim consciente; na enfermaria como gerir a verdade sobre a lesão, como lidar com a necessidade de presença constante do doente, como ajudar o doente no seu processo de adaptação emocional, como ajudá-lo a

ser autónomo e prepará-lo para a alta, como lidar com a adaptação da família e como gerir os ensinamentos para a alta.

No que concerne às *competências* nota-se uma premissa fundamental que estes enfermeiros elegem para a relação, a de considerar e respeitar cada doente na sua individualidade. Para tal fazem questão de **avaliar e conhecer o doente** e interpretar correctamente as suas atitudes, para assim poderem responder melhor às suas necessidades. Existe personalização da relação. Cada doente é aceite tal como é e o enfermeiro reconhece que faz parte do seu papel profissional adaptar-se à personalidade de cada um. Destes enfermeiros, apesar de valorizarem os conhecimentos científicos, podemos esperar então que, de acordo com HESBEEN (2001), não os *apliquem* simplesmente ao doente mas sim procurem *apropriá-los* a ele. Isto requer criatividade e revela a vertente da enfermagem como uma “arte” que implica que a sua prática não seja nem sistemática, nem preconcebida, nem científica.

Para Jean WATSON (2002), cuidar, na enfermagem, transporta actos físicos mas, abarca a mente-corpo-alma à medida que reclama o espírito corporizado, como centro da sua atenção. Este sugere uma metodologia, através da arte, da estética, do ser, assim como do saber e do fazer. O cuidar interessa-se pela arte do ser humano. Faz apelo a uma presença de ser autêntico, do profissional, no momento do cuidar, mobilizando uma atenção de cuidar-curar intencional.

Para dar segurança a um doente que se sente vulnerável os enfermeiros elegem duas *premissas para a relação* que os apoie e ajude: **Mostrar-se presente e disponível e estabelecer uma relação de confiança.**

As *competências comunicacionais* são muito valorizadas quer para poder gerir a verdade sobre a lesão, quer para apoiar e ajudar o doente no seu processo de adaptação emocional. Destacam a **escuta activa**, o saber **comunicar com verdade e segurança nos saberes** e o comunicar **valorizando o doente como pessoa**. É também dado destaque à importância do bom **humor** na comunicação.

A *família* do doente é valorizada no seu papel de suporte ao doente, integrando-a na equipa. O enfermeiro acaba também por apoiar e ajudar a família na sua adaptação à situação. Nos ensinamentos à família estes enfermeiros parecem necessitar de desenvolver mais competências para aumentar a adesão da família e controlar se esta está apta a prestar sozinha os cuidados aprendidos.

Como diz VAUGHAN (1991), se o ensino é central na prática de enfermagem, então os conhecimentos em saúde e enfermagem devem incluir teorias de ensino e aprendizagem. O ensino, como muitas outras coisas, requer habilidades que podem ser aprendidas, porque apoiar-se apenas naquelas com que se nasceu não é suficiente. A autora lança no entanto também um aviso sobre o uso de métodos de aprendizagem experiênciais. Embora possam ser de grande valor para a enfermagem, há que procurar os mais adaptados às necessidades individuais dos doentes, em vez de se cingir entusiasticamente a um método particular que pode até acabar por ser desconfortável e desconcertante para algumas pessoas. Mas também afirma que uma enfermeira para reconhecer as diferenças individuais em termos de necessidades de aprendizagem e *timing* apropriado para tal, necessita de ter já uma longa experiência na área.

Estes enfermeiros reconhecem ter pouco tempo para a família, contrariamente ao que desejariam. Como diz VAUGHAN (1991), quando se têm de estabelecer prioridades num contexto de serviço de saúde muito ocupado, o mais frequente é realizar o trabalho dito “visível” em detrimento do trabalho menos visível, quantas vezes indiscutivelmente mais importante para os clientes.

Concluimos que nas suas competências estes enfermeiros mostram ser capazes de “promover a vida” nos cuidados que prestam, abordando o doente numa forma abrangente do seu todo biopsicosocial. Praticam verdadeiros cuidados de enfermagem cuja única finalidade como afirma COLLIÈRE (1999:241) “ consiste em permitir, aos utilizadores, desenvolver a sua capacidade de viver ou de

tentar compensar o prejuízo das funções limitadas pela doença, procurando suprir a disfunção física, afectiva ou social que acarreta.”

