

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SANTARÉM

**OS INSTRUMENTOS BÁSICOS NA CONSTRUÇÃO
DA DISCIPLINA DE ENFERMAGEM
*EXPRESSÕES E SIGNIFICADOS***

SANTARÉM

2003

CONSTITUIÇÃO DO GIDEA

José Amendoeira, Professor Coordenador (Coordenador do Estudo) *

Isabel Barroso, Professora Adjunta *

Teresa Coelho, Professora Adjunta *

Irene Santos, Assistente de 2º Triénio *

Celeste Godinho, Assistente de 1º Triénio *

Fátima Saragoila, Enfermeira Especialista **

Gina Marques, Enfermeira Graduada ***

Domingos Filipe, Enfermeiro Graduado ****

*Professores na Escola Superior de Enfermagem de Santarém

** Enfermeira no Centro de Saúde do Entroncamento

*** Enfermeira no Hospital Dr Manoel Constâncio

**** Enfermeiro no Hospital de Santarém

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho foi possível graças ao envolvimento dos estudantes e enfermeiros cooperantes que acreditam na existência de uma estrutura de conhecimentos na disciplina de enfermagem, construídos na dialéctica entre a formação e o exercício.

- Para os estudantes do 1º e 2º Curso de licenciatura, cujos documentos de registo de Observações Participativas se constituíram no *corpus* de análise e para “ o enfermeiro cooperante orientador “ que colaborou na realização das mesmas;
- Aos professores que acreditaram e continuam a acreditar nesta estratégia de orientação;
- À Presidente do Conselho Directivo da Escola Superior de Enfermagem de Santarém, por acreditar num ensino inovador e na cooperação como estratégia para a formação em enfermagem;
- Às Enfermeiras Directoras dos Hospitais de Santarém e Dr Manoel Constâncio – Abrantes e da Sub Região de Saúde de Santarém, por disponibilizarem os recursos humanos sempre que solicitados;
- À Professora Lurdes Asseiro, a disponibilidade para prefaciá-lo o presente documento, o que se constitui numa mais valia para os leitores;
- À Professora Alcinda Reis, a disponibilidade sempre presente, manifestada pela leitura crítica do presente documento.

PENSAMENTO

“Grandes realizações são precisas quando se dá importância aos pequenos começos

Lao Tzu

PREFÁCIO

Um caminho percorrido e..... a percorrer, foi a feliz designação dada pelos autores deste estudo á nota introdutória do mesmo. Caminho percorrido, a um ritmo acelerado segundo uns, não tanto segundo outros, conhecendo mutações profundas nas últimas décadas, confrontadas com a ausência de um projecto político coerente e sustentado, mas que nem mesmo assim impediu o importante desenvolvimento da formação em enfermagem, nomeadamente em relação aos processos de aprendizagem e exercício profissional.

Um caminho a percorrer.... este o grande desafio, para todos aqueles que de uma forma ou de outra consubstanciam hoje uma importante massa crítica, no que se refere à produção de conhecimento em enfermagem.

Este Estudo ancorado nos princípios que enformam a “cooperação interorganizacional” constitui-se como um marco de referência, um trabalho sólido e criterioso dos pontos de vista teórico, metodológico e empírico dando ênfase ao processo de cuidados, reflectido de forma integrada por professores e enfermeiros da área de prestação de cuidados.

O que são os Instrumentos Básicos para os diferentes intervenientes na construção da disciplina de enfermagem e qual o estatuto que lhes é atribuído no âmbito dessa mesma disciplina, são as duas questões de investigação que dão corpo a toda a estrutura do trabalho, o que lhe confere uma grande riqueza reflexiva ao nível da aprendizagem dos estudantes; da capacidade formativa dos enfermeiros cooperantes – orientadores de estágio, tendo ainda como um dos seus principais méritos o combinar e cruzar de forma exemplar, diferentes contribuições disciplinares no domínio das ciências humanas.

Por outro lado o trabalho apresentado, evidencia a preocupação em clarificar a forma como a disciplina de enfermagem mobiliza os seus “conteúdos específicos”; a disciplina como conhecimento construído e apreendido pelos estudantes em interacção com um dos actores da formação – os enfermeiros prestadores de cuidados.

Representa igualmente um valioso contributo do ponto de vista metodológico, pela explicitação e fundamentação dos procedimentos utilizados, pelo extremo rigor imprimido e capacidade de análise e síntese, em que as dimensões do processo de cuidados, o objectivo e as questões de investigação surgem como referências estruturantes.

Representa ainda, um contributo relevante pela mobilização do conhecimento produzido ao nível do processo ensino aprendizagem do Curso de Licenciatura em Enfermagem e cuidados de enfermagem; pela qualidade do trabalho de parceria interorganizacional, - pela rotura do ciclo de investigação dominante – âmbito académico, – e o modo como foram capazes de situar, reequacionar e levar por diante este debate, com o entusiasmo, o dinamismo; o cuidado, a competência que caracteriza esta equipa de investigadores.

Obrigado por vos ter como colegas. Foi um prazer e um privilégio ter a oportunidade de prefaciá-lo o 1º trabalho de investigação realizado na nossa Escola no contexto da actividade pedagógica e da prestação de cuidados, conferindo assim maior consistência e visibilidade ao trabalho de parceria no âmbito da cooperação interorganizacional – Escola/Organizações de Saúde.

Presidente do Conselho Directivo da ESEnfS

Maria de Lurdes Asseiro da Luz

Professora Coordenadora

RESUMO

O tema em estudo – Conhecer os Instrumentos Básicos. Um contributo para a disciplina de Enfermagem, partiu do questionamento teórico – metodológico: O que são os Instrumentos Básicos para os diferentes intervenientes, na construção da disciplina de enfermagem? Que estatuto é atribuído aos Instrumentos Básicos no âmbito da disciplina de Enfermagem?

Tivemos como objectivo – contribuir para clarificação da estrutura da disciplina de enfermagem, nas componentes profissional e académica.

A disciplina de enfermagem com duas componentes (académica e profissional), integra-se na fundamentação teórica de que qualquer disciplina se estrutura em três dimensões – os conceitos, os métodos e os instrumentos.

A componente académica é suportada pelo desenvolvimento do conhecimento científico, alimentado pela e alimentando a componente profissional, assumindo-se o posicionamento teórico na perspectiva dos Domínios do Conhecimento do cuidado de enfermagem no processo de cuidados, de acordo com Carper (1990); Martin (1996); Swanson (1997) e Amendoeira (2000).

É um estudo exploratório e descritivo, no qual optámos pela combinação de métodos de natureza quantitativa (questionário), com métodos de natureza qualitativa (análise de conteúdo), que nos permitiu utilizar a triangulação entre os métodos, as perspectivas teóricas e os resultados, conducentes a conclusões válidas a propósito do fenómeno em estudo.

O universo do estudo constitui-se por três populações alvo: 1 – Enfermeiros cooperantes; 2 – Enfermeiros recém formados, que participaram neste projecto enquanto estudantes e 3 – Documentos produzidos pelos estudantes, no âmbito das Observações Participativas.

A análise compreensiva permitiu-nos perceber a relação entre os temas contidos no questionário (aplicado às populações 1 e 2) e as subcategorias inerentes à grelha de análise qualitativa (aplicada à população 3).

As variáveis do questionário foram tratadas pelo SPSS com recurso à análise univariada e os dados produzidos pelos documentos pela análise de conteúdo, cuja triangulação permitiu a discussão a partir do Esquema de Análise, com produção das conclusões principais:

- A partir do processo de cuidados produzido pelos enfermeiros, os estudantes apreendem a importância da estrutura da disciplina, mobilizando os conceitos e o método, pelo estudo dos instrumentos básicos para uma adequada intervenção no cuidar.
- Fazem-no pela identificação da ocorrência, pela presença ou pela ausência dos instrumentos básicos enquanto dimensão da referida estrutura da disciplina, tornando-se essencial a utilização de uma metodologia científica, pela qual seja visível a conceptualização dos domínios do conhecimento ao nível das práticas.
- Parece ser reconhecida a importância de valor positivo à tomada de decisão ética pelos enfermeiros, ficando por clarificar se à pessoa é reconhecido um estatuto de participante activo.
- São de considerar alguns efeitos perversos da metodologia científica que parecem estar presentes, tanto na organização como na execução do cuidado, na medida em que o processo de enfermagem é transformado em mais um conjunto de tarefas, sintético e padronizado, através de planos de cuidado tipo que standardizam o raciocínio mais do que a acção de enfermagem.
- O registo do cuidado de enfermagem, enquanto dimensão do processo de cuidados, parece assumir um estatuto de mediação da relação entre os profissionais, tanto na orientação para a pessoa como na orientação para a tarefa, mas em que é enfatizada a perspectiva medicocêntrica em detrimento da centralidade da pessoa como sujeito de cuidados.

O GIDEA NA PRIMEIRA PESSOA

“Quando assumi esta viagem pelo conhecimento da Enfermagem, tinha a noção das paragens que íamos fazer, mas desconhecia os períodos de paragem, *como (...), quando (...), o que (...)*, encontraríamos. Tinha, no entanto, uma certeza: quem levava comigo. E isso bastava-me! A todos os colegas, obrigado pela aprendizagem que me proporcionaram “ (*José Amendoeira*).

“ Desenvolver este estudo e pertencer a este grupo, constituiu-se numa partilha de aprendizagens e experiências diferentes, constituindo-se numa mais valia para o seu desenvolvimento pessoal, social e profissional e consequentemente para numa forma diferente de « olhar » a investigação e reflectir a enfermagem.” (*Isabel Barroso*)

“ A investigação é um processo que sabemos quando começa, no entanto, a distância imprecisa a que se encontram os resultados nem sempre permite vislumbrar com clareza ou desenhar em traço único o percurso a efectuar. Fazê-lo numa caminhada conjunta tem um duplo significado – partilha e aprendizagem.” (*Teresa Coelho*)

“Nesta viagem conjunta, a bagagem inicial constituía-se sobretudo de uma enorme motivação para a aprendizagem, pela partilha da disciplina de Enfermagem. Da bagagem *final* consta um grato sentimento de uma caminhada muito rica, que perspectivou como um novo ponto de partida nesta aprendizagem” (*Irene Santos*).

“Esta foi a primeira viagem que fiz pelo mundo da enfermagem, fora do contexto académico; ao chegar *ao fim*, parece-me que apenas cheguei ao princípio do que é necessário investigar, com vista à construção da disciplina.

Apetece-me tão somente recomeçar ...” (*Celeste Godinho*).

“Honrada com o convite

Curiosa com o destino

Apreensiva com o percurso

Confiante nos parceiros de viagem

E...agradecida por tudo! (*Fátima Saragoila*)

“ O projecto, uma bela paisagem a construir na Enfermagem.

O caminho, pinceladas às vezes trémulas, às vezes incertas...

A obra, o resultado de diferentes experiências e saberes.

Obrigada por poder « beber » desta partilha.” (*Gina Marques*)

“Num contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem, encontrei amigos que foram: Coragem nos momentos difíceis; Luz nos momentos de ansiedade e Recompensa nos momentos de alegria” (*Filipe Domingos*).

INDICE

	f.
UM CAMINHO PERCORRIDO E...A PERCORRER	12
PARTE I A DISCIPLINA DE ENFERMAGEM	18
1 - AS COMPONENTES ACADÉMICA E PROFISSIONAL DA DISCIPLINA	19
2 - A CONSTRUÇÃO DOS SABERES TEÓRICOS E PROFISSIONAIS	38
3 - INSTRUMENTOS BÁSICOS DA DISCIPLINA DE ENFERMAGEM	45
PARTE II PERSPECTIVA TEÓRICO – METODOLÓGICA DO ESTUDO	52
1 - OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	53
1.1 - TIPO DE ESTUDO	53
1.2 - TRIANGULAÇÃO	54
1.3 - POPULAÇÃO	57
1.4 - DISPOSITIVOS DE PRODUÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	58
1.5 - APRESENTAÇÃO, TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	61
PARTE III ANÁLISE COMPREENSIVA DOS RESULTADOS	65
1 - UM ESQUEMA DE ANÁLISE	66
2 - CONCEPÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM	70
3 - ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM	164
4 - EXECUÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM	188
5 - REGISTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM	210
6 - CONCLUSÕES	221
7 - UM MODELO DE ANÁLISE EM CONSTRUÇÃO	232
8 - BIBLIOGRAFIA	234
ANEXOS	239
Anexo I - Questionário	240

ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Figura 1 -	Estruturando o conhecimento humano	22
Figura 2 -	Teorias e características da investigação das disciplinas académicas e profissionais	24
Figura 3 -	Áreas de interesse das disciplinas	26
Figura 4 -	Raciocínio em círculo, de acordo com Martin (p.2)	29
Figura 5 -	Estrutura de uma disciplina profissional	31
Figura 6 -	Uma estrutura possível para a disciplina de enfermagem, a partir do processo de cuidados	34
Figura 7 -	Evolução da interdependência entre a disciplina e a prática de uma profissão	40
Figura 8	A disciplina de Enfermagem - Esquema de análise	69
QUADROS		
Quadro 1 -	Processo de teorização de acordo com Dicoff e James (1968)	38
Quadro 2 -	Síntese dos diferentes instrumentos básicos em enfermagem por dimensão do processo de cuidados	50
Quadro 3 -	Esquema para análise de conteúdo, a partir das categorias definidas à priori.	61
Quadro 4 -	A análise de conteúdo exemplificada	63
Quadro 5 -	Transformação das variáveis iniciais, pelo método das dicotomias múltiplas	64
Quadro 6 -	Categorias e Subcategorias no âmbito da Concepção do Cuidado de enfermagem	70
Quadro 7 -	Ocorrência dos Instrumentos Básicos, por ordem decrescente na subcategoria Empírico.	71
Quadro 8 -	Síntese da ocorrência dos instrumentos básicos na subcategoria Empírico	93
Quadro 9 -	Ocorrência dos Instrumentos Básicos, por ordem decrescente na subcategoria Estético.	98
Quadro 10 -	Síntese da ocorrência dos IBE na subcategoria – Estético	116
Quadro 11 -	Ocorrência dos Instrumentos Básicos, por ordem decrescente na subcategoria Conhecimento de si.	120
Quadro 12 -	Síntese da ocorrência dos IBE na subcategoria: Conhecimento de Si	140
Quadro 13 -	Ocorrência dos Instrumentos Básicos, por ordem decrescente na subcategoria Ético.	144
Quadro 14 -	Síntese das ocorrências dos IBE na sub-categoria: Ético	155
Quadro 15 -	Ocorrência dos instrumentos básicos nas diferentes subcategorias da Concepção do Cuidado em Enfermagem	158
Quadro 16 -	Categoria e subcategorias no âmbito do tema Organização do Cuidado de Enfermagem.	164
Quadro 17 -	Ocorrência dos Instrumentos Básicos, por ordem decrescente na subcategoria Científico.	166
Quadro 18 -	Síntese das ocorrências dos IBE na subcategoria: Científico	176
Quadro 19 -	Ocorrência dos Instrumentos Básicos, por ordem decrescente na subcategoria Tradicional.	178
Quadro 20 -	Síntese das ocorrências dos IBE na subcategoria tradicional	183
Quadro 21 -	Síntese do tema organização do cuidado de enfermagem	184

Quadro 22 - Categoria e subcategorias na execução do cuidado de enfermagem	188
Quadro 23 - Ocorrência dos Instrumentos Básicos, por ordem decrescente na subcategoria Orientação para a pessoa.	189
Quadro 24 - Síntese das ocorrências dos IBE na subcategoria: Orientação para a pessoa	199
Quadro 25 - Ocorrência dos Instrumentos Básicos, por ordem decrescente na subcategoria Orientação para a tarefa.	201
Quadro 26 - Síntese das ocorrências dos IBE na subcategoria: Orientação para a tarefa	207
Quadro 27 - Síntese do tema execução do cuidado de enfermagem	208
Quadro 28 - Categorias e subcategorias do tema Registo do Cuidado de Enfermagem	210
Quadro 29 - Ocorrência das subcategorias relativas ao tema Registo do Cuidado de Enfermagem	216

TABELAS

Tabela 1 - Utilização de raciocínio científico	159
Tabela 2 - Quando cuida da pessoa	159
Tabela 3 - A visibilidade na acção quotidiana do enfermeiro	160
Tabela 4 - Relação intervenientes do processo de cuidados	161
Tabela 5 - Conteúdos dos princípios científicos, na perspectiva dos enfermeiros	161
Tabela 6 - Conteúdos específicos da relação de ajuda, na perspectiva dos enfermeiros	162
Tabela 7 - Importância ao conhecimento da pessoa cuidada	162
Tabela 8 - Aspectos-chave a desenvolver na comunicação	163
Tabela 9 - Conteúdos a abordar no trabalho de equipa	184
Tabela 10 - Processo de Enfermagem visto pelos enfermeiros	185
Tabela 11 - Planeamento da intervenção, visto pelos enfermeiros	185
Tabela 12 - Factores que influenciam o Planeamento de cuidados	186
Tabela 13 - Quando planeia os cuidados o enfermeiro sente capacidade	186
Tabela 14 - Estratégias de autonomia utilizadas pelos enfermeiros	187
Tabela 15 - Executar cuidados é para os enfermeiros	209
Tabela 16 - Quando executa cuidados o enfermeiro sente	209
Tabela 17 - Na interacção com outros intervenientes existe	209
Tabela 18 - Conteúdo e natureza dos registos de enfermagem	217
Tabela 19 - Momentos de realização dos registos de enfermagem	218
Tabela 20 - Finalidades dos registos	218
Tabela 21 - Os registos como mediadores do cuidado de enfermagem	219
Tabela 22 - Os registos e a centralidade dos cuidados	220

UM CAMINHO PERCORRIDO E ... A PERCORRER

A enfermagem na última década do século passado evoluiu em diversos campos e de formas muito diversas, considerando-se aqui o campo da profissão e o campo da formação.

Se no primeiro, foi a década da consagração de algumas das pretensões dos enfermeiros, que eram desejadas desde há muito anos, de que salientamos essencialmente a criação da Ordem dos Enfermeiros, na segunda a grande vitória foi conseguida pela criação do curso de licenciatura em enfermagem, num ciclo único de quatro anos.

Na nossa perspectiva o cerne de toda esta evolução encontra-se na disciplina de enfermagem e na forma como se desenvolveu. Não deixou de atribuir uma grande importância à componente profissional, valorizando cada vez mais a componente académica. Em relação à primeira, assistimos como nunca, à ênfase no processo de cuidados reflectido de forma integrada entre profissionais da área da prestação de cuidados e professores, onde a cooperação assumiu um papel importante para a aproximação entre a teoria e a prática, sendo esta cada vez mais analisada, reflectida e investigada. Quanto à segunda, a investigação (embora académica a nível de cursos de mestrado) trouxe à cena o desenvolvimento de estudos que permitem clarificar cada vez mais a estrutura do conhecimento em enfermagem, conduzindo à partilha de concepções que se começam a entender como ajustadas à realidade nacional. Para além da estrutura de conhecimentos, os métodos e os instrumentos da disciplina têm sido também alvo da investigação e reflexão, à qual as diferentes ciências têm dado um contributo muito importante.

Em nossa opinião, educar sem ter em conta as teorias científicas equivale a actuar de maneira meramente intuitiva, rotineira, onde a prática não encontra razões extra-subjectivas.

O debate, centra-se sobre a questão do ensino ser uma actividade relativamente à qual se podem identificar algumas leis ou princípios gerais, em termos científicos, que facultam processos de planeamento ou de previsão, ou se ao invés, se trata de um processo essencialmente individualista, intuitivo e espontâneo, (Woods, p. 27).

As escolas de enfermagem enquanto estabelecimentos de ensino superior politécnico, têm entre outras dimensões da sua Missão, formar para as realidades onde se inserem, considerando os contextos que são parceiros do modelo de formação.

A Escola Superior de Enfermagem de Santarém, desde sempre se posicionou na linha da frente do processo de mudança ao nível da formação de enfermeiros, procurando desenvolver a sua actividade numa perspectiva de cooperação interorganizacional, considerando-se a organização formativa por excelência enquanto pilar da ponte que é a cooperação com o outro pilar que são as organizações prestadoras de cuidados.

Nesta perspectiva, o primeiro protocolo de cooperação interorganizacional foi firmado com as organizações parceiras, em 1991. Enquanto instrumento para o relacionamento entre a Escola e os Hospitais e Centros de Saúde que aderiram, permitiu o desenvolvimento de projectos formativos no âmbito da articulação teórico – prática, com ênfase no que concerne ao ensino clínico e concretamente os estágios.

Também a investigação adquire aqui uma importância operacional de referir.

Identificados que estavam alguns factores que facilitavam e outros que tornavam difícil desenvolver a orientação em ensino clínico de forma eficaz em todos os contextos de trabalho onde os estágios se desenvolviam, Amendoeira (1995), desenvolveu um estudo subordinado ao tema “ A influência da organização dos cuidados de enfermagem na orientação dos alunos em ensino clínico, na perspectiva dos professores da escola “.

Os resultados desta investigação foram à altura discutidos entre o investigador e os investigados, procurando sempre o estabelecimento de compromissos que permitiram chegar à formulação de um projecto cujo início ocorreu no ano de 1995.

Esta lógica de investigação procura situar-se para além da aprendizagem de conceitos e noções pelos estudantes, onde o professor se vê actualmente confrontado com a necessidade de mobilizar o que se pode designar como «tecnologia do saber», num paradigma que valorize a didáctica para além dos “meios” utilizados para a aprendizagem, como um processo interdependente com o processo ensino-aprendizagem.

Esta «tecnologia do saber» está preocupada com os processos e, contempla com fundamento científico, a planificação, execução e controle do processo de ensino-aprendizagem e não exclusivamente os recursos didácticos com que este se desenvolve.

De acordo com Woods (p.42), os cientistas sociais tendem a estudar o ensino como uma actividade racional e estável, susceptível de ser abordada cientificamente. Os artistas tendem a entendê-lo de forma mais diversificada e expressiva. Podemos entendê-lo como o produto de todo um conjunto de relações, contextualizadas no tempo histórico e em função de concepções particulares de espaço.

O projecto denominado – Projecto de articulação teórico – prática no âmbito do estudo dos Instrumentos Básicos em Enfermagem, iniciou-se no ano referido e procurou des-

desenvolver a formação dos estudantes do 1º ano do curso superior de enfermagem, naquilo que era “ só “ a temática que organizava o 1º semestre do 1º ano do referido curso.

A estratégia seleccionada baseou-se no princípio da participação activa dos diferentes intervenientes – estudantes, enfermeiros e professores – pelo que esta aprendizagem se inicia desde sempre no período de ensino teórico, sob a forma de Workshop, Observações participativas e Symposium, preparando os referidos intervenientes, para o desenvolvimento do ensino clínico não como campo de aplicação dos conhecimentos, mas sim de construção dos mesmos.

Isto na medida em que consideramos que é essencialmente através do processo de cuidados que se aprende, desenvolve e clarifica a natureza do referido cuidado.

Refira-se que esta estratégia teve o seu suporte essencial, nos resultados da investigação antes referida, em literatura essencialmente estrangeira que o sugeria e, pela dinâmica que a nível nacional foi entretanto desenvolvida por um projecto da responsabilidade do Departamento dos Recursos Humanos da Saúde, onde o investigador antes referido participou de forma activa como animador pedagógico enquanto formador de enfermeiros e professores que discutiam esta problemática e de onde emergiu a obra editada em 2001 – Ensino de enfermagem. Processos e Percursos de formação.

A partir de 1999, o trabalho desenvolvido mostrou através dos resultados obtidos, uma consistência que permitiu passar a considerá-lo como “Programa“, tendo passado a ser colocada a ênfase nos conteúdos dos Instrumentos Básicos em Enfermagem, passando a ser este o projecto que desenvolvemos desde o início do curso de licenciatura em enfermagem.

Mas se defendemos que a investigação tem um papel preponderante no ensino e se o considerarmos como uma ciência, é o mesmo que dizer que se trata de uma actividade racional, sujeita a princípios e leis gerais, que são identificáveis através de investigação. À medida que os vamos conhecendo, o ensino torna-se mais sistemático, estruturado e estável (Woods, p. 28).

Impunha-se, no entanto, ir para além de desenvolver uma estratégia suportada numa metodologia pedagógica que nos parece ser eficaz para a aprendizagem da enfermagem. Impunha-se clarificar qual o papel dos Instrumentos básicos em enfermagem, na aprendizagem da disciplina de enfermagem. Surge desta forma o projecto de investigação que agora se apresenta.

Uma das nossas preocupações é – que conteúdos e que estrutura se devem valorizar na construção e desenvolvimento do cuidado de enfermagem, como organizador da disciplina.

Esta base de conhecimento consiste em conhecimento de conteúdos, conhecimento pedagógico, conhecimento sobre os estudantes, conhecimento sobre o currículo, sobre os contextos educativos, objectivos e valores (Woods, p. 28).

Por outro lado, a renegociação do protocolo de cooperação entretanto assumido pelas organizações parceiras, veio trazer novos e mais consistentes suportes para o desenvolvimento de actividades de acordo com as áreas de cooperação nele consignadas.

Destas salientamos, a que se refere à formação inicial e à investigação, bem como aos pressupostos que definem em termos de competências o tipo de cooperação e cooperantes que intervêm nas referidas áreas de cooperação.

Quanto ao projecto de investigação, que se pode considerar com um desenho próximo da investigação – acção, na medida em que considera um horizonte temporal do antes, recheado de uma grande riqueza reflexiva que emoldura a aprendizagem dos estudantes e as capacidades formativas dos enfermeiros cooperantes orientadores, e é previsível que depois desta etapa terminar, outras se lhe possam seguir no âmbito da operacionalização dos resultados obtidos, à aprendizagem dos Instrumentos Básicos de Enfermagem, no âmbito da disciplina de enfermagem.

É neste sentido que somos um grupo de oito enfermeiros um de um centro de saúde, dois de dois hospitais e cinco da escola têm desenvolvido um trabalho de construção de capacidades e competências, por um lado na área do conhecimento em estudo e por outro lado no que respeita à metodologia de investigação, desenvolvida na lógica das parcerias e sem as limitações inerentes à finalidade académica.

No que concerne à construção de capacidades e competências para o ensino, consideramos como relevante, o facto deste ser uma actividade complexa que desafia qualquer tentativa monolítica de caracterização. Entender o ensino como uma ciência, proporciona uma linha orientadora através deste labirinto de actividades que alimenta um espírito de curiosidade, a busca de evidências para as afirmações que são feitas, a busca de explicação e de explicações alternativas, bem como de aplicação e de elementos comuns (Woods, p. 42).

Durante muito tempo, o estudante de enfermagem estudou o “cuidado de enfermagem” numa perspectiva abstracta (com valorização da dimensão cognitiva da aprendizagem), passando posteriormente à aplicação deste “saber” adquirido, nos períodos de estágio,

através da operacionalização do “processo de cuidados” (valorizando-se essencialmente a dimensão psicomotora da aprendizagem).

Em ambas as situações era claro que o responsável e o principal interveniente na orientação para estas aprendizagens, era o professor.

Nas últimas décadas tanto o discurso como (por vezes) a acção formativa, tem procurado construir a aprendizagem com valorização das diferentes dimensões, não esquecendo a afectivo / relacional.

A cooperação interorganizacional na área formativa, começou a sentir-se como relevante para a instituição de um modelo de formação consentâneo com a realidade e necessidades actuais, no que concerne à enfermagem.

Esta finalidade não esteve alheia, por um lado, à investigação produzida na última década e, por outro lado às mudanças ocorridas no modelo de formação em enfermagem.

Mas, se por um lado parece que a cooperação é essencial a partir das pessoas (e não só) que intervêm na formação do estudante de enfermagem, parece também, que cada vez mais cabe ao professor de enfermagem a responsabilidade pela aprendizagem integrada do que é ser-se enfermeiro.

O processo de cuidados é por nós entendido como uma situação complexa no âmbito das relações sociais, mas considerado em simultâneo como um espaço de formação por excelência, onde importa considerar cada vez mais o estudante como parceiro. Isto no sentido de promover no mesmo, a capacidade para a negociação, para o compromisso e para o desenvolvimento de uma visão estratégica e contextual da situação de saúde, das pessoas e das comunidades, e do próprio conhecimento de si, o que se torna de grande complexidade (Sá-Chaves, 1998).

A Problemática em estudo

Considerando a disciplina de enfermagem com duas componentes – a profissional e a académica, partimos da orientação teórica de que uma disciplina se constrói e desenvolve no seio de outras disciplinas, alicerçada em três dimensões de operacionalização – o Metaparadigma, o Método Científico e os Instrumentos Básicos (Donaldson, 1997; Martin, 1996 e Amendoeira, 1999, 2000 e 2001).

A componente académica da disciplina é suportada pelo desenvolvimento de conhecimento científico, que nos faz sentido, seja construído a partir de, e alimentando a com-

ponente profissional, através do estudo dos domínios do conhecimento do cuidado de enfermagem no processo de cuidados (Carper, 1990; Swanson, 1997 e Amendoeira, 2000). E isto, numa lógica de utilização duma teoria de médio alcance, que venha da prática para a prática (Dickoff e James, 1978).

O tema em estudo – Conhecer os Instrumentos Básicos. Um contributo para a disciplina de Enfermagem, levou-nos de acordo com a problemática teórica que propõe, a colocar duas questões de investigação:

1. O que são os Instrumentos Básicos para os diferentes intervenientes, na construção da disciplina?
2. Que estatuto é atribuído aos Instrumentos Básicos no âmbito da disciplina de enfermagem?

Definindo como objectivo – Contribuir para a clarificação da estrutura da disciplina de enfermagem, nas componentes profissional e académica.

PARTE I – A DISCIPLINA DE ENFERMAGEM

1 – AS COMPONENTES ACADÉMICA E PROFISSIONAL DA DISCIPLINA

A enfermagem apresenta claramente as suas bases conceptuais, bem como os instrumentos próprios para o seu desenvolvimento e reconhecimento académicos.

Os sentidos ou a intenção que cada enfermeiro coloca na acção, ao desenvolver o cuidado de enfermagem, faz com que o estudo e análise da prática enquanto clarificadora do referido cuidado, possa contribuir para que se considere a existência de uma disciplina do cuidado de enfermagem.

Sabemos que a enfermagem enquanto disciplina se organiza em torno da necessidade de desenvolvimento de competências técnicas e de competências relacionais.

Este contexto faz com que valorizemos a reflexão em torno da natureza do cuidado que emerge de uma raiz humanista em interdependência com a natureza técnica da mesma (cf. Amendoeira, 1999, p. 22).

A investigação sobre o que é a enfermagem desde os anos 60, caracterizou-se em grande parte pela procura dos “conteúdos”, não tendo permitido ainda clarificar e tornar visível a “estrutura”, que suporta esses conteúdos.

Sabemos que a organização dos conteúdos da formação em torno de um modelo disciplinar, faz emergir a necessidade da clarificação do contributo de cada uma das disciplinas, na formação em enfermagem. Sendo que este questionamento é tanto mais pertinente, quanto valorizamos a desconexão entre os currículos académicos, no que se refere às dimensões em que estão em conflito com a vida e com a experiência diária (cf. Goodson, 1997).

Um modelo de organização curricular representa, segundo Taba, citado em Ribeiro (1996, p.79) “um modo de identificar os elementos curriculares básicos e de estabelecer as relações que entre eles se afirmam, indicando os princípios e formas que estruturam tais elementos num todo curricular e postulando condições de realização prática”.

Um dos aspectos a considerar é que, um modelo de desenvolvimento curricular baseado em disciplinas «assenta numa lógica eficaz de desenvolvimento dos conteúdos e que eles próprios determinam a escolha e a organização não só dos conteúdos, como também dos métodos de aprendizagem.

Por outro lado, sabemos que cabe aos especialistas da disciplina o estabelecimento da referida estrutura e a definição dos métodos / estratégias de transmissão e assimilação» (Ribeiro, p. 80).

Estamos assim em presença da construção social do currículo (Goodson, 1997), na perspectiva de clarificação dos conteúdos específicos e que Donaldson (1997), questiona também na perspectiva do conhecimento humano, ao considerar a disciplina de enfermagem como emergente da área das ciências e da área das humanidades.

Por definição (...) uma disciplina não é global, é caracterizada por uma perspectiva única, uma forma distinta de olhar os fenómenos, que ultimamente define os limites e a natureza da problemática.

Este é o problema que nos incomoda a todos: identificação da essência da investigação em enfermagem e dos elementos comuns e linhas orientadoras que dão coerência a um corpo de conhecimentos identificáveis (reconhecíveis).

Como enfermeiros investigadores parecemos funcionar à priori com o conhecimento tácito, do que com o conhecimento explícito próximo de concepções únicas em enfermagem. Tomamos como certo que a perspectiva de enfermagem é geralmente aceite, compreendida, mesmo antes da explicação do particular ser requerida.

Para além disso, os autores de enfermagem tendem a enfatizar formulações especulativas e reflexões teóricas dirigidas e que derivam da natureza da enfermagem, mais do que explicativas da estrutura do corpo de conhecimentos que constitui a disciplina (p.2). Pelo menos desde Florence Nightingale, tem existido uma notável consistência nos temas recorrentes que os professores de enfermagem usam para explicar a sua concepção sobre a essência central da disciplina. De acordo com Donaldson emergem “três temas gerais para investigação:

1. *Emergindo dos princípios científicos que orientam o processo de vida, de bem-estar e o funcionamento óptimo dos seres humanos, doentes ou saudáveis (...)*
2. *Emergindo dos padrões do comportamento humano em interação com o ambiente em situações críticas de vida. (...)*. A estrutura conceptual para a maioria dos curricula de enfermagem actuais, incluem processos de coping, adaptação e ambientes de suporte e não suporte.
3. *Emergência da preocupação com os processos pelos quais as chances positivas no estatuto de saúde, são afectadas.* Peplau refere-se à enfermagem como um processo interpessoal, uma força educadora e de maturação; enquanto Kreuter, Leininger e outros autores identificam como um tipo particular do processo no sistema de suporte visto como uma contribuição única da enfermagem.”

A investigação em enfermagem necessita ir cada vez mais ao encontro do conhecimento da natureza e da estrutura da disciplina.

Pensamos que a enfermagem possui já um enquadramento teórico (conceptual) capaz de proporcionar aos enfermeiros um corpo de conhecimentos que lhes permita estudar o particular / o singular suportado em teorias mais gerais.

Não importa, apenas, questionar os conceitos pelo simples questionar. Não podemos ficar satisfeitos só por dizermos que a construção da disciplina de enfermagem se faz em torno de quatro conceitos chave (Metaparadigma). Necessitamos de desenvolver a possibilidade de cada um de nós, no quotidiano, construir uma perspectiva comum, não só através do questionamento dos conceitos mais abstractos, mas também dos métodos e dos instrumentos.

O relacionamento de estudos individuais no que concerne aos resultados, pode permitir numa primeira fase identificar as evidências empíricas numa lógica de isolamento de factores, que ao serem associados entre si podem permitir chegar à compreensão de determinado fenómeno, pela construção de um contexto maior de referência, embora seja necessário termos a noção de que esta lógica pode conduzir à fragmentação do conhecimento (Donaldson, p 3).

Concordamos também com a autora que é desejável defender o pluralismo teórico, embora localizando tais teorias no contexto da disciplina de enfermagem.

Este enquadramento teórico existe também na componente profissional, tornando-se crucial a identificação da estrutura da disciplina no currículo de formação em enfermagem.

O início que nos propomos desenvolver situa-se no estudo e compreensão dos Instrumentos Básicos em Enfermagem, como uma dimensão estruturante da própria disciplina.

Classificação do Conhecimento Humano: Disciplina

As disciplinas têm sido a face visível do questionamento do conhecimento humano. Reflectem a distinção real entre os corpos de conhecimento per si e, desta forma, tornam-se o centro de interesse da aprendizagem. O dicionário de Oxford define disciplina como “um ramo da instrução ou educação, um departamento de aprendizagem ou conhecimento”.

As disciplinas têm evoluído a partir da visão paradigmática que conseguem imprimir ao estudo dos fenómenos particulares, questões metodológicas de estudo e critérios de evidência requeridos.

“Na identificação das disciplinas e na sua classificação, estamos a tratar da natureza e estrutura de todo o conhecimento humano”. (p. 5)

De acordo com Donaldson (1997, p. 5) a classificação das disciplinas tem essencialmente a ver com a natureza dos fenómenos. Existe nesta lógica, o risco de oposição ou dicotomia entre o que podemos considerar como fenómenos naturais e os acontecimentos humanos, que importa compreender de forma integrada e mobilizando as diferentes dimensões: empírica, científica, humana e ética.

Este é o estudo organizado da vida, que implica uma visão abrangente e mesmo multiparadigmática, onde as ciências biológicas, as ciências humanas e sociais, as humanidades e a ética, assumem um papel de integração importante. Figura 1.

A enfermagem tem ambos os aspectos, científicos e aspectos relacionados com as artes e humanidades. (Donaldson, p. 5)

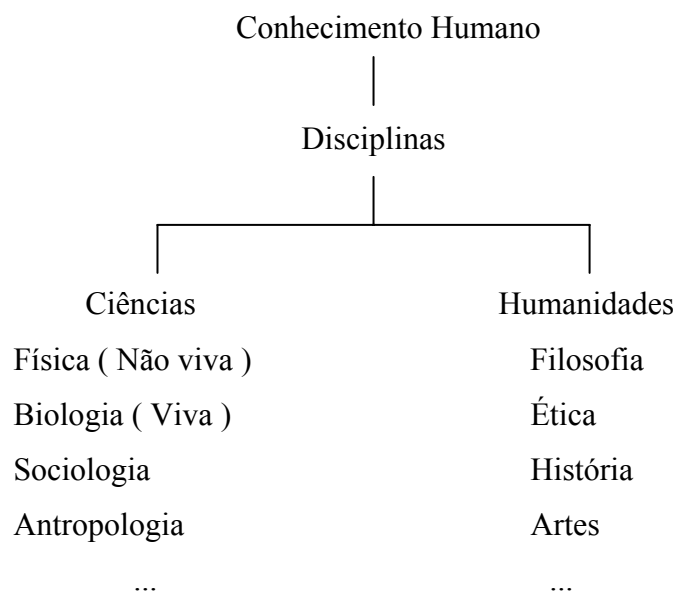


Figura 1 – Estruturando o conhecimento humano

No entanto, a enfermagem como disciplina está mais próxima que a enfermagem como ciência, e a sua singularidade desenvolve a sua perspectiva mais do que o seu objecto de estudo ou metodologia. (Ib. p. 6)

A preocupação em clarificar a estrutura de conteúdos da disciplina de enfermagem, não se centra actualmente na necessidade em definir «os conteúdos específicos», mas sim clarificar a «forma» como a disciplina mobiliza esses conteúdos.

A interdisciplinaridade parece ter sido, a base para a organização de formação, na medida em que “assenta na fusão de matérias disciplinares, que apresentam afinidades e em

que esta associação se faz, sem perda total das suas fronteiras, pois não se organizam como foco temático, mas em torno de uma delas que predomina – intervindo as outras quando as circunstâncias o sugerem” (Ribeiro, 1996, p. 83), ocorrendo essencialmente a transferência de métodos de uma disciplina para outra (Nicolescu, p. 34), sobretudo no grau que respeita à geração de novas disciplinas (Ib., p. 35).

É neste sentido que, encontramos ainda dificuldades em desenvolver a interdisciplinaridade tanto no ensino teórico, como no ensino clínico, com utilização de métodos e instrumentos próprios, para desenvolvimento do conteúdo do cuidado, que implicam relações interpessoais complexas.

Apesar das dificuldades, a tendência actual é no sentido de se enfatizar a transdisciplinaridade, no sentido em que se considere o “... que está ao mesmo tempo entre as disciplinas, através das diferentes disciplinas e além de qualquer disciplina. O seu objectivo é a compreensão do mundo presente, para a qual um dos imperativos é a unidade do conhecimento” (Nicolescu, p. 35). Valorizamos ainda esta perspectiva pois consideramos que este “... não atende apenas às interligações possíveis entre os diferentes conteúdos ou temáticas, e respectivos processos na sua abordagem, mas apela a uma perspectiva, que procura olhar para essa realidade, de uma forma mais substantiva, mais profunda e abrangente (...) sobre o processo ensino-aprendizagem e a formação a uma matriz de natureza mais compreensiva (...) constitui-se como que a fundamentação e finalidade da interdisciplinaridade” (Tavares, 1997, p. 65).

Isto porque, consideramos que os conteúdos de enfermagem não emergiram por exclusividade ou de forma isolada, mas antes de forma particular que deriva de paradigmas e concepções particulares e novas.

Este paradigma “...é baseado em mudanças na sua estrutura conceptual básica; de facto, os enfermeiros investigadores e os docentes têm a responsabilidade de questionar e rever a estrutura de enfermagem”. (Donaldson, p. 6).

De acordo com Shermis (1962), as disciplinas académicas caracterizam-se por possuírem um conjunto de trabalhos em continuidade, técnicas adequadas, preocupações significativas e relevantes para os humanos. Contudo estes não são critérios para distinguir disciplinas de não disciplinas, devem antes providenciar uma base para aceitação de um ramo de conhecimento como disciplina.

A disciplina de enfermagem passa essencialmente pela emergência da prática como campo de aplicação dos saberes tecnológicos, vocacionais e humanísticos.

Importa, no entanto, desenvolver uma base de raciocínio reflexivo, que permita o desenvolvimento de bases cognitivas para a prática de cuidados.

Estaremos nesta lógica, perante a emergência da componente profissional da disciplina. É importante reconhecer que a disciplina emerge como resultado do pensamento crítico relacionado com objectivos significativos. Devido ao significado vital da perspectiva de enfermagem, a sua preocupação com a saúde humana e o bem estar e o seu crescimento através da investigação e do trabalho escolar, a enfermagem ganhará aceitação total no devido tempo.

Como propósito desta discussão, será utilizada uma distinção entre disciplinas académicas e disciplinas profissionais (tal como ilustrado na figura 2).

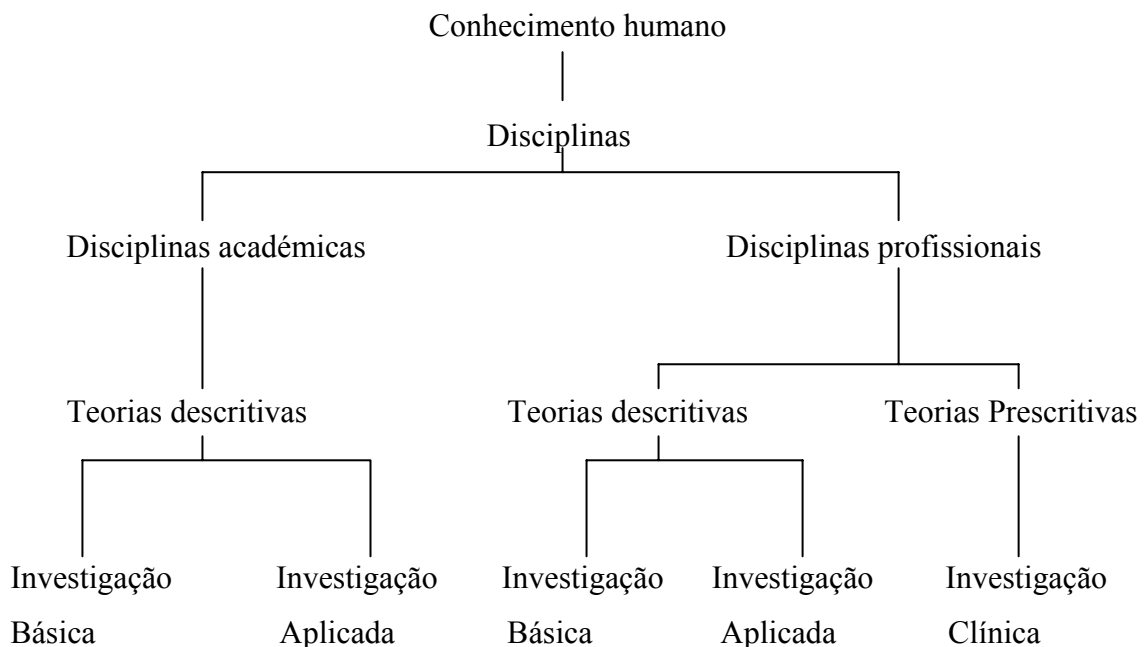


Figura 2 - Teorias e características da investigação das disciplinas académicas e profissionais

A finalidade das disciplinas académicas é o saber e as suas teorias são descritivas quanto à natureza. Contrastando, as disciplinas profissionais tais como direito, medicina e enfermagem estão dirigidas a finalidades práticas e isto gera teorias tanto prescritivas como descritivas.

Para as disciplinas académicas, o objectivo é saber, nomeadamente se a investigação é básica ou aplicada. (Donaldson, pp. 4-5)

É nesta perspectiva que a investigação básica desenvolvida no âmbito da enfermagem, nos remete essencialmente para as teorias descritivas, importantes à construção de um saber filosófico e conceptual abstracto.

Interessa, no entanto, partir para a investigação de aplicabilidade de questões teóricas na prática, o que nos conduz para o questionamento do COMO se aplica na prática determinada teoria.

As teorias prescritivas características das disciplinas profissionais lidam com a actual implementação do conhecimento num sentido prático. Tal como Jonhson citado em Donaldson, constatou “...o conhecimento profissional não consiste em teoria básica de ciência que foi validada na prática “ (Jonhson, 1974, p.373). Neste aspecto, não é correcto olhar para as disciplinas profissionais simplesmente como ciências aplicadas.

No seio da disciplina profissional é necessário “ saber “ e trabalhar desde as teorias descritivas às teorias prescritivas. (Donaldson, p. 8)

Torna-se importante em qualquer nível de investigação, que a orientação paradigmática da própria disciplina influencie a perspectiva de investigação, assumindo-se desenhos de investigação que não sejam apenas “ rascunhos “ metodológicos que reproduzem outros estudos, noutras áreas do conhecimento.

Os enfermeiros cientistas devem ajudar na utilização da informação de outras disciplinas, mas isto não deve eliminar a necessidade de desenvolver investigação básica em enfermagem, na perspectiva da enfermagem. Olhando os fenómenos da perspectiva da função saudável dos indivíduos em interacção com o ambiente, gerará investigação que se distingue em todos os níveis e definirá um corpo de conhecimentos estruturado. (Donaldson, p. 9)

É neste sentido que se sugere cada vez mais a valorização do sujeito de cuidados como personagem mais importante na construção do conhecimento em enfermagem.

Interessa, nesta perspectiva desenvolver investigação em enfermagem, onde os enfermeiros se assumam como investigadores, desmistificando um pouco a noção tradicional de que fazer investigação se centra mais no perfil do indivíduo, do que no rigor do desenho e metodologia de investigação.

Outro objectivo muito importante relaciona-se com a extensão em que cada disciplina está dependente do desenvolvimento de outras disciplinas. (Ib. p.10)

A encruzilhada em que nos encontramos no momento actual quando nos referimos à ciência, suporta a importância de evitar que cada um conceba todo o conhecimento de qualidade científica, tendo como suporte essencial as disciplinas académicas. Para nós

não é só uma questão da disciplina académica ter este papel, mas também não pensamos que a profissão se constitui como a base cognitiva das disciplinas profissionais. Isto significa que defendemos antes uma visão paradigmática onde a “ disciplina “ integra as componentes académica e profissional, na sua estrutura.

Reforçamos no entanto, a necessidade de considerarmos as disciplinas não como totalmente independentes, sendo essencial a transdisciplinaridade, como vimos.

“A qualidade das teorias e os desenhos de investigação e a validade das conclusões desenhadas no interior de uma disciplina são dependentes quanto à sua congruência com todo o conhecimento”. (Donaldson, p. 10)

A capacidade que as disciplinas tenham de assumir um determinado paradigma, será potencializadora do conhecimento de determinado fenómeno, como mais valia ao conhecimento humano, pelo questionamento que fará do mesmo.

É por isto que concordamos com Donaldson, quando refere que “talvez o relacionamento mais óbvio das disciplinas esteja na sua associação com a prática. (p. 10)

Cada disciplina existe em parte para providenciar conhecimento que será utilizado e isto tem associado um objectivo de aplicação na prática, (figura 3).

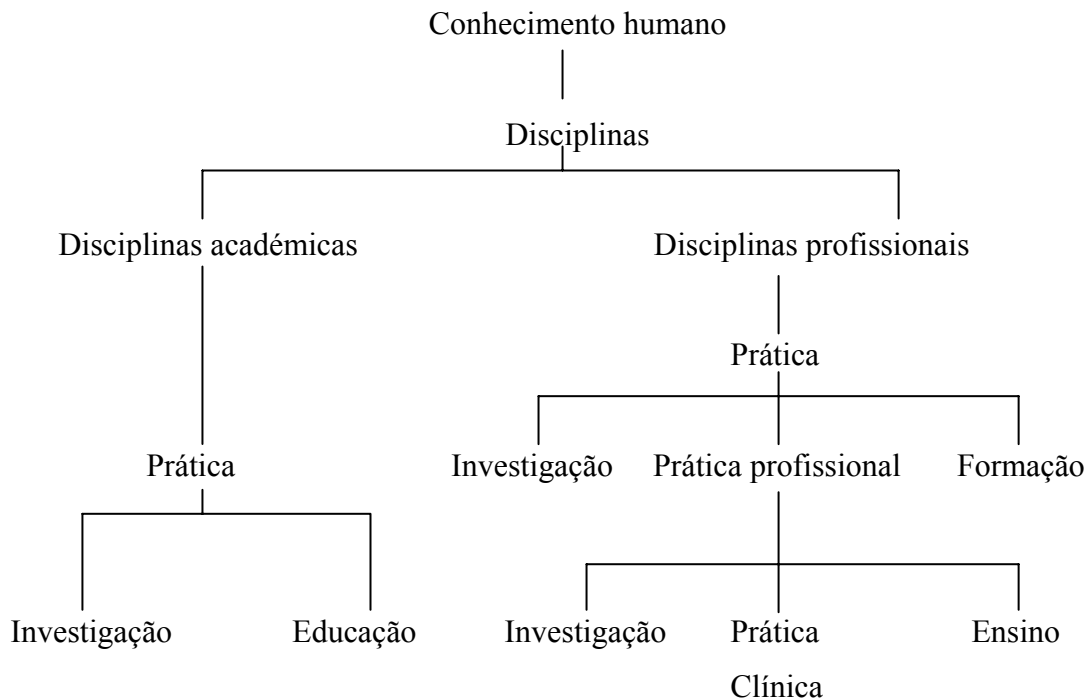


Figura 3 - Áreas de interesse das disciplinas

A disciplina de enfermagem organiza-se numa perspectiva transdisciplinar, embora evolutivamente tenha integrado no seu questionamento da vida, das pessoas e da saúde, uma abrangência de áreas de conhecimento, valorizando o que podemos designar por visão multiparadigmática (Engrebetson, 1997).

A investigação desenvolvida por enfermeiros nos últimos anos, tem demonstrado uma preocupação evidente pelo conhecimento da estrutura da disciplina, de que são exemplos entre outros, os estudos de Lopes (2000); Ribeiro (1995); Amendoeira (1999); Barroso (2000); Reis (2001).

Estamos, no entanto, na maioria dos estudos referidos, na lógica do conhecimento humano questionado pelas disciplinas académicas e numa perspectiva académica, pois nas metodologias utilizadas valorizou-se essencialmente a prática, pela observação directa ou indirecta da mesma, num paradigma qualitativo, essencial para o conhecimento da realidade.

Quanto a nós, urge desenvolver também a outra vertente, conseguindo-se isto pelo desenvolvimento de investigação na prática profissional, pelos profissionais que a desenvolvem.

Relacionamento da disciplina com a prática

Apesar da disciplina e da profissão serem inextricavelmente ligadas e influenciarem-se grandemente uma à outra, devem ser distinguidas uma da outra. A falência em reconhecer a existência de uma disciplina com um corpo de conhecimentos que está separado das actividades dos práticos tem contribuído para o facto de que a enfermagem seja vista como uma vocação mais do que uma profissão. Por outro lado, isto conduziu a uma confusão sobre a existência efectiva da disciplina de enfermagem.

Parte do problema em ver uma disciplina profissional como distinta da prática profissional advém do facto de ambas a disciplina e a prática evoluírem de forma interdependente na resposta às necessidades da sociedade; como resultado, ambas possuem um objectivo prático comum relacionado com estas necessidades (figura 4). As profissões evoluem na medida em que o serviço que prestam seja valorizado. (Donaldson p. 12)

“É preciso comprovar os contributos dos cuidados de enfermagem para a pessoa...” em que uma das formas “...de afirmação será a possibilidade de referir a particularidade da sua acção no seio de uma equipa interdisciplinar.” (Martin, p. 6)

Acrescentamos nós, que esta interdisciplinaridade será tanto mais clarificadora da especificidade de enfermagem, na medida em que se considerar a pessoa como centro do processo de cuidados e que se avalie com a mesma o “ resultado do cuidado de enfermagem “.

O objectivo do serviço da enfermagem é promover o comportamento para o auto – cuidado que promova a saúde individual e o bem estar. Estes valores e os objectivos, que são intrínsecos à prática profissional, têm modulado a orientação para os valores da disciplina. Como resultado desta orientação para valores, o conhecimento na base das escolas humanas e dos métodos que promovam a independência individual, é observado, mais do que o conhecimento das intervenções que controlam e directamente manipulam a pessoa per si, no sentido de um estado de saúde socialmente determinado. (Donaldson, p.13)

“Esta procura de especificidade poderá assim permitir explorar uma tradição oral (...) que formalize em texto um saber e metodologias que legitimem o estatuto da disciplina e da profissão” (Martin, p. 6).

Um ponto chave, contudo, é que a disciplina de enfermagem deverá ser orientadora da prática clínica mais do que ser definida por ela.

Mas o que nos leva a falar da existência de uma disciplina de enfermagem e de onde emerge esta disciplina?

Segundo Martin (1996, p. 1) com quem concordamos, “...em enfermagem elaboram-se os raciocínios em círculo, isto é raciocínios que se voltam sobre si próprios. (...) Eis um exemplo destes raciocínios para o caso dos cuidados de enfermagem:

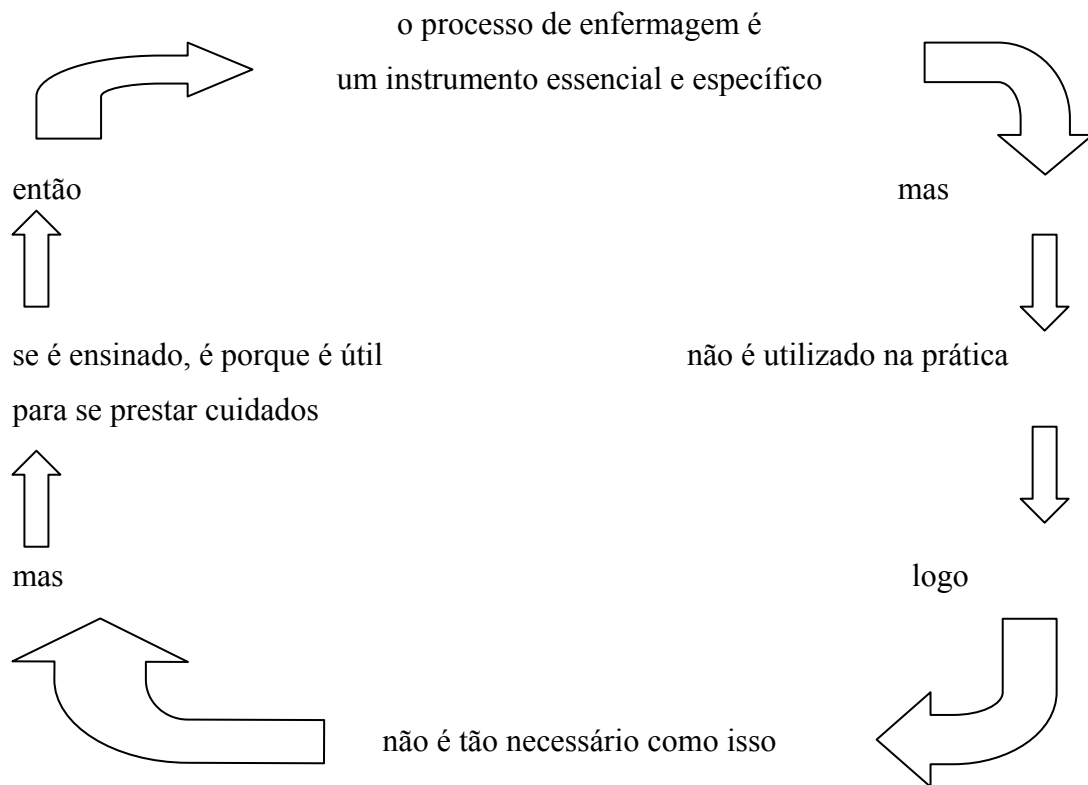


Figura 4 – Raciocínio em círculo, de acordo com Martin (p.2)

A autora parte do pressuposto de que “...os cuidados de enfermagem são uma disciplina. “ (p.3), para isso considera o seguinte raciocínio em círculo, o que permite “...dizer que os cuidados de enfermagem têm um paradigma, instrumentos, formas de ver próprias”.

“ Considerar-se como uma disciplina requer práticas, metodologias e saberes muito específicos, reconhecidos simultaneamente pelos membros da profissão e por outros especialistas, saberes elaborados e difundidos de forma muito rigorosa “ (p. 4).

Se a disciplina está tão pouco definida, a enfermagem profissional pode ficar limitada no funcionamento a uma área de interesse desastroso que sobressaia mais como serviço do que como uma força no sentido da promoção da saúde no mundo. Isto não significa a diminuição da importância dos problemas identificados pelos enfermeiros na prática clínica corrente (Donaldson, p. 14).

A questão que se nos coloca, é compreender formas de desenvolvimento da acção quotidiana, alicerçada em conhecimento científico e não tradicional.

Nesta perspectiva os cuidados de enfermagem, melhor, a disciplina de enfermagem teria de desenvolver outros fundamentos científicos para legitimar a sua prática numa equipa multiprofissional.

Trata-se de identificar, em função da situação da pessoa – QUEM – a enfermeira, a nutricionista, a assistente social ou o médico é o mais apto para responder à questão do cliente, com que saberes e que metodologias.

É evidente que esta criação de um campo disciplinar está intimamente ligado à «praxis» (Martin, p. 12).

Acreditamos que a disciplina e a prática clínica da enfermagem partilham uma relevância social e uma finalidade prática comum. Contudo, a disciplina, enquanto corpo de conhecimentos, não deve ser confundida com as questões práticas que lhe estão associadas, o que encorpa o processo de condução da investigação, prestar serviços e formação.

Por outro lado, “...a profissão de enfermagem encontra-se numa fase pré-paradigmática, onde reina a imprecisão, em que a disciplina não tem ainda reconhecimento universitário e em que as relações com as práticas e as ciências conexas, necessitam ainda de ser ajustadas” (Ib, p. 12).

Estrutura da disciplina de enfermagem – Um esquema

De acordo com Schwab (1964^a), as disciplinas têm em simultâneo as estruturas substantiva e sintática. A estrutura substantiva é composta pelas concepções que são esquematizadas ou inventadas, mas a sua inclusão é sempre baseada na sua natureza com a perspectiva da disciplina. A sintaxe de uma disciplina refere-se às metodologias de investigação e critérios usados para justificar a aceitação de pressupostos como verdadeiros no âmbito da disciplina (ver figura 5).

Na sintaxe da enfermagem, integram-se um sistema de valores (da ciência e da ética profissional) e os constrangimentos da investigação. (Donaldson, p. 18)

Nesta perspectiva a investigação sociológica no seu paradigma mais compreensivista, contribui em grande medida para um questionamento “ fora “ da disciplina de enfermagem, formalizando resultados e conclusões que a própria disciplina mobilizará para o seu desenvolvimento.

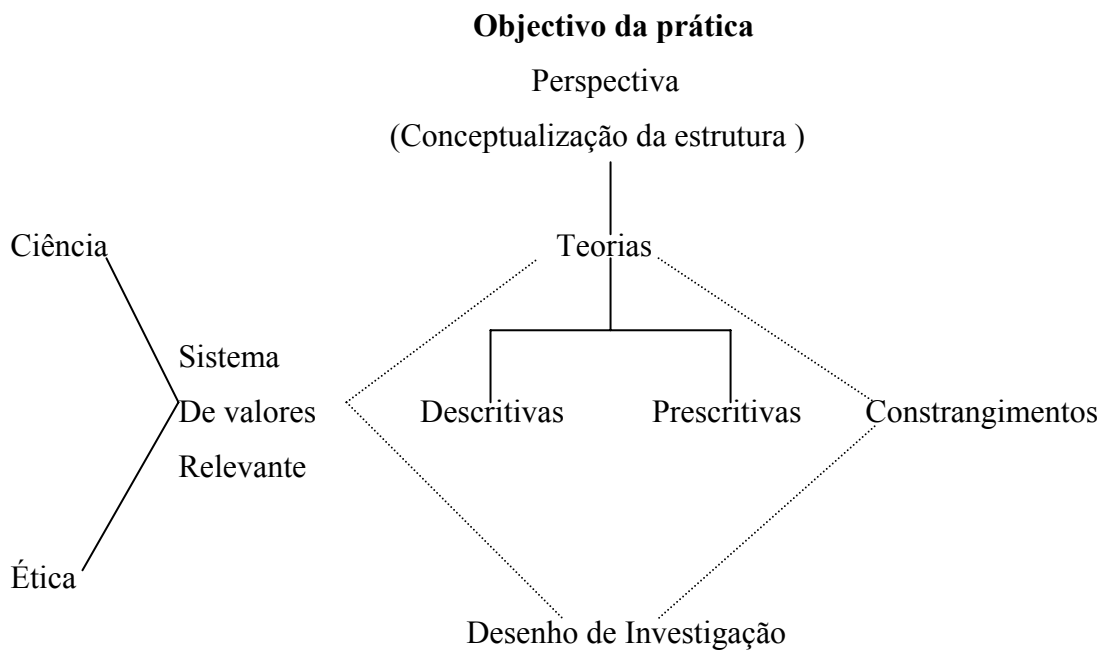


Figura 5 - Estrutura de uma disciplina profissional

A estrutura substantiva determina em primeiro lugar a oportunidade e o assunto de questionamento (o que é de interesse), e a estrutura sintática determina o procedimento para a condução da investigação e os critérios para a aceitação dos resultados como verdadeiros. Os resultados encontrados por questionamento são então incorporados na estrutura como conceitos, teorias e factos – os pressupostos da disciplina (Donaldson, p. 18).

O paradigma de investigação e que é consequentemente de construção do conhecimento disciplinar, segue assim, um movimento que se pode designar por teórico metodológico, onde as vias indutiva e dedutiva não se opõem nem se incompatibilizam, mas onde se torna essencial a retroalimentação de ambos, embora seja necessário e importante clarificar os momentos de investigação em que se usa uma ou outra via.

Esta lógica de análise da estrutura de uma disciplina, que se julga ter as duas componentes interdependentes, só é possível se na componente profissional, se identificarem os pressupostos emergentes da disciplina académica.

Assim e, de acordo com Martin (p. 4) “(...) A especificidade dos cuidados de enfermagem é um facto; possuímos metodologias e estruturas de pensamento próprias”. (p. 4)

“A profissão, simultaneamente « arte e ciência », pode então outorgar-se o estatuto de disciplina porque possui instrumentos próprios: o processo de enfermagem, os diagnósticos de enfermagem, as metodologias baseadas em teorias de cuidados...”.(p. 5)

Interessa, portanto identificar as evidências na prática do cuidado de enfermagem, que os profissionais utilizam métodos e instrumentos de forma única e singular no desenvolvimento de uma abordagem holística à pessoa e sermos capazes de o fazer pela afirmação e pela possibilidade de referir a particularidade da nossa acção no seio de uma equipa interdisciplinar; enunciando claramente os elementos que constituem uma mais – valia que vai favorecer o bem – estar da pessoa.

Sem querermos adoptar uma posição redutora, no que concerne à via metodológica em que acreditamos ser mais adequado estudar esta problemática, e de que daremos conta adiante, importa clarificar o nosso posicionamento, “ ... em função da complexidade dos cuidados impõe-se uma abordagem para tratar a construção do conhecimento na disciplina de enfermagem, (...) baseada na epistemologia das ciências sociais (...) o objecto do conhecimento (...) não pode senão dificilmente ser considerado « objecto », porque em ciências sociais, o sujeito, o homem, torna-se sujeito de investigação nas estruturas. Isto tem consequências metodológicas e epistemológicas. Acontece o mesmo com os cuidados de enfermagem.” (Martin, p. 10)

Não sendo a enfermagem uma disciplina secularmente organizada, podemos no entanto, reafirmar que é com Florence Nightingale (1860), que surge a definição de disciplina de enfermagem enquanto área do conhecimento, assumindo os enfermeiros a responsabilidade em promover a saúde humana e do ambiente, baseando-se num questionamento sistemático da natureza das leis da saúde.

Sabemos ainda que a relevância social e o respectivo reconhecimento de que os enfermeiros prestam cuidados relacionados com a qualidade da vida das pessoas é algo recente, mas que começa a ter uma valorização mais adequada.

É ainda do nosso conhecimento que uma disciplina, uma ciência, não pode constituir-se senão pela ruptura entre formas de pensamento e acção anteriores e outras novas mais fundamentadas cientificamente e mais eficazes para questionar o real... “ uma disciplina nasce como uma nova forma de encarar o mundo”, como afirma Fourez, “ o objecto de uma disciplina não existe antes dela própria existir. Ele é constituído por ela.” É o seu objectivo que constrói uma disciplina. “ (Martin, p.10)

Estamos de acordo e temos como nosso o pressuposto de que “ para que uma disciplina possa surgir é necessário que os seus especialistas consigam criar a sua própria zona de autonomia no cruzamento de diversos grupos sociais” (Fourez, G. 1992, p.99), citado em Martin.

Parece-nos ser esta a aposta para os cuidados de enfermagem, mas tudo passa por uma reconcentração sobre o essencial, uma procura de unidade na profissão e nestas condições: os cuidados de enfermagem poderão tornar-se numa disciplina, se:

O corpo profissional, compreendendo tanto técnicos como investigadores, se debruçar sobre a descrição minuciosa das manifestações ligadas:

- à vida, a adaptação quotidiana da pessoa, de um grupo;
- ao funcionamento do corpo;
- às reacções, quer de problemas de saúde e doença, quer da evolução, da procura de sentido;
- aos efeitos reais da prestação de cuidados e terapêuticas;
- aos impactos dos actos profissionais em diversos escalões.

Este passo permitir-nos-á adquirir uma linguagem comum e ajudar-nos-á tanto a fundamentar as nossas acções profissionais como a antecipar os benefícios esperados: «só assim poderá nascer uma disciplina» (Martin, p. 13).

Os cuidados de enfermagem (Martin, 1995) e o processo de cuidados (Amendoeira, 1999), podem assim ser considerados como uma disciplina que requer práticas, metodologias e saberes específicos, conforme referido antes.

Ao reflectirmos sobre a disciplina de enfermagem partindo do processo de cuidados, identificamos por vezes a ausência de um corpo de conhecimentos específicos, mobilizado e utilizado pelos enfermeiros, neste processo.

Torna-se necessário valorizar a emergência das práticas como campo de aplicação do conhecimento científico. Isto só acontece se a pessoa for o centro do processo, de acordo com o perspectivado pelas teorias de enfermagem e se as tarefas forem desenvolvidas não numa perspectiva de standardização das mesmas, mas da ênfase na qualificação dos profissionais mantendo-os perto dos clientes e continuando a controlar os seus próprios processos de trabalho (Mintzberg, 1996).

Nesta perspectiva, o processo de cuidados como disciplina de enfermagem terá que desenvolver fundamentos científicos que legitimem a prática em equipas interdisciplinares (p.8)”

Quanto a nós o problema não está em inventar a estrutura do cuidado de enfermagem (como disciplina) mas sim em torná-la uma estrutura explícita (fig.6) e isto na medida em que a especificidade da intervenção do enfermeiro com a pessoa, no âmbito da interacção que ambos desenvolvem, deve assentar na valorização das experiências / vivências problemáticas ou não, que essa mesma pessoa vive.

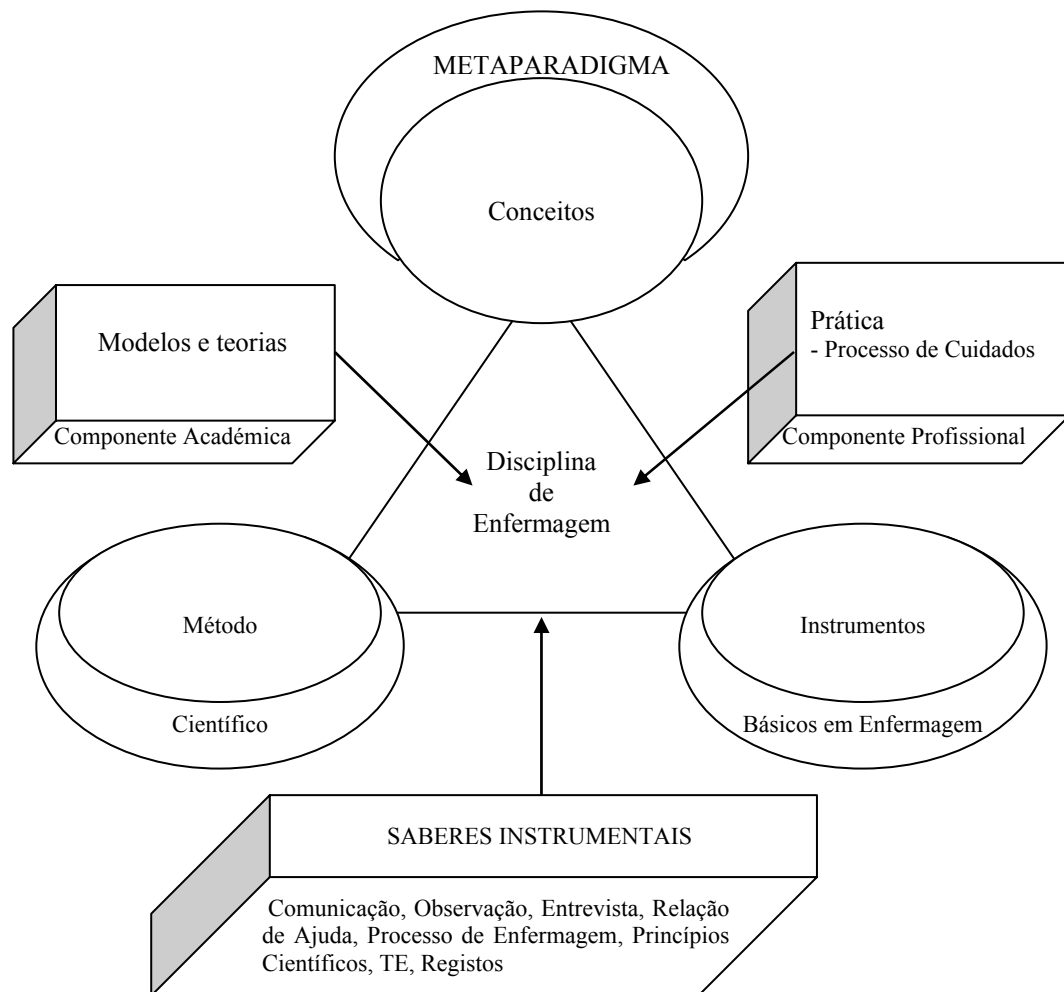


Figura 6 – Uma estrutura possível para a disciplina de enfermagem, a partir do processo de cuidados

De acordo com esta orientação, o cuidado de enfermagem enquanto disciplina, terá que desenvolver os fundamentos científicos (a natureza da enfermagem) que legitimam a prática em termos profissionais (orientação).

“Estudos subordinados a esta temática, motivam-nos a importância da análise das práticas e a respectiva teorização sobre as mesmas, não como contradição mas sim como complementaridade “ a teoria vem da prática para a prática “Dicoff e James (1968).

Valorizamos a investigação que parte de problemáticas centradas no processo de cuidados em que não procuramos analisar as práticas pelo exterior, mas como sujeito que as conhece e que as analisa no interior das mesmas e com quem as desenvolve, Amendoeira (1995 e 1999) seleccionando o método etnográfico (Iturra, 1986; Caria, 1997; Spradley, 1980).

Acreditamos que esta dinâmica interactiva de conhecimentos declarativos, processuais e comportamentais, se constituirá no mote para que os sistemas de formação e os próprios processos de ensino-aprendizagem, passem a constituir-se como espaços produtores das competências necessárias.

Nesta lógica, promover a aprendizagem do como se faz, significa a utilização de uma didáctica do cuidado de enfermagem, que permita ao estudante, identificar em função da pessoa e das suas necessidades, qual o profissional que está mais apto para responder na situação, com que saberes e com que metodologias.

Assim, o processo de cuidados pode ser produtor de competências, na medida em que se valorizar a possibilidade do estudante confrontar aqueles que são os saberes escolares, com o que é um saber emergente de reflexividade na acção. Neste, as dimensões do cuidado devem ser mobilizadas e reflectidas, não na perspectiva, quanto a nós, de gradual complexidade das etapas de organização do trabalho, de forma inflexível e segmentada, mas sim de modo que essa reflexão se baseie essencialmente na situação em si.

A formação, que durante muitos anos apostou no desenvolvimento de competências cognitivas dos indivíduos, numa lógica do desenvolvimento individual, onde importava essencialmente desenvolver capacidades cognitivas em cada um dos actores em acção, passa cada vez mais para uma outra dimensão. Esta prende-se com a qualidade da organização e com a qualidade das interacções, mais do que com a rapidez das operações elementares que cada um consiga ou não, desenvolver através dessa mesma qualificação.

É neste sentido que nos parece não ser possível continuar a desenvolver um modelo de formação centrado, à vez, nos conteúdos ou nas estratégias, sem considerar como parceiro activo deste modelo, o estudante. E fazê-lo na perspectiva da pessoa, com ênfase no desenvolvimento das competências que permitam a esse mesmo estudante aprender em situação, a acção reflectida, o julgamento crítico e a tomada de decisão, para a construção de uma atitude que lhe permita evoluir de uma lógica em que se valoriza ainda muito a acção, no sentido da resolução dos problemas (modelo centrado na standardização dos procedimentos) e a formação, na lógica da compreensão desses problemas.

Parece-nos ser adequado passar para um modelo de desenvolvimento das competências, de forma gradual, essencialmente nas dimensões técnica, social e política (cf. Amendoeira, 1999, pp. 79-80).

Este parece-nos ser o grande desafio para a formação de enfermeiros no século XXI, atendendo a que nesta perspectiva desenvolver-se-á o sentido da cidadania no que concerne à aprendizagem e desenvolvimento da competência “aprender a aprender”, em oposição à aprendizagem por repetição e impregnação, que mais não faz do que subsidiar uma perspectiva da enfermagem, que a todos torna insatisfeitos.

Mas mais do que uma única competência a desenvolver nos nossos educandos, posicionamo-nos no que o relatório Delors enfatiza claramente como sendo os quatro pilares de um novo tipo de educação: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver em conjunto e aprender a ser (p.102).

Aprender a conhecer, significa a aprendizagem dos métodos que nos ajudam a distinguir o que é real do que é ilusório, e a ter assim um acesso inteligente aos saberes actuais. O espírito científico, uma das maiores aquisições de aventura humana, é indispensável. Baseia-se essencialmente no questionamento, na recusa de qualquer resposta pré-fabricada e de toda a certeza em contradição com os factos.

Significa ainda ser capaz de estabelecer pontes – entre os diferentes saberes, entre estes saberes e os seus significados e as capacidades interiores.

Aprender a fazer, significa a aquisição de uma profissão, bem como dos conhecimentos e práticas que lhe estão associados. É neste sentido que uma abordagem transdisciplinar pode ser preciosa, na medida em que «aprender a fazer» é uma aprendizagem de criatividade, baseada no equilíbrio entre o homem exterior e o homem interior. Sem este equilíbrio, «fazer» não significa mais que sofrer.

Aprender a viver em conjunto, significa antes de mais o respeito pelas normas que regem a relação entre os seres que compõem uma colectividade. Estas normas devem ser realmente compreendidas, admitidas teoricamente por cada ser, e não sentidas como pressões externas.

Aprender a ser, parece, a princípio, um enigma insondável. Para fundamentar o ser, é preciso antes empreender a construção das nossas certezas, de nossas crenças, dos nossos condicionamentos.

Questionar, questionar sempre: aqui também, o espírito científico é para nós um guia precioso, isto é, aprendido tanto pelos educadores como pelos educandos. A construção de uma pessoa passa inevitavelmente por uma dimensão transpessoal.

A formação através da prática, permite-nos aprofundar o grande desenvolvimento pessoal e profissional, conduzindo à possibilidade de explorar as capacidades de acção e adaptação, com os objectivos de atingir um nível de competência que lhes permita (aos

estudantes) uma melhor compreensão dos contextos, de modo a melhor poder actuar sobre eles.

É nesta linha conceptual que pretendemos contribuir para a clarificação da estrutura da disciplina de enfermagem, concretamente a disciplina como conhecimento construído e apreendido pelos estudantes em interacção com um dos parceiros da formação – os enfermeiros.

2 – A CONSTRUÇÃO DOS SABERES TEÓRICOS E PROFISSIONAIS

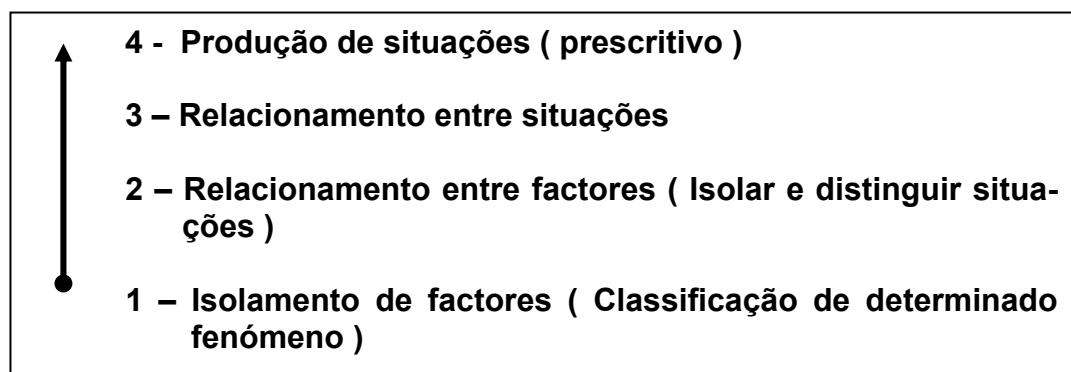
Nem sempre tem sido clara a definição de uma estrutura conceptual da enfermagem, que permita com evidência investigativa a existência de conhecimento em enfermagem. A dificuldade em assumir um movimento de teorização que valorize a lógica indutiva, onde a análise das práticas tenha um papel preponderante, ao invés da reprodução pura e simples de uma qualquer teoria, tem sido uma constante.

Baseamo-nos em Carper para clarificar o nosso posicionamento quanto ao problema em estudo.

Carper (1997, p247) identificou quatro padrões fundamentais do saber em enfermagem: empírico, estético, conhecimento pessoal em enfermagem e conhecimento ético, sendo este quanto a nós, um aspecto de compreensão essencial para o processo de teorização em enfermagem.

O “ progresso na teoria de enfermagem é um aspecto muito significativo para a evolução do conhecimento e a pedra angular da disciplina de enfermagem “Meleis (1990), o que é substantivado por Dicoff e James (1968) quando se referem ao processo de teorização, apontando para isso, quatro etapas.

Quadro 1 – Processo de teorização de acordo com Dicoff e James (1968)



Teorizar sobre os cuidados de enfermagem enquanto disciplina, pode ajudar a clarificar as razões pelas quais, as teorias em uso se repercutem na componente académica, mas na componente profissional (prestação de cuidados) o seu efeito tem sido pouco significativo.

Impõe-se por isso quanto a nós, nesta lógica desenvolver com este estudo, as etapas 1 e 2 referidas por Dicoff e James (1968).

Acreditamos que “a disciplina de enfermagem deverá ser orientadora da prática clínica mais do que ser definida por ela. Por necessidade, a prática clínica focaliza-se no indivíduo no momento e em situação, que tem um problema relevante e que requer uma acção relevante e apropriada.

Mas se valorizamos a análise das práticas como construção da teoria, necessitamos considerar que um dos actores (o enfermeiro), tem um papel preponderante em todo este processo, na medida em que vamos mobilizando um domínio importante , que Carper designa por Conhecimento de Si.

Esta é uma dificuldade, pois “é um dos componentes mais difíceis de ensinar na medida em que aponta para a relação com outro ser humano e o confronto deste com a pessoa, sugerindo na relação não apenas com os outros, mas também consigo” (Carper, 1997, p. 6).

Se a disciplina está tão pouco definida, a enfermagem profissional pode ficar limitada no funcionamento a uma área de interesse desastroso que sobressaia mais como serviço do que como uma força no sentido da promoção da saúde no mundo. Isto não significa a diminuição da importância dos problemas identificados pelos enfermeiros na prática clínica corrente. Estes problemas merecem atenção, mas não são a única preocupação da disciplina.

Pelo esquema seguinte (figura 4), verificamos a importância atribuída ao movimento e interdependência entre as componentes académica e profissional da disciplina.

Ora se considerarmos que a teoria tem como função, resumir o conhecimento, explicar os fenómenos de interesse para a disciplina e facilitar os meios para predizer e em última instância controlar os fenómenos, torna-se evidente a importância de conhecer os padrões, domínios e estruturas, que servem de horizontes, de expectativas e que exemplificam maneiras específicas de pensar o fenómeno que neste caso é a clarificação da estrutura da disciplina.

Compreender esta estrutura é essencial para « ensinar » e « aprender » enfermagem.

Não pretendemos teorizar sobre a prática, mas sim valorizar a principal vantagem de «practice theory», que é a de estar baseada na vida real onde o problema é identificado, enquanto as grandes teorias vêem a enfermagem no mundo ideal (Folley, 1995, p. 186), procurando estar atentos à separação entre a enfermagem ideal e a enfermagem real, sugerida como uma das causas de dicotomia teoria-prática (Miller, 1985).

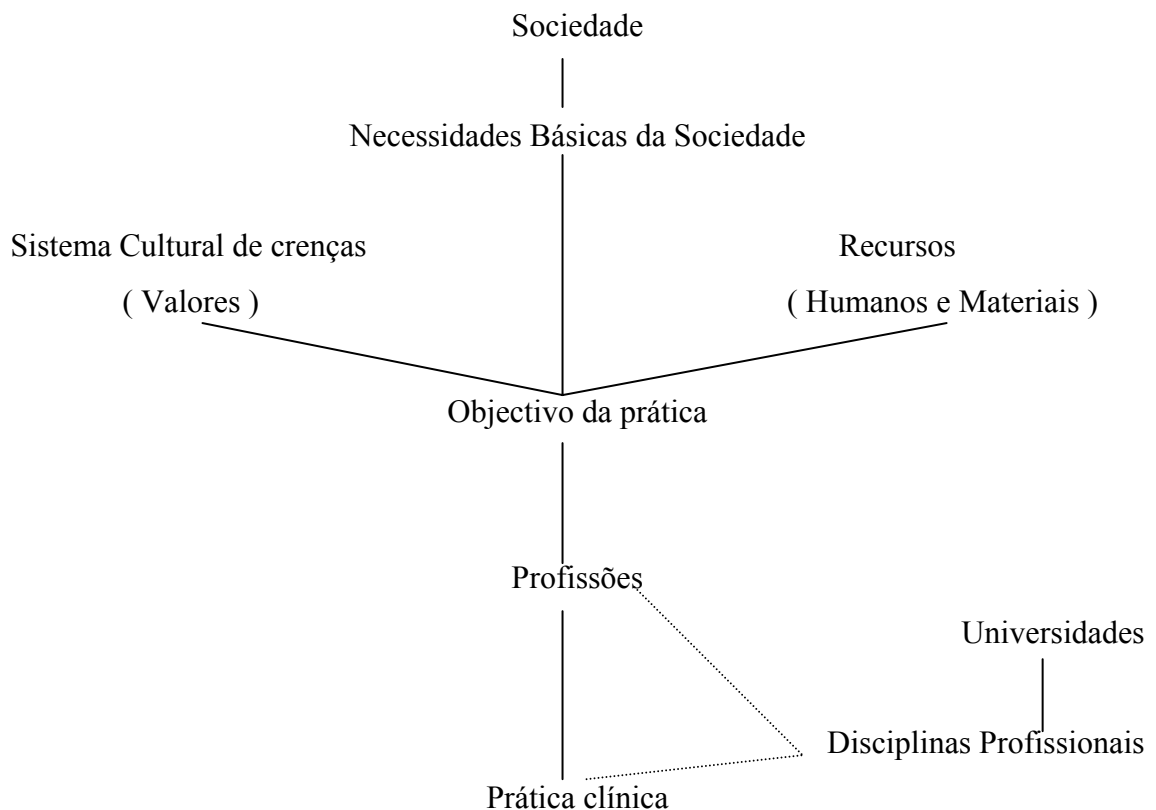


Figura 7 - Evolução da interdependência entre a disciplina e a prática de uma profissão

Os esforços para o desenvolvimento do processo de teorização em curso, sugerem uma preocupação principal que é a de procurar e encontrar explicações, que sendo sistemáticas e controláveis por factos evidentes, possam ser usadas na organização e classificação do conhecimento.

“A perspectiva de enfermagem evolui do objectivo principal da prática em otimizar o ambiente humano promotor de saúde” (Donaldson, p. 19).

Nós próprios, enquanto enfermeiros, devemos conhecer as nossas capacidades, qualificações e competências que desenvolvemos na acção quotidiana, mas temos ainda dificuldade em assumir um papel mais significativo na construção e desenvolvimento da saúde das pessoas, grupos e sociedade.

“Dependendo, das concepções estruturais utilizadas, ou das combinações entre elas, frequentemente são propostas diferentes teorias para teste. Tal diversidade de teorias não deve conduzir a diferentes corpos de conhecimento, mas sim a diferentes aspectos de um simples corpo de conhecimento.” (Donaldson, p. 15).

Para nós, a discussão deve centralizar-se na identificação das competências necessárias à prestação do cuidado de enfermagem, realçando a importância dos modelos teóricos

enquanto guias da intervenção dos enfermeiros, tanto na prestação de cuidados como na gestão, formação e investigação em cuidados de enfermagem, razão pela qual não descuramos a sua importância, como dimensão inerente à organização e clarificação do objecto de estudo da disciplina.

O objectivo em produzir teorias não consiste só em propor uma total inclusão de teoria mas providenciar teorias testáveis.

O desenho de investigação no sentido de testar hipóteses desenvolvidas de teorias é muito importante para a disciplina, quando o relacionamento das teorias de enfermagem, quanto à estrutura da disciplina é explícita. Este é o tipo de investigação que é facilmente identificada como investigação em enfermagem. Schwab (1964) chama a este questionamento , no qual não há hesitação acerca de que questões colocar ou que concepções estruturais empregar.” (Ib. 20)

O movimento que pretendemos desenvolver não dicotomiza posições, procura antes conciliar o que por vezes tem sido considerado como inconciliável, quando se considera a prática como uma associação à realidade de um trabalho , e a teoria associada à realidade intelectual.

“Para o crescimento continuado, significado, e utilidade da disciplina de enfermagem, os investigadores devem colocar a sua investigação no centro e no contexto da disciplina. As teorias devem também ser vistas em termos da estrutura básica da concepção da disciplina. A responsabilidade para rever e clarificar as concepções estruturais, a rede verdadeira, da disciplina de enfermagem fica com os enfermeiros investigadores. Isto significa diminuir a nossa preocupação com o processo de enfermagem e com a pedagogia e colocar a ênfase nos conteúdos como substância.” (Donaldson, p. 20)

Não pretendemos, no entanto, dicotomizar o ensino / formação, da prática da prestação de cuidados.

Neste sentido, reforçamos o referido por Wadenbach (1964) quando refere que a arte de enfermagem torna-se visível através da acção desenvolvida para providenciar o que os doentes requerem para restaurar ou promover as suas capacidades para lidar com as exigências da situação.

Por outro lado, de acordo com Orem (1971, p. 69), a arte de enfermagem é criativa na medida em que requer o desenvolvimento de habilidades no sentido de prever modos válidos de ajudar, tendo em vista atingir resultados apropriados.

Mas a acção desenvolvida, para ter uma qualidade estética, requer a transformação activa do objecto imediato – o comportamento da pessoa – numa percepção directa e não

imediate do que é significativo nele e que é expresso como necessidade no momento da interacção.

Por outro lado, as práticas desenvolvem-se em contextos organizacionais complexos e vários factores se articulam na configuração dessa complexidade, o que conduz à necessidade de (re)centrar o debate na problemática da prestação do cuidado de enfermagem, na medida em que se considera que a profissionalidade tem de ser visível ao nível dessas práticas.