Pelo exposto parece-me que estes enfermeiros desenvolvem uma relação verdadeiramente terapêutica com os doentes, correspondendo aos atributos essenciais de um terapeuta enunciados por Heron (2001) citado por LOPES (2006, p.19):

- Sincera preocupação e aceitação do outro;
- Abertura e harmonização com a realidade experiencial do outro;
- Uma compreensão do que a outra pessoa precisa para o seu desenvolvimento e bem-estar essenciais;
- Uma habilidade para facilitar a realização dessas necessidades da forma correcta e no tempo correcto
- E uma presença autentica

No que concerne ao **processo de desenvolvimento das competências**, estes enfermeiros demonstram reflectir a par e passo com a sua prática ao longo dos anos, o que os levou a desenvolver competências e a aprender e criar novos saberes a partir dela. Reflectem sobre os sucessos na relação para assim os poderem replicar e sobre os erros para não os repetirem. POWELL (1991) chama a atenção para a importância da reflexão e avaliação da experiência para que o enfermeiro cresça ao longo da sua carreira. Usando técnicas de reflexão o enfermeiro adquire a capacidade de aprender de forma frutífera ao longo da sua carreira profissional.

Estes profissionais pedem apoio e discutem as dificuldades com os colegas para aliviarem o seu sofrimento ou para delinarem em conjunto a melhor estratégia. Aproximamo-nos aqui do cuidar-curar transpessoal de WATSON (2002:146): “Podemos mudar a forma como moldamos o fluir da luz através de nós próprios, mudando a nossa consciência, ou por exemplo, substituindo um padrão de pensamento negativo, como raiva, por compaixão; optando por compreender em vez de julgar. Quando a nossa consciência muda, a experiência muda”.

Invocam como factores importantes para o desenvolvimento das suas competências, a experiência profissional, a maturidade pessoal, a formação e o trabalhar em equipa, nomeadamente com colegas mais experientes.

No respeitante às *características da relação*, o seu início é marcado por dificuldades na aproximação inicial e por alguns constrangimentos de ordem emocional devido à situação que o doente está a viver. Há referências à tendência para o afastamento emocional como uma protecção contra o sofrimento. Mas a tendência geral é para o desenvolvimento de uma relação de grande proximidade e até de afinidade com estes doentes, durante o seu prolongado internamento, em que os referidos constrangimentos se atenuam, como se o prazer da relação os relegasse para segundo plano. Existe como que um mútuo convívio, próximo do familiar, em que o hospital funciona temporariamente como uma casa para estes doentes.

Existe um modo de intervenção relacional específico dos enfermeiros. Contrariamente ao preconizado em relação ao evitar o sobre-envolvimento com o doente (ROGERS, 1985), estes enfermeiros têm uma relação muito próxima, envolvem-se, a relação é quase familiar, preocupam-se com o doente quando estão fora do hospital, querem saber dele depois de ter alta e mantêm os laços após a mesma. Coloca-se aqui a temática da compaixão referida por HESBEEN (2001), como algo, segundo o autor, incontornável numa prática de cuidados autêntica. Sofremos pelo outro, preocupando-nos em aliviar o fardo do seu sofrimento.

Estes enfermeiros mostraram que a relação de proximidade pode não gerar mais sofrimento e acabar por ser gratificante para ambas as partes.

A relação enfermeiro-doente não tem geralmente um tempo e um espaço próprios, nesse aspecto é uma relação informal que está sujeita à disponibilidade dos enfermeiros. Reconhecem a necessidade de haver mais tempo para estes doentes, para lhes proporcionar apoio emocional, prazer ou distração. Também as enfermeiras do estudo de ERSSER (1991:64) se sentiam constrangidas por factores organizacionais como pouco tempo para dedicar aos

doentes. Cabe aqui falar na pertinência dos enfermeiros, havendo mais disponibilidade, investirem no uso de técnicas oriundas de novas abordagens da psiquiatria e das medicinas paralelas (COLLIÈRE, 1999).