Pensar enfermagem, como diz Rebelo (1998, p. 15), pressupõe algumas ideias subjacentes: as práticas reais não correspondem ao que deveria ser a enfermagem, pelo que aos seus actores não é reconhecida a competência e o poder de formalizar os saberes que mobilizam no quotidiano, os saberes engendrados na acção, não são considerados como contributo válido à conceptualização dos domínios do conhecimento em enfermagem.

Mas, dizemos nós que, o saber em enfermagem, assume como em muitas outras disciplinas, diversas formas destacando-se as sugeridas por Dubar (1991) – saber prático; saber profissional; saber organizacional e saber teórico, de onde emerge a necessidade de compreender o saber profissional em enfermagem na medida em que este se constrói de forma articulada entre saberes práticos e saberes técnicos (fazer), estruturando uma identidade de emprego, associado a uma lógica de qualificação do trabalho.

Nesta tendência a prática, só é profissional, isto é, só pode ser designada de enfermagem, se os objectivos do cuidado e o cliente a quem são prestados forem perspectivados em função das teorias de enfermagem e se as tarefas desenvolvidas forem todas elas suportadas pelo conhecimento científico (Ellis, 1968; McCarthy, 1972).

Este questionamento da prática com vista à criação de um campo disciplinar pode conduzir ao nascimento de um novo paradigma, pois demonstra a necessidade de reconstrução permanente, de pesquisa das leis de transformação dos saberes, impondo-se igualmente outras modelizações de conhecimento.

Sugere-nos ainda Amendoeira (p. 295) a importância do valor atribuído à utilização de um processo heurístico da organização do trabalho, tanto pelos enfermeiros como pelos médicos, com a valorização do contextual por ambos os actores, embora mobilizando bases paradigmáticas diferentes, o que faz com que se enfatize a necessidade de clarificação dos campos de acção, pela mobilização das zonas de incerteza como fonte de produção de uma matriz disciplinar, capaz de permitir uma construção dos saberes.

É por tudo isto que concordamos com Obin (1995, p. 95) quando refere que “ o que é formativo, não é o simples confronto dos saberes teóricos e dos saberes práticos, mas o dispositivo pedagógico que vai viver o tratamento das tensões inevitavelmente emergindo deste confronto” Esta postura pedagógica, sugere a reflexão sobre as evidências decorrentes das aprendizagens decorrentes das metodologias em uso.

Mas, como formadores concordamos com Amendoeira (1999, p. 169) quando refere que a aprendizagem dos estudantes, liga-se á socialização, aprender a resolver problemas, essencialmente os que estão relacionados com o campo de acção, conferindo ao saber experiencial um carácter local, mas interdependente de outras aprendizagens.

Reforçamos a opinião de Rebelo (1998, p. 15), quando refere que “ analisar a enfermagem real configura-se cada vez mais como uma necessidade, de forma a ultrapassar a dicotomia “...entre quem pensa e quem faz a enfermagem (...) dando visibilidade ao cuidado de enfermagem e aos saberes que o suportam nos contextos de trabalho (Mc Farlane, 1977; Benner, 1984; Collière, 1988; Chask, 1990; Meleis, 1991; Martin, 1991 e Amendoeira, 1999).

O início da valorização da cooperação interorganizacional centrada no reconhecimento dos enfermeiros prestadores de cuidados como parceiros, conduziu pela investigação à consolidação da importância que os saberes produzidos pelo « fazer o cuidado de enfermagem » assumiu na consolidação dos domínios do conhecimento na disciplina.

Este estudo, inserido no projecto mais vasto, que decorre desde 1995, procura exactamente «olhar» para as práticas do cuidado de enfermagem, associadas à realidade de um trabalho, visível pelas condutas profissionais reais, no que concerne aos grupos e aos indivíduos que as exercem, mobilizando os saberes específicos, por forma a transformar a prática, tornando-a mais consentânea com a evolução da disciplina.

As práticas não são separáveis dos sujeitos que as realizam como o não são dos contextos reais onde são produzidas, por duas ordens de razões – as condições materiais e objectiváveis dos espaços de trabalho e a posição que os actores ocupam nelas (Boudon, 1983).

Assim, as práticas são desenvolvidas para além dos guias teóricos organizados em modelos e instrumentos, ambos essenciais à compreensão e desenvolvimento da disciplina de enfermagem.

Na lógica que temos vindo a mobilizar, os diferentes tipos de saberes a desenvolver no modelo de formação, revelam-se de extrema importância no que concerne à estruturação de competências.

Importa também relevar o que refere Schon (citado em Amendoeira (1999, pp. 80) acerca de que a formação do profissional reflexivo consiste em algo mais do que equipá-lo com qualificação.

No modelo de formação em enfermagem, não podemos privilegiar uma formação para a certeza e para a standardização, mas sim para a mudança, passado por estimular o pensamento rigoroso, crítico e criativo, que prepare os formandos para uma elevada capacidade de adaptação a novas e diversificadas situações profissionais.

Não basta reproduzir, é cada vez maior o imperativo de criar.

Interessa, por isso, e de acordo com Tavares (1997, p. 67) construir conhecimentos e produzir saberes, a partir da concepção de natureza interactiva, colaborativa e mista que possibilite o desenvolvimento progressivo e equilibrado dos sujeitos para a sua autonomia.

No capítulo seguinte damos conta deste posicionamento assumindo a importância do conhecimento dos Instrumentos Básicos em Enfermagem, no carácter de instrumentalidade da disciplina.

3 – INSTRUMENTOS BÁSICOS DA DISCIPLINA DE ENFERMAGEM

Torna-se importante compreender, através do “ processo de cuidados “ como é mobilizada a aprendizagem das competências, pelos estudantes, bem como são mobilizados os saberes, reconhecendo a realidade através de um sistema de acção concreto (Crozier e Friedberg 1970), onde os actores, profissionais ou não, se situam e interagem.

Parece ocorrer uma associação vaga da arte com a categoria geral da destreza / competência manual / técnica na prática da enfermagem, naquilo que Carper designa por “ saber estético“ (Ib. p. 5).

Para Rebelo (1998,p15) a tendência emergente, ao aceitar que o contributo das teorias de enfermagem é inquestionável no desenvolvimento da profissão, questiona todavia, a redução da problemática das práticas à aplicação linear e unívoca daquelas. A enfermagem lida com a experiência das pessoas em torno dos acontecimentos e problemas de saúde, sendo essencial compreender o significado da saúde em termos do bem-estar individual, (Carper, 1997), embora como vimos tenha também uma lógica colectiva, na medida em que as práticas desencadeiam-se em contextos organizacionais complexos e vários factores se articulam nessa configuração.

Sabemos que algum do tempo das enfermeiras é gasto com a etiologia, diagnóstico e tratamento, porque desta forma podem ajudar as pessoas na resolução dos problemas que enfrentam, o que faz existir áreas de sobreposição, pelo que necessitamos assumir papéis diferentes, complementares, mas não competitivos. (Amendoeira, 2000, p. 7)

A perspectiva da existência de um processo de cuidados, emerge da importância atribuída pelos enfermeiros à interacção e valorização dos enfermeiros enquanto profissionais, ao papel central da pessoa, no mesmo.

“ Numa situação de saúde / doença, o enfermeiro interage com o ser humano, parte integrante do seu contexto socio-cultural, que se encontra numa transição ou que antecipa uma transição. As interacções enfermeiro / cliente, são organizadas em torno de um objectivo (demarche clínica, resolução de problemas, avaliação holística) e o enfermeiro usa alguma acção (terapêutica em cuidados de enfermagem), para melhorar, facilitar ou promover a saúde “Meleis (1990, p. 101) (citado em Amendoeira, 2000, p. 10)“

A tomada de consciência, pelos enfermeiros, que o cuidado de enfermagem pode ser a fonte para o estudo da essência da disciplina de enfermagem, pelo processo de cuidados, mostra-nos que trabalhar os Instrumentos básicos em enfermagem, é importante porque,

“A pessoa passa a ser o centro de interesse, baseado numa relação interpessoal que ocorre entre a pessoa que necessita de ajuda e a solicita, e a pessoa capaz de dar ajuda, onde o cuidado não é um acto mecânico, mas sim humanístico.” (Amendoeira, p. 68)

Por outro lado e considerando as suposições teóricas anteriormente assumidas, “ se a preocupação dos enfermeiros for apoiar e ajudar a pessoa a obter níveis de bem – estar superiores aos que possui; se acreditarmos que aquela pessoa está a viver a situação de uma forma diferente e única de qualquer outra pessoa, toda a concepção e organização do cuidado se modificará. A obtenção de resultados diferentes, fazendo embora as mesmas coisas, será uma realidade.” (Ib. p.68)

Consideramos que para “... existir um processo de cuidados, é necessário que se considerem as actividades de enfermagem desenvolvidas pelos enfermeiros, tendo por base a interacção entre estes e os clientes, mas também com outros actores, na perspectiva da interacção social e transdisciplinaridade, anteriormente referidas. Este é um processo de interacção entre os diferentes actores sociais em que mutuamente se elucidam, embora com competências diferentes e complementares, no sentido de que a relação seja a mais adequada.” (Ib. p. 70)

O que referimos antes, quanto à necessidade e importância da teorização em enfermagem, valida uma perspectiva de integração teórico – prática, não dicotómica mas dialéctica (Amendoeira, 1999).

O enfermeiro ao adoptar uma estratégia de intervenção centrada nas necessidades dos clientes, foge ao trabalho realizado por tarefa, podendo o processo de cuidados tornar-se num momento de ligação entre o doente e um profissional que pretende prestar cuidados de qualidade, pois “é o processo de classificação que permite à burocracia profissional decompor as suas diferentes tarefas operacionais e consigná-las a profissionais que são relativamente autónomos (Mintzberg, 1996).

É quando se começa a valorizar a relação prestador de cuidados / utilizador de cuidados, que se desenvolvem os métodos e os instrumentos de planeamento e organização do trabalho e que surgem os primeiros modelos teóricos sobre o cuidado de enfermagem. “ Mas pensamos ser o momento para assumir o que consideramos e entendemos por “... processo de cuidados como um processo de interacção, onde o centro de interesse é a pessoa e onde o profissional possui conhecimentos específicos que lhe permitem fazer o diagnóstico e o planeamento do cuidado, que ele próprio executa e controla “ (Amendoeira, 2000).

Assim sendo, para além dos aspectos puramente cuidadosos comuns a todos os intervenientes da equipa, não pode ter-se do exercício da enfermagem uma imagem que os restrinja a actividades e a tarefas. Embora seja necessário mantermo-nos atentos e não sermos redutores, podemos afirmar que as enfermeiras e os enfermeiros dispõem de alguns meios muito particulares que fazem parte dos seus recursos e que lhes conferem a especificidade necessária para garantir a sua função de perito e de conselheiro”, tal como refere Hesbeen, (pp. 33-34).

Toda a actuação do enfermeiro deverá assim ter por base o respeito e a confiança procurando que a resposta encontrada para cada situação vá sempre ao encontro das necessidades e interesses de cada pessoa.

De salientar que o respeito perante cada pessoa manifesta-se pelas atitudes do enfermeiro e pela forma como cuida dessa pessoa.

Segundo Chaliffour é o respeito caloroso que permite ao enfermeiro reconhecer a unicidade da pessoa e o seu direito a pensar de modo diferente.

Desta forma, cabe ao enfermeiro, enquanto cuidador por excelência, e sempre que tal se justifique assumir a responsabilidade de defender o utente, o que para alguns autores toma a designação de “ser advogado do doente”, e que para Sellin (1995) é uma expressão directa do cuidar.

O enfermeiro, ao advogar a favor do doente, assume a sua protecção e dos seus interesses, defendendo-o, protegendo a sua dignidade, privacidade, interesses e decisões. Para tal é essencial que na prática de enfermagem os valores humanos estejam presentes, como guia para as acções, reflexões, decisões e acções dos enfermeiros.

Se conceptualmente é a pessoa o alvo e objecto do sentido do *cuidado de enfermagem*, o que acontece é que existe uma divisão de trabalho baseada na perspectiva medicocêntrica da organização do mesmo, baseado em tarefas / actividades, que deverão ser realizadas em cada turno de trabalho, emergindo dificuldades em clarificar o que é da **pessoa** e o que é do **turno**.

Este questionamento conduz-nos essencialmente aos métodos e instrumentos utilizados pela disciplina de enfermagem.

Nesta perspectiva, pensamos que a rotina que responde exclusivamente a cuidados parcelares (orientação para a tarefa) que se constituem numa padronização de cuidados e não dos procedimentos dos mesmos, não tem, na maioria das vezes influência no bem estar das pessoas.

Se a organização do trabalho se desenvolve em torno da tarefa, o enfermeiro mantém o papel técnico que lhe advém essencialmente da habilitação que lhe concede o poder para executar um conjunto de cuidados que decorrem da prescrição médica, continuando a depender, embora implicitamente, do papel moral em tudo o que foge a essas tarefas.

O estatuto que este papel confere ao enfermeiro, torna-o de facto auxiliar do médico mesmo e, essencialmente nas expectativas do doente e / ou família, descaracterizando por completo a sua prestação de cuidados, baseada numa lógica de desenvolvimento de tarefas.

Desta apreciação emergem dois aspectos:

- no que concerne à organização funcional do trabalho, faz com que terminadas as tarefas, fique terminada a intervenção que tem como contexto o turno e não as pessoas;
- relacionado com este aspecto está associado a descaracterização do *cuidado de enfermagem*, quando por exemplo não é valorizado pelos enfermeiros o tipo de informação que se mobiliza para o doente e / ou familiares.

Se estudarmos a prática dos cuidados e procurarmos compreender o(s) sentido(s), contribuiremos para a clarificação dos conteúdos disciplinares da enfermagem e muito concretamente do *cuidado de enfermagem*.

Esta evidência investigativa é também corroborada por Rebelo, quando refere que “ a cada enfermeiro cabe realizar tarefas / rotinas que variam em função do turno de trabalho, impedindo que o cliente de enfermagem assuma contornos que o definam como tal. De facto uma organização de trabalho deste tipo, não tem em conta a pessoa como finalidade do cuidado de enfermagem.

Refere ainda a mesma autora que “... para as enfermeiras, as práticas de cuidados assentam em conhecimentos de diferentes tipos, cuja mobilização e função parece estar fortemente condicionada, quer pelo nível de competência adquirida (Benner, 1984), quer pelos contextos onde exercem.

Esta questão procuramos compreendê-la neste estudo, pela mobilização de análise relativa aos diferentes contextos onde os sujeitos populacionais de investigação, pertencem ou foram produzidos.

Mas ao falarmos de competência, interessa reflectir um pouco sobre a complexidade e responsabilidade da prática de enfermagem actual, mobilizando para o efeito o Modelo de aquisição da perícia de Dreyfuss.

Este modelo oferece um instrumento útil para fazer essa diferenciação, que a este nível e quanto a nós se situa no âmbito da destreza enquanto instrumento básico, que trataremos a seguir.

Segundo Benner (1984) “...o modelo (...) considera incrementos na perícia do desempenho baseada na experiência, bem como na educação...”.

Correntemente a linguagem utilizada para falar acerca da prática de enfermagem é demasiado simples, formal e sem contexto para captar a essência e complexidade do perito em enfermagem.

Mas como conciliar esta questão na lógica da instrumentalidade que pretendemos clarificar na disciplina ?

“...os modelos formais reconhecem e captam áreas de desempenho típicas dos enfermeiros principiantes, dos enfermeiros avançados ou dos principiantes competentes “ (Benner, 1984), razão pela qual a estratégia pedagógica inerente a este modelo de análise das práticas, inclua o estudante como parte interessada no acompanhamento de enfermeiros dos diferentes níveis na prestação de cuidados.

Mas, continua a autora “...uma vez que os modelos formais se centram na estrutura ou no processo, os conteúdos e os aspectos relacionais da prática dos cuidados de enfermagem, mesmo nos níveis iniciais, ficam por descrever”.

É neste sentido que para nós se tornou imprescindível a valorização da descrição, também dos conteúdos da prática, visto pelos estudantes através da identificação e validação dos Instrumentos Básicos de Enfermagem.

E isto porque, para nós é importante que os estudantes, logo numa fase inicial aprendam através da experiência, mas em que esta “...para além da formação e preparação formal, é requerida para desenvolver a competência de estar e lidar com as situações complexas do cuidado, não unicamente através de conceitos ou teoremas”. (Ib. p. 10).

Neste modelo (de perícia de Dreyfuss, relacionando com os níveis de competência) a experiência não é a mera passagem do tempo ou a longevidade; é antes o refinamento de noções e teorias pré – concebidas ao encontrar muitas situações práticas reais, que acrescentam à teoria nuances ou sombreados de diferença “ (Ib. p. 12).

Passamos em seguida, à caracterização teórica de cada um dos Instrumentos Básicos em Enfermagem em estudo, apresentando as principais características no quadro síntese.

Quadro 2 – Síntese dos diferentes instrumentos básicos em enfermagem por dimensão do processo de cuidados

IBE	CONCEPÇÃO CUIDADO	ORGANIZAÇÃO CUID	EXECUÇÃO CUIDADO	REGISTO CUIDADO
Relação de Ajuda	Interação entre duas pessoas. Holismo Abordagem Humanista, ver-tente relacional Formal e Informal Atitudes específicas	Base do exercício da enfermagem Fornecer as condições ao cliente, autonomia Adaptação ao contexto dos cuidados	Satisfação das necessidades da pessoa Utilização das potencialidades do cliente	Centralidade na resposta dos clientes Descrição de níveis de bem estar
Comunicação	Parte integrante do comportamento humano Processo Comunicacional, emissor / receptor / mensagem / código Métodos de Comunicação		Satisfação das necessidades do cliente, atendendo às suas respostas	Avaliação do sucesso terapêutico
Criatividade	Desenvolvimento de habilidades no sentido de promover modos válidos de ajudar Competência para perceber pelo para a imaginação e espírito criativo	Interpor o que é avaliado com a pessoa, actividade desenvolvida e o seu resultado valorizando o significado atribuído pela pessoa à necessidade de ajuda	Utilização dos IBE de forma adequada aos diferentes indivíduos, momento certo no local adequado e com um método apropriado.	Experiência de
Princípios científicos	Princípios e valores do cuidar (Kerouac). Care e Cure. (Modelo do Cuidar / Curar. Modelos Teóricos: Correntes Tradicionais. Perspectiva Moderna. Pessoa como parceiro dos cuidados	Orientado para a pessoa Em parceria Funções Interdependentes / Autónomas Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de acordo com o eixo Dependência / Independência das pessoas	Respostas humanas à intervenção de enfermagem
Destreza	Manual Intellectual Competências Profissionalidade	Tradicional - técnica Científica – racional analítica	Centrado na tarefa Centrado na pessoa	Descrição das acções Descrição / análise das respostas
Observação	Processo de atenção e inteligência Acto reflectido de natureza analítica Incide sobre a informação da situação individual da pessoa Mobiliza adequadamente os cinco sentidos Existem factores extrínsecos e intrínsecos ao observador – idade; curiosidade; impaciência; simpatia; empatia; conhecimento de si)	Separar o facto da situação O resultado da observação é o real ou o contingencial (ter em conta os factores que influenciam a observação – a nível físico; intelectual e relacional) Utilizar os métodos e instrumentos precisos Dados colhidos essenciais para o planeamento da intervenção com a pessoa com quem interage	A relação estabelecida deve ser adequada à pessoa e à situação	Registo de todos os elementos observados e as relações hipotéticas entre eles Os dados devem ser registados após a observação
Entrevista	Procedimento de investigação científica que utiliza a comunicação Modelos de entrevista Relação terapêutica (respeito; tolerância e aceitação) Técnica para obtenção da informação específica Factores extrínsecos (ambiente físico) Factores intrínsecos (congruência e autenticidade, confidencialidade e respeito pela individualidade) Tipologia da entrevistas	Encontro com as pessoas, pelo modelo cooperativo Privacidade Observação da linguagem corporal e dos códigos não verbais Seleção adequada do espaço; explicar o objectivo; manter o contacto visual Compreender o que leva a pessoa à procura de cuidados Elaboração de diagnóstico de enfermagem	Centrar a atenção na situação da pessoa 1ªFase-Introdução 2ªFase-Desenvolvimento 3ªFase-Recapitulação 4ªFase-Finalização Entrevista formal	Deve confirmar, classificar e proporcionar a informação
Processo de Enfermagem	Envolve uma relação interactiva entre o cliente e o enfermeiro Cinco etapas (Histórico; Diagnóstico; Planeamento; Implementação e Avaliação) É intencional; sistemático; dinâmico; interactivo; flexível e baseado em teorias. Conhecimento global da ciência e da teoria Competências (científica; técnica e relacional)	Centralidade no cliente Método sistemático e organizado da resolução de problemas Análise dos dados e interpretação criteriosa Método eficiente de comunicação da situação da pessoa Diagnóstico de enfermagem, como foco central às fases subsequentes	Envolvimento activo do doente na sua própria saúde, reforçando a sua satisfação Desenvolvimento de estratégias, para prevenir, minimizar e corrigir os problemas identificados no DE	Registo do atendimento da pessoa e família em documentos apropriados. Confirmação da execução do plano de cuidados; permitem a avaliação contínua Continuidade de cuidados

Trabalho de Equipa	Resposta eficaz às solicitações dos clientes Estes (indivíduo, família e comunidade), integram a equipa Conjunto de habilidades e capacidades tendo em vista o processo de cuidados Responsabilização de cada elemento da equipa, reconhecendo a interdependência entre eles, que conduz: Maior troca de informação Maior diversidade fontes Perspectiva global Pluralismo e confronto na abordagem Posições mais inovadoras	Utilização mais racional das competências e capacidades Identificar quem é o mais apto a responder à questão do cliente Individualização do cuidado de enfermagem Enunciar todos os elementos que são mais valia para o bem estar da pessoa cuidada	Cumprir um objectivo comum, na recuperação e ou manutenção da saúde e bem estar (agir com e estar com) Intervenção por cooperação e confiança mútua, na interacção enfermeiro/ /pessoa. Intervenção individualizada	
Registos	Comunicação escrita de factos essenciais Documentação do cuidado de enfermagem Instrumento disciplinar transversal Testemunho da prática do cuidar Suporte do pensamento complexo.	Científico: identificação e utilização de métodos e instrumentos de forma única e singular; abordagem holística. Tradicional:	Reflexo da intervenção do enfermeiro Oportunidade de reestruturar o plano de cuidados Informação que circula em vários sentidos (transdisciplinar) Asseguram a continuidade dos cuidados	Conteúdo: Descritivo Analítico Natureza: Centrado nas acções Centrado nas respostas.

PARTE II - PERSPECTIVA TEÓRICO – METODOLÓGICA DO ESTUDO

1 – OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Partindo do pressuposto de que a etapa de operacionalização de conceitos é uma fase intermédia entre a construção do problema e o questionamento da realidade (D’Ancona, 2000), importa-nos reflectir sobre o caminho por nós percorrido na definição das dimensões do estudo, conducentes à atribuição de indicadores e respectivas variáveis.

Pretendemos pois clarificar muito bem os conceitos (constructo teórico), qual o significado que eles têm para nós, bem como o significado que lhes queremos atribuir.

Neste sentido, o conceito de cuidado de enfermagem do qual partimos, torna necessário considerar também a perspectiva dos métodos e instrumentos, sendo que a relação entre estes e a própria disciplina se faz, tal como já referimos, a diferentes níveis.

Nesta lógica podemos, a partir de um conceito construído através de uma reflexão teórica, seguir um movimento dedutivo, uma vez que, segundo Fortin “ com a ajuda do raciocínio dedutivo, o investigador elabora suposições teóricas ou hipóteses baseadas em princípios científicos gerais “, obtendo por esta via um conceito definição.

No entanto, tal não é nosso objectivo, uma vez que pretendemos que o conceito de cuidado de enfermagem seja construído não só através de uma reflexão teórica, como também de uma reflexão sobre a análise das práticas, seguindo um movimento indutivo, que segundo Fortin “ consiste numa generalização a partir de relações precisas, observadas na realidade “ (Fortin, 1998).

Partindo assim da análise das práticas, valorizamos o princípio de interacção entre os diferentes actores, aqui com ênfase nos estudantes e enfermeiros da área da prestação de cuidados.

1.1 – TIPO DE ESTUDO

O estudo é do tipo exploratório e descritivo.

Exploratório porque, “ visa obter novos conhecimentos, pela descrição, comparação e classificação de observações relativas a certos conceitos” (Fortin, p.204).

Segundo Gil (1989) “ este tipo de pesquisa é realizado quando o tema em pesquisa é pouco explorado...e tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vista à formulação de problemas mais precisos...para estudos posteriores” (pp. 44-45).

Descritivo, porque nos interessa adoptar um processo ordenado que nos leve a percorrer uma série de etapas, desde a definição do problema à obtenção de resultados “ (...) aliando esta sistematização com a necessidade de “...observar, descrever, interpretar e apreciar o meio e o objecto tal como se apresentam, sem procurar controlá-los (...) sendo nosso objectivo descrever e interpretar, mais do que avaliar” Fortin (1999, p.22)

Ainda para a mesma autora (1999, p.240), “ num estudo descritivo (nível II), os investigadores descrevem os factores ou variáveis e detectam relações entre essas variáveis ou factores. Escolherão por conseguinte métodos de colheita de dados mais estruturados, tais como o questionário(...) “.

De acordo com Vala (1986, p. 105), neste tipo de estudo o investigador, “ visa a descrição tão exhaustiva quanto possível de um acontecimento, de um caso, de uma população...”

Sendo nosso objectivo compreender o fenómeno em estudo, a abordagem compreensiva, parece-nos a que melhor dá resposta ao mesmo, concordando com De Bruyne (1991) quando afirma que este tipo de abordagem visa apreender e explicitar o sentido da actividade social, individual e colectiva, enquanto realização duma intenção.

Esta mesma ideia é corroborada por Fortin (1988, p. 227), segundo a qual “o enfoque é colocado na exploração da profundidade, da riqueza e da complexidade que caracteriza alguns fenómenos”.

Ao pretendermos realçar os laços entre teoria, a investigação e a prática, a autora anteriormente citada sugere a triangulação, consistindo esta “no ponto de articulação dos componentes que fornecem novos conhecimentos relativamente ao mesmo fenómeno” (Ib, p. 322), o que explicitamos em seguida.

1.2 - TRIANGULAÇÃO

Importa-nos perceber a relação existente entre as variáveis (e respectivas modalidades) do questionário, com o sistema de categorias que integram a grelha de análise.

Neste sentido, propomo-nos explicitar a triangulação por nós utilizada, resultante “ de uma combinação de métodos e perspectivas que permitem tirar conclusões válidas a propósito de um mesmo fenómeno” (Fortin, 1999), aumentando assim, segundo a referida autora, a amplitude e profundidade do estudo.

Optámos pela combinação de métodos de natureza quantitativa, operacionalizados pela elaboração de um questionário), com métodos de natureza qualitativa (operacionaliza-

dos pela técnica de análise de conteúdo), concordantes, segundo a autora em epígrafe, “ com a combinação de duas ou várias estratégias diferentes de investigação aplicadas a uma mesma unidade empírica “ (Fortin,1999).

Assim, e numa perspectiva de análise compreensiva que já vimos a referir, importa-nos neste momento perceber qual a relação entre os temas contidos no questionário, (aplicado às populações 1 e 2 - p.55), e as subcategorias inerentes à grelha de análise que utilizamos para a população 3 (documentos produzidos pelos alunos – p.55) constituindo-se estes em dois pólos de análise que importa relacionar.

Ao nível da primeira dimensão do questionário (concepção do cuidado de enfermagem), ao relacionarmos aquela com o mesmo tema da grelha de análise documental, demarcam-se algumas intersecções que importa realçar, sustentadas pela análise dos sentidos de cada uma das modalidades das diversas questões (variáveis do estudo), relacionadas com as subcategorias inerentes à grelha de análise.

Assim, ao fazermos este percurso, consideramos o domínio empírico do conhecimento com o propósito de descrever, explicar e prever fenómenos, que especialmente digam respeito à disciplina de, fazendo-nos sentido que este tenha visibilidade:

- pela mobilização de conhecimentos teóricos
- pelos conhecimentos construídos a partir da formação (geral ou específica)
- pela utilização de princípios científicos na acção quotidiana de cuidado
- pelo desenvolvimento de modelos teóricos em enfermagem
- pelo conhecimento dos princípios físicos e biológicos das Ciências Naturais
- pela avaliação da pessoa (identificação de necessidades humanas básicas)
- pela organização científica do trabalho

Os aspectos supra enumerados tornam visível o que queremos realçar no domínio empírico do conhecimento, defendido por Carper (1997), e que consideramos fundamental a toda a acção do enfermeiro, uma vez que, ainda segundo a referida autora “ o primeiro padrão fundamental do conhecimento em enfermagem é empírico, factual, descritivo, e direccionado para desenvolver explicações abstractas e teóricas “ (Ib. 1997), enquadrando-se por isso a este nível todo o discurso que se aproxima muito do discurso teórico.

Relativamente ao domínio estético do conhecimento, relevamos de acordo com Carper, a empatia – que é a capacidade para participar com ou experienciar os sentimentos de outro” (Carper,1997), como uma das dimensões mais importantes na forma como o

enfermeiro concebe um relacionamento com a pessoa, baseado nesta lógica de relação, mobilizando os seus conhecimentos e colocando-os à disposição daquela.

Nesta linha, este domínio de conhecimento, ainda segundo a mesma autora, “ é o conhecimento particular e único, mais do que uma classificação exemplar”, podendo conduzir a uma efectiva individualidade de cuidados.

Faz-nos então sentido que esta efectividade possa ser visível:

- na avaliação da situação de acordo com os problemas das pessoas
- na avaliação da pessoa pela capacidade de desenvolver as suas actividades de vida
- nos conhecimentos sobre a situação das pessoas de quem cuida
- na importância atribuída pelas pessoas cuidadas à especificidade dos seus conhecimentos
- na importância do conhecimento pela experiência
- na identificação de necessidades de ajuda na perspectiva do profissional
- no analisar a situação em interacção com outros profissionais
- na destreza com que executa as técnicas

No que se refere ao padrão do conhecimento de si, este “é provavelmente o padrão mais essencial para compreender o significado de saúde no sentido do bem-estar individual” (Carper, 1997) através das transacções e inter-relações que o enfermeiro estabelece com a pessoa, objecto de cuidados.

Esta relação pessoal e autêntica entre o enfermeiro/pessoa, é baseada:

- no conhecimento/experiência que o enfermeiro adquiriu em situações semelhantes
- na autonomia na tomada de decisão em relação ao cuidado a desenvolver com as pessoas
- na interdependência na tomada de decisão, quanto aos cuidados a prestar às pessoas
- nos conhecimentos derivados da sua experiência
- no conhecimento de si próprio
- no estabelecimento de uma relação de ajuda, desenvolvendo como conteúdos específicos: uma relação interpessoal, atitudes facilitadoras da relação de ajuda e a disponibilidade do enfermeiro.

Neste contexto, o enfermeiro mobiliza, na forma de lidar com a pessoa, experiências/vivências que ele próprio já experienciou.

Relativamente ao último componente – o padrão ético do conhecimento, é focalizado no conhecimento do certo e errado, no que deve ser feito, uma vez que, segundo refere Carper “ o conhecimento de moralidade baseia-se no conhecimento simples dos nomes

ou códigos éticos da disciplina” (Carper, 1997) condicionando as escolhas morais do enfermeiro para cada situação específica e conceitos, traduzindo-se:

- no estar com a pessoa, escutando as suas referências
- na consciencialização para a tomada de decisão ética
- nos conhecimentos que a pessoa tem sobre a especificidade do conhecimento do enfermeiro.

Tal como refere Carper “A compreensão com base em quatro padrões fundamentais do conhecimento, torna possível um aumento de consciência da complexidade e diversidade do conhecimento em Enfermagem” (Carper, 1999).

No que diz respeito aos temas organização e execução do cuidado, as subcategorias científico e tradicional apresentam variáveis sobreponíveis no questionário, divergindo na forma como o enfermeiro se posiciona conceptual, metodológica e instrumentalmente para o que vai fazer.

1.3 – POPULAÇÃO

Consideramos a população alvo enquanto conjunto de dados que expressam a característica comum para todos os objectos sobre os quais a análise incide.

Neste estudo definimos três tipos de população:

1. Enfermeiros cooperantes que participaram no programa de articulação teórico prática/projecto no âmbito dos Instrumentos Básicos em Enfermagem, no período compreendido entre 1996 e 2001. É critério de exclusão a participação apenas no Simpósio (etapa da estratégia desenvolvida) São critérios de inclusão a participação nas Observações Participativas e nos Workshop. Destes, 60 enfermeiros trabalham em Centros de Saúde e 30 em Hospitais, num total de 90 sujeitos.
2. Enfermeiros recém formados pela escola e sujeitos da formação no referido projecto. Como critério de exclusão consideramos o facto de pertencerem à população 1. Assim, considerámos um total de 47 sujeitos, sendo que oito enfermeiros trabalham em Centro de Saúde e trinta e nove em Hospitais.
3. Documentos produzidos pelos estudantes no âmbito do referido projecto: 90 registos das observações participativas considerados mais significativas pelos

alunos ⁽¹⁾ (uma por aluno) do 1º ano do primeiro e segundo Cursos de Licenciatura em Enfermagem.

16 trabalhos escritos (dois por Instrumento Básico em Enfermagem) sendo oito referentes ao primeiro Curso de Licenciatura em Enfermagem e os restantes oito do segundo Curso de Licenciatura em Enfermagem. Os temas dos referidos trabalhos são – Relação de Ajuda; Trabalho de Equipa; Registos; Comunicação/Criatividade; Princípios Científicos e Destreza; Observação; Processo de Enfermagem e Entrevista. A selecção destes documentos baseou-se no facto dos estudantes serem um dos principais intervenientes neste processo e os documentos por eles produzidos constituírem um “ feed – back “ que ajudará a clarificar a estrutura da enfermagem, na forma como é percebida pelos mesmos.

1.4 – DISPOSITIVOS DE PRODUÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

O questionário

A construção do presente questionário baseou-se na operacionalização do conceito de enfermagem por nós proposto, considerando as dimensões e indicadores, bem como as variáveis em estudo, de acordo com quadro A, em anexo.

Neste sentido o questionário é organizado em torno das quatro dimensões propostas – Conceptualização do cuidado; Organização do cuidado; Execução do cuidado e Registo do cuidado de enfermagem. Contempla ainda uma dimensão que se constitui como estímulo à reflexão do sujeito e uma outra de caracterização do mesmo.

Tendo em consideração as questões de investigação, quanto aos métodos utilizados, por se tratar de um estudo descritivo de nível II (de acordo com Fortin), seleccionámos o questionário enquanto método quantitativo, que nos permitiu colher dados de uma forma sistemática, quantificáveis, contendo o menor enviesamento possível, e também porque este se constitui num método de colheita de dados que necessita de respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos sujeitos (Fortin, 1999, p. 249).

(1) No desenvolvimento da estratégia os alunos podem desenvolver várias OP, mas decidem entregar o que maior significado teve para a aprendizagem, a fim de ser discutido com o professor orientador.

As questões foram construídas com o objectivo de colhermos informação factual sobre os indivíduos, os acontecimentos ou as situações conhecidas dos indivíduos, ou ainda sobre as atitudes, as crenças e as intenções dos participantes (cf. Fortin, p.249).

O nosso questionário é constituído por 24 questões “ mistas “; 15 questões tipo Lickert; 2 questões abertas, de opinião e sugestões e 9 questões de caracterização.

O questionário, destina-se às populações “ enfermeiros cooperantes “ e “ enfermeiros recém formados “, pelas instituições já anteriormente referidas.

A fim de verificar se as questões estavam bem formuladas, de fácil compreensão e sugeriam o mesmo significado para todos, submetemos o questionário a um pré – teste que foi realizado na área de influência de uma Escola Superior de Enfermagem, com características e contexto similar ao do desenvolvimento da investigação. Previu-se a aplicação a 15 sujeitos de acordo com os seguintes critérios:

- ✓ 6 enfermeiros que desempenhem funções em Cuidados de Saúde Primários;
- ✓ 3 enfermeiros que desempenhem funções em Cuidados de Saúde Diferenciados;
- ✓ 3 enfermeiros que frequentaram o 1º ano do Curso Superior de Enfermagem no ano lectivo de 1995 / 96;
- ✓ 3 enfermeiros que frequentaram o 1º ano do Curso Superior de Enfermagem, no ano lectivo de 1996 / 97

Foram recepcionados 13 dos 15 questionários enviados.

De salientar que o questionário não sofreu reformulações após análise aos resultados do pré – teste.

Durante a primeira semana de Agosto de 2001, os questionários foram entregues por elementos do grupo de investigação, aos enfermeiros que exerciam funções nas organizações de saúde dos quais eram provenientes.

No que respeita aos enfermeiros que exerciam funções noutras organizações, o questionário foi enviado directamente pelo correio no decorrer do mesmo período.

De salientar que a todos os questionários foi anexado um envelope devidamente endereçado e selado para o reenvio dos mesmos.

A data limite para a recepção dos questionários, inicialmente prevista para sete de Setembro de 2001, foi alargada até ao dia 18 de Outubro do mesmo ano, por ter havido ainda um número insuficiente de respostas, na data acima referenciada.

Do total de questionários enviados, foram recepcionados 73:

- ✓ Enfermeiros cooperantes
 - Cuidados de Saúde Primários – 41

- Cuidados Hospitalares – 16
- ✓ Enfermeiros recém – formados
 - Cuidados de Saúde Primários – 5
 - Cuidados Hospitalares – 11

O baixo número de questionários recepcionados nesta sub-população, pode dever-se à grande mobilidade inicial dos recém formandos, o que dificultou a identificação exacta do local de trabalho.

O questionário compõe-se de seis “partes”, sendo as primeiras quatro constituídas pelas várias etapas do processo de cuidados – Concepção, Organização, Execução e Registo do Cuidado de Enfermagem; a parte V constitui-se de duas questões abertas destinadas a colher opiniões e sugestões dos inquiridos relativamente à concepção que têm acerca dos Instrumentos Básicos de Enfermagem (IBE) questionados, bem como de outros IBE a serem abordados.

A parte VI destina-se à caracterização dos inquiridos, englobando variáveis demográficas e relativas à participação no projecto de articulação teórico-prática, no âmbito dos IBE.

É constituído por um total de 50 questões, sendo 23 mistas, 10 abertas, 1 fechada e 16 tipo escala de Likert.

Grelha de análise documental

No sentido da compreensão mais global do problema em estudo, para além do questionário, consideramos de grande importância fazer análise documental, uma vez que esta proporciona dados que podem servir de ligação com outros que se vierem a obter no decurso da investigação (Burgess, 1997, p. 153).

Considerando as questões de investigação, o quadro teórico, os temas emergentes do mesmo, partiu-se para a construção da grelha de análise a aplicar à população documental que segundo Vala (1986) consiste num sistema de categorias a priori, organizado segundo a lógica – temas, categorias, sub-categorias e indicadores, (quadro nº 3).

A construção da grelha, à semelhança do que se verificou para o questionário teve por base a operacionalização do conceito de cuidado de enfermagem, exceptuando-se a dimensão do registo do cuidado de enfermagem, em virtude de ser uma dimensão que os estudantes não operacionalizam neste estadió de aprendizagem, pois no 1º semestre do 1º ano, os alunos não prestam cuidados.

Quadro 3 – Esquema para análise de conteúdo, a partir das categorias definidas a priori.

TEMAS	CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES
CONCEPÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM	Domínios do conhecimento	Empírico	Identificação da ciência de enfermagem (o tradicional e as perspectivas) Modelos teóricos de enfermagem – componentes; elementos; conceitos básicos
		Estético	Arte de enfermagem – tradicional; factual; objectividade; destreza manual; competências técnicas; descritivo; geral; a situação; o contexto e as condições dessa situação. Envolve a criatividade e a apreciação do particular e do singular Empatia Valorização do ser único e não da padronização Visibilidade através da acção
		Conhecimento de si	Compreender o significado de saúde e bem-estar através das transacções e interrelações Utilização de mecanismos de coping Relação terapêutica baseada no conhecimento de si e dos outros; relação pessoal autêntica entre as pessoas, respeito pela liberdade de posicionamento do outro enquanto ser em projecto. Responsabilidade social e profissional do enfermeiro em controlar variáveis ambientais e mesmo o comportamento da pessoa face ao equilíbrio e bem estar.
		Ético	Componente moral; dificuldade nas escolhas pessoais; dilemas individuais de ambiguidade e incerteza. Focalização no dever; julgamento do certo e do errado. Cuidar no sentido da independência máxima; escolhas morais para cada acção específica e situação concreta; consciencialização para a tomada de decisão com base nas normas, códigos e valores.
ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM	Metodologia do planeamento	Científico	Individualidade; diagnósticos de enfermagem (excepto baseados nos planos tipo; centrado na pessoa) Reflexividade na acção; análise do raciocínio na acção; processo de tomada de decisão.
		Tradicional	Homeostasia; diagnóstico clínico; dirigido ao problema e manifestações; padronização; estandardização Quantidade de trabalho; rotinização; normativo para a decisão.
EXECUÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM	Instrumentalidade	Orientação para a pessoa	Centrado na pessoa global (relacionando o problema com as manifestações) Fazer com a pessoa Estar com a pessoa Valores, princípios e normas
		Orientação para a tarefa	Centrado no problema Centrado nas manifestações Fazer pela pessoa Quantidade de trabalho Valores, princípios e normas

1.5 – APRESENTAÇÃO, TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

No que se refere aos documentos (trabalhos produzidos pelos estudantes), foi constituída uma base de dados da qual fazem parte todos os documentos da população documental antes referida.

Após a constituição do *corpus* e, segundo Bardin (1979); Ghiglione e Matalon (1993), procedemos à análise de conteúdo temático do mesmo, sujeitando-o na íntegra ao mesmo tipo de procedimentos.

O objectivo da investigação e as questões de investigação orientaram o processo de codificação do material, enquanto transformação sistemática dos dados brutos e agregação em unidades, permitindo uma descrição exacta das características do conteúdo. (Bardin, 1979)

Os procedimentos utilizados para descrever e interpretar o conteúdo do material foram os seguintes:

1. Leitura flutuante de todo o material, previamente distribuído equitativamente por todos os elementos do grupo de investigação;
2. Identificação das unidades de informação consideradas significativas;
3. Descontextualização das unidades de informação significativas, com identificação dos temas emergentes;
4. Recontextualização das unidades de informação por temas;
5. Análise temática para identificação dos temas emergentes.

Tendo-nos certificado da exaustividade e exclusividade da grelha de análise construída a priori, a qual estabelece um sistema de categorias que revela os temas emergentes da construção teórica, partimos para a definição das unidades de análise do *corpus*.

Definimos como unidade de registo a unidade de informação (Vala, 1986) recorrendo a um corte « *en esprit et non à lettre* », ou seja, baseado numa escolha resultante de operações sobre o sentido da mesma. Sentidos estes que permitiram compreender a importância dos Instrumentos Básicos na clarificação da estrutura da disciplina de enfermagem.

Como unidade de contexto, considerando-a como o «segmento mais largo de conteúdo que o analista examina quando caracteriza a unidade de registo» (Vala, 1986), permitindo ao investigador compreender esta última, definimos a página.

Para garantir a objectividade e fidelidade da análise, do grupo de investigadores, quatro formaram o grupo de juízes que procederam à análise da codificação.