A relação surge e desenvolve-se necessariamente na prestação dos cuidados planeados, nem que seja porque o próprio doente a incentiva. Mas estes enfermeiros demonstraram que também são capazes de disponibilizar tempo exclusivamente para a relação de forma intencionalmente terapêutica, quando detectam que o doente necessita. Esta relação pode enquadrar-se no cuidar-curar transpessoal de WATSON (2002:127) “ A consciência transformadora, intencionalidade e energia de ligação, como parte de uma ética mais ampla e de uma opção entre profissionais de saúde, oferece considerações e despertares novos para a natureza do novo ser, numa relação com quem necessita de ser cuidado e curado”. ZUILA (2002) afirma que “A enfermeira é a mola propulsora da relação, logo, a transpessoalidade tem que partir desta profissional, pois aquele que vivência a perda necessita deste cuidar”

A relação enfermeiro/doente tem características próprias diferentes das dos outros técnicos de saúde e que pode marcar positivamente o doente e ser terapêutica. Tal como diz LOPES (2006, p. 46) “ é aproveitando a proximidade e o veículo dos cuidados no geral, que podemos construir uma relação que pode assumir uma importância marcante para o utente”.

Citando uma das entrevistadas:

E é importante, é importante o tempo que tu perdes com o teu doente, como diz o Príncipezinho. O tempo que tu perdes com o teu doente é muito importante porque é o que te faz rituais, é o que faz um dia diferente do outro, é o que te faz importante para ele. E2

Surge aqui mais uma vez a aproximação ao cuidar-curar transpessoal de WATSON (2002:110): “Aquele que cuida e o que está a ser cuidado, estão interligados; cuidar e curar estão ligados a outras pessoas e com a energia mais elevada/mais profunda do universo” “Os processos humanos de cuidar-curar (ou a consciência de não cuidar e de não curar do enfermeiro ou de outro profissional de saúde) são transmitidos a quem recebe os cuidados”.

O estudo de CARVALHO (1996) sobre a Enfermagem e o Humanismo revelou que, ao longo dos anos de exercício profissional, “os enfermeiros esquecem a pessoa que cuidam, sendo pouco humanos na forma de cuidar e prestam cuidados rotinizados” (p.191). A autora conclui, após observar os incidentes negativos “que é necessário dar maior ênfase a alguns valores do humanismo, principalmente à comunicação/relação” (p.192). Ora os enfermeiros do nosso estudo, todos com mais de 5 anos de profissão, revelaram, nessa vertente, valorizar e praticar uma dimensão humanística ao cuidar dos doentes com TVM. Coloca-se aqui a questão de explorar o que fará a diferença no percurso profissional de cada enfermeiro para que a humanização/desumanização dos cuidados ocorra, o que seria matéria interessante para um outro estudo.

Considero importantes os resultados globais obtidos neste estudo, na medida em que chamam a atenção para a importância de uma correcta abordagem relacional do doente com TVM, na fase de internamento hospitalar. Assim como fornece orientações sobre essa abordagem no caso específico dos doentes com TVM. Embora no hospital de agudos os cuidados estejam essencialmente organizados para o tratamento da doença, é essencial que seja dada atenção à expressão/aspectos emocionais do doente. O sucesso da transição numa fase contribui para o sucesso da seguinte e uma boa abordagem relacional do doente na fase de internamento de agudos, pode ajudá-lo a ultrapassar as fases de adaptação, para poder prosseguir. Como vimos, primeiro que tudo, sem gerir a verdade sobre a lesão com o doente não se pode avançar para a adaptação a uma vida com incapacidade. Também sem o doente ser ajudado no alívio das emoções negativas provocadas pelo processo de adaptação à doença, ao hospital e aos tratamentos, também não pode prosseguir.

Estes enfermeiros preocupam-se com estes aspectos e lamentam não ter mais disponibilidade para a relação. Enquanto os outros cuidados estão planeados, estes ficam à mercê da boa vontade e disponibilidade do enfermeiro. Na gestão dos serviços de saúde devia ser tido em conta, no planeamento de cuidados, o

contemplar deste aspecto. É fundamental para qualquer enfermeiro, relacionar-se com o doente e não se limitar a executar meras tarefas junto dele.