Quadro 4 – A análise de conteúdo exemplificada

TEMA – Conceção do cuidado de enfermagem

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo
Domínio do conhecimento	Empírico	"...a observação é um processo dinâmico e contínuo que envolve inteligência, atenção e selecção" (T1) " a observação directa (...) implica que o observador se encontre frente ao facto a ser observado" (OP 52)
	Estético	" A esposa do Sr X (...) contou que ele já tinha estado em vários locais de saúde e quando regressou a casa a (...) pema começou a infectar" (OP 24) " A utilização do toque (...) (de forma) adequada às diferenças individuais, sociais, familiares e sexuais de cada um, devendo ocorrer no momento certo e (...) local adequado, pois a má interpretação pode fragilizar a relação entre (...) os intervenientes." (T4)
	Conhecimento de Si	" o respeito por nós mesmos é a base do respeito pelos outros(...). Este respeito (...) tem por base a capacidade de acreditarmos que somos os únicos capazes de decidir o que é melhor para nós, é ser-se verdadeiro para connosco e para com os outros." (T8) " este silêncio é também uma (...) forma de comunicação, porque quando ela (enfermeira) evita falar (promove) o quebrar do silêncio pelo utente, (...) e dirige a conversa para um assunto que possivelmente doutro modo não chegaria a abordar (...) como elemento para o tratamento da utente." (OP 87)
	Ético	" O enfermeiro enquanto defensor da pessoa, respeita e defende a (sua) autonomia(...), o que pressupõe ter acesso a toda a informação fundamental sobre os interesses pessoais e escolhas da pessoa cuidada(...)" (T 7) "...na existência de um processo interpessoal, gerir o silêncio, as atitudes de preocupação, de interesse e de respeito, são elementos que facilitam a comunicação" (OP 79)

A discussão que se segue, emerge da análise de conteúdo temática, a qual procura ilustrar a forma como é concebido o cuidado de enfermagem pelos profissionais através dos “ óculos “ focalizados e selectivos dos estudantes do primeiro ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, a partir do registo de interacção feito pelos mesmos em contexto de trabalho, bem como a análise de trabalhos de carácter teórico - prático produzidos sob orientação dos professores e com a participação de enfermeiros em momentos chave da elaboração e construção dos mesmos. Em relação à análise quantitativa, mobilizamos os dados produzidos por enfermeiros através da aplicação de um questionário, utilizando a análise estatística descritiva, através do SPSS, ilustrando a análise.

Para o tratamento e análise dos dados quantitativos, recorreremos ao SPSS, enquanto programa informático, procedendo a uma análise univariada das variáveis que compõem o nosso questionário, não tendo no entanto procedido à análise da totalidade daquelas, ficando 31 variáveis para estudo posterior.

O critério de selecção das variáveis em estudo fundamenta-se no cruzamento que quisemos fazer com os dados qualitativos.

Algumas das questões de escolha múltipla não nos permitiram analisar os dados através do número de inquiridos, porque se posicionaram numa determinada modalidade que era mais abrangente, pelo que tivemos de utilizar o método das dicotomias múltiplas, o qual nos permitiu transformar cada uma das opções de resposta em variáveis do SPSS, e assim perceber melhor o comportamento dessas respostas.

Conscientes de que estas novas variáveis não eram de facto variáveis normais, mas sim, de facto, uma única variável, decorrente de uma escolha múltipla, agrupámo-las em conjuntos, aos quais demos a designação das variáveis anteriores, apresentando no quadro seguinte a sistematização dessa alteração.

Quadro 5 – Transformação das variáveis iniciais, pelo método das dicotomias múltiplas

DOMÍNIO	NOME DO CONJUNTO DEFINIDO
Concepção	Quando cuida de uma pessoa Utilização raciocínio científico Conhecimento pessoa cuidada Relação intervenientes processo cuidados Acção quotidiana visibilidade Conteúdos princípios científicos Conteúdos específicos relação de ajuda
Organização	Planeia intervenção Planeamento cuidados Planeia trabalho capacidade Processo de enfermagem Conteúdos abordar Estratégias autonomia
Execução	Executa cuidados Executar cuidados Interacção intervenientes Aspectos chave comunicação
Registos	Registos quotidianamente Habitualmente faz registos Registos qualidade cuidados Dispositivos registos cuidados Aspectos chave

PARTE III – ANÁLISE COMPREENSIVA DOS RESULTADOS

1 – UM ESQUEMA DE ANÁLISE

A perspectiva teórico-metodológica que assumimos, a partir da concepção da disciplina como ramo do conhecimento, organizada em torno dos conceitos, dos métodos e dos instrumentos, conduziu-nos ao esquema de análise que a seguir apresentamos (figura 8). Concebermos a enfermagem enquanto disciplina, procurando clarificar a natureza e a estrutura de conhecimento, sugere a referência dos aspectos teóricos existentes, ligados a enquadramentos conceptuais suportados por conceitos básicos assumidos na enfermagem como o metaparadigma.

Podemos, no entanto, procurar as evidências dos mesmos pela mobilização dos conhecimentos tanto na componente académica como na componente profissional, dicotomizando-os ou procurando integrá-los por referência a quem os produz.

Procuramos com esta investigação, valorizar numa lógica de integração das duas componentes, a partir de um quadro teórico explícito, os domínios do conhecimento (Carper, 1997), e fazê-lo a partir do processo de cuidados produzido pelos enfermeiros, enquanto sujeitos de investigação e de documentos produzidos por estudantes, mas que emergiram do processo de aprendizagem reflexivo que os segundos desenvolveram em parceria com os primeiros, no espaço de formação que é o processo de cuidados (Amendoeira, 2000).

Assumimos esta investigação fora de um “rascunho” metodológico, já utilizado noutros estudos e noutras áreas de conhecimento, conforme já referimos, preocupando-nos com a perspectiva sintática da enfermagem, integrando-se num sistema de valores (científicos e de ética profissional) e os constrangimentos próprios ao desenho de investigação. Acreditamos que a perspectiva de investigação sociológica, num paradigma compreensivista, contribuem para um questionamento distanciado da disciplina, embora no interior da sua estrutura, produzindo e formalizando resultados e conclusões que a própria disciplina mobiliza no seu desenvolvimento.

Ao considerarmos o conceito de processo de cuidados através de quatro dimensões – A concepção, a organização, a execução e o registo do cuidado de enfermagem (quadro nº 3) assumimo-lo como espaço de formação, onde os estudantes apreendem a importância da estrutura da disciplina de enfermagem, mobilizando os conceitos e o método, pelo estudo dos instrumentos básicos para uma adequada intervenção no cuidar.

No nosso estudo, a **concepção do cuidado de enfermagem** é analisada a partir da proposta de Carper, no que concerne aos domínios do conhecimento em enfermagem, concretamente o

- **Empírico** – padrão de conhecimento que é geralmente designado como «ciência de enfermagem», que não representa hoje em dia, o mesmo grau de integração abstracta e explicação sistemáticas, característica das ciências mais maduras, embora toda a literatura de enfermagem reflecta tal, como ideal. Parece haver um entendimento, que é uma necessidade crítica para o conhecimento sobre o mundo empírico, conhecimento que é sistematicamente organizado em leis e teorias gerais, com o propósito de descrever, explicar e prever fenómenos, que digam respeito à disciplina de enfermagem.
- **Estético** – envolve a percepção de particularidades abstraídas que se distinguem do reconhecimento do universal abstraído. É o conhecimento do particular e único, mais do que o generalizável, na medida em que permite experienciar os sentimentos do outro. A criatividade é uma dimensão importante para definir a componente estética, na medida em que considerarmos a enfermagem como uma arte, que se torna visível pela acção desenvolvida para providenciar o que os doentes requerem para restaurar ou promover as suas capacidades para lidar com as exigências da situação.
- **Conhecimento de Si** – envolve um processo de relação interpessoal com ênfase nas relações e transacções, com carácter subjectivo, concreto e contextual. Trata-se de uma relação terapêutica baseada no conhecimento de si e dos outros e no respeito pela liberdade de posicionamento do outro enquanto ser em projecto. A pessoa é assim responsável pela sua saúde, não sendo aceitável qualquer orientação interpessoal manipuladora.
- **Ético** – onde se valoriza a componente ética da enfermagem que está focalizada na obrigação ou no que deve ser feito, assumindo o respeito como valor fundamental. Requer a compreensão de diferentes posições filosóficas relacionadas com o que é bom, o que deve ser, o que é certo; de diferentes estruturas éticas desenvolvidas para lidar com os julgamentos morais, bem como diversas orientações, quanto à noção de obrigação.

Consideramos que estes domínios sistematizam para além da concepção de cuidado, também a organização, a execução e o registo do mesmo, criando a base da estrutura que permite a interacção entre os conceitos, os métodos e os instrumentos da disciplina.

A **organização do cuidado de enfermagem** ocorre de acordo com a concepção do mesmo, e quanto à metodologia do planeamento, como uma forma de pensar reflexiva e analítica, baseada no diagnóstico de enfermagem, definindo a pessoa como foco de atenção do cuidado.

- **Tradicional** – é de índole empirista, assenta na rotina e na standardização das tarefas, visando responder aos problemas dos doentes de forma imediata, baseado numa concepção dualista e reducionista.
- **Científico** – valoriza uma visão multiparadigmática, privilegiando uma forma de pensar reflexiva e analítica, baseada no diagnóstico de enfermagem, que orienta para o cuidado de enfermagem, onde a centralidade é na pessoa integrada no seu meio.

A **execução do cuidado de enfermagem**, acontece no encontro entre a pessoa que cuida e a pessoa que é cuidada, podendo ocorrer, de acordo com a concepção e a organização do cuidado como uma orientação:

- **Orientação para a pessoa**, implicando na sua operacionalização mobilizar determinados instrumentos básicos que permitirão cuidar numa perspectiva holística e humanista, onde a pessoa é entendida como o centro do processo de cuidados.
- **Orientação para a tarefa** – onde a execução dos cuidados se organiza em torno de diferentes tarefas, sendo a doença que orienta o trabalho do enfermeiro e não assumindo a pessoa, qualquer centralidade no processo de cuidados.

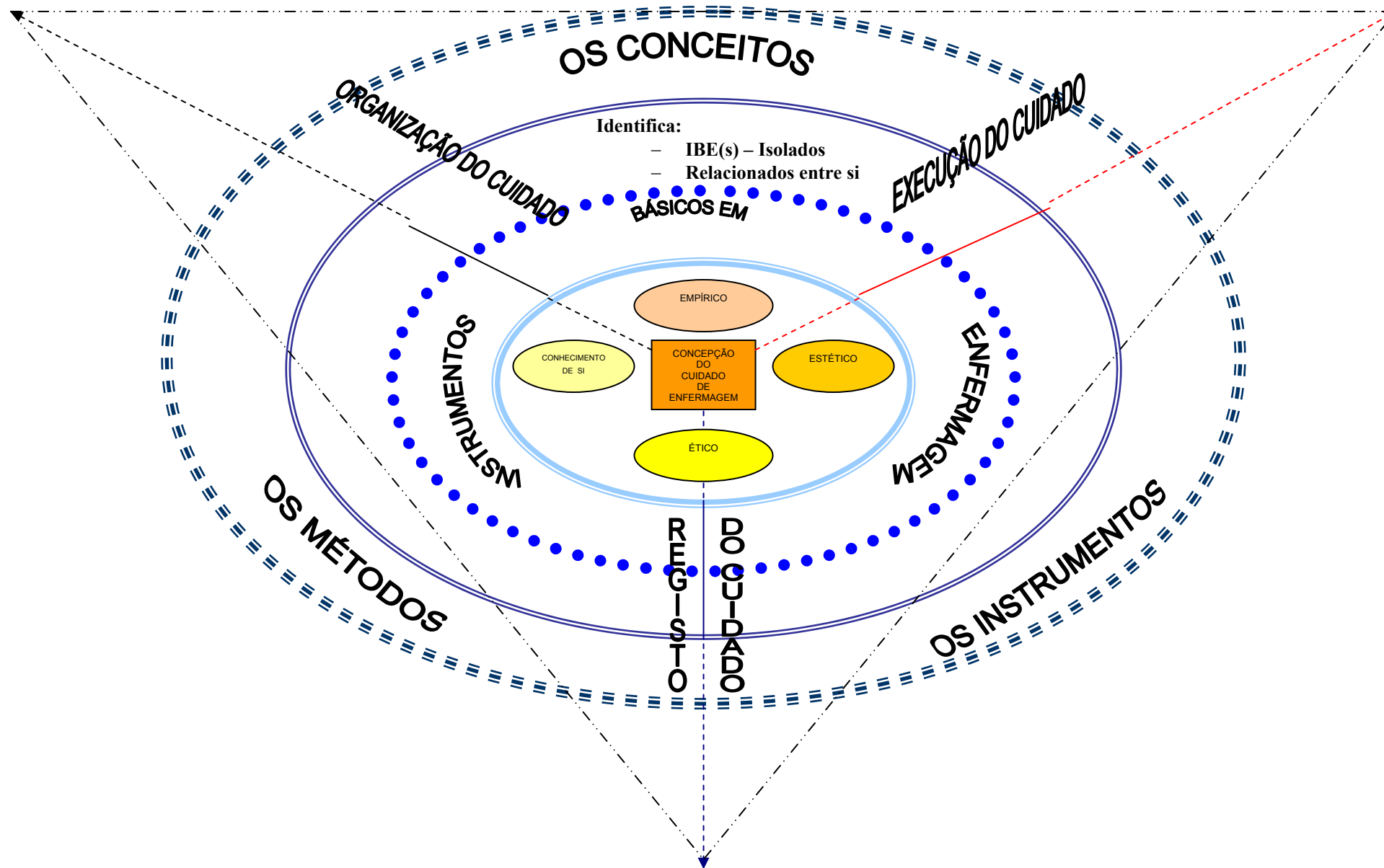
O **registo do cuidado de enfermagem**, é um tema integrador dos anteriormente referidos, na medida em que consubstancia e dá visibilidade aos mesmos, através de «escrita» do cuidado de enfermagem, permitindo apreendê-lo na sua especificidade, quanto:

- **Ao conteúdo** - o «que» se regista
- **À natureza** – o «quê» se regista,

reflectindo ambos uma concepção do cuidado, uma forma particular de organizar o cuidado e um tipo de orientação particular no que se refere à execução do mesmo.

De acordo com a análise compreensiva que pretendemos desenvolver, na lógica de triangulação de dados qualitativos e quantitativos, permite-nos este esquema, em futuros trabalhos na área dos conceitos e dos métodos, propor uma sistematização da disciplina de enfermagem, a partir do processo de cuidados.

Figura 8 - A DISCIPLINA DE ENFERMAGEM – ESQUEMA DE ANÁLISE



2 - CONCEPÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

O nosso enquadramento teórico suporta o estudo da disciplina nas duas componentes académica e profissional, quanto à natureza, procurando perceber a estrutura do conhecimento aqui utilizado, a partir da análise do estatuto atribuído aos Instrumentos Básicos em Enfermagem identificados pelos diferentes intervenientes, como essenciais à construção e desenvolvimento da disciplina de enfermagem.

Pretendemos fazer com esta análise, não uma descrição e classificação do fenómeno, pela observação directa, mas antes um movimento que reflita "... a mudança que consideramos ser essencial, para uma análise teórica, que procure ou proponha explicações onde se alicercem os factos empíricos observados e classificados (...)", mudança esta visível através de um "...vocabulário mais teórico embora emergente do observado, cujos termos têm um significado distinto, somente no contexto da teoria explicativa correspondente" e isto na medida em que "...algumas destas estruturas conceptuais, parecem ter mais potencial que outras, providenciando explicações que sistematicamente servem para descrever fenómenos e podem permitir uma precisão mais correcta, bem como um controlo dos mesmos." (Carper)

De acordo com a grelha de análise documental por nós construída e utilizada no que concerne à análise dos documentos, segue no quadro nº 5, a relação entre sub – categorias e categorias do tema em análise.

De forma integrada e emergente da análise temática, serão identificados enquanto estrutura da instrumentalidade da disciplina, os instrumentos básicos em enfermagem cujos sentidos atribuídos consideramos de maior importância para a clarificação da referida estrutura da disciplina.

Quadro 6 - Categorias e Subcategorias no âmbito da Concepção do Cuidado de enfermagem

TEMA	CATEGORIA	SUB - CATEGORIAS
Concepção do cuidado de enfermagem	Domínios do conhecimento	Empírico
		Estético
		Conhecimento de Si
		Ético

Domínios do Conhecimento

Na sequência do atrás referido, clarificamos o que entendemos serem os indicadores que numa dimensão conceptual suportam a análise. O movimento parte neste momento da identificação dos IBE, enquadrando-os nos aspectos teóricos que os suportam, mas fundamentando-os pelos aspectos teóricos que permitem enquadrá-los na subcategoria em análise.

Empírico

Neste domínio em análise vamos identificar a « ciência de enfermagem », mobilizando da observação empírica tanto a lógica do modelo tradicional da prestação de cuidados como a dos modelos considerados na nova perspectiva, essencialmente nas novas formas de cuidar.

Nesta lógica torna-se essencial a mobilização para esta análise, dos modelos teóricos de enfermagem, essencialmente no que caracteriza o metaparadigma de enfermagem.

Reforçando a importância dos instrumentos básicos para a clarificação da estrutura e após a identificação dos que apresentam uma maior ocorrência pela presença no corpus, passamos a analisar o facto de todos os instrumentos básicos estarem presentes, embora com ênfase diferente.

Quadro 7 – Ocorrência dos Instrumentos Básicos, por ordem decrescente na subcategoria Empírico.

Observação	Comunicação e criatividade	Relação Ajuda	Princípios Científicos e Destreza	Trabalho Equipa	Entrevista	Processo Enfermagem	Registos
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º

A **Observação** é o instrumento básico mais referenciado o que faz emergir a importância deste, numa lógica de valorização pelos enfermeiros da observação da realidade como forma de a conhecer melhor, tal como ilustrado por “ A observação é um processo dinâmico e contínuo que envolve inteligência, atenção e selecção “ (T1) “ observar é olhar atentamente avaliando a situação, procurando acrescentar algo ou confirmar o que já é conhecido...” (OP49).

É também pela observação que podemos construir sobre uma realidade empírica, na medida em “observar é tomar conhecimento, por uma conduta apropriada, inspeccionar, ou tomar nota, estar atento, ver...” (OP52), o que atribui a este instrumento básico uma importância crucial no desenvolvimento da disciplina a partir de uma lógica da valorização do empírico.

Mas quando falamos de observação nesta lógica, estamos perante a evidência de que o principal instrumento da mesma é a pessoa, desempenhando o papel de observador ou observado.

Nesta perspectiva a observação “...directa ocorre quando o observador está perante o observado” (OP 50), podendo ainda considerar-se como “...directa o que implica que o observador se encontra frente ao facto a ser observado” (OP52), constituindo-se como fundamental à valorização por parte do enfermeiro, da interacção entre este e o cliente de cuidados, que permita a construção da relação centrada na pessoa, numa lógica de “...encontro face a face, (em que) o enfermeiro participa na observação” (OP54).

Quando se mobiliza este instrumento para um conhecimento efectivo da situação da pessoa e em que a orientação da disciplina é a de considerar a mesma como alguém que participa no processo de cuidados, então o estudante vê o enfermeiro como profissional que não decide de forma tradicional ou com uma orientação de “fazer por”, mas que considera a “observação...o primeiro passo do método científico...” (OP54). É através da observação sistemática que podemos abrir o nosso campo de conhecimento numa perspectiva de transformação da visão do fenómeno do cuidado de enfermagem, onde para além da importância atribuída à pessoa do observado e do observador, é também atribuída grande importância ao contexto ou ambiente da observação. Estamos assim numa perspectiva paradigmática de orientação para o mundo, a que Kerouac chama de paradigma de transformação, e que podemos ilustrar da seguinte forma “...a observação é a forma mais primitiva para a aquisição de conhecimento e, continua actualmente a ser uma modalidade básica para que o Homem conheça o mundo que o rodeia” (T2). Estabelece-se quanto a nós uma reafirmação da importância da Observação como instrumento para a construção do conhecimento científico, “O Homem vulgar conhece bem o que é a observação, contudo o Homem de ciência sabe bem o quanto este processo tão fundamental, é na verdade bem complexo” (T2), na lógica da construção da disciplina de enfermagem pela emergência da prática de cuidados como aplicação dos saberes, na componente profissional e onde a transdisciplinaridade será tanto mais clarificadora, quanto se considerar a pessoa como centro do processo de cuidados.

Nesta lógica, consideramos de grande importância, que “quando se observa, é necessário (fazê-lo) integralmente, tendo em conta o « todo » e não a soma das partes” (T2), sugerindo-nos também esta postura teórica que “ a observação é um instrumento básico em enfermagem global, que

que inspira várias características a seguir, usando uma melhor execução e acompanhamento do que se pretende observar “ (T2).

Mas se estamos perante uma concepção de cuidado que ilustra a construção do saber a partir das evidências empíricas inerentes ao processo de cuidados, estamos também perante a necessidade de reconhecermos o facto de a disciplina de enfermagem não ter nascido de forma espontânea mas em que a interdisciplinaridade tem um papel importante nessa construção.

O enfermeiro é neste sentido identificado pelos estudantes como um profissional que mobiliza saberes de diferentes áreas de saber, desde as ciências naturais às artes e humanidades. É esta integração de conhecimentos que implica a necessidade de “ para observar em enfermagem, é necessário o uso de todos os sentidos não basta observar com a visão (...) é essencial utilizar o tacto, o olfacto e a audição, para observar “ (...) “ é a combinação do uso dos sentidos, que torna a observação um instrumento importante, nos cuidados de enfermagem “ (T2). A concepção de cuidado de enfermagem valorizando a centralidade da pessoa no processo de cuidados é tanto mais importante quanto considerarmos que a “primeira fonte de conhecimento (...) é a pessoa, mas para compreender e descobrir o que elas (pessoas) nos tentam explicar é necessário que o enfermeiro «reaprenda» a ver“ (T2), onde “reaprender a ver é a capacidade de descobrir toda a multiplicidade de pequenos sinais que uma pessoa transmite pelo olhar, pelo fâcies, pelo traje, postura, penteado (...)” (T2).

Desta forma estamos a contribuir para a clarificação da estrutura da disciplina, a aprender pelo estudante, na medida em que o “centro de interesse da disciplina de enfermagem é o cuidado da pessoa, que em interacção continua com o ambiente, vive experiências de saúde” (T5), valorizando o enfermeiro, a utilização dos “... instrumentos básicos em enfermagem baseados em métodos e instrumentos que têm presentes os conceitos de pessoa, ambiente, saúde e cuidado, reportando assim para o metaparadigma de enfermagem”(T5).

Para compreender a importância efectiva deste instrumento básico, interessa clarificar adequadamente o enquadramento teórico da observação quanto ao tipo e funções da mesma, no âmbito do processo de cuidados.

Neste sentido “(...) para uma observação completa é necessário ter presente conhecimentos científicos os quais são indispensáveis para uma adequada intervenção no cuidar “ (T5), torna-se essencial ter a noção de que um enfermeiro competente necessita desenvolver na acção quotidiana a observação numa dimensão metodológica que atribui ao enfermeiro o papel de observador, decidindo este em cada contexto e de acordo com a orientação que dá ao cuidado de enfermagem, o tipo de observação que desenvolve.

Assim, podemos ter observação participante onde o enfermeiro pode assumir um papel activo “...quando o enfermeiro desempenha funções que podem alterar certos aspectos do comportamen-

to do grupo (ou do indivíduo)“, ou um papel passivo, quando “...o enfermeiro está presente mas não participa, observando passivamente “ (T5).

Quanto às funções da observação podemos apontar “...cinco funções: função descritiva; formativa; avaliativa, heurística e de verificação “ (T5), passando a definir-se cada uma delas, como “A função descritiva consiste em observar a fim de descrever os fenómenos ou situações”, de grande interesse para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem como temos vindo a ilustrar ao longo desta análise, “ A função formativa, (onde) se observa para retroagir e retroage-se para formar“, em que na medida de uma conceptualização do cuidado de enfermagem onde se procura a autonomização das pessoas em interacção, assume uma importância assinalável, na medida em que permite ao enfermeiro desenvolver uma perspectiva de orientação para o mundo, levando-o a « estar com » a pessoa, numa perspectiva de educação para a saúde e bem estar.

Assume-se nesta lógica a importância atribuída à descoberta em que se constitui a interacção humana inerente ao processo de cuidados onde o maior desafio é o profissional assumir-se como alguém que parte do conhecimento da pessoa de quem cuida, pela descoberta, onde a “função heurística ou invocada (se caracteriza por) uma actividade onde se procede ao levantamento de hipóteses que serão submetidas a actividades de verificação” (T5), sugerido também por Amendoeira (1999) como essencial à compreensão do processo de cuidados desenvolvido pelos enfermeiros quotidianamente.

O movimento de construção dos saberes numa lógica indutiva que privilegia a observação empírica, passa pela procura de aplicação do conhecimento na acção quotidiana, embora numa perspectiva de validação científica que permita uma mudança de atitude mais consentânea com uma disciplina científica, apelando à “função de verificação ou observação provocada, que surge de uma situação manipulada de modo a verificar uma hipótese” (T5).

Por último, a observação na lógica que temos vindo a analisar, caracteriza-se também pela sua importância avaliativa das pessoas em situação, pelo contributo que dá enquanto técnica de colheita de dados que permita uma adequada intervenção no cuidar, falando-se neste caso em “função avaliativa quando se observa para avaliar, quando se avalia para decidir e se decide para agir” (T5).

Na perspectiva dos estudantes o modo particular como o enfermeiro mobiliza os conceitos básicos ao cuidado de enfermagem, adquire o estatuto de orientação para uma concepção do cuidado de enfermagem onde “os instrumentos básicos (...) são um veículo fundamental que conduz e serve de apoio à disciplina de enfermagem” (T5), mas onde não acontecem de forma isolada ou separadamente, fazendo com que exista uma interdependência que aqui ilustramos pelo sentido atribuído a que “da observação (...) depende a comunicação, permi-

tindo estabelecer relações de empatia e compreensão “(T1) e que no estudo que desenvolvemos, mostra ser a **Comunicação** o instrumento básico que de acordo com os registos dos estudantes surge em segundo lugar com um elevado nível de ocorrência, na categoria e subcategoria em análise, ilustrada aqui pela expressão significativa “A observação está (...) interligada com a comunicação, uma vez que só com uma boa comunicação será possível estabelecer relações de empatia e compreensão “ (T2).

A disciplina de enfermagem construída através da análise das práticas de cuidados, conduz à compreensão da importância que tem o alvo dos cuidados, seja o indivíduo, a família ou a comunidade, como sujeitos do cuidado e não apenas como objecto do mesmo. Para isto é essencial que “...no campo da enfermagem (...) (se) apele à eliminação de um agir rotineiro e para o aparecimento de um cuidar centrado na família, utente e comunidade, tendo como princípio fundamental o respeito pela singularidade da pessoa”(T1), no sentido em que a interacção desenvolvida entre o enfermeiro como profissional e a pessoa, pode ser caracterizada de diferentes formas.

Para os estudantes, a comunicação enquanto instrumento básico, parece ilustrar a importância que tem para o processo de cuidados colocar a pessoa no centro do mesmo, considerando que “...é objectivo de qualquer tipo de comunicação provocar uma resposta, sendo por isso um processo” (OP 48), “...em que ocorre transferência de informação, podendo haver diálogo” (OP 12). Este diálogo ocorre em torno de dois tipos de comunicação “ ...- verbal, expressa oralmente e a não verbal, (por) gestos, expressões do rosto, postura, movimentos do corpo e silêncio “ (OP12), sendo ambas valorizadas no referido processo de comunicação, que induz necessariamente feed-back, por forma a perceber a participação efectiva do cliente no processo de comunicação.

Sugerem-nos algumas das unidades de registo que nem sempre a comunicação verbal é a mais importante, na medida em que “...a comunicação não verbal é mais eficaz que a (...) verbal, para a compreensão da mensagem por parte de uma pessoa” (T1) e ainda “...a (...) não verbal deve ser uma relação de ajuda alicerçada na empatia, apoio mútuo, na linguagem corporal, na capacidade de escuta e no silêncio activo “ (T1), mobilizando do comportamento humano, a interacção entre a acção desenvolvida pelos enfermeiros com as pessoas e não para as pessoas, através da valorização da mímica, das expressões faciais, dos sentimentos, frequentemente percebidos nos momentos de encontro entre os enfermeiros e as pessoas cuidadas, ilustrado pelo seguinte “...a comunicação constitui o cerne das relações humanas e por isso torna-se essencial (...) nos cuidados de enfermagem “ (OP 42).

Quando falamos da comunicação verbal, emerge quase sempre a maior visibilidade da mesma, no entanto, consideramos que o processo de comunicação em si, “(...) é um proces-

so relacional complexo (...) engloba a pessoa no seu contexto (...), pode –se estabelecer diálogo ou não (...) há transferência de informação...” (OP 29).

Porque temos referido a importância de olharmos para a comunicação enquanto processo, valorizamos o facto dos estudantes percepcionarem que enfermeiro é simultaneamente emissor e receptor, com a responsabilidade de adequar a mensagem e os códigos, através de uma linguagem que deve ser acessível à descodificação dos clientes enquanto sujeitos do cuidado, na medida em que “...a comunicação é uma necessidade básica das pessoas de entender, comunicar e relacionar “(...) “ ...é uma necessidade básica de entender e fazer-se entender...” (OP 66/67), o que contribui para a clarificação da estrutura da disciplina, quando se refere que “A enfermagem tem como objectivo ajudar o Homem na promoção da sua saúde, apoiando-o na adaptação a diferentes estímulos, de modo a proporcionar um nível máximo de bem estar” (T1), e quando se diz que “é objectivo de qualquer comunicação provocar uma resposta, sendo por isso um processo...” (OP 70). Há no entanto que considerar as regras essenciais a uma comunicação adequada, no que concerne às características do emissor e do receptor no processo comunicacional, tal como é ilustrado “....o emissor deve ter consciência do que pretende comunicar e traduzi-lo em mensagens “ (...) “ ...deve adoptar uma atitude de empatia, tendo em conta, para isso as características do receptor de modo a poder fazer-se entender...” (OP 53).

O processo de cuidados enquanto sistema concreto da acção profissional, faz emergir a importância da comunicação como suporte ao desenvolvimento do cuidado, na medida em que “na prestação dos cuidados de enfermagem surge uma visão tridimensional enfermeiro (...), comunicação (...), utente (...)” (OP 9), promovendo a necessidade de o enfermeiro “...na relação (com o) utente, criar competências socio – afectivas (...) que têm como base a experiência da acção adquirida, ao longo do tempo que se manifesta em situações de trabalho difíceis de definir.” (T 9). Estas situações são difíceis de definir, porque emergem de contextos organizacionais complexos, onde se articulam diversos factores que conduzem à necessidade do debate sobre a visibilidade do conteúdo profissional do enfermeiro. Neste sentido pensamos que a comunicação tem um papel importante na discussão que conduza à clarificação do campo de competências, que na perspectiva de Rebelo “....deve formalizar (...) os saberes engendrados na acção (...) como contributo válido à conceptualização dos domínios do conhecimento em enfermagem”.

Por outro lado, já assumimos anteriormente que a génese da profissão e consequentemente desta complexidade é a perspectiva da centralidade da pessoa no processo de cuidados, onde se torna prioritário avaliar, para decidir e agir na lógica da satisfação das necessidades humanas básicas.

É pela mobilização das competências profissionais, alicerçadas e desenvolvidas com base nas capacidades e qualificações que o enfermeiro enquanto profissional, pode em situação ser aquele que melhor responda à satisfação das necessidades da pessoa em matéria de cuidados de enfermagem, na medida em que “...uma das competências essenciais no desempenho dos profissionais de enfermagem é a comunicação, sendo um factor determinante na relação de ajuda e na avaliação dos cuidados de saúde prestados...” (T1), para além da comunicação associamos também a **Criatividade** como capacidade a desenvolver, conforme ilustram as seguintes frases, “a comunicação e a criatividade são um conjunto de habilidades naturais que permitem no processo relacional dar resposta à satisfação de necessidades humanas fundamentais, sobrevalorizando a unicidade da pessoa.” (T1), conferindo-lhe uma dimensão de contributo para a clarificação da estrutura da disciplina de enfermagem, na medida em que a considera como importante à produção teórica pela análise das práticas, “a acção da criatividade também se manifesta no método científico, como a elaboração de teorias e hipóteses e posteriormente a sua validação” (T1), preconizado por Carper e Dicoff e James, na medida em que valorizam a teoria com a função de resumir o conhecimento, explicar os fenómenos de interesse e facilitar os meios de prever e controlar as necessidades das pessoas em situação, ilustrado pelo que é referido a seguir “...a criatividade apresenta três aspectos essenciais: fluidez, flexibilidade e originalidade (...) e é influenciada por três elementos – atitudes do grupo, consequências do comportamento criativo e contexto” (T1).

Para os estudantes o cuidado de enfermagem fundamenta-se numa **Relação Interpessoal**, onde deverá estar presente a intenção de uma ajuda promotora da autonomia do cliente, mobilizando para o efeito o potencial do mesmo, em que “...(ajudar) é um processo que compreende um conjunto de conhecimentos e competências essenciais para a prática do cuidar em enfermagem.” (OP 82). Torna-se essencial que o enfermeiro valorize o potencial humano, na lógica do crescimento pessoal onde “pela relação de ajuda (...) o enfermeiro fornece ao utente as condições de que este necessita para que satisfaça as suas necessidades fundamentais... deverá existir uma interacção entre o utente e o enfermeiro, sendo o enfermeiro o facilitador e procurando promover o crescimento no utente” (OP 6).

A disciplina, na interacção entre a componente académica e profissional, mobiliza a centralidade da pessoa no processo de cuidados, na medida em que este “é um processo intrínseco (...) aos próprios cuidados...” (T8), ao atribuir ao enfermeiro a competência profissional para promover um “processo relacional complexo...(que) englobe a pessoa no seu contexto, permitindo dar resposta à satisfação das necessidades humanas fundamentais.” (T8). A capacidade do enfermeiro em perceber e valorizar as necessidades referidas passa pelo “...respeito pelo utente (como) base fundamental da relação de ajuda. Respeitar é considerar o utente (...) um ser único e

aceitar (...) os seus valores, demonstrando (...) consideração por aquilo que ele é, com as suas experiências, os seus sentimentos e potencialidades.” (T 14).

A Relação de Ajuda pode ser considerada enquanto formal ou informal.

Esta última é imprescindível ao acto de cuidar, e caracteriza-se pelas qualidades fundamentais a uma verdadeira relação de ajuda, sobressaindo de acordo com os estudantes, das atitudes do enfermeiro, “...a necessidade de existir congruência, autenticidade, compreensão empática, respeito, escuta activa e reconhecimento.” (OP 9) e “...estabelecer-se de forma espontânea (...) em que os objectivos estão relacionados com as necessidades do momento...” (T 14), tendo em vista a eficácia da mesma.

Quanto à relação de ajuda formal é estabelecida pelo enfermeiro no decurso de encontros mais estruturados, utilizando para o efeito entrevistas bem estruturadas e “...em que os objectivos foram previamente determinados...” (T 14).

Segundo Phaneuf (1995), no âmbito dos cuidados gerais, a relação de ajuda inicia-se de forma espontânea à medida das necessidades da pessoa, tendo como objectivos “...ultrapassar uma provação, resolver uma(...) situação (...) potencialmente problemática, encontrar o (...) funcionamento pessoal mais satisfatório; detectar o sentido da existência (...) aumentar a auto-estima e o sentimento de segurança do utente; diminuir a ansiedade; fazê-lo viver (...) uma experiência positiva (...); ajudá-lo a melhorar as (...) capacidades de comunicação; manter um ambiente estimulante a nível biológico, mental, emocional e social “ (OP?).

De acordo com Donaldson, “ a perspectiva de enfermagem evolui do objectivo principal da prática em otimizar o ambiente humano promotor de saúde “, o que quanto a nós é ilustrado pelo seguinte “Este paradigma procura, no âmbito dos cuidados, o bem – estar definido pela própria pessoa” (T 6/12), nesta perspectiva a pessoa passa a ser o centro de interesse, baseado numa relação interpessoal entre quem solicita ajuda e quem tem competência para ajudar, tornando o cuidado um acto humanístico e não mecanicista.

Parece claro quão essencial é, e que apesar de nem sempre a relação de ajuda / relação interpessoal ser estabelecida de um modo formal, este é um Instrumento Básico em Enfermagem pois “se existem palavras para definir a profissão de enfermagem, a palavra ajuda é (...) uma delas “ (T 14) “... e corresponde a um conjunto de conhecimentos e competências essenciais para a prática de cuidados em enfermagem “ (OP 60).

Neste processo de cuidados, poderemos fazer as mesmas coisas, embora com resultados diferentes, se apoiarmos e ajudarmos a pessoa a obter níveis de bem estar superiores aos que possui; se valorizarmos a individualidade e unicidade da pessoa em situação, concebendo e organizando o cuidado de enfermagem de forma diferente, sendo a relação de ajuda, “(...) a pedra basilar da enfermagem e dos cuidados personalizados “ (OP 29), pois permite que os cuidados prestados em qualquer situação sejam mais humanos.

A descrição do que são cuidados de enfermagem, coloca-nos dificuldades provenientes do relacionamento de factores, no âmbito dos domínios do conhecimento, do estatuto da disciplina e da própria evolução da profissão.

Temos, no entanto a noção de que questionar os cuidados de enfermagem, passa pela reflexão quanto aos sentidos que têm sido atribuídos aos mesmos, ao longo das diferentes épocas, considerando a evolução da sociedade e consequentemente do conhecimento.

Nesta perspectiva “os princípios científicos são como que leis que estabelecem normas a utilizar na prestação de cuidados” (OP 61) considerando que “...os princípios científicos constituem um conjunto de linhas metodológicas e de leis que estão na base da acção do enfermeiro..” (OP 39) e que “Os enfermeiros têm de estar preparados para responder concretamente e com eficácia a todo o tipo de situações que dizem respeito à prestação de cuidados, baseando-se nos princípios científicos adquiridos das ciências sociais e humanas, como a psicologia” (OP 61), o que implica que este Instrumento Básico em Enfermagem “...englobe não só os conhecimentos das técnicas (...) mas também a necessidade de uma formação científica” (OP 41) pois esta “... está na base de todos os cuidados de saúde, uma vez que representa o conjunto das técnicas e dos conhecimentos” (OP 41).

Importa definir **Princípios Científicos** como “...a enunciação de um facto geralmente aceite (...) que constitui uma lei ou teoria geralmente aceite” (OP 42), ou de forma mais completa “...como leis, doutrinas, verdades que constituem a base das normas de acção estabelecidas, servem de guia de actuação, ou seja indicam o motivo justificativo do método empregue e fornecem uma orientação segura para a acção “ (OP 2), pelo que mobilizando o conhecimento na acção “a enfermagem vai buscar esta base teórica « Princípios Científicos » também a outras áreas do saber “ (OP 42). O enfermeiro ao agir no processo de cuidados pode fazê-lo dando visibilidade à autonomia ou à dependência do acto de enfermagem, conforme valorize mais o papel de educador em benefício da pessoa, ou o desenvolvimento de tarefas por delegação de outrem. Parece-nos importante realçar a mobilização de princípios científicos que permitam de acordo com os estudantes a maior visibilidade da autonomia, ilustrado por “Para que o enfermeiro possa resolver (...) os problemas que se lhe deparam é importante que este dirija as suas acções e decisões para o utente, mas baseando-se em princípios científicos “ (OP 42). Esta última frase significativa remete-nos para a análise da importância dada pelos estudantes ao paradigma em que os enfermeiros situam a acção quotidiana, na medida em que o sentido “...para o utente...”, pode fazer pressupor uma visão paradigmática de categorização e não de integração ou mesmo transformação. Assim, “ actualmente com a pretensão de uma enfermagem ligada ao paradigma da transformação, entende-se por princípio científico a enunciação de um facto geralmente aceite ou uma verdade que pode servir de guia para actuar...” (OP 56).

A pessoa alvo de cuidados tem nesta perspectiva actual um papel importante pela participação em todo o processo em interacção com o enfermeiro, na medida em que este utilize como “(...) base das normas para a acção desenvolvida pelo enfermeiro e o utente tendo em conta o meio envolvente e (...) o planeamento de estratégias de acção por parte dos dois “ (OP 30).

De acordo com Amendoeira, esta é uma dificuldade real e actual dos contextos da prática de enfermagem, na medida em que os actos realizados no âmbito das funções interdependentes preenchem ainda o campo de acção dos enfermeiros, pelo que se torna imperioso que “os princípios científicos sirvam de alicerce da prática de enfermagem para que haja uma interligação entre os aspectos teóricos e práticos “ (T 15).

De acordo com a necessidade de definir o que é a enfermagem e o cuidado de enfermagem , podemos considerar a evolução desde Florence Nightingale até à década de 60 onde com Virginia Henderson, se procura romper com o paradigma positivista, “ A enfermagem baseou-se durante muitos anos no modelo biomédico o que lhe conferiu um estatuto de menoridade em relação à medicina” (T 13), propondo a ruptura com o modelo subsidiário do acto médico, o que se consegue pela utilização de modelos teóricos em enfermagem, enquanto “...construções organizadas da realidade “ (T 15).

De acordo com o que temos vindo a referir quanto à importância da mobilização de diferentes áreas do saber, no desenvolvimento da profissão e da disciplina, acresce a esta posição o facto de estarmos perante “ uma *transdisciplina* porque a enfermagem cuida das pessoas, seres complexos, eles próprios constituídos por vários domínios “...” (T 15). Acrescentamos nós que esta transdisciplinaridade será tanto mais clarificadora da especificidade da enfermagem, na medida em que se considerar a pessoa como centro do processo de cuidados e que se avalie com a mesma o « resultado do cuidado de enfermagem ». Esta postura conduz-nos à necessidade “ de clarificar o termo enfermagem, referente à disciplina e à estrutura que se refere à conceptualização principal da disciplina” (T 13) (...) “ Há que diferenciar o objecto da disciplina de enfermagem do da medicina e outras ciências, através de uma abordagem epistemológica e tendo em conta os modos de construção do conhecimento em cuidados de enfermagem...” (T 13). Para que ocorra esta situação, é necessário compreender as formas de desenvolvimento da acção quotidiana, alicerçada em conhecimento científico e não tradicional. Os cuidados de enfermagem ou melhor a disciplina, tem de desenvolver outros fundamentos científicos para legitimar a sua prática em equipas multiprofissionais, “ as diferentes escolas que se desenvolveram (...) permitiram o aparecimento de modelos teóricos (...) que têm como objectivo a clarificação dos conceitos abstractos e as relações existentes entre eles” (...) “proporcionam a conceptualização de como ajudar as pessoas no conforto (...) como aumentar o Bem Estar” (T3), e fazer isto através do “ Modelo teórico enquanto conjunto de conceitos sistematicamente constituído, cientificamente fundamentado e logicamente relacionado” (T6), como forma de

“...melhorar os cuidados ao utente.” (T6), na relação efectiva entre a componente académica e a componente profissional da disciplina, “ a enfermagem está a evoluir no sentido de ser vista como uma disciplina, para o que (...) surge a necessidade de se apoiar em princípios científicos” (T3). Uma das principais dificuldades na operacionalização do conhecimento científico na prática dos cuidados parece passar pela inexistência de um vocabulário comum, que passaria quanto a nós pela “ adopção de um modelo (que traduzisse) uma filosofia comum de reorganização do processo de cuidados “ (T6) na medida em que “(...) a existência de um modelo veio orientar os cuidados na prática de enfermagem e clarificar as ideias acerca desta” (T 6 /12).

A realidade mostra como é ainda difícil privilegiar uma abordagem centrada no cuidar da pessoa, pois o modelo biomédico condiciona ainda a acção e a reflexão dos enfermeiros, como diz Martin.

Importa pois, enunciar os princípios inerentes ao « cuidado » como objecto vital da nossa disciplina, “ Kérouac considera (...) os princípios científicos para a prática de enfermagem...” (...) “...(como) leis, doutrinas, ou conjunto de factos amplos e essenciais que constituem a base das normas de actuação estabelecidas – (o enfermeiro) demonstra envolvimento pessoal e profissional no acto de cuidados; (...) acompanha a pessoa nas suas experiências de saúde, mantendo a sua dignidade e (...) diferenças; (...) inspira-se em princípios científicos no processo de cuidados; (...) integra outros conhecimentos na compreensão da experiência humana de saúde..” (OP 25).

Mas se falamos de princípios científicos como guias da acção, é através dos modelos teóricos que estes guias têm visibilidade na integração das duas componentes da disciplina, a académica e a profissional. A utilização de um modelo teórico ou vários modelos tem sido uma discussão mais ou menos constante no seio da enfermagem, não sendo nesta fase nosso propósito fazê-lo. É no entanto, essencial termos a noção da importância destes para a prática profissional, na medida em que “na prática da enfermagem é imperativo que o (profissional) cumpra com determinados princípios científicos por forma a poder prestar cuidados de qualidade” (OP 82), sendo que para os estudantes isso passa pela utilização de um modelo na prática quotidiana, “...os princípios científicos (...) estão presentes (...) no modelo teórico de Nancy Roper “ (OP 83), ilustrados pelo referido “... aplica-se ao facto do ciclo de vida começar com o maior grau de dependência para a independência na idade adulta, para depois regredir para a dependência. “ (OP 83), identificando-se claramente um dos componentes do modelo (Contínuo Dependência / Independência).