É pertinente colocar aqui a questão da dotação dos serviços. Como afirma COLLIÈRE (1999:342) “ o efectivo de pessoal de cuidados não pode continuar a ser calculado em função do número de camas, mas em função da natureza dos cuidados de manutenção da vida e de reparação, que, por sua vez, são determinados pela natureza das limitações físicas, mentais e afectivas e dos problemas que lhes estão ligados.”

Também não faz sentido a clivagem de cuidados na prática de cuidados. Como diz HESBEEN (2001:31) “A técnica não se opõe aos cuidados e não impede minimamente o cuidar”. É precisamente a proximidade e até a intimidade que o enfermeiro tem com o doente durante a prática dos cuidados em geral que permite o estabelecimento de uma relação que pode marcar a diferença no presente e para o futuro. A propósito HESBEEN (2001) critica os métodos quantitativos na dotação de efectivos, por apresentar “limites que são determinados pela impossibilidade de dizer tudo aquilo que é sentido, que é vivido, em suma, tudo o que faz parte do cuidar” (p.145).

Arrisco-me a afirmar que estes enfermeiros pretendem aproximar-se do que HESBEEN (2001) refere como um cuidar de qualidade, cujos componentes são “o acolhimento, o ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos prestadores de cuidados associada aos seus conhecimentos de natureza científica e às competências técnicas” (p.43).

Aproximam-se pelos resultados do estudo do nível de peritos do modelo de Haag-Heitman and Kramer, 1998, citado por RILEY (2004), cujas características são:

- *Relação de confiança baseada em “estar com” e não “fazer pelo” o cliente.*
- *Compreensão do significado da experiência para o cliente e família.*
- *Criação de um ambiente de esperança e confiança. (p.17)*

Este estudo mostra também a importância dos enfermeiros peritos na equipa como fonte de saberes e competências, que podem ajudar outros a desenvolvê-las. A preocupação na dotação de pessoal não pode ser só obviamente com o número. Para COLLIÈRE (1999:342) “ Avaliar o preço dos cuidados é não só procurar como compensar a insuficiência de pessoal, mas também estudar uma melhor afectação do pessoal de enfermagem, uma melhor utilização das suas competências.”

A metodologia utilizada revela-se importante para gerar novos conhecimentos em enfermagem. Para tal seria interessante que este trabalho tivesse continuidade com outros, em que se empregassem amostras idênticas, de outros hospitais com a especialidade de Neurocirurgia. Seria assim possível comparar dados e verificar se há um padrão de competências relacionais comum para estes doentes. Também o cruzamento destes dados com estudos em que se entrevistassem os doentes e ou se efectuassem observações em contexto de prática clínica seriam pertinentes.

Espero que os resultados obtidos contribuam não só para a enfermagem em geral mas, também, para o próprio serviço, ajudando a reflectir sobre as práticas e a melhorá-las no sentido da qualidade em enfermagem. Deixo por isso no final uma questão de fundo colocada por HESBEEN (2001:49): “o que importa é a qualidade dos actos praticados e a dos meios utilizados para tratar o corpo objecto, ou o que importa é a qualidade dos cuidados que se traduz pelo encontro e pelo acompanhamento de uma pessoa singular, diferente de todas as outras, numa perspectiva de saúde?”

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BASTOS, M.L. (2007). **Construção do Saber em Enfermagem.** in *Aprendendo o Cuidado em Enfermagem*, Camarro, I; Lisete,F.; Carneiro, M.G.; Guedes, M.M.; Rebelo, T. (org.). Lisboa, Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende.

BENNER, Patrícia (2005). **De Iniciado a Perito.** Lisboa, Quarteto.

BLOEMEN-VRENCKEN, J.H.A. (2003). **Post-discharge nursing problems of spinal cord injured patients: on which fields can nurses contribute to rehabilitation?** in *Clinical Rehabilitation* nº 17: 890-898.

BOLANDER, V.B. (1998). **Enfermagem Fundamental, abordagem psicofisiológica.** Lisboa, Lusodidacta.

CARVALHO, M.M. (1996). **A Enfermagem e o Humanismo.** Loures, Lusociência.