Numa perspectiva transcultural do cuidar, onde a pessoa tenha uma participação pró-activa no que concerne à sua capacidade para o autocuidado, mobilizando para isso os seus conhecimentos, as suas experiências, a sua cultura, o enfermeiro é alguém em que a competência, a autonomia e a responsabilidade são características, que apelam à colaboração, mobilizando para a acção “...(princípios) inerentes ao cuidar, segundo Kérouac: ao escu-

tar, ao estar com..., o enfermeiro favorece o seu desenvolvimento do potencial da pessoa que vive as experiências de vida...” “...o enfermeiro presta cuidados de forma individualizada, com base num processo heurístico (processo de descoberta que permite conhecer aquela pessoa e situação)” (OP 85), e que ainda reforçando a ideia anterior “ ...os princípios científicos, quando se tem que tomar decisões relativas à selecção de cuidados de enfermagem (...) são indispensáveis aos enfermeiros...” (T 15).

Surge aqui uma dimensão essencial que implica reflectirmos sobre a importância de considerarmos que para além dos aspectos cuidadosos comuns a todos os intervenientes na equipa, ao exercício da enfermagem não pode ser atribuída uma imagem que o restrinja a actividades e a tarefas, concordando com Hesbeen quando refere que “os enfermeiros e as enfermeiras dispõem de alguns meios muito particulares que fazem parte dos seus recursos e que lhes conferem a especificidade necessária para garantir a sua função de perito e conselheiro “.

A **Destreza** enquanto Instrumento Básico em Enfermagem adquire assim uma importância elevada para a aprendizagem dos estudantes, na medida em que “Na aplicação dos princípios científicos, a destreza é um aspecto muito importante, (...) é a capacidade ou habilidade de uma pessoa e que pode ser utilizada como instrumento de trabalho ...” (OP 52), implicando “(...) perícia, (...) capacidade que o enfermeiro tem de usar as mãos (...) implica habilidade que inclui o manejo do material e o manuseamento do corpo humano ...” (OP 34), constituindo-se “(Os princípios científicos e a Destreza) (...)regras orientadoras através das quais os enfermeiros devem orientar a sua actividade...” (OP 34).

Não temos, no entanto, uma visão redutora da destreza ligada à habilidade manual, atendendo a que o enfermeiro competente não é aquele que só executa eficazmente um determinado procedimento, mas cuja acção se integra na situação que vive e experiência com o cliente, onde “...destreza implica além do domínio sensório – motor...também (mobiliza)o aspecto que diz respeito à mente da pessoa, à capacidade intelectual desta “ (OP 52).

Concordamos com Donaldson quando refere que a associação das disciplinas com a prática, será porventura potencializadora do conhecimento de determinado fenómeno, na medida em que se assuma um paradigma de questionamento do mesmo, produzindo assim mais valia ao conhecimento humano. Importa não esquecer que cada disciplina está dependente do desenvolvimento de outras disciplinas, bem como do rigor do desenho e metodologia de investigação, razões mais do que suficientes para que se pense na construção da enfermagem cada vez mais numa perspectiva multiparadigmática, onde deixemos de considerar apenas como evidência científica, “ ...uma teoria só é considerada como tal quando tem um reconhecimento científico na lógica da objectividade “ (T 15), mas em que haja cada vez mais “ (...) a necessidade de uma valorização dos avanços (...) na conceptualização de

enfermagem “ (T 15), na lógica de que cada disciplina existe em parte para providenciar conhecimento que será utilizado e isto associa-se a um objectivo de aplicação na prática. Poderemos então afirmar com alguma convicção que sendo “...os cuidados (...) considerados uma disciplina que requer práticas, metodologias e saberes muito específicos (...)” “ (...) “ É necessário compreender que o saber profissional se constrói de forma articulada entre saberes práticos e saberes técnicos, do fazer (...)” em que “...os cuidados de enfermagem tornar-se-ão uma disciplina quando o corpo profissional (...) tiver como preocupação a descrição minuciosa das manifestações ligadas à vida (...) ao impacto dos actos profissionais em diversos níveis (...)”. (T 3).

Torna-se então necessário mostrar a evidência dos contributos dos cuidados de enfermagem para a pessoa, em que segundo Martin (Cf. p. 15) uma das formas é a de ser capaz de desenvolver a « acção particular » no seio de uma equipa interprofissional, ilustrado por “ A enfermagem está a evoluir no sentido de ser vista como uma disciplina, para o que (surge) a necessidade de se apoiar em princípios científicos...” (...) “ ...requerer práticas, metodologias e saberes específicos “ (T 3), levando a enfermagem a desenvolver outros fundamentos científicos para legitimar a sua prática numa equipa multiprofissional, e fazê-lo pela identificação do profissional mais apto a responder às questões do cliente, em função da situação do mesmo.

O enfermeiro enquanto responsável pelo processo de cuidados, na perspectiva em que o consideramos, enquanto espaço social onde as actividades de enfermagem desenvolvidas pelos enfermeiros, têm por base a interacção entre estes e os clientes, mas onde outros actores são essenciais tornando assim evidente a importância do Instrumento Básico em Enfermagem **Trabalho de Equipa**, na medida em que “Este IBE corresponde ao trabalho realizado por diversos profissionais de categorias diferentes para cumprir um objectivo comum, não podendo cada elemento, por si só, realizar o trabalho destinado ao grupo.” (T4).

É deste Instrumento Básico que iremos dar conta, no contributo que o mesmo dá para a compreensão da estrutura da disciplina pelos estudantes e concretamente no que concerne à concepção da mesma. Existem alguns indicadores inerentes ao trabalho de equipa, que nos sugerem a necessidade de estabelecer a contribuição deste IBE como “(...) aquele que requer a colaboração de dois ou mais profissionais, com vista a atingir o mesmo fim (...)” (OP 18), e clarifica a concepção de grupo “...que não se pode caracterizar somente pelo facto das pessoas convergirem no espaço e no tempo, tendo alguns traços comuns entre si (...) duas ou mais pessoas com um alvo e um objectivo comum, com uma estrutura de grupo e com uma organização dinâmica e coesão interna.” (T 1) e equipa, considerando –se a existência desta última como “ sendo um grupo de pessoas que em conjunto realizam um determinado tipo de actividades “ (OP 68), sendo necessário para “ ...trabalhar em equipa (...) a existência de conhecimentos e Habilidades “ (OP 68), e onde “ ...cada membro da equipa tem uma função específica, tendo que existir coordenação entre todos os membros da equipa “ (OP 68), o que estabelece desde logo a emergência de múltiplas formações

no sentido de que a resposta seja a mais adequada à situação da pessoa, na medida em que “ a equipa deve ser constituída por uma variedade / diversidade de profissionais que tenham objectivos comuns ” (OP 74).

O relacionamento interpessoal é uma dimensão importante na medida em que “ ...o componente essencial da eficácia do grupo é a interdependência activa dos membros uns sobre os outros...” (T1), podendo existir dois tipos essenciais de interacção grupal “...o grupo de encontro (reunião ou discussão) onde as pessoas se juntam para discutir ideias, tomar decisões, pedir apoio ou aconselhamento, desenvolver competências relacionais. A equipa ou grupo de trabalho onde as pessoas realizam em conjunto tarefas ou missões concretas.” (T1).

Neste sentido, para além de considerarmos o anterior referido, coloca-se-nos a questão do papel reconhecido ou não ao cliente (Indivíduo, família ou comunidade) como parte integrante da equipa, partilhando para o efeito os objectivos comuns, ilustrado pela seguinte frase “ (...) para a realização do (Trabalho de Equipa), é necessário espírito de equipa, participação, comunicação, responsabilidade, definição de objectivos, confiança mútua. Deste modo os resultados são mais eficazes, há uma maior economia de meios, sendo a pessoa o centro da equipa (...) ” (OP 5). Este posicionamento é suportado pelo referido por Martin, quanto à importância de identificar em função da situação da pessoa, qual o profissional mais apto a responder às suas questões. Existe por esta lógica uma relação com o Trabalho de Equipa enquanto instrumento básico, na organização do trabalho do enfermeiro, não na perspectiva de método de trabalho, mas sim “(...) só faz sentido em termos de formas, modelos ou lógicas de organização do trabalho ” (OP 76), aspecto que exploraremos no Tema Organização do Trabalho. Consideramos de grande importância o contributo deste IBE para o desenvolvimento da componente profissional da disciplina, na medida em que permite uma cooperação e confiança mútua no processo de interacção enfermeiro – pessoa, uma vez que como refere Kérouac as competências e a especificidade são reconhecidas e utilizadas segundo o potencial de cada um, ilustrado pela afirmação “ Através do trabalho de equipa, as capacidades de cada um são mais aproveitadas, complementando-se conhecimentos de forma a atingir o objectivo mais facilmente e uma maior qualidade dos cuidados ” (OP 17), em que o enfermeiro utilizando de forma racional as capacidades e competências, na adopção de uma estratégia de intervenção centrada nas necessidades do cliente, foge ao trabalho realizado por tarefa, e onde “...os elementos trocam informações que os auxiliam individualmente nas suas áreas de trabalho, onde as responsabilidades e as metas são fixadas em detrimento de cada indivíduo...” (T1) tornando-se o processo de cuidados um momento de ligação entre a pessoa e o profissional que pretende prestar cuidados de qualidade, que ele próprio controla no sentido de promover o bem estar do cliente “ ...trabalho realizado por diversos profissionais de categorias diferentes para

cumprir um objectivo comum, não podendo cada um dos enfermeiros trabalhar por si só, ou realizar o trabalho confiado ao conjunto (...)” (OP 17).

Neste paradigma estamos perante enfermeiros cuja preocupação, é apoiar e ajudar a pessoa a obter níveis de bem estar superiores aos que possui, e acreditar que a mesma está a viver uma situação única e particular, então desenvolve uma atitude que “...requer respeito e compreensão do papel que cada um desempenha, compreende a intercomunicação, a responsabilidade, o espírito de equipa, com a participação mútua, de modo a que as potencialidades de cada um sejam optimizados e haja uma maior participação de todos no cumprimento dos objectivos” (OP 16). Para os estudantes isto fará do enfermeiro um profissional que procura « agir com » no que respeita à manutenção da saúde da pessoa, bem como « estar com » na procura do bem estar definido pelo cliente, numa perspectiva de individualização do cuidado de enfermagem.

Os enfermeiros têm ainda alguma dificuldade em conhecer e identificar as capacidades, qualificações e competências que desenvolvem na acção quotidiana, que contribuam efectivamente para assumir um papel mais significativo na construção e desenvolvimento da saúde das pessoas, grupos e sociedade. Em nossa opinião, fundamentada em Benner os modelos de análise da prática, e concretamente o modelo da perícia de Dreyfuss, considera a possibilidade de reconhecer e captar áreas de desempenho típicas dos enfermeiros principiantes, avançados ou dos principiantes competentes, razão pela qual esta estratégia pedagógica que permite ao aluno logo numa fase inicial da sua formação contactar com enfermeiros de diferentes níveis de proficiência, pode ser entendida como benéfica para a aprendizagem pela experiência, para além da formação e preparação formal, como forma de desenvolver a competência de estar e lidar com situações complexas do cuidado, pois o Trabalho de Equipa permite “ (...) uma visão mais globalizante, maior troca de informação, confronto de conhecimentos e (maior) número de fontes informativas ” (OP 24). E esta análise é reforçada pela importância atribuída pelos estudantes “(...) à partilha de saberes e competências dos diferentes técnicos, com vista a alcançar o mesmo fim” (OP 27), na medida em que consideramos que “...há uma relação dialéctica entre cada um dos profissionais e a equipa em si, já que cada um deles foca determinado aspecto da pessoa, completando-se de forma a ver o Homem como um todo,...” (T1).

Ao trabalho de equipa estão também implícitas dimensões como a informação, a comunicação, a maior diversidade de fontes que possibilitem uma visão global da situação, embora considerando o particular, o que sugere a necessidade de “ (...) (existir) por parte dos profissionais de saúde, o respeito mútuo pela suas funções ” (OP 62), mobilizando “ ...a compreensão e a valorização do que cada um é capaz de trazer para a equipa ” (OP 35), fazendo emergir a

necessidade de considerar “ o Trabalho de Equipa como a acção coordenada de duas ou mais pessoas, que trabalham na solução dos problemas “ (OP 65) e valorizando o pressuposto de que existem “(...) conhecimentos próprios de cada profissional “ (OP 37), requerendo “(...) respeito pelos outros e pelos meios utilizados, compreensão pelo papel desempenhado na equipa e valorização do que cada um é capaz de fazer pela equipa.” (OP 8).

Acreditamos que uma disciplina só se desenvolve quando os seus especialistas conseguem criar a sua própria zona de autonomia no cruzamento de diversos grupos sociais, sendo “(...) imprescindível que enfermeiros e médicos trabalhem em conjunto “ (T 10), mas em que nunca se perca de vista que “(Trabalho de Equipa) é o trabalho realizado por diversos profissionais de especialidades diferentes e com objectivos comuns “ (T8), o que sugere a necessidade da “(...) existência de conhecimentos e habilidades por parte dos seus intervenientes, para que a realização conjunta de uma actividade possa ser bem sucedida“ (OP 38).

O conhecimento da pessoa humana bem como do ambiente onde a mesma desenvolve o seu potencial de saúde, mobiliza o enfermeiro para a importância de recentrar a atenção sobre o essencial da natureza do cuidado de enfermagem, impondo-se a descrição minuciosa das manifestações ligadas à vida, ao funcionamento do corpo, à adaptação quotidiana da pessoa às condições quer de saúde quer de doença, aos efeitos reais da prestação de cuidados e aos impactos dos actos profissionais em situação.

Este desiderato consegue-se em grande medida pelo processo de comunicação humana onde a pessoa é um ser em relação, e em que a **Entrevista** enquanto Instrumento Básico em Enfermagem, parece ter uma função importante, na medida em que se considera “(entrevista) processo humano pelo qual se procura informação (...) com o intuito de estabelecer uma relação enfermeiro / utente / Família (...) deve ser um tempo de empatia, confiança e confidencialidade “ (OP 29), que permite a compreensão da forma como a pessoa vivência a sua saúde e manifesta as suas necessidades, não sendo forçosamente iguais quanto às perspectivas utilizadas, pois “ a entrevista é um diálogo orientado, com objectivos orientadores e definidos, estabelecido entre o enfermeiro e a pessoa. “ (OP 60). Permite-nos desta forma clarificar o tipo de entrevista, em informal, quando o enfermeiro orienta as perguntas numa ou para uma situação imediata “...o tipo de entrevista utilizado foi a informal, sendo vocacionada para sentimentos e necessidades imediatas “ (OP 14), possibilitando não só colher dados em relação à pessoa entrevistada, mas também para transmitir à pessoa as suas disposições, interesses e desejo de compreender os seus problemas, razão pela qual “a entrevista informal é breve e visa a obtenção de dados mais gerais que a entrevista formal” (OP 69).

Este é um Instrumento Básico que assume uma importância extrema na promoção da autonomia das pessoas, valorizando os valores e a cultura individuais, procurando ajudar as pessoas a desenvolverem as suas capacidades, interesses e de desejo de com-

preender os problemas pessoais, “ Dado que a entrevista é dinâmica e biunívoca, há por vezes necessidade de se inverterem os papéis, ou seja, é a pessoa que faz as perguntas, de forma a esclarecer, cabendo ao enfermeiro ouvir e responder “ (T 7).

A valorização da pessoa como participante do processo de cuidados, clarifica a necessidade do enfermeiro desenvolver as habilidades e capacidades de comunicação, onde a relação terapêutica se baseia no respeito e tolerância por forma a desenvolver um modelo contratual ou cooperativo, onde a “Comunicação é um método pelo qual se recolhe informação, pois pelo toque, tonalidade da voz, olhar, (...) se recolhem muitas informações que ajudam e complementam a informação que se quer colher com a entrevista” (T 7). Não basta, no entanto, ao enfermeiro possuir conhecimentos teóricos sobre o tipo de entrevista e as condições em que a mesma ocorre, mas onde a capacidade individual em ser tolerante e aceitar os outros, passa pelo desenvolvimento do conhecimento de si como domínio do conhecimento em enfermagem, talvez o mais difícil de reconhecer e aplicar na prática, na medida em que “ a entrevista (...) processo de comunicação humana que promove informações (...) pode ser dada voluntariamente (expressões) ou involuntariamente (...) tem como objectivo conhecer a pessoa numa perspectiva holística “ (OP 24), o que pode ser dificultado quando não exista ainda a maturidade necessária para o estabelecimento de uma relação terapêutica, interpessoal, e por isso ser o próprio enfermeiro a introduzir no processo, bloqueios à entrevista, impedindo que se atinja a finalidade em que “ A entrevista é uma forma de conhecer o utente “ (OP 57), e “ A entrevista é um processo de comunicação com o qual se procura informação com o objectivo de se conhecer a pessoa como um todo “ (OP 12), **bem como** “ (...) a comunidade onde está inserida “ (OP 7), podendo adquirir de acordo com a referida finalidade o estatuto “(...) de processo de comunicação humana pelo qual se procura informação (...) pode ser estruturada (...) ou não estruturada “ (OP 34).

Enquanto técnica de obtenção de informação necessária ao conhecimento da pessoa em situação permite o planeamento das actividades mais adequadas à mesma, o que justifica não estarmos sempre perante uma grande formalidade, pois sabemos que a qualidade dos primeiros encontros pode determinar a qualidade da intervenção baseada na cooperação por parte da pessoa, podendo desta forma “ a entrevista (...) ser ou não ser directiva , iniciando com uma conversa sobre um tema geral “ (OP 60), assumindo-se que é a “(...) primeira fase no estabelecimento da base de dados e o padrão de comunicação iniciado para um propósito específico e direccionado para uma área determinada de conteúdo “ (T 4).

Enquanto instrumento básico, a entrevista baseia-se em regras que garantam a qualidade dos dados produzidos , pois na medida em que “ o objectivo da entrevista for obter informação e estabelecer um contacto gerador de uma relação enfermeiro / utente / família / Comunidade, (assim) deve ter como base princípios tais como: confiança, interajuda, empatia e reciprocidade “ (OP 2), **relevando-se a importân-**

cia da entrevista quando “...baseada na confiança e empatia e ser feita no sentido da verificação, promoção e manutenção do nível de bem estar do utente “ (OP 5).

Estamos perante as finalidades gerais da entrevista enquanto IBE, ao permitir o início de uma boa relação interpessoal pessoa / enfermeiro; obter informações específicas e necessárias para a realização do diagnóstico e planificação de cuidados e ainda permitir a participação da pessoa na identificação dos seus problemas e na implementação dos objectivos a conseguir.

Importa também considerar a existência de factores intrínsecos e extrínsecos à interacção pessoa / enfermeiro, traduzindo-se em “ (...) algumas regras que regem a entrevista, como seleccionar o lugar, iniciar a entrevista apresentando-se, explicando o objectivo da (mesma), manter o contacto visual “ (OP 54), o que corresponde à primeira fase da entrevista, constituindo-se as outras fases no desenvolvimento (2ª), recapitulação (3ª) e finalização (4ª). No que respeita aos factores externos, podemos destacar essencialmente o ambiente físico, que deve ser promotor de comodidade, da intimidade e da confidencialidade, “ A entrevista implica (...) comunicação, permitindo a tomada de consciência das necessidades da pessoa (...) facilitando a relação de ajuda “ (T 14), pelo que se reveste de grande importância considerar “ A entrevista (...) (com) características extrínsecas (factores ambientais) espaço, luz, temperatura, privacidade e intrínsecos (altruísmo) e éticos (confidencialidade) e atitudes do entrevistador (calor humano, respeito e disponibilidade)” (OP 84), aspectos que se identificam na essência com o instrumento básico Relação de Ajuda e que permitirão também relacionar esta dimensão com o da categoria Ético do Domínio de conhecimento.

Conforme verificámos até ao momento, a disciplina de enfermagem ao basear-se num amplo quadro teórico, apela à importância dos princípios científicos, mas onde a arte e as humanidades têm também uma relevância de assinalar, razão pela qual se enfatiza o **Processo de Enfermagem**, como promovendo uma relação interactiva entre o cliente e a enfermeira, tendo como foco o cliente que se encontra numa transição ou que antecipa uma transição e em que, é através da relação prestador de cuidados / utilizador de cuidados, que se desenvolvem os métodos e os instrumentos de planeamento e organização do trabalho, ilustrado por “ (Processo de enfermagem) é uma forma sistemática de abordar as tomadas de decisões e planear os cuidados de enfermagem, (...) que devem ser individualizados “ (T 8) “...e personalizados ...” (OP 73).

Tendo o processo de enfermagem como principal objectivo oferecer uma estrutura na qual as necessidades individualizadas dos clientes, são consideradas na lógica do método de resolução de problemas, em que “ (Processo de enfermagem) é uma forma sistemática de abordar a tomada de decisão e de planear os cuidados de enfermagem (...) divide-se em cinco fases : avaliação inicial...identificação dos problemas...Planeamento...Implementação...Avaliação Final.” (OP 17), o que conduz à

circularidade da abordagem, na medida em que não estamos perante uma lógica linear, mas sim em que “ Apesar das cinco etapas serem apresentadas separada e progressivamente elas estão interrelacionadas, e formam um processo cíclico e dinâmico contínuo de pensamento e acção “ (T 10), onde “ O processo de Enfermagem é uma forma reflectida de agir para prestar cuidados de enfermagem, individualizados de uma forma racional e científica com diferentes etapas (...) todas elas interligadas” (OP 4), e onde a componente profissional da disciplina sugere o desenvolvimento de competências do enfermeiro a partir de uma base de conhecimentos que o próprio método possibilita, tal como ilustra a frase “ A prática de enfermagem engloba todo um conjunto de qualidades, conhecimentos, capacidades e competências, estratégias e pressupostos (que nos permitem realizar uma determinada actividade profissional). A todas estas ferramentas que fornecem ao enfermeiro o saber ser, estar e agir, chamamos Instrumentos Básicos em Enfermagem” (T 4).

Nem sempre o processo de enfermagem foi operacionalizado na mesma lógica, tendo sofrido evoluções próprias às diferentes áreas de actuação dos enfermeiros, na medida em que “ A importância do Processo de Enfermagem prende-se ao facto de constituir um fundamento base do ensino, da prática e da investigação em enfermagem e, conseqüentemente, para o exercício da profissão.” (T 4).

Diferentes autores em diferentes épocas construíram modos diferentes de olhar para o método científico, assim “ O processo de enfermagem foi inicialmente descrito por Hall (1955), mais tarde Johnson (1959), Orlando (1961) e Wiedenbach (1963) desenvolveram, cada um, um processo diferente, constituídos por três fases: avaliação inicial, planeamento e avaliação, com base no método científico de observar, medir, compilar os dados e analisar os achados “ (T4), o que demonstra uma relação efectiva com os instrumentos básicos anteriormente por nós analisados.

Mais tarde, “ Em 1967 Yura e Walsh foram autores do primeiro texto que descrevia um processo de quatro etapas: histórico, planeamento, implementação e avaliação.” (T 4), no sentido de alicerçar a acção quotidiana em conhecimento científico e não tradicional, embora não desvalorizando a importância da identificação dos problemas pelos enfermeiros na prática clínica corrente, o que é ilustrado pela frase ““Desde o início da profissão de enfermagem que o diagnóstico dos problemas do doente tem sido informalmente utilizado. Só nos anos 50 é que o termo foi normalmente adoptado, embora continuasse a ser visto no contexto do diagnóstico médico “ (T 4).

As evidências na prática do cuidado de enfermagem, quanto à abordagem holística das pessoas, mostram a complexidade da mesma fazendo emergir a importância da particularidade da nossa acção no seio da equipa interdisciplinar, pela referência clara aos elementos que constituem uma mais valia que favoreça o bem estar da pessoa, o que passa pela conceptualização do diagnóstico de enfermagem ilustrado pela seguinte frase “ Os factores relacionados são condições ou circunstâncias que podem ser causa ou contribuir para o desenvolvimento de um diagnóstico” (...) “ podem ser de ordem ambiental, psicológica, psicossocial ou espiritual e podem contribuir para o desenvolvimento do problema” (...) “ Devem ser mutáveis ao longo da intervenção de enfermagem” (T 10).

Esta perspectiva faz reconhecer ao enfermeiro um papel profissional, na medida em que este possui conhecimentos que lhe permitem fazer o diagnóstico e o planeamento do

cuidado, sendo que “ O uso do diagnóstico de enfermagem permite: uma melhoria da comunicação entre os enfermeiros, entre turnos e unidades, outros profissionais de saúde e diferentes serviços; ajuda na escolha de intervenções de enfermagem correctas que aliviem os problemas / necessidades identificados e dá referências para a avaliação.” (T 10), **tal como preconizado pela OMS** “ (...)o « processo de enfermagem » aplica-se a um sistema de intervenções específicas de enfermagem relacionadas com a saúde (...) “ (T 6) **e pode ser caracterizado** “...como flexível, baseado em teorias, interactivo, dinâmico, sistemático e intencional “ (T 4).

A etapa do diagnóstico “...foi introduzida no processo nos anos 70 com Bloch, Roy, Mundinger, Jauron e Aspinall” (T 4), esta evolução parece estar de alguma forma ligada à construção e desenvolvimento de Modelos Teóricos emergentes da clarificação do que é o cuidado de enfermagem, pela importância atribuída à teorização, numa perspectiva de integração teórico – prática, não dicotómica mas dialéctica, “ A partir daí o Processo de Enfermagem foi legitimado como um marco teórico da prática da enfermagem” (T 4).

Os diagnósticos de enfermagem permitem o desenvolvimento das fases subsequentes, pois “Segundo Doenges (1997) o diagnóstico (...) é uma conclusão traçada a partir dos dados recolhidos sobre o doente e que serve como meio de descrever um problema de saúde cujo tratamento é da responsabilidade da enfermeira.” (T 4) **pois permite considerar o** “ Processo de Enfermagem (como) uma forma sistemática de abordar a tomada de decisões e de planear os cuidados de enfermagem que devem ser individualizados e personalizados de forma a que as necessidades dos utentes sejam satisfeitas de uma forma global “ (OP 8).

Na etapa do planeamento desenvolvem-se estratégias que quanto a nós devem ser alicerçadas na importância de apoiar e ajudar a pessoa a obter níveis de bem estar superiores aos que possui, valorizando-se a unicidade, a individualidade e a singularidade, quanto às formas únicas e diferentes segundo as quais a pessoa participa no processo de cuidados, tal como referido ” (...) deve-se ter em atenção a Pessoa na perspectiva holística – existe a necessidade de prestação de cuidados individualizados e personalizados “ (OP 3), **onde** “ O Homem enquanto pessoa deve ser visto como um ser bio, psico, social e espiritual durante o processo de enfermagem” (OP 1) **e onde a avaliação inicial tem um papel específico, pois** “(...) é um processo interactivo que se baseia nas relações que se estabelecem entre enfermeiro / utente / Família e outros elementos da equipa” (OP 9) **e em que** “ A recolha de dados que integram os registos de admissão deve ser o primeiro momento de contacto entre a pessoa e o enfermeiro (...)” (T 6), sendo que “ Na (...) avaliação inicial, a recolha de dados pode ser feita através da comunicação e da observação” (OP 90). **O que atribui ao Processo de Enfermagem um estatuto que permite afirmar o seguinte** “ (...) embora tenha as suas etapas específicas, engloba todos os outros Instrumentos Básicos em Enfermagem e que estes não têm qualquer sentido quando utilizados isoladamente” (T 4)

Nesta perspectiva a disciplina de enfermagem, é ainda caracterizada pela inexistência de uma correspondência entre as práticas reais e o que deveria ser a enfermagem, sendo de valorizar que “(...) recentemente Rogers (1970 , citando Iyer, Taptich e Bernochi-Losey) define enfermagem como uma base peculiar « proveniente da pesquisa científica e da análise lógica, e capaz de ser traduzida numa prática de enfermagem “ (T 4), onde a pessoa seja considerada como principal beneficiário tan-

to do processo como dos resultados, o que é ilustrado por “ Além dos benefícios para o utente, o uso do Processo de Enfermagem apresenta muitas vantagens para o enfermeiro. Dentro dessas, (...) a mais importante (...) (é) que o Processo de Enfermagem aumenta a satisfação e acentua o aperfeiçoamento profissional “ (T 10).

Mas (re)situando-nos na importância que tem para o conhecimento da pessoa, a utilização de uma metodologia científica como a que aqui apresentamos, importa que o debate sobre a problemática do cuidado de enfermagem, considere a visibilidade desta lógica ao nível das práticas, por forma a um raciocínio válido à conceptualização dos domínios do conhecimento em enfermagem, ilustrado por “ O uso do Processo de enfermagem beneficia o utente e a família, estimulando-os a participar activamente no cuidado e envolvendo-os em toda as suas fases” (T10). O planeamento é essencialmente visível através do plano de cuidados considerado “...essencialmente um instrumento de comunicação que imprime uma direcção aos cuidados” (T 10) e que permite que “...o plano escrito promova a continuidade do cuidado resultando um ambiente seguro e terapêutico “ (T 10), envolvendo comunicação do plano a todos os participantes do atendimento ao cliente, podendo as intervenções ser executadas por membros da equipa de saúde, pelo cliente ou pela família.

Temo-nos referido de forma integrada às cinco etapas do processo numa lógica circular, na medida em que “ Apesar das cinco etapas serem apresentadas separada e progressivamente elas estão inter-relacionadas, e formam um processo cíclico e dinâmico contínuo de pensamento e acção...” (T 10), consubstanciado pelo referido por Martin quando se refere aos raciocínios em círculo, isto é raciocínios que se voltam sobre si próprios. Estes raciocínios são suportados pela concepção teórica que os enfermeiros mobilizam na sua prática quotidiana, sendo de considerar que “ Embora os modelos teóricos possam ser diferentes, a base metodológica do processo não se altera...” (T4), essencialmente naquilo que deve ser o principal pressuposto à utilização do processo enquanto método de raciocínio aplicado à prática dos cuidados, ilustrado por “ o processo de enfermagem consiste na estruturação e fundamentação de todas as acções dos enfermeiros” (T 4), onde a fase da execução “...assenta principalmente nas competências cognitivas, interpessoais e técnicas do enfermeiro “ (T 10).

Mas para que o enfermeiro seja reconhecido pela relevância dos cuidados que presta no âmbito das equipas interdisciplinares, é importante que ao processo de enfermagem seja atribuído o papel de “ (...) favorecer o trabalho de uma equipa multidisciplinar, proporcionando assim uma melhoria na qualidade e continuidade dos cuidados, bem como da sua individualização “ (T 12), demonstrando que a essência das suas intervenções tem a ver com a qualidade de vida das pessoas, rompendo com outras formas tradicionais e procurando uma nova forma de ver o mundo, que permita à enfermagem questionar o real com fundamentação científica (cf. p. 20).

Mas, porque o processo é dinâmico e flexível, as fases que o constituem podem ser utilizadas de modo sequencial ou de forma integrada, onde os elementos de informação se vão reciclando ao longo do contacto com a pessoa e com o sistema de saúde, levando a que “ (...) seja flexível, pois adapta-se ao exercício da enfermagem em todas as situações e as suas etapas podem –se utilizar sucessivamente ou em simultâneo(...)” (OP 55), constituindo-se num “(...) método de organização de prestação de cuidados (...) adaptado aos contextos e à (...) pessoa “ (OP 34), em que pelo facto de “ O (...) o processo (...) possibilitar uma contínua comunicação entre todos os elementos da equipa “ (T1), faz com que a última etapa do processo, designada de Avaliação final possa ser construída também de forma dinâmica pois “ Todos os dados que se vão colhendo ao longo da prestação de cuidados vão servir para reformular o processo de enfermagem(...)” (OP 36), o que permite considerá-lo “(...) como instrumento (que) permite a medição qualitativa e quantitativa dos cuidados de enfermagem (OP 74), trazendo “(...) implicações ao nível profissional e ao nível dos utentes “ (T4) na medida em que é “ (...) interactivo quer entre o enfermeiro e o utente e com a família deste e que embora seja flexível possui uma base teórica (...) “(OP 55) que “ (...) permite o conhecimento do (...) indivíduo como um todo e permite a colaboração interdisciplinar “ (OP 9), essencialmente através dos registos enquanto mediadores da relação social.

Os **Registos** representam a comunicação escrita de factos essenciais – públicos e privados – por forma a salvaguardar a sua continuidade histórica (Grais et al, 2000, p.139) como é ilustrado pela expressão “(...)é com os registos escritos de natureza oficial que começa a história, pois revelam a preocupação de gerir os bens e as pessoas”

Quadro 8 - Síntese da ocorrência dos instrumentos básicos na subcategoria Empírico

IBE	Síntese
Observação	• A observação parece ser valorizada pelos enfermeiros, porque observar a realidade é a forma de a conhecer melhor, permitindo construir sobre uma realidade empírica. • O principal instrumento da observação é a pessoa, constituindo-se como fundamental a valorização pelo enfermeiro, da interacção com o cliente de cuidados, permitindo a construção da relação centrada na pessoa. • Utilizar este instrumento para o conhecimento da pessoa, conduz a uma orientação da disciplina em que o cliente participa no processo e o enfermeiro é um profissional que não decide de forma tradicional, ou orientado para o « fazer por ». • A observação sistemática permite uma visão do fenómeno da enfermagem, integrando a pessoa e o contexto ou ambiente de observação, que conduz ao paradigma da Transformação (Kérrouac). • Quando o enfermeiro mobiliza diferentes áreas do saber, posiciona-se numa concepção de cuidado, a partir das evidências empíricas inerentes ao processo de cuidados. • A competência para observar, desenvolve-se na acção quotidiana numa dimensão metodológica que atribui ao enfermeiro o papel de observador que decide em cada situação / contexto, a orientação do cuidado e o tipo de observação a utilizar. • A observação assume as seguintes funções: descritiva; formativa; avaliativa; heurística e de verificação. • A observação permite a descoberta pela interacção humana inerente ao processo de cuidados, onde o profissional parte do conhecimento da pessoa para cuidar, de forma heurística através da acção quotidiana. • A observação é muito importante para a avaliação das pessoas em situação, pelo contributo que dá enquanto técnica de colheita de dados, para uma adequada intervenção no cuidar.
Comunicação	• A comunicação como instrumento básico parece ilustrar a importância que tem para o processo de cuidados, enfatizar a centralidade da pessoa. • A comunicação é um processo que induz necessariamente feed-back, o que permite perceber a participação activa do cliente. • O enfermeiro neste processo é simultaneamente emissor e receptor, responsável pela adequação da mensagem e dos códigos, através de uma linguagem acessível à descodificação do cliente de cuidados. Ao fazer isto o enfermeiro contribui para a clarificação do que é a enfermagem. • O processo de cuidados enquanto sistema concreto da acção profissional, faz emergir a importância da comunicação como suporte ao desenvolvimento do cuidado. • A comunicação assume essencialmente dois tipos – a verbal e a não verbal – atribuindo-se grande importância à interacção entre as pessoas, valorizando a mímica, as expressões faciais, os sentimentos, frequentemente percebidos nos momentos de encontro face a face. • A criatividade assume importância pelo contributo que dá à clarificação da estrutura da disciplina de enfermagem, na medida em que é essencial à produção teórica pela análise das práticas.

Relação de Ajuda	• O cuidado de enfermagem fundamenta-se numa relação interpessoal, onde está presente uma intenção de ajuda que promova a autonomia do cliente, mobilizando para o efeito, o seu potencial. • A capacidade do enfermeiro em perceber e valorizar as necessidades da pessoa, implica o respeito como base fundamental da relação de ajuda. • A relação de ajuda pode ser formal ou informal. Esta última é imprescindível ao acto de cuidar e caracteriza-se pelas qualidades fundamentais a uma verdadeira relação de ajuda, iniciando-se de forma espontânea à medida das necessidades da pessoa. • A relação de ajuda formal é estabelecida pelo enfermeiro no decurso de encontros mais estruturados, utilizando para isso a entrevista estruturada. • Apesar de nem sempre a relação de ajuda ser estabelecida de um modo formal, poderemos considerá-la como instrumento básico em enfermagem?
Princípios científicos	• A mobilização dos princípios científicos pelos enfermeiros permite uma maior visibilidade da autonomia, ilustrado pelo papel de educador, em detrimento do papel de desenvolvimento de tarefas por delegação de outrem. • É atribuída importância ao paradigma em que os enfermeiros se situam na acção quotidiana, parecendo existir uma visão paradigmática de categorização e não de integração ou transformação. Parece ser indicativo que esta é uma dificuldade real e actual dos contextos da prática, onde a maioria das acções de enfermagem são ainda no âmbito das funções interdependentes. • A transdisciplinaridade inerente à enfermagem é tanto mais clarificadora, quanto se considerar a pessoa como central ao processo de cuidados. • Torna-se essencial compreender as formas de desenvolvimento da acção quotidiana, alicerçada em conhecimento científico e não tradicional. • Os cuidados de enfermagem enquanto disciplina, necessitam desenvolver fundamentos científicos para legitimar a sua prática no seio de equipas multiprofissionais, o que será atingido pelo desenvolvimento de modelos teóricos, que tenham como objectivos a clarificação dos conceitos abstractos e as relações existentes entre eles. • Uma das principais dificuldades na utilização do conhecimento científico na prática quotidiana, parece passar pela inexistência de um vocabulário comum, passando pela construção de modelos que traduzam uma filosofia comum de reorganização do processo de cuidados, pela adopção de princípios de cuidar (Kérourac). • Ao exercício da enfermagem não pode ser atribuída uma imagem que o restrinja a actividades e a tarefas, pois o enfermeiro no seu quotidiano, presta cuidados de forma individualizada com base num processo heurístico, mobilizando para a tomada de decisão, os princípios científicos que lhe permitam adequar os cuidados à pessoa em situação. • Deveremos considerar os Princípios Científicos como Instrumento Básico ? • A destreza enquanto instrumento básico adquire uma grande importância no processo de cuidados, verificando-se ainda uma visão redutora na acção quotidiana, da destreza ligada à habilidade manual, mas em que no discurso o enfermeiro competente é aquele que não só executa um procedimento com eficácia, mas cuja acção se integra na situação que vive e experiencia com o cliente.

Trabalho de equipa	• O relacionamento interpessoal é uma dimensão importante no processo de cuidados, podendo existir dois tipos essenciais de interacção grupal – o grupo de encontro e a equipa. • Emerge a importância deste IBE como contributo para o desenvolvimento da componente profissional, na medida em que permite uma cooperação e confiança mútua no processo de interacção enfermeiro – pessoa, onde as competências e a especificidade são reconhecidas e utilizadas segundo o potencial de cada um. • O enfermeiro utilizando de forma racional as capacidades e competências, na adopção de uma estratégia de intervenção centrada nas necessidades do cliente, foge ao trabalho realizado por tarefa. • Uma questão que se coloca é o posicionamento de forma não muito clara, quanto ao reconhecimento ou não do papel do cliente como elemento integrante da equipa, partilhando para o efeito os objectivos comuns. • No desenvolvimento de uma atitude profissional, o enfermeiro começa a assumir como preocupação ajudar a pessoa a obter níveis de bem estar superiores aos que possui. • Neste domínio, ao trabalho de equipa estão implícitas dimensões como a informação, a comunicação, a maior diversidade de fontes que possibilitem uma visão global da situação, embora considerando o particular, o que só é atingido se todos os profissionais também o considerarem.
Entrevista	• A entrevista como processo de comunicação humana, permite contribuir para o conhecimento e compreensão da forma como a pessoa vivência a sua saúde e manifesta as suas necessidades. • É um instrumento básico que assume uma importância extrema na promoção da autonomia das pessoas, valorizando os valores e a cultura individuais, ajudando-as a desenvolverem as suas capacidades, interesses e compreensão dos problemas pessoais. • A entrevista é informal, quando o enfermeiro orienta as perguntas numa ou para uma situação imediata. • Esta técnica de obtenção de informação necessária ao conhecimento da pessoa em situação, permite o planeamento das actividades adequadas à mesma, e permitir a participação da pessoa na identificação dos seus problemas e na implementação dos objectivos a conseguir. • A entrevista enquanto instrumento básico, baseia-se em regras que garantam a qualidade dos dados produzidos, considerando os factores intrínsecos e extrínsecos, conducentes ao desenvolvimento de um ambiente promotor da comodidade, da intimidade e da confidencialidade.
Processo de Enfermagem	• O processo de enfermagem, desenvolve-se a partir de uma relação interactiva entre o cliente e o enfermeiro, onde o foco é o cliente que se encontra numa transição ou antecipa uma transição, sendo visível através da relação prestador de cuidados / utilizador de cuidados, o desenvolvimento do método científico e os instrumentos de planeamento e organização do cuidado. • O processo de enfermagem tem como principal objectivo oferecer uma estrutura na qual as necessidades individualizadas dos clientes, são consideradas na lógica do método de resolução de problemas. • A componente profissional da disciplina sugere o desenvolvimento de competências do enfermeiro a partir de uma base de conhecimentos que o próprio método possibilita. • As evidências na prática do cuidado de enfermagem através de uma abordagem holística das pessoas, mostram a complexidade da mesma, fazendo emergir a particularidade da nossa acção no seio de uma equipa. • A capacidade reconhecida ao enfermeiro para diagnosticar e planear o cuidado de enfermagem, atribui-lhe o estatuto de profissional.

Registos	• O planeamento é essencialmente visível através do plano de cuidados, pois através deste a comunicação do plano a todos os participantes do atendimento ao cliente, podendo as intervenções ser executadas por membros da equipa de saúde, pelo cliente ou pela família. • A circularidade do processo de enfermagem, é suportada pela concepção teórica que os enfermeiros mobilizam na sua prática quotidiana, considerando-se o processo enquanto método de raciocínio aplicado à prática dos cuidados. • Torna-se urgente demonstrar que a essência das intervenções de enfermagem tem a ver com a qualidade de vida das pessoas, rompendo com formas tradicionais de questionamento do real, alicerçando-o em fundamentação científica. • Na dinâmica e na flexibilidade do processo, as etapas sucedem-se de forma sequencial ou integrada, atribuindo-se à avaliação final uma construção dinâmica e renovável, conseguida essencialmente através dos registos. • O registo no processo de cuidados permite o desenvolvimento da disciplina e da profissão de enfermagem. • Os registos de enfermagem assumem um papel importante na visibilidade das tomadas de decisão no processo de cuidados, quanto à autonomia dos enfermeiros. • Ilustram a relação entre a metodologia científica, a utilização de modelos teóricos, quanto à natureza e essência direccionada mais para a pessoa ou para a caracterização da função do profissional. • O estatuto dos registos como mediadores da interacção social, interdepende da qualidade da informação, sendo de valorizar a que é feita por referência às pessoas cuidadas e não às acções profissionais desenvolvidas ou não. • O paradigma em que o processo de cuidados é desenvolvido, determina também a essência e a natureza dos registos, na medida em que a centralidade dos cuidados se desenvolve a partir do conhecimento da pessoa, assim os registos permitem uma intervenção em continuidade, valorizando a individualidade e a singularidade. • A continuidade dos cuidados é assegurada pelos diferentes tipos de registo – de admissão, evolução e transferência / alta, através da comunicação interpessoal e interorganizacional. • Aos registos é também atribuída uma dimensão legal, passando esta a ter maior relevância na medida em que o cliente passar a ser participante efectivo no processo de cuidados.
------------------------	---

Estético

Da análise anteriormente feita, emerge aquilo em que muitos acreditam que “ o único conhecimento válido e de confiança é o empírico, factual, objectivamente descrito e generalizável” (Carper, p.5).

Sabemos que as disciplinas têm evoluído a partir da forma particular que conseguem imprimir ao estudo dos fenómenos, reforçando o referido por Donaldson que na identificação das disciplinas e sua classificação introduzimos o tratamento da natureza e estrutura de todo o conhecimento humano, que importa compreender numa visão multiparadigmática onde as diferentes ciências têm um papel de integração essencial

paradigmática onde as diferentes ciências têm um papel de integração essencial, mas onde as artes influenciam também a construção do saber em enfermagem.

Há, portanto, que admitir tacitamente que a enfermagem é uma arte.

Tem, no entanto, existido relutância em considerar a componente estética como um padrão fundamental do conhecimento em enfermagem, tradicionalmente muito associado a um estilo de aprendizagem por imitação e a aquisição de conhecimento por acumulação de experiências não racionalizadas.

Estamos a falar de uma lógica onde a destreza manual era muito valorizada na aprendizagem.

Weitz (1960) sugere que Arte é um conceito demasiado complexo e variável para ser reduzido a uma simples definição. Para conceber a tarefa de definir a teoria estética, está logicamente condenado a falhar naquilo que é designado Arte, porque não apresenta propriedades comuns, apenas semelhanças reconhecidas.