CORNEY, Roslyn (1996). **Desenvolvimento de Perícias de comunicação e de aconselhamento em Medicina.** Lisboa, Climepsi Editores

COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999) - **Promover a Vida - Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem.** Lisboa, Lidel Edições Técnicas

DOMINICÉ, P.; Favario, C.; Lataillade, L. (2000). **La pratique dès infirmières spécialist cliniques.** Paris, Éditions Seli Arslan SA.

ELFSTROM, M.L.; Rydén, A.; Kreuter, M.; Persson, L-O e Sullivan, M. (2002). **Effects of coping on psychological outcome when controlling for background variables: a study of spinal cord lesioned persons** in *Spinal Cord*, 40: 408-415.

ERSSER, Steven (1991). **Therapeutic nursing: theory, issues and practice** in *Nursing as Therapy*. McMahan, R. e Pearson, A. (Org.). 1ªEd., Suffolk, Chapman & Hall.

FRANCO, D.L.R. (2006). **A vivência emocional dos enfermeiros nos cenários da prestação de cuidados ao doente oncológico**. Dissertação de Mestrado em Intervenção Sócio-organizacional na Saúde, Évora, Universidade de Évora

GALVIN, L.R.; GODFREY, H.P.D. (2001). **The impact of coping on emotional adjustment to spinal cord injury (SCI): review of the literature and application of a stress appraisal and coping formulation** in *Spinal Cord*, nº39:615-627

GOMES, Ester Maria Nóbrega dos Ramos (2001). **Cuidar - A Percepção do Enfermeiro Recém-formado**. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Lisboa, Universidade Aberta.

HENRIQUES, Fernando (2004). **Paraplegia. Percursos de Adaptação e Qualidade de Vida**. Coimbra, Formasau

HESBEEN, Walter (2000). **Qualidade em Enfermagem, Pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures, Lusociência.

HESBEEN, Walter (2001). **A Reabilitação**. Loures, Lusociência.

HESBEEN, Walter (2006). **Trabalho de fim de curso, trabalho de humanidade - Emergir como autor do seu próprio pensamento** . Loures, Lusociência.

HOEMAN, S.P. (2000). **Lidar com Doenças Crônicas, Incapacitantes ou do Desenvolvimento** in *Enfermagem de Reabilitação - Aplicação e Processo*. Hoeman (org). Loures, Lusociência. p. 209-249.

JOSÉ, Helena (2002). **Humor nos cuidados de enfermagem, vivências de doentes e enfermeiros**. Loures, Lusociência.

LIVNEH, H.(2000). **Psychosocial Adaptation to Spinal Cord Injury: The Role of Coping Strategies** in *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*. 31, 2: 3-10.

LOPES, M.J. (2005) - **Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação** in *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 39(2):220-228.

LOPES, M.J. (2006) - **A enfermagem no contexto das outras ciências: Da identidade à transdisciplinaridade** in *Revista Enfermagem e Sociedade*, nº1:6-11

LOPES, M.J. (2006) - **A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Proposta de uma teoria de médio alcance**. Coimbra, Formasau

MARCO, M. I.G.; Ibort, M.N.L. e Edo, M.J.V. (2004). **Reflexiones en torno a la Relación Terapéutica. ¿FALTA DE TIEMPO?** In *Index Enferm*, v.13 n.47: 44-48

MCMAHON, R. (1991). **Therapeutic nursing: theory, issues and practice** in *Nursing as Therapy*. McMahon, R. e Pearson, A. (Org.). 1ªEd., Suffolk, Chapman & Hall.

MELEIS, A.I.; Trangenstein, P.A.(1994). **Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission** in *Nursing Outlook*, vol.42 (6) Nov/Dez. P.255-259

MELEIS, A.I.(1995), **Theoretical Nursing: Development and Progress**, 2ª Ed. Filadelfia, J.B. Lippincott Company.

MELEIS, I.; SAWYER, L. M.; MESSIAS, DeA. K. H. [et al.] (2000). **Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory** in *Adv Nurs Sci*. 23: 1 12 - 28.

SCHUMACHER, K.L.; Meleis, A.I. (1994). **Transition: a Central Concept in Nursing**, in *Image: Journal of Nursing Scholarship*. Vol 6, n°2: 119-127.