Uma das propriedades reconhecidas é a criatividade, que segundo Wiedenbach (1964), “a arte torna – se visível através da acção desenvolvida para providenciar o que os doentes requerem para restaurar ou promover as suas capacidades para lidar com as exigências da situação” (Carper, pp. 6-7).

Torna-se ainda importante a noção de que “a arte de enfermagem é criativa na medida em que requer o desenvolvimento de habilidades no sentido de prever modos válidos de ajudar, tendo em vista resultados apropriados” (Orem, 1971, citado em Carper, p. 7). Uma questão que se coloca é, quais são as qualidades que possibilitam a criatividade para o desenho do cuidado de enfermagem que elimine ou minimize a fragmentação dos significados e dos fins?

A empatia assume também aqui uma função importante, na medida em que adquire-se conhecimento pelo particular e singularidade da pessoa, ao participar ou experienciar os sentimentos do outro, através da aquisição empática. Quanto mais competente for a enfermeira em perceber pela empatia com outros, mais conhecimento e compreensão será adquirido através de modos diferentes de perceber a realidade.

Podemos referir de acordo com Carper (p. 8) que o “ padrão de conhecimento estético em enfermagem envolve a percepção de particularidades abstraídas que se distinguem do reconhecimento do universal abstraído. É o conhecimento do particular e único, mais do que o generalizável “.

À semelhança de subcategorias anteriores, no quadro 9 apresentamos os Instrumentos Básicos em Enfermagem, pela ocorrência no corpus de análise.

Quadro 9 – Ocorrência dos Instrumentos Básicos, por ordem decrescente na subcategoria Estético.

Comunicação Criatividade	Relação Ajuda	Princípios Científicos e Destreza	Observação	Entrevista	Processo Enfermagem	Trabalho Equipa	Registos
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º

A **Comunicação** enquanto Instrumento Básico surge nesta categoria com elevada ocorrência, ilustrando a importância do mesmo para a concepção do cuidado, na perspectiva da análise da prática e pela visibilidade na acção do enfermeiro.

Iremos analisar a contribuição deste Instrumento Básico, em torno de três dimensões essenciais, onde a Comunicação como comportamento humano assume a clarificação inerente aos diferentes tipos e métodos de comunicação, ilustrando a importância da comunicação verbal e não verbal; a comunicação enquanto processo, ligada aos componentes do mesmo adquire nesta análise uma função importante na medida em que clarifica a valorização da pessoa enquanto interveniente directo neste processo, com participação reconhecida pelo enfermeiro enquanto profissional. Por último, analisaremos a prática profissional, identificando o desenvolvimento das competências, no sentido da resposta às necessidades humanas básicas fundamentais que o enfermeiro, pelo processo de comunicação, identifica com a pessoa em acção.

Na perspectiva dos estudantes, os enfermeiros mobilizam na acção o que consideram ser importante quanto “ À existência de um processo intrapessoal, de silêncio e de uma atitude de abertura, preocupação, interesse, respeito e disponibilidade, facilitam imenso o processo de comunicação.” (OP 78), na medida em que referem que “ (...) a comunicação está sempre presente no desenvolvimento destas actividades, seja ela verbal ou não verbal “ (OP 68) e é através deste instrumento básico que o enfermeiro “ (...) durante a entrevista (...) terá oportunidade de conhecer algumas características da pessoa que lhe permitirão centrar os cuidados num ser individual (com crenças, valores e hábitos distintos)(...)” (T13), o que no processo de cuidados adquire uma extrema importância, na medida em que “(o enfermeiro) deve utilizar uma linguagem adequada, bem como estabelecer uma relação face a face com o entrevistado que permite observar as expressões não verbais...” (OP 57), pois estas “... permitem-nos perceber melhor o estado de espírito da pessoa...” (OP59), na medida em que valorizamos os sentimentos, os comportamentos e a própria acção que as pessoas desenvolvem em parceria connosco.

A comunicação verbal tem também uma grande importância, conforme ilustramos com as frases seguintes, na medida em que possibilita a permuta de mensagens pela oralidade

de e consequentemente passíveis de serem validadas pelos intervenientes, “ nesta situação existe comunicação verbal, uma vez que o enfermeiro transmitiu uma mensagem ao utente...” (...) “...Então sr M., como é que isto está?” (OP 65). Considerando-se, no entanto, o processo “ Nem sempre a (...) comunicação verbal é a mais utilizada (...) a postura corporal, expressões faciais, contacto visual, são (...) importantes para (...) perceber se a (...) mensagem está a ser recebida de forma correcta.” (OP 31), o que nem sempre acontece através da mensagem verbal, visto que “ É objectivo de qualquer tipo de comunicação provocar uma resposta, sendo por isso um processo” (OP 69). A participação da pessoa em situação, pode estar condicionada à necessidade da descodificação pela mímica, expressões e atitudes que o enfermeiro valoriza, “ Nesta situação a comunicação é (...) utilizada pela enfermeira que, mesmo não obtendo respostas verbais (...) vai (...) falando (...) permitindo deste modo que a paciente se aperceba que (...) lhe está a ser dada atenção.” (OP 32), o que nos mostra a interdependência entre as dimensões aqui em análise, traduzida pela visibilidade na prática do processo de cuidados, na medida em que “ a comunicação permite o estabelecimento de uma relação entre o paciente e o enfermeiro, permitindo que este mostre (...) disponibilidade para com o paciente” (OP 32), que nem sempre está em condições de « responder verbalmente », pelo que o enfermeiro procura de acordo com a situação “ Neste caso como não se estabeleceu diálogo, não havia feed – back por parte do doente, embora o enfermeiro falasse com a utente, enquanto prestava cuidados” (OP 17). O sucesso do processo terapêutico passa pela inclusão da família no mesmo, na medida em que se valorize a informação que a mesma fornece como fundamental para a compreensão da situação, sobretudo quando entram os mais significativos, como se ilustra “ A esposa do Sr X (...) contou que ele já tinha estado em vários locais de saúde e quando regressou a casa a (...) perna começou a infectar” (OP 24), valorizando a enfermeira em relação à mesma situação esta informação na medida em que “(...) além do diálogo estabelecido (...) a enfermeira apercebeu-se (...) da expressão facial de desconforto do utente e disse-lhe para não ter receio, que tudo ia passar.” (OP 24). No processo de comunicação é essencial valorizarmos a relação interpessoal na lógica de que existe em simultaneidade um emissor e um receptor, “ (...) a comunicação faz parte da prática diária do enfermeiro que pode actuar quer como receptor, quer como emissor” (OP 34) que podem de acordo com a situação assumir papéis distintos, mas sempre interdependentes, “ o receptor vai receber a mensagem e percebê-la dentro da sua experiência vivencial, isto é, do seu passado, presente, necessidades e atitudes” (OP 70), o que quanto a nós, se aplica tanto ao enfermeiro como à pessoa sujeito de cuidados, o que conduz à necessidade de que “ A linguagem deve adequar-se ao contexto(...)” (OP 74) e “(...) deve ir ao encontro do contexto em que a pessoa está integrada, por exemplo não utilizar linguagem técnica, com pessoas que não a entendem” (OP 75), considerando sempre como fundamento que “ A comunicação surge (...) como (...) resposta à satisfação das necessidades humanas básicas, (...) não se circunscreve (...) à prestação de cuidados, mas à forma como estes são prestados” (OP 34).

Nem sempre a comunicação é isenta de barreiras e dificuldades, pelo que importa compreender que “ existem factores que podem perturbar a comunicação (ruídos)(...)” (OP 59), onde por exemplo “o diálogo paralelo (...) entre as enfermeiras surgiu como (...) um ruído na (...) situação” (OP 27), podendo ser esta uma das maiores dificuldades em operacionalizar no processo de cuidados a intenção de que o centro do mesmo seja a pessoa sujeito de cuidados e não o profissional, ilustrado pela frase “ O enfermeiro disse-lhe que ele não precisava sair da cama, e ele respondeu que queria sim, tomar banho...” (OP 18).

Existem, no entanto aspectos que facilitam a comunicação, sendo que se podem salientar “ O enfermeiro tem de comunicar de forma que o utente consiga descodificar correctamente a informação e, para que isso aconteça o enfermeiro tem de utilizar uma linguagem clara e concisa, tendo em conta (...) a cultura, a classe social, o sexo e a profissão do utente” (OP 5) consubstanciado no facto de que o processo de cuidados existe na medida em que, surja a importância atribuída pelos enfermeiros à interacção e valorização dos enfermeiros, ao papel central da pessoa, no mesmo, atribuindo ao processo de comunicação “ (...) dois momentos inseparáveis: o primeiro em que o enfermeiro interioriza a situação emocional da pessoa, e o segundo em que o enfermeiro dá a entender essa compreensão através, de por exemplo, um olhar amigo “ (T13), a tal ponto de se referir que “ Os « olhos nos olhos » são frequentemente um meio de estabelecer uma relação inteira (...) as pessoas normalmente entendem-se pelo olhar “ (T9), valorizado pelos estudantes na construção teórico – prática elaborada, mas em que durante a interacção com os enfermeiros na sua acção quotidiana, não é referido tão objectivamente, o que pode significar uma desvalorização pelos enfermeiros das suas competências em acção, ou em que os estudantes não conseguem de facto observar na acção aqueles que são os conceitos teóricos em construção.

São diversas as referências ao facto de ser considerada pelo enfermeiro a importância deste Instrumento Básico no Processo de Cuidados, ilustrado por frases como “ O enfermeiro validou a importância da comunicação com o utente, visto que facilitou a relação entre ambos e permite uma melhor prestação de cuidados...” (OP 72), valorizado desde o primeiro contacto com a pessoa na medida em que a “ a comunicação esteve presente em todo este processo de cuidar, desde a recepção do utente, de modo a integrá-lo neste processo...” (OP 27) e valorizando aquilo que por vezes pode parecer banal e óbvio, mas que pode adquirir uma dimensão importante para a pessoa, na medida em que o enfermeiro demonstra sensibilidade para conhecer a pessoa, na perspectiva de Swanson (1997), ilustrado por “ Quando se fala com o utente as questões têm que se apresentar com um sentido prático. Estas muitas vezes surgem na ocasião, na prática – ao chegar à cama 10 C, correu a cortina e com um sorriso disse: Bom dia Sr X

(Sr X)-Bom dia

(Enf^o)-Já tomou o pequeno almoço ?

(Sr X)-Sim” (OP 14)

O conhecimento da pessoa passa pela inserção da mesma no contexto que lhe é próprio, não só na perspectiva de contexto físico circundante como do contexto / situação em que a pessoa se encontra, sendo necessário ao enfermeiro desenvolver competências que lhe permitam dar uma resposta mais completa às necessidades fundamentais que o cliente revele como prioritárias, conseguida sempre que “ o enfermeiro dirige a (...) observação para o contexto do utente, para o que lhe causaria (...) mal estar...” (OP 29), sendo de grande significado a importância da comunicação na avaliação continuada da situação que permita um conhecimento real da pessoa em situação “ Foi através da comunicação que a enfermeira soube que a dor no braço já havia passado...” (OP 54). Surge também nesta dimensão a importância atribuída à participação efectiva do cliente no processo de cuidados, quando o enfermeiro reage a uma questão que lhe é colocada, com o esclarecimento que considera necessários e úteis para a construção do bem estar, ilustrado pelas frases significativas a seguir apresentadas e de onde emerge a importância atribuída ao cliente, “ E o Oxigénio, disse o doente? (Enfº) – Tem falta de ar?

(Sr X) – Não; (Enfº) – Então fica sem ele, se precisar, toca aqui, está bem? E mostrou-lhe a campainha “ (OP 10) (...) “ Chegadas ao quarto a enfermeira ajudou a dona R. A deitar-se na cama “ (...) (já com a senhora deitada na cama na posição de decúbito lateral direito) após o que a enfermeira despiu a coxa esquerda da senhora e, retirando parte da fralda, procedeu à prestação de cuidados curativos, mantendo em simultâneo uma conversa “ (OP 79), sendo visível também noutras situações que ilustram adequadamente a participação do cliente de forma visível no processo de cuidados, onde o particular está presente pela singularidade da situação “ A D. M. Subiu a manga da camisola para cima e pôs o braço em cima da mesa “ (...) “ A D. M. Sorriu e acenou com a cabeça que sim, mas voltou a perguntar a quanto é que estava a tensão “(...) “ a enfermeira voltou a dizer-lhe que estava a 14/8 “ (OP 81). Estamos perante situações de saúde / doença, nas quais para os estudantes existe interacção entre pessoas em contextos socio – culturais diferentes, onde o cliente se encontra numa transição e onde o enfermeiro desempenha um papel profissional organizando o cuidado de enfermagem, e intervindo para melhorar, facilitar ou promover a saúde e o bem estar.

Esta valorização do contexto socio – cultural por parte do enfermeiro, é perfeitamente ilustrado pela frase seguinte, a partir de um dialogo entre enfermeiro e pessoa cuidada onde estão patentes alguns dos pressupostos teóricos da comunicação enquanto Instrumento Básico, “ A sua mulher morreu? Vive sozinho ? (Doente) Ao tempo que ela morreu e que eu tive que cuidar dos filhos!

(Enf) – Vire-se para lá !

O doente ao virar-se, ficando em decúbito lateral direito, disse:

(doente) – Ai que eu caio!

(Enfº) – Não cai não! Há quantos anos vive sozinho?

(Doente) – Sei lá, já não tem conta.” (...) (existiu) comunicação (...) uma relação entre duas pessoas com troca de informação entre elas” (OP 85).

De acordo com Benner, as práticas de cuidados assentam em conhecimentos de diferentes tipos, cuja mobilização e função parece estar fortemente condicionada, quer pelo nível de competência adquirida, quer pelos contextos onde exercem, pelo que “se a comunicação é um meio de se relacionar com as pessoas, então a enfermeira tem de ser profissional nestas técnicas...” (T 9), clarificando-se o que se entende por técnicas na lógica seguinte “(...) o enfermeiro poderá seleccionar técnicas que permitem maior aproximação possível entre mensagens verbais e não verbais, (...): saber escutar / ouvir; esclarecer, o silêncio e o toque ...” (T 9) pois “ Algumas formas de comunicação não verbal estão representadas pelo acto de tocar, escrever, ler, gesticular, fazer movimentos com o corpo, etc ...” (T 9), considerando –se que as pessoas, que intervêm em qualquer interacção, geralmente usam métodos de comunicação: verbais e não verbais. O ideal seria a convergência entre comportamento verbal e não verbal pelo que “ É necessário estar atento aos utentes para que seja possível estabelecer relações humanas com eles...” (T 9), onde “a selecção de informação pertinente para cada caso é importante...” na medida em que “ Para que haja uma correcta comunicação e um ganho de confiança no enfermeiro (...) é importante que a mensagem não contenha erros, seja clara e esteja adaptada ao nível de compreensão do utente de modo a permitir a apreensão da informação” (T 1). Por outro lado a decisão do enfermeiro necessita ser baseada não só em conhecimentos teóricos, como vimos antes, mas em que se valoriza a capacidade em perceber o que é mais importante para o cliente, “ O enfermeiro deve também apostar na percepção da linguagem não verbal (...) estar atento à linguagem corporal, expressões faciais e do olhar (...)” (T 14), pois no âmbito do cuidar uma das técnicas utilizadas é o toque, mas em que “(...) a forma como se toca o outro é influenciada pela cultura e pela maneira de ser ou estar de cada um...” (T14) (...) “ (...) sendo necessário ter cuidado com a sua utilização (...) (pois esta) (...) pode ser interpretada como uma atitude invasiva (...), cabendo ao enfermeiro saber qual o momento adequado à sua utilização.” (T 9). Esta atitude do enfermeiro é de grande relevância, na medida em que “ esta percepção da necessidade expressa não é só responsável pela acção desenvolvida pelo enfermeiro, mas que se reflecte nela (acção)” (Carper, p.7).

No entanto, no processo de cuidar muitas são as acções que o enfermeiro desenvolve em que parece banal e essencial « tocar » as pessoas, na medida em que se considera de maneira estandardizada que “ o toque constitui uma forma de comunicação não verbal que as enfermeiras utilizam diariamente quando estão a prestar cuidados de higiene (...) aos utentes, ou quando estão a posicioná-los (...) ou a fazer massagens (...) ou a trocar os pensos cirúrgicos...” (T 9). Nesta perspectiva, torna-se essencial que o enfermeiro valorize “ A utilização do toque (...) (de forma) adequada às diferenças individuais, sociais, familiares e sexuais de cada um, devendo ocorrer no momento certo e (...) local adequado, pois a má interpretação (pode fragilizar a relação entre (...) os intervenientes.” (T 14), atribuindo ao profissional um papel fundamental na inovação perante cada pessoa, porque utiliza a comunicação como “ (...) uma prática (...) criativa, pois aborda cada pessoa de forma singular” (OP 38), e desta forma é “ criativo de

modo a que (...) o enfermeiro seja capaz de fazer chegar ao utente a mensagem que quer transmitir, adequando-se a ele e ao contexto “ (OP 42). Mas, a criatividade, como dimensão essencial à comunicação será trabalhada a seguir neste texto. Antes porém, importa referir uma outra técnica de comunicação que assume uma grande importância em momentos em que ao cliente deve ser dado espaço para reflectir e adquirir capacidade para participar nas tomadas de decisão que lhe dizem respeito. Considera-se assim que “ O silêncio é uma forma de comunicação não verbal que o enfermeiro pode proporcionar ao utente, dando a este espaço para reflectir (...) (T 9), exigindo uma vez mais, do enfermeiro enquanto profissional um estadio de desenvolvimento de competências no sentido da avaliação das pessoas, na medida em que “ (...) o enfermeiro (...) deve ter (...) em consideração as componentes do discurso, visto estes diferirem (...) de pessoa para pessoa, imprimindo cada uma o seu próprio cunho e ritmo ao discurso (...) “ (T 1), o que faz com que “ (...) o uso do silêncio requer habilidade e oportunidade, sendo útil quando os utentes são confrontados com decisões difíceis, as quais se tornam de difícil abordagem com o enfermeiro...” (T 1).

Pela integração e complementaridade à temática da comunicação, iremos em seguida analisar a dimensão **Criatividade**, partindo do pressuposto que “ a arte de enfermagem é criativa na medida em que requer o desenvolvimento de habilidades no sentido da prever modos válidos de ajudar tendo em vista atingir resultados apropriados “ (Orem, 1971, p. 69 – citado em Carper, p. 7), e fazer isto de forma adequada a cada pessoa com quem estamos no cuidar “(...) o próprio acto de contacto com a pessoa já implica criatividade (...) são todas diferentes e as situações que com elas vivenciamos acabam por ser todas diferentes” (OP 10), sendo que “(...) a comunicação e a criatividade permitem que o enfermeiro estabeleça um bom contacto com o utente em que o diálogo surge com um « desabafo do utente»” (OP 9), procurando responder de forma adequada à integração entre o que é a unidade percebida e a actividade desenvolvida e o seu resultado, onde se valoriza a percepção do significado atribuído pelo cliente à necessidade de ajuda. Mas a acção desenvolvida para ter uma qualidade estética, requer de facto a percepção do que é significativa para o cliente no momento da interacção e que é expresso pelo comportamento deste, ao qual o enfermeiro responde mobilizando o conceito de “criatividade para se poder realizar com sucesso a actividade de enfermagem, por vezes é necessário ao enfermeiro a utilização de criatividade, recorrendo para isso à sua imaginação e espírito criador, de maneira a fazer chegar a informação desejada ao utente, de forma a diminuir a sua ansiedade e promover o aumento da sua auto-estima” (OP 47), ilustrado de forma mais real pelas frases que se seguem “ criativo de modo a que (...) o enfermeiro seja capaz de fazer chegar ao utente a mensagem que quer transmitir, adequando-se a ele e ao contexto “ (OP 42), sendo que a experiência de ajuda deve ser percebida e descrita como um componente integral do resultado esperado, mais do que concebido separadamente como uma acção independente imposta de forma independente”, “ As situações obrigaram o enfermeiro a encontrar uma nova forma de as resolver, levando-o a inventar a solução adequada” (...) “ os enfermeiros no seu dia-a-dia

recorrem à criatividade para resolverem as mais diversas situações com que se deparam(...) “ (...) “ Se o enfermeiro se sentir motivado para realizar uma actividade, ele terá mais facilidade em criar” (T 9).

Coloca-se-nos então a necessidade de reflectir sobre as qualidades que possibilitam ao enfermeiro empregar a criatividade no desenho do cuidado de enfermagem, que procura dar resposta ao particular e único embora de forma global, ilustrado por “ (...) (a enfermeira) demonstrou alguma criatividade (...) na forma clara como dialogou com o doente e como agiu rápida e convenientemente(...) “ (OP10), ou quando se refere que “ A criatividade também esteve presente, uma vez que a enfermeira promoveu um discurso para que a srª não se centrasse tanto nas dores que estava a sentir - « Oh! D. X, conte lá, como fazia o seu molho de escabeche?»” (OP 7) ou ainda “(criatividade) a enfermeira utilizou este instrumento, visto que para que a Srª não se centrasse tanto na sua dor, falou-lhe de algo que supostamente lhe dava prazer” (OP 7). Torna-se essencial tomar posição clara sobre a noção de que nem sempre improvisar significa criar, na medida em que quanto a nós o improvisado não tenha em conta a qualidade dos cuidados a prestar, mas aconteça antes em função do trabalho do profissional, “ criatividade... capacidade de inventar, improvisar e inovar de acordo com as necessidades presentes em cada momento...”(OP 53), desde que centrados na pessoa alvo dos cuidados “ Ao pedir à mãe que inclinasse ligeiramente a criança, a enfermeira estava a pôr em prática uma técnica pessoal, que permite facilitar a sua actividade” (OP 53), o que reforça de facto o nosso questionamento quanto ao significado atribuído ao cuidado centrado no cliente ou no profissional.

De acordo com Carper (p. 8) “ A empatia é a capacidade para participar com, ou experienciar os sentimentos do outro, tornando-se assim um modo importante no padrão de conhecimento estético “, pelo que a análise que segue vai emergir da importância atribuída ao Instrumento Básico **Relação de Ajuda**, por ser a este nível que mais evidente se torna esta dimensão. Releva também para esta análise, o facto de ser este um Instrumento Básico com ocorrência elevada neste corpus em análise e concretamente nesta categoria.

A Relação de Ajuda aplicada ao cuidado de enfermagem, traduz-se pelo respeito e confiança na pessoa e assenta numa perspectiva holística, que integra a “ Comunicação e a criatividade possibilitam estabelecer uma relação de ajuda cada vez mais personalizada permitindo caminhar para a humanização dos serviços.” (OP 37), considerando-se para o efeito, que “ Na prática dos cuidados de enfermagem o utente deve ser visto numa perspectiva holística, em que a relação de ajuda é de primordial importância para a personalização dos cuidados “ (OP 42), pois “ é a proximidade afectiva entre o enfermeiro e o doente que permite entendê-lo como um ser único, com a sua forma particular de estar no mundo e de sentir as coisas” (T 13). A centralidade da pessoa no processo de cuidados “ Esteve presente a relação de ajuda no âmbito do enfermeiro se preocupar com a pessoa, procurando as suas necessidades, mostrando que está no centro dos cuidados” (OP 28), adquire nesta categoria uma visibilidade emergente, na medida em que “ em toda a relação enfermeiro – utente, a empatia é essencial, pois permite que se crie entre ambos um clima de compreensão e confiança e que os esforços se concentrem no bem estar do utente “ (T 7), valorizando o poten-

cial individual numa interacção que se pretende seja promotora do crescimento individual embora respeitando a unicidade de cada um dos intervenientes, na medida em que

“ O enfermeiro e a pessoa podem ser olhados como sistemas únicos que se cruzam num terreno comum: a relação terapêutica enfermeiro / Utente “(T/7).

A empatia adquire de facto um papel relevante nesta análise na medida em que aumenta a tomada de consciência da diversidade de experiências subjectivas, que ilustram a complexidade e a dificuldade da tomada de decisão em situação, assumindo os enfermeiros que “ Assim como a empatia, que permite conhecer as necessidades do utente e a maneira de as satisfazer (...) “ (...) “ ...é necessário tratar o utente como ele deseja ser tratado, sendo simpático, convencer sem incomodar...” (OP 79).

O planeamento do cuidado de enfermagem baseia-se numa articulação entre o relacionamento de factores mutuamente interdependentes, ou seja o particular visível no global, tornando a “ (Relação de Ajuda) (...) como um IBE inerente a todo o processo de cuidados prestados...”, onde a “ ...empatia está presente em todo este processo através da disponibilidade do enfermeiro...”, assumindo-se aqui um paradigma de construção disciplinar onde o que é significativo para a pessoa, traduz-se no “ ...« estar com » a pessoa e escutá-la, percepcionando os seus sentimentos” (OP 79), e em que “ (...) é através da empatia que o enfermeiro consegue compreender a mensagem (...) bem como as emoções transmitidas pelo utente” (T 8) constituindo-se assim a Relação de Ajuda como “ (...) um processo em que não só o enfermeiro fornece à pessoa as condições que ela necessita para satisfazer as suas necessidades “, mas em que também “...a pessoa age no sentido de cooperar com o enfermeiro “ (OP 79), cabendo a este último descodificar o pedido de ajuda e agir em conformidade.

Ao definirmos relação de ajuda como uma relação especial porém intencional em que o enfermeiro tenta dar resposta ao pedido de ajuda de alguém, onde “ (...) procuramos definir relação de ajuda e (...) identificar (...) dificuldades e (...) atitudes facilitadoras (...) para (...) a podermos empregar enquanto enfermeiros “ (T 14).

De acordo com Phaneuf na relação de ajuda informal sobressaem atitudes do enfermeiro, em que para além da empatia que temos vindo a assinalar, o respeito, a aceitação e a escuta activa. Em relação a esta última, podemos considerar que “ a escuta é um acto voluntário que requer disponibilidade e empenhamento total por parte do enfermeiro (...) “(T14), onde o enfermeiro assume um papel importante na medida em que desenvolvendo esta atitude “ Ajuda a trazer à superfície pormenores acerca do utente ” (T1), pois “ na relação enfermeiro / utente o escutar assume uma acção muito para além de ouvir, trata-se de um mecanismo activo e dinâmico em que o enfermeiro presta atenção ao emissor (utente) às palavras e ao conteúdo “ (T 1), valorizando o facto de que “ Todos (...) temos capacidade para ouvir, mesmo um deficiente auditivo desenvolve a capacidade de escuta com todo o seu corpo (...) a escuta torna-se um instrumento essencial para o enfermeiro , pois (...) permite a compreensão do utente como (...) ser holístico e individual “ (T 8).

O enfermeiro olha para este Instrumento Básico, permitindo uma relação particularmente significativa que se vai estabelecer entre ele e a(s) pessoa(s) cuidada(s), onde se relacionam os factores em jogo numa perspectiva global, por forma a evitar acções de mera rotina mecânica, de onde sobressai “ como valor que é, o respeito e (que) se manifesta (nos comportamentos e atitudes do enfermeiro e na forma como ele aborda e trabalha com o utente” (T 14). Assume enquanto profissional uma atitude em que “ o enfermeiro congruente é capaz de se afirmar como profissional de forma natural e sem agressividade (...) não comprometendo (...) a relação de ajuda” (T 14), sendo de relevar a importância atribuída às “(...) atitudes através das quais o enfermeiro pode manifestar (...) respeito pelo utente: demonstrar interesse (...), encarar o utente como ser único, favorecer a afirmação do utente e acreditar na sua recuperação; respeitar a confidencialidade (...), evitar juízos de valor; ajudar o utente a desenvolver os seus (...) recursos; ser autêntico” (T 8).

Nem sempre a relação de ajuda é isenta de dificuldades, até pelo facto de ser através dela que o enfermeiro procura fornecer ao cliente as condições que este último necessita para satisfazer as suas necessidades básicas, pelo que “ Utilizamos em simultâneo os (...) conhecimentos, o (...) saber fazer e o (...) saber ser (...) este saber ser engloba dois aspectos: o (...) papel enquanto enfermeiros e o (...) papel enquanto seres individuais” (T14), mas onde e pelo conhecimento de si, categoria que analisaremos em seguida , existe também quem considere que “ (...) as orientações e os sentimentos do terapeuta são mais importantes que a (...) orientação teórica.” (T 14).

Mas porque de facto também existem dificuldades, salientamos essencialmente que “ No início da relação de ajuda, ansiedade é predominante, à medida que a relação se vai desenvolvendo, esta vai – se atenuando, podendo (...) desaparecer.” (T 8), considerando-se como atitude importante a tomar pelo enfermeiro, a mobilização do que se pode designar por transferência enquanto “ (...) fenómeno que pode ter conotações positivas ou negativas, que são transportadas para o enfermeiro. Se a transferência for positiva, a relação desenvolver-se-à na plenitude, se for negativa impedirá o estabelecimento da mesma” (T 8).

Na integração entre um paradigma disciplinar onde a pessoa seja olhada como centro do processo de cuidados, o enfermeiro assume uma concepção da pessoa como ser global e “ neste caso verifica-se a relação de ajuda nas situações em que o enfermeiro se preocupa com o bem estar do utente” (OP 12), em que por exemplo “ O cuidado de higiene envolve a relação de ajuda pois a enfermeira ajuda a doente a realizar esta AV” (OP 10), ou quando se refere à importância da utilização mais visível na acção do enfermeiro “ A Relação de Ajuda enquanto IBE, está também presente na actividade de prestação de cuidados curativos, embora umas vezes mais explícitos que outras, como por exemplo: a enfermeira referiu que está presente quando (...) perguntou ao doente se ainda tinha comichão no pé, e o doente respondeu que sim, referindo ela que a pomada que lhe colocara tinha vitaminas que lhe iam fazer muito bem à pele(...) “ (OP 77). Também se dá visibilidade ao papel de participação do cliente “ (...) quando a enfermeira dá uma certa autonomia à criança para que ela escolha o membro superior onde levar a vacina (...) “ (OP 77), o que ilustra de facto um paradigma onde o “ Homem enquanto pessoa deve ser visto como um ser bio-psico-social e espiritual durante o processo de cuidados” (OP 12) e onde “ os cuidados (de enfermagem) devem ser

individualizados e personalizados, de forma a que as necessidades do utente sejam satisfeitas de uma forma global.” (OP 12).

Numa perspectiva estética, a arte de enfermagem é expressa pelos enfermeiros individualmente através da sua criatividade e estilo, no planeamento e execução do cuidado, de forma efectiva e satisfatória (Cf . Carper, p. 7), pelo que assume especial importância reconhecer que “ A Relação de Ajuda baseia-se em conhecimentos científicos e não no senso comum, assim o enfermeiro deve aplicar a sua destreza manual, de forma a ajudar a pessoa a ultrapassar os seus problemas e conseguir aplicar na prática (...) a relação de ajuda “ (T 14), o que nos induz a análise seguinte, centrada exactamente nos Instrumentos Básicos - **Princípios Científicos e Destreza**.

De acordo com Carper, cuidar de alguém requer a aproximação de uma ciência de enfermagem, isto é, o conhecimento de factos empíricos sistematicamente organizados em explanações teóricas, considerando o fenómeno da saúde e da doença (1997, p. 14), em que no processo de cuidados o enfermeiro interage com o ser humano (doente ou saudável), que se encontra numa transição ou que antecipa uma transição e fá-lo utilizando princípios inerentes ao cuidado como objecto vital da nossa disciplina, enquanto “ conhecimentos científicos (que) devem ser aplicados e adequados à prática, em função da realidade, do serviço, dos recursos humanos e materiais, do tipo de patologia dos doentes e da individualidade de cada pessoa” (OP 51), **com base nos quais**, “ o enfermeiro (...) presta cuidados de forma individualizada, com base num processo heurístico “ **onde** “há uma procura de satisfação das necessidades de ajuda do utente por parte do enfermeiro, de forma a permitir a individualização de cuidados(...) “ (OP 45) **levando a que se considere** “ Neste sentido, o exercício da enfermagem (...) (como) um fim em si mesmo e não um meio para atingir um fim, ou seja, a recompensa do enfermeiro é o ter ajudado o utente na satisfação das suas actividades de vida” (T1). **O enfermeiro é nesta perspectiva um profissional capaz de mobilizar um vasto leque de conhecimentos**, “Os enfermeiros devem estar preparados para resolver as várias situações que se lhe apresentam no dia-a-dia de uma forma sábia e prudente “ (...) “ sendo para isso necessário basear-se em princípios científicos fornecidos pelas várias ciências, entre as quais a enfermagem, para a prestação dos seus cuidados” (OP 69). **A competência a autonomia e a responsabilidade são dimensões inerentes à prática profissional, na medida em que** “ O enfermeiro tem de estar preparado para resolver (...) os problemas que se lhe apresentam, daí a necessidade em basear as suas decisões em princípios científicos “ (T 9), **a partir de modelos teóricos enquanto guias organizadores da realidade**. A consciência de que são utilizados modelos teóricos na prática é recente no discurso dos enfermeiros, embora ainda não totalmente valorizado no quotidiano como forma de trazer ao campo das práticas a cientificidade para as decisões tomadas pelos enfermeiros, “ (...) a enfermeira alertou-me para o facto de que, os princípios científicos, bem como a utilização de um modelo teórico são essenciais para a aplicação do processo de enfermagem com vista à evolução e melhoria dos cuidados prestados aos utentes” (OP 77).

Mas nem sempre as práticas reais correspondem ao que deveria ser a enfermagem, pelo que é necessário reconhecer aos enfermeiros a competência para formalizar os saberes que mobilizam no quotidiano, como base para a conceptualização em enfermagem, considerando nós que “ Este Instrumento Básico em Enfermagem (Princípios Científicos) tem de estar sempre presente em todos os actos de enfermagem às pessoas, no sentido da satisfação das suas necessidades “ (OP 70), sendo “ Os cuidados prestados pelo enfermeiro (...) individualizados com base num processo heurístico, (que) permite conhecer a pessoa e a sua situação “ (OP 78). A fase da avaliação inicial adquire uma importância para o conhecimento da pessoa no global, quando se valorizam determinados dados objectivos e subjectivos, assumindo a compreensão dos mesmos numa lógica de raciocínio analítico e não mecanicista pela repetição de situações semelhantes, o que só por si induz uma mudança de paradigma em situações de intervenção tão simples como é “ (A enfermeira utilizou) os princípios científicos (...) para medir a tensão (...) é um acto em que o enfermeiro se inspira em princípios científicos no processo de cuidados” (OP 81), bem como ilustrar a acção com fundamento teórico para a mesma “ (A enfermeira) explicou (...) esta actividade (mobilizar os doentes) ajudava o utente na actividade de respirar, estimulava a circulação; mantinha a (...) mobilidade dos membros e a amplitude das articulações “ (OP 83).

Ao centrar a intervenção nas necessidades do cliente , desenvolvendo um processo de cuidados onde o elo de ligação entre o profissional e o cliente, promove a fuga ao trabalho realizado por tarefa, o que é conseguido pela atitude pela qual “ (...) o enfermeiro deve considerar a pessoa (...) um sistema aberto influenciado por (...) um conjunto de experiências, vivências que influenciam a sua maneira de ser, estar e fazer...” (T 8), sendo a partir desta realidade que se começam a desenvolver os métodos e os instrumentos de planeamento e organização do trabalho, surgindo os primeiros modelos teóricos em enfermagem, sendo que actualmente “ o enfermeiro (...) procura deixar o paradigma da categorização (...) e passa a olhar a pessoa através do paradigma da transformação. Aqui a pessoa é (...) (apreciada de forma) holística, com sistemas interactivos: psicológico, biofísico, social, cognitivo, base genética e impulso espiritual (...) “ (T 14), onde fica bem evidente a importância da individualidade e singularidade, nas frases seguintes “ A intervenção do enfermeiro é direccionada especificamente para a promoção da saúde junto da pessoa, família e comunidade “ (...) “ (...) devemos ter em atenção que a pessoa é uma total singularidade que se expressa de forma única, diferenciando-se de todas as outras” (T1).

A enfermagem depende da especificidade do conhecimento do comportamento humano quanto à doença e à saúde, a percepção estética das experiências humanas significantes, uma compreensão da individualidade única do self e a capacidade para fazer escolhas em situações concretas envolvendo julgamentos morais particulares (Carper, p. 14), onde a participação dos diversos intervenientes é considerada no processo de cuidar “ (...) a enfermeira retirava as ligaduras que envolviam o ferimento enquanto a esposa do Sr X mostrou os medicamentos que o (...) marido andava a tomar. A enfermeira olhou e sorriu “ (OP 24), o que pode ser entendido

como uma abertura à colaboração efectiva do cliente, “ A enfermeira apelou significativamente para a potencialização do utente, sendo este o centro do sistema de saúde e para a valorização dos cuidados de enfermagem, atingindo-se assim, a meta do paradigma da transformação” (T 13), assumindo a visibilidade através do estímulo à autonomia das pessoas, mesmo em situações muito básicas como ilustra a frase seguinte “ O doente colaborou novamente na prestação de cuidados, mas desta vez ao ser ele próprio a pentear-se “ (T1).

Ao considerarmos que o enfermeiro se inspira em princípios científicos para desenvolver o processo de cuidados, fica suportado pela análise complementar que segue, integrando a **Destreza** numa perspectiva que vai para além do que se considerava com a mesma, no sistema de aprendizagem, onde a arte de enfermagem estava muito associada a um estilo de aprendizagem por imitação e aquisição de conhecimento por acumulação de experiências não racionalizadas, para uma perspectiva mais actual, onde se valoriza a dimensão intelectual e reflexiva do profissional onde a destreza adquire uma lógica que integra o movimento da «cabeça à mão», na medida em que a decisão sobre determinada acção alicerça-se num processo de raciocínio analítico e reflexivo.

Esta postura é consubstanciada por Obin (1995), quando refere que o que é formativo, não é o simples confronto dos saberes teóricos e dos saberes práticos, mas o dispositivo pedagógico que vai viver o tratamento das tensões que inevitavelmente emergem deste confronto.

Os estudantes referem-se a esta importância quando identificam que “ o profissional de saúde deve ter uma área de conhecimentos bastante abrangente bem como um grau de destreza elevado de forma a proporcionar ao utente óptimos cuidados. A falta de habilidade é frustrante para o profissional de saúde e desagradável para o utente” (T 2), sendo de grande importância que a aprendizagem aconteça pelo confronto directo com as diferentes formas de operacionalização na prática quotidiana, “ (...) verifica-se a utilização deste Instrumento Básico em Enfermagem (Princípios Científicos e Destreza), nas situações em que a enfermeira mostra cuidado na preservação da privacidade da pessoa, na utilização do lençol para colocar o paciente na posição de decúbito lateral esquerdo e noutras situações (...)” (OP 32), “ Verificou-se o uso da destreza quando o enfermeiro retirou e pôs a fralda, quando preparou o material para a higiene, quando fez a higiene e quando « manuseou » o corpo do utente de forma a limpá-lo e a mudar os lençóis “ (OP 6), “ (A destreza) (que) (...) se traduz pela habilidade do enfermeiro ou seja através da habilidade, da destreza da enfermeira que ela presta cuidados ao utente tendo sempre como base princípios científicos “ (...) “ Nesta actividade, ao avaliar a Tensão Arterial e ao medir a Temperatura, a enfermeira estava a servir-se da destreza manual, que diz respeito à capacidade de usar as mãos “ (OP2) .

Conforme podemos verificar pela frases anteriores, a visibilidade quanto à Destreza ocorre ainda na lógica do paradigma formativo da reprodução, onde a aprendizagem ocorre pela imitação e repetição, embora os enfermeiros tenham já a noção de que o paradigma mudou no discurso e necessita mudar na prática, “ (...) (a enfermeira) foi de opinião

que o que se evidencia mais nas situações onde identifiquei os princípios científicos e a destreza é sobretudo a destreza, (emergente) (...) da prática de habilidades manuais (...) “ (OP 27).

Esta nova postura preconizada, surge através da visibilidade dada ao conceito de destreza, pelos estudantes e ilustrada nas frases seguintes “ A destreza(...) traduz-se pela habilidade do enfermeiro (...) visando uma prestação de cuidados mais eficaz “ (T3), na medida em que referem a importância de que “ Neste processo de cuidar está implícita a capacidade do enfermeiro de controlar o aparelho sensorio – motor, relacionando-o eficientemente com a mente sendo este instrumento denominado Destreza “ (T15), assume-se assim a integração entre a “ Destreza manual (que) está relacionada com a capacidade que o homem tem de efectuar as mais diversas tarefas, adequando os seus gestos às situações específicas (...) (T15), mas onde se identificam como importantes algumas dimensões desta habilidade, que suportam uma adequada intervenção, para que “ (...) o enfermeiro aja com eficácia e desempenhe qualidades manuais como a precisão dos gestos, subtilidade do tacto, a rapidez dos movimentos ou a segurança das mãos (...) “ (T15).

Cabe ao enfermeiro enquanto profissional, assumir uma postura que lhe permita fugir à estandardização das acções, desenvolvendo apenas as competências técnicas em detrimento das competências cognitivas, afectivas e em suma relacionais. Nesta conformidade “(...) para prestar cuidados de enfermagem (...) é necessário uma interacção entre acções e as capacidades intelectuais do enfermeiro – Destreza Intelectual.” (T15), entendendo – se esta como “(...) a capacidade de adaptar os seus conhecimentos às diversas situações que exigem uma tomada de decisão adequada “ (T15).

Para os enfermeiros, as práticas de cuidados assentam em conhecimentos de diferentes tipos, cuja mobilização e função parece estar fortemente condicionada, quer pelo nível de competência adquirida (Benner, 1994), quer pelos contextos onde exercem, interessando por isso reflectir sobre a complexidade e responsabilidade da prática de enfermagem actual, baseando-nos no Modelo de aquisição da perícia de Dreyfuss. De acordo com o referido pelos estudantes, “ (...) as competências (do enfermeiro) assentam na capacidade que o enfermeiro tem para aliar os conhecimentos científicos (...) à habilidade de manusear a sua mão, bem como o resto do seu corpo.” (T15), por forma a que “ Em todas as actividades práticas desempenhadas pelo enfermeiro é necessário aplicar a sua destreza manual e simultaneamente a destreza intelectual, por forma a adaptar-se à situação que lhe é apresentada.” (T15).

Por outro lado a observação da realidade passa pela valorização de cada pessoa no seu contexto, procurando o enfermeiro mobilizar o mais profundamente este Instrumento Básico em Enfermagem no sentido do conhecimento da pessoa de forma global, mas em particular, considerando que “ (...) a observação em enfermagem não é apenas superficial, mas sim (apresenta) uma visão mais íntegra da realidade do utente, que este verbaliza ou não “ (T11), possibilitando que a colheita de dados através da utilização criteriosa pela observação permite que “ ao observarmos estamos a reconhecer a existência da pessoa e por isso a enfermagem é em grande parte a arte de observar” (T11), na medida em que “ ...a observação constitui um momento de mais valia, tanto para o enfermeiro como

para a pessoa (...)“, sendo utilizada de forma idêntica em qualquer contexto de cuidados onde o enfermeiro actue “ (...) o Instrumento Básico de Enfermagem – Observação é muito utilizado pelo enfermeiro, tanto nos Centros de Saúde como nos Hospitais “ (T 11).

A **Observação** como instrumento de colheita de dados, incide sobre o conjunto de informação acerca da pessoa e sua situação individual, sendo essenciais para o planeamento da intervenção, considerando o respeito pela pessoa e a situação individual, ilustrado pela frase seguinte “ A observação baseia-se na recolha de dados em que o enfermeiro deve centrar-se plenamente no utente. Através da informação recolhida, o enfermeiro adequará o plano de cuidados ao utente.” (T 8), pois é com o pensamento crítico que o enfermeiro desenvolve na sua acção quotidiana, onde a observação vai introduzindo novos elementos de análise, imprimindo um carácter científico ao raciocínio, que permita compreender que é “ através da observação que o enfermeiro tem a noção da dimensão dos problemas da pessoa” (T 14), implicando a existência de objectivos claros , explícitos e organizadores, sendo que o acto de selecção será mais facilitado e mais circunscrito ao alvo sobre o qual a atenção é dirigida, tal como se refere “ Embora a observação se tenha dirigido (...) para a « sola do pé » a enfermeira teve sempre em conta a totalidade singular do utente “ (OP 27), sendo de valorizar a importância de se considerar a observação como um acto de atenção e inteligência, mobilizando a concentração electiva por parte do enfermeiro, “ (...) a enfermeira recorreu às suas diferentes dimensões e inteligência, bem como à sua atenção de forma a obter o máximo de informação” (OP 27), pela capacidade em “ focalizar os sentidos na pessoa para obter dados a respeito das suas necessidades...” (OP 28).