PEREIRA, Fernando Correia Pereira (2004). **Dupla Metamorfose - Contributo para a compreensão da vivências e percepções do corpo nos adolescentes com lesão vertebro-medular**. Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde, Lisboa, Universidade Aberta

PHANEUF, Margot (2002). **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures, Lusociência.

POWELL, Jean (1991). **Therapeutic nursing: theory, issues and practice in Nursing as Therapy**. McMahon, R. e Pearson, A. (Org.). 1ªEd., Suffolk, Chapman & Hall.

RAMOS, Natália (2004). **Psicologia Clínica da Saúde**. Lisboa, Universidade Aberta

RILEY, J.B. (2004). **Comunicação em Enfermagem**. Loures, Lusociência

SMITH, M.J.; Liehr, P.R. (2003). **Middle Range Theory for Nursing**. New York, Springer Publishing Company.

ROGERS, Carl, R. (1985). **Tornar-se Pessoa**. Lisboa, Moraes Editores.

SCAMBLER, Graham (1991). **Sociology as Applied to Medicine**. London, W. B. Saunders Company Ltd.

SERRA, M.N. (2005). **Aprender a ser doente, processos de aprendizagem de doentes em internamento hospitalar**. Loures, Lusociência

SIOSTEEN, A.; Kreuter, M.; Lampic, C. E Persson, L-O. (2005). **Patient-staff agreement in the perception of spinal cord lesioned patients' problems, emotional well-being, and coping pattern** in *Spinal Cord* n° 43, Nov: 179-186.

SOMERS, Martha F. (2001). **Spinal Cord Injury, Functional Rehabilitation**. New Jersey, Prentice-Hall Inc.

TOMEY e ALLIGOOD (2002). **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra**, Loures, Lusociência,

VAUGHAN, Barbara (1991). **Therapeutic nursing: theory, issues and practice** in *Nursing as Therapy*. McMahan, R. e Pearson, A. (Org.). 1ªEd., Suffolk, Chapman & Hall.

WATSON, Jean (2002). **Enfermagem pós-moderna e futura, um novo paradigma da enfermagem**. Loures, Lusociência .

ZAGONEL, I.P.S. (1999). **O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem** in *Rev.latino-am enfermagem*, v7, n°3: 25-32.

ZUILA, Maria Figueiredo Carvalho (2002). **O cuidado de Enfermagem com a pessoa paraplégica hospitalizada: estudo à luz da teoria de Jean Watson**. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem de Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza

BIBLIOGRAFIA DE METODOLOGIA

BARDIN, L. (1977). **Análise de conteúdo**. Lisboa, Edições 70.

BECK, T.B. (2003). **Initiation Into Qualitative Data Analysis** in *Research Brief*, 42 (5):221-234

BENJUMEAL, Cármen de la Cuesta (2005). **La contribución de la Evidencia Cualitativa al campo del cuidado y la salud comunitária.** in *Index Enferm* v.14 n.50: 47-52

CARMO, Hermano e Ferreira, Manuela Malheiro (1998). **Metodologia da Investigação - Guia para a Auto-aprendizagem,** Lisboa, Universidade Aberta.

DEMPSEY, Patrícia Ann e Dempsey, Arthur D.(2000). **Using Nursing Research, Process, Critical Evaluation, and Utilization.** New York, Lippincott.

FORTIN, Marie-Fabienne (1996). **O Processo de Investigação - da concepção à realização.** Loures, Lusociência.

Mc MILLAN, K. F. (2001). **The analysis of qualitative data: processes and pitfalls** in *Palliative Medicine*, 15: 433-438

POLIT, Denise F. e Hungler, Bernardette P.(1997). **Investigacion Cientifica en las Ciências de la Salud. 5ªed,** México, McGraw-Hill Interamericana.

QUIVY, Raymond; Campenhoudt, Luc Van (2003). **Manual de Investigação em Ciências Sociais,** Lisboa, Gradiva

VALA, Jorge (1999). **Análise de conteúdo.** In Silva, A. A & Pinto, J. M. (Eds). *Metodologia das Ciências Sociais* (pp. 101-128). Porto. Edições Afrontamento