De acordo com Carper (p. 7), a percepção, está para além do reconhecimento, no que se inclui um conjunto de detalhes particulares numa experiência global, como proposta para se observar o que o cliente apresenta, razão pela qual a utilização dos sentidos adquire uma grande relevância neste Instrumento Básico, conforme podemos verificar pelas frases seguintes, “ (...) as enfermeiras realizaram essencialmente a observação visual (...) a auditiva e o toque (...) que permitiu uma relação mais próxima “ (OP 9), traduzido pelo facto de em relação a um cliente com uma situação específica é referido que “ (...) esteve também presente a observação visual (...) na medida em que o Sr X apresentava anemia e era (...) visível (...) pela cor pálida (...) que a sua pele apresentava “ (OP 2), outros sentidos são no entanto mobilizados por forma a que a qualidade estética da observação seja a mais apurada, conforme se verifica “ Pelo tacto, o enfermeiro consegue transmitir segurança à pessoa facilitando uma relação de aproximação...” (T 5), mas em que “ (...) o olfacto é essencial uma vez que existem odores característicos de certas doenças.” (T 5), sendo de relevar o facto de que num processo de cuidados onde a pessoa é o centro do cuidar, “ A relação enfermeiro / pessoa constitui uma ocasião única para a utilização da observação, num eficaz método de colheita de dados” (T 5).

A observação não permite só a avaliação do estado físico da pessoa, conforme temos vindo a ilustrar, na medida em que “A observação é uma técnica consciente e deliberada em que se tem (...) em conta o contexto em que a pessoa se encontra a ser observada” (OP 78), sendo passível observar, para além dos dados objectivos também a subjectividade de dados que sendo validados com a pessoa adquirem um estatuto elevado na avaliação global da mesma, conforme ilustrado pela frase “o enfermeiro referiu que utilizou este Instrumento Básico em Enfermagem, pois observou a pele da utente que revelava o seu estado, e a sua aparência, relativamente ao seu estado de espírito ansiosa, bem disposta, preocupada, descontraindo, desinteressada...” (OP 71), o que só se consegue quando se estabeleceu uma relação de “(...) confiança e empatia com a pessoa...(o que) contribui para facilitar a observação e para que esta constitua um momento de mais valia tanto para o enfermeiro como para a pessoa “ (T 5), na medida em que com esta atitude de ajuda e de compreensão “ (...) para ser possível manter o bem estar do utente e poder identificar qualquer alteração do seu bem estar, de modo a poder ser reparada, proporcionando assim a satisfação das necessidades do utente” (OP 12).

Para além da observação, a **Entrevista** é um dos Instrumentos Básicos que permite atingir uma elevada qualidade dos dados a colher e que permitem a posterior decisão sobre o que e o como fazer, para além de quem faz, sempre no sentido da procura da máxima independência da pessoa cuidada. A entrevista possibilita aos enfermeiros a oportunidade de observar a pessoa e de utilizar a sua capacidade perceptiva não só para obter dados, mas também para transmitir à pessoa a sua disposição, interesse e desejo de compreender os seus problemas.

Analizamos as frases que atribuem um sentido à entrevista enquanto Instrumento Básico, como contributo para uma enfermagem onde o cuidado estético seja entendido na lógica da qualidade face às necessidades apresentadas pelo clientes, razão pela qual se torna de extrema importância compreender o que sentem e como expressam as suas necessidades, “ A entrevista (...) permite ao enfermeiro agir adequadamente perante a situação daquela pessoa (...) e o enfermeiro vai actuar tendo em conta a pessoa no seu contexto “ (OP 39) acontecendo nas mais diversas situações de cuidar e não só numa perspectiva de avaliação inicial, conforme frase seguinte “ A entrevista à D. X teve como objectivo saber se havia condições adequadas para (...) depois da alta “ (OP 36), onde para além do processo de cuidados desenvolvido no contexto aparentemente complexo do Hospital houve a preocupação de dar continuidade à qualidade de cuidados no domicílio, na medida em que “ A entrevista... foi feita no sentido de aperfeiçoamento, promoção e manutenção do nível de Bem estar da paciente...” (OP 54). Isto implica que o enfermeiro adopte uma postura de tolerância e de aceitação pelos outros, autopromovendo uma reflexão pessoal sobre os seus próprios valores, crenças, comportamentos e atitudes, que possibilitem “(...) que a clarificação seja conseguida, (sendo) necessário (que para isso) o enfermeiro com-

preenda e conheça a linguagem utilizada pelo utente, a sua cultura, o seu meio social, a sua idade e o seu contexto.” (T8), sendo de extrema importância que “no final de uma interacção a enfermeira (...) fazer um resumo (...) de forma a confirmar que nada se omitiu e que o utente concorda com todas as decisões” (T1).

O planeamento da intervenção assume uma importância relevada pela visibilidade que pode assumir naquilo que é o equilíbrio entre o particular que é a pessoa e o global, considerando –se esta em relação com o meio ambiente. A entrevista, “ (...) (deve tornar) possível a elaboração por parte do enfermeiro de um plano de cuidados personalizado...” (OP 42), na medida em que “ (...) permite conhecer a pessoa e o seu problema (...) e estruturar o plano de cuidados personalizado e individualizado “ (OP 42). Para que se atinja a qualidade preconizada com a entrevista, é necessária a criação de condições que passamos a ilustrar “ (...) é importante a existência de um ambiente favorável em que a pessoa se sinta à vontade para expor os seus problemas”, sendo que são de evitar “ as interrupções deverão ser reduzidas ao máximo, ou eliminados se possível, uma vez que estes podem destruir em segundos um clima de confiança que o enfermeiro e a pessoa levaram tempo a criar” (T 13).

A centralidade da pessoa só tem sentido quando a “ pessoa (...) se sentir o centro do processo de cuidados “, cabendo ao enfermeiro entrevistado “ contornar os tabus do doente e as suas defesas por forma a conseguir uma libertação por parte deste, que lhe permita expor os seus problemas, ficando facilitado o processo de cuidados” (T 13), reforçamos assim a importância atribuída à Entrevista em que “ para além de utilizar as técnicas essenciais a qualquer actividade profissional, tem que ter em conta o meio envolvente do indivíduo, o aspecto relacional” (T7), ilustrado por exemplo pelo cuidado a ter com a preservação da intimidade das pessoas “ (...) dever-se-ão adiar as perguntas íntimas para o final, quando se supõe haver maior confiança por parte da pessoa em relação ao enfermeiro” (T 7).

O Processo de Enfermagem, na dimensão instrumental do mesmo, caracteriza-se por promover de forma sistemática a relação entre um profissional competente e uma pessoa que necessita de ajuda mas que tem de facto um papel reconhecidamente activo, pois “ trata-se de uma abordagem deliberativa de resolução de problemas, que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais e está voltado para a satisfação das necessidades do sistema cliente / família” (OP 59), o que atribui ao Processo de enfermagem o propósito de proporcionar uma estrutura clara ao processo de cuidados, construída a partir da interacção entre o cliente e o enfermeiro, onde o primeiro passa a ser conhecido pelo segundo, na medida em que “ o processo de enfermagem permite ver o utente como um ser único, conduzindo à prestação de cuidados individualizados, facilitando a relação de ajuda” (T 8).

A visibilidade na acção dos enfermeiros ao utilizarem esta metodologia, ocorre essencialmente no sistema de cuidados através da qualidade dos cuidados, iniciando-se de forma reflexiva com a mobilização de vários Instrumentos Básicos como complementares à fase da avaliação inicial, ilustrado por “ Na apreciação de saúde, o primeiro Instrumento Básico em Enfermagem é a observação seguida do processo de enfermagem, sendo a apreciação de saúde a avaliação objectiva do utente, comportando a investigação de todos os sistemas, enquanto ser global com vista a determinar o padrão do utente ou a detectar alguma alteração a esse padrão” (OP 9), percebendo a importância que o

Processo de Enfermagem terá para além de Instrumento, pode ser considerado como método, na medida em que permite de forma sistemática, flexível, contínua, intencional interactivo e baseado em teorias de enfermagem, conhecer a pessoa em interacção e consequentemente constituir-se como a metodologia científica que responde à individualização e personalização do cuidado. “ Num primeiro contacto a enfermeira auscultou os hábitos de vida e a sua modificação perante o internamento (...) surgindo o facto do doente ter dificuldade em aceitar que não consegue mobilizar-se (...) como antes” (OP 9), o que induz a capacidade do enfermeiro para “ Tendo em conta a individualidade (...), o enfermeiro tem necessidade de adoptar a recolha de dados deixando de lado padrões e fazendo uso da sua criatividade” (T 1) e em relação ao cliente “...faz com que o seu uso promova o envolvimento activo do doente na sua própria saúde, reforçando a satisfação do utente o que faz aumentar o sentimento do utente sobre o que lhe está a acontecer, estimula a solução dos problemas e promove a responsabilidade pessoal...”(T 4), na medida em que “ se o utente for envolvido no desenvolvimento dos planos de assistência, torna-se mais provável que colabore com os objectivos do plano promovendo o atendimento individualizado” (T 10). Baseado num processo comunicacional essencial ao desenvolvimento de uma linguagem comum entre os profissionais e entre o enfermeiro e o cliente, “ao longo do Processo de Enfermagem vai existindo comunicação entre o enfermeiro e o utente (...) (em que) estabelecem uma relação dual em que ocorre transferência de informação e (...) estimula a criatividade na solução de problemas de cuidado de enfermagem” (T 10).

Existem no entanto dificuldades associadas essencialmente à construção de uma certa invisibilidade mítica na utilização do Processo de enfermagem, na medida em que e nesta perspectiva, os estudantes têm dificuldade em identificá-lo na acção quotidiana, “Relativamente ao Instrumento Básico em Enfermagem – Processo de Enfermagem tive bastante dificuldades em identificá-lo separadamente (ou isolá-lo) pois penso que o processo de enfermagem assim como alguns Instrumentos estão sempre ou quase sempre implícitos nas actividades realizadas pelo enfermeiro” (OP 77), reforçado pela posição dos enfermeiros, quando referem “ (...) o enfermeiro disse-me que o utilizou (O processo de enfermagem) mentalmente, sendo por isso um processo automático, tendo este facto a ver com a prática da sua utilização “ (OP 70), o que nos remete para uma reflexão que necessita ser aprofundada.

O Trabalho de Equipa assume uma importância enorme no âmbito da organização do trabalho no processo de cuidados, na medida em que o enfermeiro ao utilizar adequadamente o instrumento analisado anteriormente, desenvolve um trabalho de profissional que autonomamente diagnostica, planeia e executa o cuidado que ele próprio controla junto do cliente, e é reconhecido como tal, quando fica demonstrado que em função da situação da pessoa, é o mais apto para responder à questão/necessidades do cliente, com saberes e metodologias próprias, ilustrado por “ Pela existência de trabalho de equipa, uma pessoa debilitada irá procurar auxílio nas diferentes profissões e por indicações dos mesmos irá ao encontro de quem lhe possa prestar a assistência necessária.” (T 2), clarificando que “ ...realizaram Trabalho de Equipa com vista a dar resposta ao utente Homem como um todo que ele é ...” (OP 55).

A visibilidade do Trabalho de Equipa assume - se como instrumento básico essencial ao cuidado, mais do que “(...) como organizador de trabalho, uma vez que visa a continuidade e optimização do processo de cuidados” (T 2), onde o enfermeiro assume um papel visível na medida em que clarifica um conjunto de competências, alicerçadas em habilidades e capacidades, colocadas ao serviço da finalidade prioritária de uma equipa de saúde e que é “ (...) melhorar a saúde de cada pessoa, fazendo esta também parte da equipa (e com um papel atribuído)(...) “ (T 2), “ na prática dos cuidados de enfermagem o objectivo comum (...) é a promoção do maior bem estar possível da pessoa” (OP 43), sendo essencial que “ (...) todos os elementos da equipa se devem esforçar para minimizar as suas diferenças e trabalhar em conjunto, pensando na pessoa como centro de cuidados, garantindo-lhe assim o máximo bem estar possível “ (T 2), embora com a preocupação de que todo o ambiente circundante seja considerado na promoção do referido bem estar, conforme o relato seguinte “ O enfermeiro pediu guardanapos e um saco de plástico à auxiliar de acção médica para que o Sr X pudesse lá colocar os guardanapos com a sua expectoração e, perguntou onde lhe dava mais jeito “ Na nossa opinião, este exemplo relaciona-se com o princípio 2 de Kérouac (1994 pp. 61-67): « o enfermeiro acompanha a pessoa nas suas experiências de saúde, mantendo a sua dignidade e as suas diferenças»” (T 2). Outros intervenientes no processo são envolvidos “ (...) houve a utilização deste Instrumento Básico em Enfermagem (trabalho de equipa) quando a auxiliar (...) ajudou a enfermeira a virar a utente e a sentá-la no cadeirão.” (OP 32), procurando o princípio de que “ (...) para que a realização conjunta de actividades, possa ser (...) bem sucedida (...) que cada um dê o seu melhor no sentido de prestar cuidados de maior qualidade” (OP 86).

Ao finalizarmos a análise desta categoria, fazemo-lo através do Instrumento Básico de enfermagem **Registos**, considerando-o como a comunicação escrita tendo em vista a transmissão de factos que permite a continuidade e a melhoria dos cuidados, de forma interdisciplinar no processo de cuidados, considerando-se que “ Os Registos de enfermagem (...) relacionam-se com o Trabalho de Equipa pois são facilitadores da comunicação entre os elementos da equipa multiprofissional, permitindo a continuidade de cuidados” (T2).

A comunicação verbal escrita “ é extremamente importante nos registos, uma vez que eles permitem a transferência de factos essenciais relativos aos utentes, permitindo a qualquer elemento da equipa actuar em consonância, em interligação e com a continuidade dos cuidados prestados ao utente” (T 9), sendo um contributo importante “...para a continuidade da intervenção cuidativa do enfermeiro (consultando o registo) o enfermeiro pode verificar todas as alterações observadas num período de tempo” (OP 86), conseguindo-se desta forma valorizar uma das finalidades dos registos que é “ (...) a individualização dos cuidados de enfermagem (...)” (OP 43).

As qualidades dos registos assumem uma importância extrema na medida em que “ (...) um bom registo é já « meio caminho andado » para dar continuidade aos cuidados e melhorá-los sempre que possível “ (OP2), pois “ este IBE constitui uma forma de guardar informações sobre a pessoa, a técnica usada, a reacção da pessoa aos cuidados prestados. Deste modo todo o cuidado de enfermagem realizado por um enfermeiro pode ser transmitido aos outros elementos da equipa” (T2).

A visibilidade da utilização deste instrumento básico, percebida pelos estudantes é ilustrada pelas frases seguintes “ ...Quando a enfermeira mencionou o facto de que (...) com base nos registos de evolução clínica do utente, a enfermeira já tem previamente estabelecido o que é preciso fazer ao utente(...) “ (OP 77), não considerando esta identificação difícil “(...) proceder à sua identificação pois estava explícito. A enfermeira reforçou a minha ideia e referiu o facto de os Registos implicarem o trabalho de equipa, no sentido de dar continuidade aos cuidados “ (OP 77)

Quadro 10 - Síntese da ocorrência dos IBE na subcategoria – Estético

IBE	SÍNTESE
Comunicação	• A comunicação como instrumento básico parece ilustrar a importância para a concepção do cuidado, na perspectiva da análise da prática e pela visibilidade da acção quotidiana do enfermeiro. • A comunicação enquanto processo, adquire uma função importante porque clarifica a valorização da pessoa como interveniente directo, com participação reconhecida pelo enfermeiro como profissional. • A comunicação verbal é importante quando possibilita a permuta de mensagens pela oralidade e a validação pelos intervenientes. • A comunicação não verbal, tem enorme visibilidade na acção quotidiana, ao mostrar a interdependência do enfermeiro na valorização da mímica, expressões e atitudes na prática do processo de cuidados. • A comunicação surge como resposta à satisfação das necessidades humanas básicas, não se circunscreve à prestação de cuidados, mas à forma como estes são prestados. • A comunicação tem elevado significado na avaliação continuada da situação que permita um conhecimento real da pessoa em situação. • É visível a importância atribuída à participação efectiva da pessoa no processo de cuidados, ilustrada pela reacção do enfermeiro a questões que lhe são colocadas, com o esclarecimento que considera necessário e útil para a construção do bem estar. • O toque é uma das técnicas de comunicação utilizadas no âmbito do cuidar, sendo de extrema importância que a atitude do enfermeiro se repercuta na acção desenvolvida . • O silêncio é uma forma de comunicação não verbal, que exige ao enfermeiro enquanto profissional, um estadio de desenvolvimento de competências no sentido da avaliação das pessoas. • A criatividade expressa-se no processo de cuidados, através do desenvolvimento da intervenção do enfermeiro, utilizando a imaginação e o espírito criador, de maneira a fazer circular a informação desejada ao cliente, adequando-a ao contexto em que este se encontra. • Importa distinguir improviso de criatividade, na medida em que no primeiro o enfermeiro não tem em conta a centralidade dos cuidados na pessoa, mas sim fá-lo em função do trabalho do profissional.

Relação de Ajuda	• A relação de ajuda aplicada ao cuidado de enfermagem, traduz-se pelo respeito e confiança e assenta numa perspectiva holística de abordagem da pessoa, que integre a comunicação e a criatividade, para uma relação personalizada. • A empatia enquanto dimensão da relação de ajuda, valoriza o potencial individual numa interacção que promove o crescimento individual, e que respeite a unicidade de cada um dos intervenientes. • A empatia aumenta a tomada de consciência da diversidade de experiências subjectivas, que ilustram a complexidade e a dificuldade da tomada de decisão em situação. • A relação de ajuda constitui-se num processo onde o que é significativo para a pessoa em termos de ajuda, cabe ser decodificado pelo enfermeiro, que age em conformidade. • Na relação de ajuda informal emergem atitudes: o respeito, a aceitação, a congruência e a escuta activa. • No processo de cuidados nem sempre a relação de ajuda é isenta de dificuldades, essencialmente porque é através dela que o enfermeiro procura fornecer ao cliente as condições que este último necessita para a satisfação das necessidades básicas. • A arte de enfermagem é expressa pelos enfermeiros pela execução do cuidado baseado em conhecimentos científicos e não no senso comum, através da criatividade e baseado num planeamento efectivo.
Princípios científicos	• A resolução de situações diversificadas no dia-a-dia do enfermeiro, torna imprescindível que as decisões sejam tomadas com base em princípios científicos emergentes das várias ciências, entre as quais a enfermagem, a partir de modelos teóricos enquanto guias organizadores da realidade. • A centralidade da pessoa no processo de cuidar promove a individualidade e a singularidade, com base nos modelos teóricos e proporciona a utilização de métodos e instrumentos de planeamento e organização do trabalho, fazendo com que se rompa com o trabalho realizado por tarefa. • Neste sentido, cabe ao enfermeiro fugir à estandardização das acções, desenvolvendo apenas as competências técnicas em detrimento das competências cognitivas, afectivas e relacionais. • A observação da realidade passa pela valorização de cada pessoa no seu contexto, mobilizando este instrumento básico em enfermagem no sentido do conhecimento da pessoa de forma global, mas em particular.
Observação	• A observação como instrumento de colheita de dados, incide sobre o conjunto de informação acerca da pessoa individual. • Na sua acção quotidiana o enfermeiro desenvolve a observação em raciocínio circular, vai introduzindo novos elementos de análise, imprimindo um carácter científico ao raciocínio. • A observação como um processo constituindo-se num acto de atenção e inteligência, mobiliza a atenção electiva do enfermeiro, através de objectivos claros, explícitos e organizadores, dirigidos ao alvo sobre o qual a atenção é dirigida. • A utilização dos sentidos assume uma grande relevância neste instrumento básico, pelo que possibilitam fazer quanto à observação de detalhes particulares numa experiência global. • A observação enquanto instrumento básico não permite só a avaliação do estado físico da pessoa, sendo possível observar, também a subjectividade dos dados que após validados com a pessoa adquirem um estatuto elevado na avaliação global.

Entrevista	• A entrevista possibilita aos enfermeiros a oportunidade de observar a pessoa e de utilizar a sua capacidade perceptiva não só para colher dados, mas também para lhe transmitir a sua disposição, interesse e desejo de compreender os seus problemas, o que sentem e como expressam as suas necessidades. • A entrevista ocorre em diversas situações de cuidar e não só numa perspectiva de avaliação inicial, mas onde o processo de cuidados independentemente do contexto onde este ocorre. • O planeamento e a própria intervenção assumem visibilidade através do equilíbrio entre o particular que é a pessoa e o global, aqui considerado como a situação ou o contexto onde interagem, como por exemplo com o cuidado que o enfermeiro tem com a preservação da intimidade da pessoa cuidada.
Processo de Enfermagem	• A dimensão instrumental do processo de enfermagem atribui-lhe o propósito de proporcionar uma estrutura clara ao processo de cuidados, a partir da interacção entre o cliente e o enfermeiro, onde o primeiro passa a ser conhecido pelo segundo. • A visibilidade na acção dos enfermeiros ao utilizarem esta metodologia, ocorre essencialmente no sistema de cuidados através da qualidade dos mesmos e mobilizando vários instrumentos básicos como complementares à avaliação inicial. • Existem dificuldades associadas essencialmente à construção de uma certa invisibilidade mítica na utilização do processo de enfermagem, o que conduz a dificuldades por parte dos estudantes na identificação deste IBE na acção quotidiana. • Parece existir uma lógica preversa na utilização do processo de enfermagem, na medida em que parece ser considerado pelos enfermeiros a referência à utilização do processo que designam por “ mental “ para assumirem a utilização do raciocínio científico.
Trabalho de equipa	• A visibilidade do trabalho de equipa como IBE ocorre na medida em que o enfermeiro assuma um papel visível no seio da equipa multiprofissional, clarificando o conjunto de competências, baseadas em habilidades e capacidades, que coloca ao serviço da finalidade prioritária de uma equipa de saúde. • O trabalho de equipa assume importância na criação de um ambiente circundante, promotor de bem estar e onde todos os intervenientes na equipa possam ser envolvidos no processo de cuidados.
Registos	• O registo assume-se como a comunicação escrita, com a finalidade de transmitir os factos que permitem a continuidade e a melhoria da qualidade dos cuidados, de forma interdisciplinar no processo de cuidados. • A qualidade dos registos assume importância extrema, pois enquanto instrumento básico em enfermagem é uma forma de “ guardar” informação sobre as pessoas, prescrição de cuidados de enfermagem e respostas das pessoas cuidadas.

Conhecimento de Si

É sem dúvida o padrão de conhecimento mais difícil de ensinar, porque parte essencialmente da profundidade com que reflectimos na nossa experiência e na nossa vivência quotidiana como pessoas e como profissionais, daí que seja importante trabalhar este padrão com os estudantes e procurar compreender a forma como os mesmos o apreendem através da interiorização dos Instrumentos Básicos em Enfermagem.

Como refere Carper (1997) a importância do conhecimento pessoal enquanto padrão fundamental do conhecimento em enfermagem é o mais difícil de desenvolver num processo de aprendizagem.

Neste domínio de conhecimento é valorizado sobretudo, na construção da enfermagem, o processo de relação interpessoal enfermeiro / doente – cliente tendo especial ênfase as interacções, relações e transacções desenvolvidas.

O conhecimento de si é caracterizado como subjectivo, concreto e existencial. Preocupa-se com o tipo de conhecimento que promove a totalidade e integridade no ambiente pessoal, o agregar da relação mais do que a desagregar; e nega a orientação interpessoal manipulativa, (Carper,1997).

Segundo Mitchel (1973) citado em Carper (1997), a qualidade dos contactos interpessoais na relação enfermeiro / pessoa tem influência na pessoa no sentido de a mesma se tornar doente, gerir a doença e restabelecer-se.

Daí a importância de analisar a compreensão do significado de saúde e bem estar através das transacções e inter-relações.

É neste sentido que consideramos fundamental perceber a forma como a relação interpessoal se estabelece na inter-relação do conhecimento de si e dos outros considerando a relação pessoal autêntica entre as pessoas onde emergem valores como o respeito pela liberdade de posicionamento do outro enquanto ser em projecto.

Existe uma presença transversal de todos os Instrumentos Básicos no domínio do conhecimento de si, conforme quadro 11, no entanto, a **Relação de Ajuda** emerge com substancial destaque.

Quadro 11 – Ocorrência dos Instrumentos Básicos, por ordem decrescente na subcategoria Conhecimento de si.

Relação Ajuda	Comunicação e Criatividade	Princípios Científicos e Destreza	Entrevista	Observação	Trabalho Equipa	Processo Enfermagem	Registos
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	—

Os estudantes aprendem a “ ver “ a relação de ajuda como “(...) uma troca pessoal entre enfermeira e utente “ (OP79) e “(...) uma interacção entre duas pessoas, enfermeiro e utente, em que cada um contribui pessoalmente para a procura e satisfação das necessidades de ajuda presentes neste último” (OP17).

Para isso é necessário que o encontro entre o enfermeiro e o utente tenha como resultado criar laços de confiança. São valorizadas por parte dos estudantes, as qualidades humanas e competências profissionais que é necessário adaptar, ajustar a cada situação (Hesbeen, 2001).

Como refere o mesmo autor “descobrir” o outro implica capacidade de adaptar ou de ajustar os “óculos” para ver melhor o outro na sua singularidade, “na relação de ajuda, o utente não tem que se justificar ao enfermeiro, uma vez que este (...) deseja compreendê-lo e ajudá-lo a compreender-se a si próprio, não pretendendo julgá-lo segundo os seus valores e princípios. “ (T8)

Parece haver uma consciencialização da importância de que as crenças pessoais do enfermeiro não podem ser impostas àquele de quem cuida, nem constituir referência para julgar a pessoa ou avaliar a intensidade do seu esforço pessoal (Hesbeen, 2001), “ a empatia exige que o enfermeiro se afaste dos seus problemas pessoais (...) para pôr de lado o seu quadro de referência habitual a fim de mergulhar no do cliente. (...) a compreensão empática requer que o enfermeiro mostrar disponibilidade e atenção, descentralizando-se de si, mostrando interesse pelos sentimentos e opiniões do doente” (OP13).

Aprender a desenvolver um conhecimento pessoal implica preocupação com o conhecimento, encontrando e actualizando o concreto e desenvolve-se na forma como se está em situação, onde se valoriza o potencial individual (Carper, 1997), pelo que é necessário acreditar na importância de partir do conhecimento individual para a compreensão do outro, e na importância do crescimento individual e profissional, “o respeito por nós mesmos é a base do respeito pelos outros(...). Este respeito (...) tem por base a capacidade de acreditarmos que somos os únicos capazes de decidir o que é de melhor para nós, é ser-se verdadeiro para connosco e para com os outros.” (T 8).

Como refere Hesbeen (2001), é importante que se preste, também, à nossa pessoa uma atenção especial no sentido de identificar os nossos limites e otimizar os nossos recursos para poder descontraí- se e oferecer serenidade, calor e compreensão àqueles de

quem cuida, onde é realçada a importância de ter consciência dos ganhos individuais no processo de relação do reconhecimento de um crescimento pessoal, “a relação de ajuda (...) é um processo (...) que ocorre de forma circular, no qual cada um interage com o outro. (...) entrar em relação com os outros, é entrar em relação connosco. Podemos assim falar de uma forma recíproca da nossa pessoa, que é o outro.” (T14).

Na prática, a relação de ajuda passa de uma relação meramente formal, a uma forma mais flexível e presente em diferentes situações. Como refere Honoré (2000), trata-se de um processo que não se refere à utilização de uma teoria de cuidados aplicável a todos, com os instrumentos que os acompanham, mas sim de um processo que assenta na descoberta de cada um, das suas potencialidades de cuidar, “para(...) estabelecer uma relação de ajuda eficaz é necessário que o enfermeiro (...) acredite no utente, uma vez que este é o único possuidor de recursos básicos para solucionar o seu problema.” (T8)

Carper (1997) refere que a forma como as enfermeiras se veem a si próprias e ao cliente é a preocupação primária em qualquer relação terapêutica.

Na referência ao processo de interacção enfermeiro / pessoa cuidada, existem valores que emergem do discurso dos estudantes. A autenticidade enquanto verdade para o enfermeiro na relação que mantém com os outros, é um dos valores presentes, como se observa na frase: “a autenticidade como elemento caracterizador da relação de ajuda no sentido de que devemos ser congruentes entre o que pensamos e o que demonstramos aos outros; devemos ser honestos, numa relação de ajuda”(OP 77) e “(...) para que a relação de ajuda se torne numa verdadeira experiência de crescimento humano, os enfermeiros devem ultrapassar os seus medos e empenharem-se ao máximo (...)”(T14).

Torna-se desta forma importante compreender a forma como os estudantes podem aprender com os enfermeiros a desenvolver uma atitude de cuidar onde “(...)esta (relação de ajuda) (...)vai permitir ao utente receber cuidados personalizados e desenvolver as suas capacidades.”(T8).

Dado que cuidar implica uma relação intencional “(...)o utente deve ser visto sempre numa perspectiva holística, em que a relação de ajuda é de primordial importância para a personalização dos cuidados”(OP17). Se através da interacção com os enfermeiros, os estudantes perceberem nestes as estratégias através das quais, eles mobilizam a experiência e o saber transformado em competência, poderão desenvolver então uma postura que os aproxime de uma prática suportada pela teoria que adquirem no âmbito da componente académica da disciplina.

As pessoas quando necessitam de cuidados sentem que as suas necessidades são específicas e prioritárias em relação a qualquer outra pessoa em situação de cuidado. Os enfermeiros quando avaliam a situação de cada uma das pessoas cuidadas, fazem-no

considerando a globalidade, sendo por vezes difícil individualizar e personalizar os cuidados de forma singular.

Os estudantes encontram-se muitas vezes perante situações onde “ as diferenças de valores entre enfermeiro e utente dificulta o desenrolar da relação de ajuda. Para evitar problemas (...) deverá desprezar-se (...) essas diferenças e dar ênfase às semelhanças(...)”(T8), o que implica da parte do enfermeiro uma atitude de orientação procurando reflectir com o estudante sobre a sua acção.

A forma como os alunos aprendem – observando as práticas de relação interpessoal desenvolvidas entre enfermeiro / cliente – integra-se na formação do ser enfermeiro, onde a reflexão em situação proporciona uma mudança ao modo como uma situação é encarada, menos como uma compilação de bocados e mais como um todo (Benner, 1984). Isto é de facto importante no desenvolvimento do conhecimento de si próprio, das suas capacidades e potencialidades para aprender a utilizar a relação interpessoal no sentido da promoção da autonomia da pessoa.

Enquanto instrumento básico, a relação de ajuda parece ter uma importância grande na própria aprendizagem da disciplina de enfermagem, na medida em que no processo de cuidados “...a relação de ajuda está explícita (...) (quando) a enfermeira, através da comunicação, demonstra à senhora, porque razão ela tem de se movimentar mais”(OP79), demonstrando também a importância da interacção entre os diferentes instrumentos básicos no referido processo de cuidados.

De acordo com Swanson (1997), o processo de cuidar – conhecer – permite ao enfermeiro prestar cuidados de acordo com as necessidades efectivas que a pessoa refere, e que são identificadas pelo conhecimento dos hábitos, das estratégias utilizadas pela pessoa para a satisfação das mesmas, e onde o “...estabelecimento de uma relação de ajuda entre o enfermeiro e o utente, em que se pretende que haja um conhecimento recíproco e uma relação interpessoal entre eles.”(OP84) é essencial para uma postura de cuidar centrada na pessoa, onde exista congruência entre a intenção e a acção.

A relação intencional é baseada no pensamento humanista e com utilização de riquezas próprias de cada pessoa, desenvolvida em torno da confiança, respeito e liberdade, como se pode verificar na expressão seguinte: “(...) o enfermeiro fornece ao utente as condições que este último necessita para satisfazer as suas necessidades fundamentais.”(OP85).

Enquanto base do exercício define o campo de actuação da enfermagem, consistindo numa relação em que o enfermeiro fornece ao cliente as condições para o desenvolvimento deste enquanto pessoa, assumindo o Instrumento básico “(...) relação de ajuda é a base

de todo o trabalho (...) se a enfermeira souber ouvir, souber olhar, souber estar, souber demonstrar (...)” (OP58).

É considerado o facto de que a relação de ajuda enquanto instrumento básico em enfermagem, vai permitir que os cuidados prestados em qualquer situação sejam mais humanos, considerando que a escuta, a aceitação e a ajuda sentidas pela pessoa cuidada contribuem mais rapidamente para o equilíbrio e bem estar.

Emerge desta lógica a necessidade de uma aprendizagem por parte do estudante, onde o tempo adequado à mesma passa pela importância que o enfermeiro atribui à relação de ajuda, demonstrando pela acção que “respeitamos quando consideramos o utente como ser único e singular, quando aceitamos os seus valores e demonstramos (...) consideração por aquilo que (...) é enquanto pessoa com experiências de vida únicas, sentimentos e potencialidades.”(T8).

Esta é a verdadeira essência do conhecimento de si, onde o profissional competente revela pelo respeito e pela empatia com a pessoa cuidada, o papel de um profissional que controla o próprio processo de execução do cuidado que planeou em interacção com a pessoa, “o enfermeiro que respeita o utente acredita nele, escuta-o atentamente, evita julgá-lo, deve tentar compreender o seu ponto de vista. Identificar (...) as potencialidades que este possui com o objectivo de o levar a explorá-las...”(T8).

O enfermeiro nesta perspectiva mobiliza em acção, isto é na componente profissional da disciplina, o que é suportado por concepções teóricas numa perspectiva do holismo, onde a pessoa é valorizada pelo potencial humano que possui, “(...) o enfermeiro deve ter em conta que a pessoa é o único detentor dos recursos básicos para resolver os seus problemas, independentemente da natureza do seu problema de saúde.”(T14).

Os estudantes demonstram um certo tipo de aprendizagem do instrumento básico Relação de Ajuda, de onde emergem essencialmente as dimensões que as frases seguintes ilustram, “verificou-se confiança mútua num espaço de confidencialidade (...) a enfermeira foi isenta de qualquer expressão facial e criadora de um discurso preceptivo e claro.”(OP10), “a enfermeira num clima de escuta activa foi congruente, mostrou-se compreensiva e escutou o doente.”(OP10).

Considera-se de relevância assinalar que o confronto pedagógico conseguido no contexto de interacção em que se constitui a observação das práticas pelos estudantes, atribui um estatuto ímpar à discussão e validação das diferentes situações, onde o estudante aprende não pela oposição, mas sim pela análise crítica e pela reflexão.

As situações de observação e de acompanhamento dos enfermeiros pelos estudantes, permitem a estes identificar quando “(...) houve uma relação de ajuda, na medida em que era direccionada no sentido de satisfazer as necessidades da senhora.”(OP1).

Neste sentido, as situações de interacção, devem permitir identificar a importância da sintonia na relação, ilustrado por “o acto de escutar é extremamente importante (...) não se resume (...) ao acto de ouvir, mas sim (...) compreender (...) todas as atitudes do utente.”(OP24).

Mas onde se torna necessário desconstruir pela reflexão com o estudante o risco que pode emergir, quando o estudante atribui ao enfermeiro o papel principal na utilização deste IBE no processo de cuidados, tal como é referido,

“(...) verifica-se a utilização deste IBE (relação de ajuda) em diversos momentos em que a utente, mesmo com (...) limitações, ajudou a enfermeira na prestação de cuidados.”(OP32).

Os estudantes parecem aprender através do confronto com formas intencionais de desenvolvimento de uma relação de ajuda, que ajude a pessoa e onde o enfermeiro para além, “da comunicação verbal o enfermeiro referiu (...) ter-lhe pegado na mão, olhado nos olhos como sendo comunicação não verbal e ainda (...) relação de ajuda, estabelecendo uma relação e facilitando a interacção.”(OP33).

Em enfermagem a **comunicação** faz parte integrante da prática do enfermeiro pelo que “o emissor deverá ter consciência da intervenção que pretende comunicar e traduzi-la em mensagem (...)” (OP 69) ou seja tem que desenvolver conhecimentos e habilidades que lhe permitam comunicar eficazmente, no sentido de dar resposta à satisfação de necessidades humanas fundamentais, como é referido “a comunicação está sempre presente em todos os atendimentos de enfermagem pois só assim é possível ao enfermeiro conhecer as necessidades do utente.” (OP 78).

É importante que o enfermeiro assuma um papel de orientador, onde se torna importante o reconhecimento de aspectos como a disposição para aprender – no entanto as directrizes dependem do conhecimento de como esses aspectos soam e aparecem nas situações de cuidado ao doente (Benner, p.4).

O estudante inicia e desenvolve a socialização em contexto da prática, sendo importante procurar a integração da disciplina nas componentes académica e profissional, onde a concepção do cuidado passa pela compreensão da centralidade da pessoa no processo de cuidados “(promoção e manutenção do nível de bem estar) do doente, sendo que, para que esta ocorra de forma correcta, tem que haver cooperação entre o enfermeiro e o utente.” (OP 84).

À Pessoa / cliente é dada a possibilidade de participar no processo de cuidados o que de acordo com Swanson (1997), se constitui num dos cinco processos de cuidar, onde “(...) o receptor recebe a mensagem e percebe-a dentro da sua experiência vivencial (...) (OP 69), o que lhe permite uma participação efectiva.

Para Carper (1997) o conhecimento pessoal preocupa-se com o conhecimento, encontrado e actualizado no concreto, quanto ao confronto com a forma como se desenvolve a comunicação no processo de interacção, “no que diz respeito ao IBE comunicação (...) nem sem-

pre o enfermeiro consegue obter por parte do utente o feed-back esperado.” (OP 70) (relação entre o que o enfermeiro quer e a dificuldade em aceitar como o outro é). “(...) o receptor interpreta a mensagem de acordo com as suas vivências passadas e presentes.” (OP 78).

A importância de uma relação pessoal autêntica, se aceitar o outro na sua liberdade de criar, e o reconhecimento que cada pessoa não é uma entidade fixa, mas constantemente comprometida no processo de o ser.(Carper, 1997), “é essencial o enfermeiro ouvir o utente com atenção, o que o leva a recolher dados importantes sobre o seu estado de saúde.” (OP 74).

O indivíduo é considerado como um sistema integrado e aberto, incorporando movimentos com vista ao conhecimento e preenchimento do potencial humano (Carper, 1997).

O âmago das dificuldades que o aluno neste estadio enfrenta é a inabilidade para usar o julgamento discriminatório. Dado que não tem experiência com as situações que enfrentam, têm que utilizar regras sem contexto para guiarem o seu desempenho.(Benner, p.3) “ambos foram emissores e receptores no processo de cuidados em que a comunicação verbal e não verbal esteve presente” (OP 16).

Falamos aqui dos diferentes tipos de comunicação, onde parece emergir uma importância grande, uma vez mais aos estímulos não verbais, como extraordinariamente importantes em toda a comunicação, mas de um modo particular, na relação enfermeiro/utente, e envolve comportamentos, acções e mímica reveladores de sentimentos. Por vezes será a única linguagem possível para estabelecer ou manter a relação, “verbal – no constante diálogo que se estabeleceu; não verbal – nos sorrisos mútuos e nas expressões faciais, postura e movimentos(...)” (OP 16).

Uma vez mais emerge a ênfase no conhecimento de si, enquanto dimensão importante ao desenvolvimento de uma atitude profissional onde a experiência tal como é compreendida e utilizada na aquisição da perícia, tem uma definição particular que tem de ser clarificada, percebendo o estudante que “(...) notava-se um grande à vontade ao conversar com o enfermeiro, pois já era uma utente habitual” (OP 20).

Nesta perspectiva parece ser perceptível para o estudante que o enfermeiro assume e desenvolve no processo de cuidados uma acção consentânea com a importância que tem o seu papel no processo de comunicação onde ocorra a interacção entre os elementos do mesmo, assumindo à vez o papel de emissor e de receptor, proporcionando à pessoa uma efectiva participação no cuidado, “o utente mostrou-se atento no processo de cuidados e a enfermeira demonstrou-lhe o seu papel activo neste processo” (OP 16).

Mas para além desta dimensão, o processo comunicacional caracteriza-se pela importância atribuída ao tipo de mensagem que circula no referido processo e onde se torna

imperativo que a descodificação ocorra no sentido do feed – back como momento importante à avaliação do próprio processo, quanto à eficácia da acção, pois “por vezes não se utilizam termos técnicos devido à adaptação que se tem de adequar ao utente e á sua formação e/ou proveniência.” (OP 16) ou ainda quando “no processo de comunicação (...) entre a enfermeira e o doente, a enfermeira necessitou (...) adequar o código à pessoa em questão, (...) só assim conseguiu transmitir a mensagem e obter o feed-back, (...) a resposta da pessoa a quem se dirigia (...) significa que a mensagem foi entendida.” (OP 85).

O potencial de cada pessoa alicerçado no conhecimento que desenvolve quotidianamente pela reflexividade na acção, valoriza a importância atribuída à utilização “deste” conhecimento no sentido de promover o bem estar do outro.

O conhecimento pessoal como padrão fundamental do conhecimento em enfermagem é o mais problemático, o mais difícil de gerir e ensinar. Simultaneamente é provavelmente o padrão mais essencial para compreender o significado de saúde no sentido do bem estar individual.(Benner, 1984). “(...) apesar do utente não falar, comunicou através de expressões faciais, e o facto do enfermeiro comunicar com ele, faz com que o doente não se sinta inseguro.” (OP 13). Segundo Mitchel (1973) citado em Brunner (1997), há uma evidência manifesta da importância atribuída à comunicação enquanto IBE neste domínio, quando “a enfermeira disse que a comunicação é essencial para um bom relacionamento entre o utente e a equipa de saúde, estabelecendo-se uma relação de confiança.” (OP 13).

É tanto mais importante a comunicação como instrumento básico, quanto se torna essencial ao desenvolvimento do processo educativo essencial ao cuidar de onde emerge a finalidade em satisfazer as necessidades, numa lógica de manutenção e promoção do bem estar, “(após o acto de vacinação) (...) a enfermeira começou a falar novamente com a bebé, (...) a mãe agora vai dar muitos mimos à bebé, porque ela vai ficar rabugenta, não é? pode então vesti-la e era importante (...) que lhe desse meio supositório Benuron (...) acalma e evita a reacção como da última vez. (...) colocar gelo sobre a zona da vacina.” (OP 80).

A capacidade em avaliar as características individuais e adequá-las à situação vivida, atribuem ao comportamento adoptado pelo enfermeiro um sentido de dar resposta às necessidades humanas básicas, a criatividade que permite individualizar os cuidados à situação singular inerente à pessoa e ao contexto, “a enfermeira (validou o instrumento básico criatividade) explicando que na comunicação tentou introduzir alguns apontamentos de humor de forma a alegrar o doente.” (OP 82) ou ainda “(...) é importante ser-se criativo, não só nas acções, mas também no discurso, a fim de ganhar a confiança do utente e porque deste modo o enfermeiro demonstra disponibilidade e o doente fica mais à vontade para desabafar e sente-se compreendido.” (OP 2).

A maturidade profissional demonstrada pela competência em lidar com situações onde se valorizam os diferentes tipos de comunicação e onde nem sempre a oralidade é o

mais importante para o processo comunicacional, mas em que no processo de cuidados e quanto à comunicação “(...) o enfermeiro acha muito importante a capacidade de gerir o silêncio.” (OP 87).

A prática de enfermagem, quando reflexiva permite ao profissional desenvolver competências, relacionais e afectivas, que permitem ao profissional gerir o silêncio como forma de ajuda ao cliente e não como constrangimento à interacção, quando não descodificado adequadamente pelo cliente, “este silêncio é também uma (...) forma de comunicação, porque quando ela (enfermeira) evita falar (promove) o quebrar do silêncio pelo utente, (...) e dirige a conversa para um assunto que possivelmente doutro modo não chegaria a abordar (...) como elemento importante para o tratamento da utente.” (OP 87).

Ao enfermeiro reflexivo torna-se essencial a valorização da consciência prática integrando-a numa consciência discursiva onde a importância da vivência de experiências de vida “para além de ter (o enfermeiro) presente todos estes aspectos da comunicação deve ter em mente que tanto é o emissor como o receptor” (OP 60) adquire um sentido no que concerne ao desenvolvimento de competências, a partir de uma determinada concepção do cuidado de enfermagem, onde a mensagem e os códigos são claros no processo de comunicação “é de grande importância, na comunicação interpessoal que o emissor funcione como um espelho em que o receptor se reconheça (...)” (OP 60).

A maturidade de que temos vindo a falar, atribuindo ao enfermeiro competente uma responsabilidade acrescida quanto à capacidade em mobilizar novas formas de cuidar onde a privacidade e a intimidade da pessoa cuidada é preservada, apesar do enfermeiro utilizar como meio de comunicação com a pessoa “o toque (...) requer que nos centremos no outro e que o vejamos como (...) ser holístico. (...) o toque (...) implica sentir tudo aquilo que rodeia a pessoa e que este transmite, vai desde o seu tom de voz ao seu olhar, ao seu afecto (...)” (T 8), numa atitude de estar com a pessoa no processo de cuidados, fazendo com que “(...) o toque permita aproximar o enfermeiro de quem é cuidado, existindo reacções emocionais, empáticas e de compreensão perante a situação (...) do utente.” (T 8).

Nesta perspectiva todo o processo comunicacional está presente e aparentemente facilitado, na medida em que na interacção “(...) sente o que transmite (...). (...) o enfermeiro apresenta-se ao utente sem disfarces e sem precisar esconder-se atrás do seu papel.” (T 8).

Estabelece-se entre os intervenientes nos processos de cuidar “Estar com “ e “Possibilitar “ (Swanson, 1997) uma comunicação que produz mais valia, quanto à reciprocidade de ganhos, pois “(...) o toque é (...) gerador de sentimentos entre quem toca e quem é tocado na prestação de cuidados (...). O enfermeiro deve consciencializar-se que o toque é um instrumento importante no processo de prestação de cuidados, (...) que permite aumentar o seu auto - conhecimento, a sua sensibilidade para com o outro ajudando este a ganhar (...) melhor percepção sobre o seu valor interior.” (T 8).

É neste sentido que só um profissional que mobilize os saberes em acção, é capaz de aprender a capacidade para aprender, tão essencial ao desenvolvimento de uma atitude em que “com o acto de tocar, o enfermeiro deve conhecer os sentimentos que este desperta e possuir conhecimentos (...) para (...) associar o toque instrumental ao toque afectivo” (T 8).

A interacção enfermeiro cliente é visível no processo de cuidados, quando para além da gestão dos silêncios, escutar a pessoa é essencial como atitude inerente à relação de ajuda, ilustrada pelo seguinte “o enfermeiro deve estar atento enquanto escuta (...), quando o utente conta as suas vivências pessoais, os seus problemas e dificuldades, e (...) quando (...) exprime as suas emoções mostrando os (...) estados de alma e os (...) sentimentos. Esta linguagem de emoções (...) é (...) uma forma de comunicação mais rica, que (...) mostra o que realmente a pessoa está a sentir, dando à comunicação um carácter intuitivo em que o enfermeiro deve estar (...) atento a todas as manifestações e (...) interpretar e agir de acordo com a informação (...) transmitida” (T 14).

Os modos de escuta inerentes ao desenvolvimento de um processo comunicacional e de ajuda, atribuem ao enfermeiro um papel de profissional, que sabe valorizar o papel do cliente no processo de interacção, ilustrado quando é referido pelos estudantes que “este enfermeiro (...) exprime-se livremente com o utente, não lhe escondendo nem a verdade, nem os seus pensamentos. (...) essa expressão de sentimentos só é possível se o enfermeiro se sentir seguro e bem consigo próprio, não precisando de se esconder atrás do papel que está a desempenhar” (T 14).

Esta é uma atitude congruente, essencial ao desenvolvimento de uma relação de qualidade onde se torna “(...) imprescindível na opinião do enfermeiro comunicar sempre á pessoa o que fazer para que a pessoa se possa preparar psicologicamente.” (OP 49).

Corre-se no entanto um risco grave para esta qualidade, quando se confunde comunicação com informação, o que parece estar presente no referido a seguir

“o enfermeiro afirmou também que quando se vai fazer qualquer coisa ao utente, deve-se comunicar-lhe primeiro, para que saiba o que lhe vão fazer (...)” (OP 52), o que aparentemente demonstra uma postura de decisão pelo doente, considerado por Swanson (1997) como o “Fazer por“, que nem sempre é a atitude mais adequada no sentido da promoção da autonomia.

Baseando-nos na autora referida, “conhecer“ a pessoa torna-se essencial para que a decisão seja adequada à situação da pessoa, demonstrada por exemplo pelas frases seguintes “falar junto ao ouvido do senhor, explicando posteriormente que o último sentido a perder é a audição (...)” (OP 51).

Relevamos da análise neste domínio, a importância da visualização do processo de interacção, por parte dos estudantes, permitindo-lhes aprender que “(...) houve uma comunicação verdadeira pois (...) há uma relação recíproca.” (OP 7), essencial quanto a nós ao desenvolvimento de uma postura de integração das componentes académica e profissional, na aprendizagem da disciplina de enfermagem enquanto área de conhecimento.

Verifica-se também que a importância da descodificação das mensagens para a aprendizagem, é essencial para os estudantes quando referem que “a comunicação transmitiu informações acerca da pessoa e do seu estado emocional, a enfermeira descodificou-as.” (OP 7).

A validação torna-se, nesta estratégia de aprendizagem dos Instrumentos Básicos essencial, quando desenvolvida por enfermeiros reflexivos que orientem os estudantes na aprendizagem para a valorização da comunicação, podendo não ser suficiente que os alunos sintam que “(o IBE) comunicação foi facilmente identificado, sendo o tipo de comunicação verbal o mais evidente. A enfermeira confirmou a minha identificação, acrescentando que este IBE foi utilizado ao longo de toda a sua intervenção.” (OP 76), sob pena deste posicionamento poder vir a tornar-se inibitório ao crescimento pelo questionamento sistemático da prática em construção pelos estudantes.

O desenvolvimento e aprofundamento da utilização dos **princípios científicos** no processo de cuidados, pressupõe não a aplicação de conhecimentos gerais a um indivíduo em particular mas a apropriação pelo enfermeiro, através de um processo singular, artesanal, dos conhecimentos e aptidões para que estes sejam portadores de sentido e ajuda (Hesbeen, 2000, p. 99).

A pessoa é conceptualizada enquanto centro do processo de cuidados e é “captada “ pelos formandos através das interacções observadas nos contextos da prática.

Parece ser valorizado o auto - conhecimento no sentido em que “ se o enfermeiro se conhecer a si mesmo, poderá estudar, avaliar e controlar o seu comportamento e compreenderá o comportamento da pessoa. Só assim o enfermeiro se sentirá á vontade e será capaz de ajudar os outros.” (T7), pois a concepção da pessoa numa perspectiva holística é ilustrada “ quando a enfermeira mostra envolvimento e tenta resolver os problemas de acordo com a personalidade da pessoa, está a ter em conta a forma individualizada como deve ser cuidada cada pessoa, (...) “ (OP 13).

Os princípios inerentes ao cuidado sugeridos por Kérrouac têm relevância nesta análise, na medida em que ao utilizar os princípios científicos, “ a enfermeira demonstra envolvimento pessoal e profissional no acto de cuidados; acompanha a pessoa nas suas experiências de saúde, mantendo a sua dignidade e as suas diferenças.” (OP 79), dando visibilidade à atitude desenvolvida pelo enfermeiro em acção, quando procura “ (...) promover o desenvolvimento de capacidades e competências (...) para facilitar a satisfação das necessidades do utente.” (OP79).

A disciplina de enfermagem desenvolveu-se a partir do questionamento feito com metodologia científica, onde aos enfermeiros para além de procurarem compreender o quê e o porquê da sua acção, passaram também a questionar o como, fazendo emergir a escola de pensamento da interacção, na medida em que “ esta escola (da interacção) (...) mostra-nos que deve existir sempre o eu e o outro (...) “ (T3).

Esta etapa do desenvolvimento da disciplina corresponde a uma mudança da abordagem da pessoa, onde a orientação é dirigida para a pessoa sendo valorizada “ uma enfermagem que lida com a experiência das pessoas em torno dos acontecimentos e problemas de saúde (...) “ (T3), emergindo aqui, aquilo que Kérouac defende ser uma especificidade da enfermagem quanto à medicina e que se caracteriza pela valorização por parte do enfermeiro, do potencial do cliente quanto à mobilização da sua energia e capacidades internas, levando a que a intervenção do enfermeiro ocorra a partir do interior da pessoa, ao passo que a intervenção terapêutica no âmbito da medicina ocorre sempre do exterior à pessoa, no sentido da resolução dos problemas desta.

Mas, desta interacção existem mais valias para ambos na medida em que ganha o cliente pela qualidade dos cuidados e ganha o enfermeiro pela reflexividade e pela possibilidade que estas situações apresentam em termos de crescimento pelo conhecimento de si, “ esta interacção (...) enfermeiro- utente procura a satisfação das necessidades deste último, sendo (...) na procura que traz benefícios a ambos.” (T8), constituindo-se num dos princípios fundamentais preconizados já por Florence Nightingale, quando referia que o exercício da enfermagem devia ser desenvolvido em função do cliente e não do profissional.

O enfermeiro competente, desenvolve a sua acção quotidiana utilizando princípios científicos, e de acordo com o observado e descrito pelos alunos, “ (...) procuram mobilizar os conhecimentos (...) agindo sempre de acordo com a situação que encontra, em cada momento “ (OP 62), o que sugere a utilização de **destreza** de forma global onde para além da destreza manual ilustrada pela competência ilustrada na frase “ (...) quando foi buscar o aparelho para avaliar a glicemia, ela (a enfermeira) tinha a consciência de que lhe era útil para exercer a sua actividade – avaliação da glicemia “ (OP 48), emerge também a destreza intelectual pela qual o enfermeiro mobiliza os seus conhecimentos em acção “ (...) porque para a enfermeira dizer que a tensão do doente estava alta, teve de saber os valores normais (...) e qual a alimentação que a utente deve seguir.” (OP 61)

Ainda em relação a este IBE – Princípios científicos e destreza, “ (...) a minha identificação dirigiu-se mais para a destreza manual e intelectual, que foi confirmado pela enfermeira “ (OP 74), na medida em que “ o enfermeiro confirma a importância na sua prática diária, afirmando não ter dificuldades em coordenar destreza manual e intelectual “ (OP 72).

No processo de cuidados, o enfermeiro desenvolve a acção quotidiana utilizando os instrumentos básicos como “ (...) a base necessária para promover a prática de enfermagem, no sentido de a melhorar em prol do doente / indivíduo” (T7), sendo na opinião dos estudantes essencial ao processo de cuidados e “ para uma adequada realização das tarefas do enfermeiro é necessária uma interacção entre a destreza manual e a destreza intelectual, uma coordenação entre o actu-

actuar e o saber “ (OP 72), tornando-se interessante assinalar que embora num estadio de aprendizagem muito inicial, os estudantes sentem já capacidade para compreender esta dinâmica no processo de cuidados, quando referem que “ este IBE (princípios científicos), pude identificá-lo pois já possuía conhecimentos suficientes para o fazer (OP 70).

Associado ao estadio de aprendizagem, é no entanto também referido pelos estudantes que no processo de cuidados “ (os) princípios científicos – colocar em prática os conhecimentos adquiridos na formação são difíceis de observar e avaliar” (OP 49), o que pode sugerir a necessidade de investir mais na “ validação “ como momento de aprendizagem, pois o aluno considera aprender “ em relação aos princípios científicos, apesar de ter a noção de que ainda não tenho as bases suficientes para o identificar, tentei fazê-lo ponderadamente e, com o auxílio da enfermeira, que apoiou a minha identificação “ (OP 79) mas também importante para o profissional, considerando que o papel profissional assume aqui uma dimensão emergente quando se refere que “ (...) é necessário que o enfermeiro se conheça a si próprio e se auto – analise frequentemente, para que possa conhecer o outro e (...) promover nele o crescimento, desenvolvimento, (...) maturidade, um funcionamento e (...) melhor capacidade de enfrentar a vida” (T 14).

É interessante verificar que os estudantes identificam como importante princípio inerente ao cuidar a relação estreita entre os princípios científicos e a destreza, quando referem que “ (...) o enfermeiro tem que desenvolver o (...) saber – fazer, bem como a pessoa a quem (...) presta cuidados, sem os quais o crescimento (...) de ambos, não se tornaria possível” (T 14), enfatizando para o efeito que “(...) os enfermeiros devem conhecer-se bem para (...) compreenderem as suas emoções a fim de poderem agir com eficácia” (T14), o que introduz uma dimensão importante do autoconhecimento e do conhecimento de si como estratégia para reflectir na prática a construção teórica que permite colocar a pessoa no centro do processo de cuidados, ilustrado por “ (...) o enfermeiro envolve-se em processos interactivos a fim de promover a saúde e favorecer a cura (...) “ (OP 46).

Mas é na visibilidade da acção que o enfermeiro desenvolve junto da pessoa cuidada que os estudantes identificam aspectos importantes, tais como “(...) o enfermeiro procura desenvolver na pessoa as suas potencialidades para que esta viva melhor com a sua situação.” (OP 49), sendo de extrema importância que o conhecimento de si lhe permita “ (...) posicionar-se próximo da pessoa para permitir uma melhor captação sensorial.” (T5), o que só é conseguido quando “ o enfermeiro demonstra conhecimentos que lhe permitem desenvolver actividades que potenciam o desenvolvimento do potencial da pessoa” (OP 51), acontecendo numa perspectiva multiparadigmática em que “ o enfermeiro demonstra conhecimentos que lhe permitem (...) ao integrar os conhecimentos (...) facilitar a transição da pessoa naquela situação de doença (...) “ (OP 51).

A disciplina de enfermagem nas componentes académica e profissional traz á discussão diária a importância do papel do profissional da prestação dos cuidados, na construção teórica do conhecimento onde o estatuto não é atribuído exclusivamente pela evidência científica, mas onde a evidência empírica assume um papel extremamente importante, essencialmente na dimensão conhecimento de si, que pela diversidade e singularidade é aquele que se torna mais difícil de ensinar. E é assim, porque é de grande complexidade para o enfermeiro compreender e colocar em acção, uma intenção a partir da qual “ deve procurar compreender a pessoa, deve acompanhá-la nas suas experiências de saúde no sentido de o potencializar para melhor realizar as suas actividades de vida. Cada pessoa deve ser vista como ser holístico e individual, diferente de todas as outras “ (T2).

É com Kérouac et al (1994) que são definidos princípios de cuidar que nos fazem sentido ser considerados como organizadores do processo de cuidados de que nos fala Martin e Amendoeira, e de que ilustramos na perspectiva dos estudantes com as seguintes frases significativas “ o primeiro e o quarto princípios (...) foram utilizados pelo enfermeiro (...): o enfermeiro demonstra envolvimento pessoal e profissional (...), inspira-se em princípios científicos para actuar em enfermagem” (OP 8), ou em que “ (...) está patente o princípio três segundo Kérouac: ao escutar, ao estar com (...) o enfermeiro favorece o desenvolvimento do potencial da pessoa que vive as experiências de vida “ (OP 10) e em que também o princípio nove emerge, na medida em que “ o enfermeiro reconhece as suas competências e as dos seus colegas, com o objectivo de otimizar o valor dos cuidados a prestar.” (T2)

A **Entrevista** enquanto processo de relação humana, permite o conhecimento do eu e dos outros, sendo que quando adequadamente utilizada permite não só conhecer a pessoa cuidada como ajudar a que ela se conheça melhor. Por outro lado o enfermeiro desenvolve competências humanas a partir do conhecimento de si, construído pela reflexividade na acção, o que podemos ilustrar pela frase “ a entrevista é importante pois permite ao utente perceber os seus problemas e (...) como resolvê-los, ao enfermeiro permite um melhor conhecimento da situação.” (OP24).

A maturidade profissional no processo de cuidados desenvolve-se a partir do “(...) estabelecimento de uma relação de respeito perante a pessoa, (pela qual) o enfermeiro poderá garantir o sucesso da entrevista.” (OP 27), sendo este um aspecto de extrema importância na medida em que “(...) quando uma pessoa acede a um serviço prestador de cuidados, pode fazê-lo de forma voluntária e neste caso está disposta a receber ajuda, o que facilita o estabelecimento de diálogos espontâneos que conduzem a uma entrevista” (T7), onde o processo de comunicação adquire uma relevância especial, pois a entrevista deve ser utilizada como espaço de relação onde “ o enfermeiro tem o dever de transmitir a confiança e a segurança ao utente que lhe diminuirá a ansiedade, abrindo ca-

caminho para ao diálogo.” (OP1), numa procura constante do “(...) aperfeiçoamento, promoção e manutenção do bem estar do utente(...) “ (OP9).

Numa concepção do cuidado de enfermagem onde as decisões são tomadas com e não para a pessoa sujeito de cuidados, a entrevista assume-se num modelo cooperativo onde as experiências de vida do entrevistador e do entrevistado são essenciais mobilizar para a obtenção de resultados conducentes a uma adequada intervenção no cuidar. É também importante considerar as expectativas que a pessoa possui quanto à sua intervenção no processo de cuidados, valorizando o facto de que “(...) estas expectativas devem-se, em grande parte, às experiências vividas anteriormente, quer pela própria pessoa, quer pelas pessoas que lhe são próximas” (T7), o enfermeiro como profissional que ajuda e que sabe distinguir entre a ajuda e a substituição “ (...) age em cooperação com a pessoa por forma a facilitar a adaptação, que é orientada no sentido da manutenção, promoção e aperfeiçoamento do nível de bem estar:” (T13), assinalando-se como importante para a aprendizagem dos estudantes, o conseguirem neste estadio valorizar os pressupostos teóricos que permitem “ (...) constatar que, no decorrer de toda a entrevista, o enfermeiro deverá mostrar-se disponível, receptível, congruente e autêntico, respeitando a privacidade e autonomia da pessoa” (T7).

A entrevista como instrumento básico “ (...) não deve ser considerada só como técnica, mas principalmente como um meio pelo qual o enfermeiro chega a um contacto mais directo com a pessoa, o que implica uma visão humanista e holística(...) “ (T 13), sendo de salientar que “ geralmente quando uma pessoa precisa de algo (...) vai ter com o enfermeiro que realizou a entrevista, porque aquando desta estabeleceu-se entre ambos uma relação de confiança e de amizade (...)” (T7).

Considerando a complexidade inerente ao processo de cuidados na medida em que o mesmo se desenvolva em torno das necessidades de cada indivíduo, o que se traduz pela importância atribuída aos factores a considerar no decurso da própria entrevista, pois “ a disposição para ser entrevistado depende de uma grande variedade de factores situacionais, entre os quais se pode referir, por exemplo, as experiências anteriores do próprio doente com outras entrevistas(...)” (T13), onde o enfermeiro competente assume uma atitude em que “ é de salientar (...) a importância de uma atitude de escuta activa que permite, não só demonstrar interesse pelos problemas do utente, como também identificar aspectos importantes (...)” (T13), cabendo ao enfermeiro “(...) contornar os tabus do doente e as suas defesas por forma a conseguir uma libertação por parte deste, que lhe permita expor os seus problemas, ficando facilitado o processo de cuidados” (T 13).

A prática de enfermagem assente numa relação terapêutica baseada no respeito e tolerância pelos hábitos, interesses e expectativas da pessoa sujeito de cuidados, só é possível numa perspectiva de excelência do cuidar, quando o enfermeiro valoriza na acção a importância do conhecimento de si, de forma a conseguir fazer o que “ a enfermeira alertou para o facto de que estabeleça primeiro uma relação de confiança, de respeito mútuo (...),”(OP60) pois

ao agir desta forma é visível e relevante para a pessoa, pois como referem os estudantes “ (...) a entrevista é feita no sentido do aperfeiçoamento, promoção e manutenção do nível de bem estar da pessoa(...)” (OP60).

A capacidade e interesse do enfermeiro em compreender as expectativas, as necessidades ou os problemas das pessoas, define uma linha de fronteira entre aquilo que é importante conhecer para poder ajudar e o que é considerado passível de partilhar pela pessoa cuidada, introduzindo aqui a dimensão confidencialidade, pelo que existe “(...) a necessidade de estabelecer limites precisos que deverão ser explicitados (...) ao utente, para que este não se sinta agredido ou rejeitado. (...) o enfermeiro deve fornecer as condições necessárias para que a pessoa desenvolva as suas (...) capacidades.”(T8).

Adquire uma vez mais importância, a entrevista enquanto instrumento de colheita de dados facilitador do conhecimento da pessoa entrevistada, sendo de relevar o momento da clarificação pois “ durante este processo (clarificação) deve existir feed – back para que as dúvidas possam ser esclarecidas na altura (...). (...) o enfermeiro deve estar atento às mensagens que o corpo de utente transmite e que vem complementar (...) a informação (...) sobre o estado de utente.” (T8), atitude que só é possível desenvolver por um enfermeiro experiente e que se conheça, por forma a poder controlar todo o processo de comunicação, sem falsas expectativas, tanto de sobre como de sub – valorização.

A **Observação** enquanto instrumento básico, permite conseguir uma colheita de dados que complementa ou é complementada por outros instrumentos básicos em estudo a este nível.

É esta interdependência dos instrumentos que lhes confere um carácter de estruturação da disciplina nas duas componentes aqui em análise, mas em que a estratégia para a aprendizagem dos estudantes passa pelo acompanhamento dos enfermeiros na sua prática quotidiana, parecendo ser de utilidade de acordo com as frases seguintes, “ A observação participativa permitiu-nos identificar as várias fases do processo de enfermagem assim como os outros IBE e compreender a interacção entre eles, ideia que se veio a fundamentar nos workshop e no contacto com os profissionais de saúde (enfermeiros) que nos apoiaram neste trabalho” (T4), ilustrando concretamente em relação a este instrumento básico pelo seguinte “ a identificação do IBE observação, não me suscitou qualquer dificuldade e a senhora enfermeira confirmou a minha identificação dizendo que através da visão viu que o aspecto da lesão era melhor e disse « está limpinha », por outro lado também reforça a minha identificação quando fez uma ligeira pressão sobre o pé do utente e aqui está presente a observação através do tacto, pois a observação faz-se com todos os órgãos dos sentidos e também através da visão, para ver se tinha exsudado” (OP77).

A observação desenvolvida por um profissional experiente e competente, permite a mobilização em situação dos conhecimentos adquiridos ao longo da prática profissional em

em situações que funcionam para o profissional reflexivo como formativas, assumindo-se que através deste instrumento básico em enfermagem, “(...) é permitido à enfermeira recolher dados, para além daqueles que lhe são fornecidos através da entrevista e que são expressos pelo comportamento do utente, como é o caso da ansiedade. “ (OP 77). Existem no entanto situações que exigem uma reflexão mais aprofundada, na medida em que a percepção dos estudantes pode ser indutora de uma compreensão do processo de cuidados centrada no profissional e não na pessoa cuidada, como ilustramos pela frase seguinte “ (a enfermeira para o utente)- bom senhor L, o que eu tenho a dizer é que as feridas estão a cicatrizar muito bem e não estou a ver nenhum motivo aparente que explique, à partida, o facto de o senhor ter tantas dores” (OP77), o que nos induz uma perspectiva paradigmática de categorização, onde o que conta para a decisão do enfermeiro não é em primeira linha o que o cliente refere, mas sim o julgamento do enfermeiro que desta forma pode não ser completamente profissional, por não ter em conta o que a pessoa valoriza.

Como instrumento básico de uma disciplina que se constrói a partir do processo de cuidados centrado na pessoa, a observação “(...) permite ao enfermeiro ir ao encontro das necessidades e expectativas da pessoa” (OP70), sendo para isso de extrema importância o enfermeiro conseguir separar os factos da situação, o que conseguirá pela valorização de que “ a observação consiste em direccionar todos os nossos sentidos em relação ao outro (utente) “ (OP76), visível para os estudantes na medida em que valorizam a descrição do que observaram no âmbito do processo de cuidados, “ a enfermeira observou uma situação particular, adaptada à situação, que lhe permitiu recolher dados que levem à compreensão oportuna dos problemas e necessidades da pessoa (de forma) holística “(OP16).

À pessoa é atribuído um estatuto de participante desde a fase da colheita de dados, pois a partilha do observado e a validação com a pessoa observada, promovem uma situação que se pode caracterizar por “(...) fase descendente, em que o cliente se olha, se explora, e desce cada vez mais profundamente ao seu íntimo. (T8), sendo tanto mais eficaz quanto o enfermeiro conseguir desenvolver uma situação de ajuda, onde “ a observação é importante para estabelecer (...) relação de ajuda em que o enfermeiro vai identificar o porquê do agir do utente (...) se existe congruência. (...) deve ainda estar atento ao feed – back, que lhe dará (...) informações importantes, como (...) se o utente compreendeu o que (...) pretendeu transmitir-lhe.” (T8).

A importância atribuída pelos estudantes a uma atitude do enfermeiro que valorize a pessoa no global , passa mesmo pelo assumir de uma posição metafísica ou transcendental onde a espiritualidade da pessoa é valorizada na medida da relevância que a mesma tem para o conhecimento de si tendo em vista a acção deliberada de um profissional qualificado onde a “ observação como prática, qualifica o profissional de enfermagem, contu-

do para que esta qualificação aconteça deve-se reflectir em que medida é que a observação enquanto prática beneficia o utente” (T11), sendo de realçar o referido pelos estudantes quanto ao facto de que “ todos temos uma alma que nos confere dignidade. É esta dignidade que queremos que (...) os (...) prestadores de cuidados de saúde (...) consigam ver e respeitar (...) “ (T14).

O enfermeiro estará tanto mais habilitado a desenvolver a observação enquanto instrumento básico, quanto for capaz “(...) de observar a linguagem corporal do utente e ouvi-lo com atenção de modo a recolher dados sem os perguntar directamente, ou apenas pela maneira de estar com o utente durante a conversa” (T9), o que implica uma vez mais a importância da interdependência entre os diferentes IBE em uso no processo de cuidados, ilustrado pela frase “ (...) a observação está também interrelacionada com a comunicação e com a criatividade dado que é através de uma boa comunicação e uma criatividade espontânea que o profissional de saúde consegue estabelecer relações profundas e de compreensão(...) “ (T5).

A destreza intelectual e a perícia permitem ao enfermeiro desenvolver em simultâneo uma atitude em que a acção é desenvolvida e durante a mesma “ o enfermeiro (...) está atento à postura do utente, às (...) expressões faciais, (...) gestos, pois todos (...) têm (...) significado e o enfermeiro deve ser capaz de os descodificar.” (OP24), assegurando desta forma uma qualidade de cuidados que se baseiam de facto numa colheita de dados construída pela interacção enfermeiro / cliente, “ tornando-se essencial (...) que o enfermeiro saiba observar a pessoa, descobri-la a partir do que ela exprime, compreender o que dizem de si próprios.” (T11).

O trabalho de equipa assume uma função primordial no desenvolvimento de uma atitude de partilha no profissional de enfermagem, na medida em que este compreender a necessidade de organizar o trabalho com a noção de que não existe um profissional que consiga por si só responder à globalidade das necessidades das pessoas cuidadas, na medida em que “ a capacidade colectiva de inovar é mais forte do que o individual, porque o poder intelectual de uma equipa, por mais pequena que esta seja, vai exceder o de uma só pessoa. Ao aproveitar este poder, uma equipa pode ir além de simples melhorias úteis, para atingir verdadeiros progressos” (T2); e por outro lado é extremamente importante identificar quando e em que situações é o enfermeiro, o profissional mais habilitado para prestar os cuidados que as pessoas necessitam, isto é “ para que os cuidados prestados pelo enfermeiro tenham valor é também importante reconhecer as suas competências e as dos seus colegas “ (OP78).

Desenvolver este instrumento básico na acção quotidiana assume importância para os enfermeiros, tornando-se visível para os estudantes que “ para se trabalhar em equipa é necessário possuir alguns conhecimentos e habilidades, tem de haver respeito pelos outros e pelos meios utilizados; cada membro deve compreender o papel do outro e a sua função na equipa” (OP13).

Existem, no entanto , algumas dificuldades em clarificar o que é realmente o trabalho de equipa e não apenas uma intenção de ajuda entre profissionais, o que procurámos clari-

ficar nas sub – categorias estético e empírico, mas em que na sub – categoria em análise, este instrumento básico permite compreender a forma como o enfermeiro se desenvolve como profissional, pela utilização racional das capacidades, ilustrado por exemplo pela frase “ (...) na presente situação pode-se fazer referência a este IBE (trabalho de equipa) no sentido da partilha entre saberes e competências tradicional e científica (...) sendo o utente o centro (...) do processo de cuidar, tendo ele próprio um papel activo, (...) houve a inclusão do saber tradicional e do saber científico “ (OP27). É nesta perspectiva que o enfermeiro desenvolve uma atitude de cuidar, agindo com a pessoa e não para a pessoa, e onde o trabalho de equipa se assume como um instrumento para o processo de cuidados e não como método de trabalho, pois o “ enfermeiro age em cooperação com a pessoa por forma a facilitar a adaptação, que é orientada no sentido da manutenção, promoção e aperfeiçoamento do nível de bem estar.” (T13), em que “ o trabalho de equipa pode, neste caso, ser encarado como uma negociação entre o enfermeiro e o utente com vista à mudança de hábitos deste e, mais importante ainda, a que este se aperceba e compreenda o porquê da necessidade de mudança desses mesmos hábitos” (OP 15).

Baseado na cooperação e na confiança, o utente sente que “ (...) o facto da enfermeira se ter preocupado em dar uma hipótese de escolha tornando-o activo, encontra-se de acordo com um dos princípios de Kérourac « o enfermeiro presta cuidados de forma individualizada num processo heurístico “ (OP27), onde a cada momento de encontro se adquirem novos dados e se perspectivam novas formas de adequar os cuidados à pessoa, no seu contexto e de acordo com a situação em que se encontra, e onde a “ a confiança é promovida através da delegação, troca de ideias, abertura de conduta e motivação. O estabelecimento de uma relação de confiança entre os membros da equipa maximiza o desempenho dessa equipa(...)” (T2).

Pode colocar-se a questão “ então quais as vantagens para a pessoa, ter uma equipa multiprofissional a trabalhar não para ela mas com ela, como centro da equipa e objectivo da sua existência? Isto permite a continuidade dos cuidados e o reconhecimento das potencialidades da pessoa”(T2), pois na medida em que “ a pessoa como elemento da equipa tem o direito de conhecer o seu estado de saúde, o tipo de cuidados que lhe são prestados e as suas finalidades, podendo participar em algumas decisões (como a pessoa participa na equipa...), assim a pessoa é encarada como membro da equipa pois são-lhe reconhecidas as suas potencialidades” (T2).

A construção teórica da disciplina a partir da clarificação dos conceitos, metodologias e instrumentos, adquire uma dimensão importante no âmbito do trabalho de equipa, na medida em que a concepção da pessoa enquanto ser singular com múltiplas dimensões, que integra a equipa enquanto elemento participante, é conseguido pelo desenvolvimento de “uma atitude franca (que) leva os utentes a participarem sem o sentimento (...) que estão a ser agredidos ou rejeitados e diminui a dependência excessiva” (T14), pois “em enfermagem, dado o facto de se trabalhar com seres humanos e desse trabalho ser no sentido de os ajudar da melhor forma possível

na prestação de cuidados, é imprescindível que o profissional de saúde seja uma pessoa equilibrada, pois caso isto não aconteça não ajudará o utente, apenas o prejudicará” (T12).

Mas conforme já referimos antes, “uma (...) dificuldade que se pode criar no trabalho de equipa é que nem todos os elementos do grupo encaram os seus medos, fantasias e limites do mesmo modo, dependendo, entre outros aspectos das experiências anteriores, do desejo de protecção por parte dos elementos da equipa”(T2), acontecendo isto essencialmente quando a maturidade profissional não atingiu ainda um nível que permita a discussão dos postos de vista em equipa, sendo estes reconhecidos não no sentido de serem os mais adequados, mas essencialmente porque são importantes para o processo de tomada de decisão, sendo que por vezes “ um (...) aspecto que pode dificultar toda esta relação de equipa são as componentes afectivas, pois um indivíduo pode ter dificuldade em se integrar no grupo, podendo isolar-se, formando subgrupos e entrar em conflito com outros elementos” (T2).

Na sequência do que temos vindo a analisar, o **processo de enfermagem** caracteriza-se por um método para a intervenção, baseado no raciocínio analítico para uma intervenção desenvolvida a partir de uma base sólida de conhecimentos e de onde emerge uma linguagem comum para o exercício, na medida em que “o enfermeiro inspira-se em princípios científicos no processo de cuidados” (OP79), nesta medida “o enfermeiro usa competências cognitivas ou intelectuais que incluem a resolução de problemas, a tomada de decisão, o pensamento crítico e a inovação” (T10).

Os estudantes manifestam dificuldades em identificar este instrumento básico na acção quotidiana do enfermeiro, assumindo que “ (o processo de enfermagem) este foi um dos IBE não identificado por mim (aluno) contudo o enfermeiro chamou-me a atenção para o facto do processo de enfermagem também ter estado presente” (OP70), o que já foi identificado noutras subcategorias, ilustrando a convicção de que há uma dissonância nos enfermeiros, entre o que é utilizar o raciocínio analítico com repercussões na acção diária e referir a utilização do processo de enfermagem como algo que é banal e que assume uma dimensão mítica que apesar de não ser visível aos alunos, é sempre utilizado como processo mental, ilustrado pela frase “ a Srª enfermeira (...) referiu (...) o facto de que ao realizar esta actividade – prestação de cuidados curativos – teve sempre em mente o IBE processo de enfermagem.” (OP77). Esta reflexão sugere-nos o questionamento quanto à dimensão conhecimento de si por parte dos enfermeiros, pois numa perspectiva de desenvolvimento de competências, será o enfermeiro perito que conseguirá transferir mais adequadamente para uma situação de cuidar o conhecimento que ele próprio construiu na sua acção diária, e desta forma assumir um papel de cooperante orientador ou formador, com maior evidência de acordo com o perfil de competências preconizado.

É, no entanto, de realçar que os estudantes valorizam as diferentes fases inerentes ao processo de raciocínio analítico, na medida em que referem “ nesta fase (inicial) (...) o enfermeiro deve (...) instaurar um clima de confiança e demonstrar ao utente que o aceita e respeita totalmente(...) deve ficar definido o problema, (...) objectivos e (...) duração possível da relação, sendo esta conseguida ou não a partir daquilo que o utente tem vindo a partilhar com o enfermeiro durante este primeiro contacto”(T8), ou ainda quando referem também numa perspectiva exclusivamente teórica que o enfermeiro “ ao longo do processo de enfermagem, utiliza os diversos IBE, que baseiam a sua acção no processo de enfermagem (...) “(T4), assumindo que o fazem “de modo a esclarecer o utente, o enfermeiro deve ter em consideração o nível cultural, social e etário da pessoa, adequando termos técnicos (...), não fazendo juízos de valor e falando num tom de voz que comunique serenidade, confiança, calor humano e apoio.”(T9).

Apesar do acompanhamento dos enfermeiros ser feito pelos estudantes em contexto de trabalho, não é visível para estes a utilização do planeamento das acções que os enfermeiros desenvolvem, atribuindo-lhe no entanto importância pelo conhecimento teórico em aquisição “ a finalidade do planeamento dos cuidados é a utilização, o mais correcto possível, dos recursos, no sentido de ajudar a pessoa a atingir os resultados esperados.”(T10), reforçado pela referência ao facto de que “ ao preparar a prestação de cuidados de enfermagem, a revisão das intervenções planeadas utilizará as competências cognitivas. Estas também são utilizadas quando se procura dar resposta às necessidades do utente”(T10), conduzindo a uma relação interactiva baseada nas necessidades e problemas, bem como as respostas do indivíduo, quando participa activamente no planeamento e avaliação dos cuidados.

É, no entanto, e ainda numa perspectiva exclusivamente teórica que os estudantes se posicionam quanto à metodologia científica utilizada pelos enfermeiros, quando afirmam “ temos a consciência que antes da execução o enfermeiro efectuou uma avaliação inicial, um diagnóstico de enfermagem e um planeamento.”(T10).

A reflexão que se impõe perante esta análise é quanto a nós a de que se torna necessário compreender o estatuto do processo de enfermagem, na lógica da aprendizagem no 1º semestre do 1º ano, visto que como instrumento básico parece não ter visibilidade na acção quotidiana dos enfermeiros, sendo de pensar em abordá-lo como metodologia num outro estadio de aprendizagem.

Quadro nº12 - Síntese da ocorrência dos IBE na subcategoria: Conhecimento de Si

IBE	SÍNTESE
Relação de Ajuda	• A relação de ajuda parece ser uma interacção entre enfermeiro e utente, em que cada um contribui pessoalmente para a procura e satisfação das necessidades de ajuda presentes do utente. • Na relação de ajuda, para que o encontro entre o enfermeiro e o utente tenha como resultado criar laços de confiança, são valorizadas as qualidades humanas e competências profissionais necessárias adaptar e ajustar a cada situação. • Para o desenvolvimento de um conhecimento pessoal é considerado necessário acreditar na importância de partir do conhecimento individual para a compreensão do outro, e na importância do crescimento individual e profissional. • Na prática, a relação de ajuda passa de uma relação formal para uma forma mais flexível e presente em diferentes situações. • No processo de interacção enfermeiro/pessoa cuidada, é valorizado a presença da autenticidade enquanto verdade. • A relação de ajuda é considerada de primordial importância para a personalização dos cuidados. • As dificuldades sentidas decorrentes dos diferentes valores entre enfermeiro e utente, que dificultam o desenrolar da relação de ajuda, implicam da parte do enfermeiro uma atitude de orientação onde deverá ser dado ênfase às semelhanças e não às diferenças. • Para aprender a utilizar a relação interpessoal no sentido da promoção da autonomia da pessoa, é importante que o enfermeiro desenvolva o conhecimento de si próprio, das suas capacidades e potencialidades. • A relação de ajuda parece ter uma importância grande na própria aprendizagem da disciplina de enfermagem. • A relação intencional é baseada no pensamento humanista e com utilização de riquezas próprias de cada pessoa, desenvolvida em torno da confiança, respeito e liberdade. • O saber ouvir, olhar e estar do enfermeiro são dimensões consideradas importantes na relação estabelecida entre enfermeiro e cliente no sentido do desenvolvimento deste enquanto pessoa. • A relação de ajuda parece permitir que os cuidados prestados em qualquer situação sejam mais humanos, considerando que a escuta, a aceitação e ajuda, sentidas pela pessoa cuidada, contribuem mais rapidamente para o equilíbrio e bem estar. • Nas situações de interacção, o acto de escutar é considerado muito importante no sentido da compreensão das atitudes do utente.
Comunicação e Criatividade	• A comunicação faz parte integrante da prática do enfermeiro onde este deverá ter consciência da intervenção que pretende comunicar e traduzi-la em mensagem. • A comunicação é considerada presente em todos os atendimentos de enfermagem no sentido do enfermeiro conhecer as necessidades do utente.

	• São considerados diferentes tipos de comunicação, onde parece emergir os estímulos não verbais como importantes em toda a comunicação, e em particular na relação enfermeiro/utente, envolvendo comportamentos, acções e mímicas reveladoras de sentimentos. • O enfermeiro assume e desenvolve um papel de emissor e receptor no processo de comunicação, quando proporciona à pessoa uma efectiva participação no cuidado. • O processo comunicacional caracteriza-se pela importância atribuída ao tipo de mensagem que circula no referido processo e onde se torna imperativo que a descodificação ocorra no sentido do feed-back como importante à avaliação do processo quanto à eficácia da acção. • A criatividade é considerada relevante no processo de comunicação no sentido que permite individualizar os cuidados à situação singular inerente à pessoa e ao contexto. • São valorizados os diferentes tipos de comunicação, onde nem sempre a oralidade é o mais importante para o processo comunicacional, mas a capacidade de gerir o silêncio. • Os modos de escuta, inerentes ao desenvolvimento de um processo de comunicação e de ajuda, atribuem ao enfermeiro um papel de profissional, que sabe valorizar o papel do cliente no processo de interacção. • A atitude congruente é considerada essencial ao desenvolvimento de uma relação de qualidade na comunicação entre enfermeiro e a pessoa, onde a confusão entre comunicação e informação pode ser um risco grave a essa qualidade.
Princípios Científicos e Destreza	• A utilização dos princípios científicos no processo de cuidados pressupõe a apropriação pelo enfermeiro, através de um processo singular, dos conhecimentos e aptidões para que estes sejam portadores de sentido e ajuda. • Ao utilizar os princípios científicos o enfermeiro, parece demonstrar envolvimento pessoal e profissional no acto de cuidados, dando visibilidade à atitude desenvolvida em acção quando procura promover o desenvolvimento de capacidades e competências no sentido da satisfação das necessidades do utente. • É considerado enfermeiro competente, o que desenvolve a sua acção quotidiana, utilizando princípios científicos, mobilizando os conhecimentos e agindo de acordo com a situação que encontra em cada momento. • É valorizada a utilização da destreza de forma global onde para além da destreza manual emerge também a destreza intelectual, no sentido da mobilização dos conhecimentos em acção. • A relação estreita entre os princípios científicos e a destreza é enfatizada no sentido em que introduz o auto-conhecimento e o conhecimento de si como estratégia para reflectir na prática a construção teórica.
Entrevista	• A entrevista quando considerada processo de relação humana, permite o conhecimento do eu e do outro no sentido, não só do conhecimento da pessoa cuidada, como também ajudar a que esta se conheça melhor. • A entrevista é valorizada enquanto espaço de relação onde o enfermeiro tem o dever de transmitir a confiança e a segurança ao utente no sentido da abertura para o diálogo numa procura constante do aperfeiçoamento, promoção e manutenção do seu bem estar.

Observador	• Na entrevista parece ser valorizado um modelo cooperativo, quando as experiências de vida do enfermeiro e do utente são essenciais mobilizar para a obtenção de resultados conducentes a uma adequada intervenção do cuidar. • É considerado importante que no decorrer da entrevista, o enfermeiro seja disponível, receptível, congruente e autêntico, no sentido do respeito pela privacidade e autonomia da pessoa. • A entrevista é valorizada enquanto meio pelo qual o enfermeiro chega ao contacto directo com a pessoa, numa perspectiva humanista e holística. • A entrevista é considerada importante enquanto instrumento de colheita de dados facilitador do conhecimento da pessoa entrevistada. • A observação é valorizada no sentido em que permite conseguir uma colheita de dados complementada com outros instrumentos básicos em enfermagem. • A observação desenvolvida por enfermeiros experientes e competentes, permite a mobilização em situação dos conhecimentos adquiridos ao longo da prática profissional. • A observação permite ao enfermeiro ir ao encontro das necessidades e expectativas da pessoa quando o enfermeiro consegue separar os factos da situação. • Na observação é valorizada a atribuição à pessoa, de um estatuto de participante desde a fase de colheita de dados, quando se verifica a partilha do observado e a validação com a pessoa observada, no sentido do desenvolvimento de uma situação de ajuda. • É considerado que o enfermeiro estará tanto mais habilitado quanto mais for capaz de observar a linguagem corporal do utente e ouvi-lo com atenção de modo a recolher dados sem os perguntar directamente, ou pelo modo de estar com a pessoa durante a conversa. • A observação está interrelacionada com a comunicação e criatividade, no sentido em que é considerado que o estabelecimento de relações profundas e de compreensão implica uma comunicação eficaz e criatividade espontânea por parte do enfermeiro.
Trabalho de Equipa	• O trabalho de equipa assume uma função primordial no desenvolvimento de uma atitude de partilha no enfermeiro, na medida em que este compreender que não existe um profissional que consiga, por si só, responder à globalidade das necessidades das pessoas cuidadas. • O trabalho de equipa assume, na acção quotidiana, importância para os enfermeiros no sentido em que para se trabalhar em equipa é necessário possuir conhecimentos e habilidades, respeito pelos outros e meios utilizados, e que cada membro deve compreender o papel do outro e a sua função na equipa. • Parece existir algumas dificuldades em clarificar o que é realmente trabalho de equipa e não apenas uma intenção entre profissionais. • O trabalho de equipa parece assumir um instrumento para o processo de cuidados quando o enfermeiro age em cooperação com a pessoa.

Processo de Enfermagem	• É valorizado o facto de a pessoa ter uma equipa multiprofissional a trabalhar com ela e não para ela, no sentido em que permite a continuidade dos cuidados e o reconhecimento das suas potencialidades. • É considerada dificuldade, a criação do trabalho de equipa quando a maturidade profissional não atingiu ainda um nível que permita discussão dos pontos de vista em equipa, no sentido da importância dos mesmos para o processo de tomada de decisão. • O processo de enfermagem caracteriza-se por um método para a intervenção, baseado no raciocínio analítico para uma intervenção, desenvolvido a partir de uma base sólida de conhecimentos e de onde emerge uma linguagem comum para o exercício da enfermagem. • Parece existir uma dissonância nos enfermeiros, entre o que é utilizar o raciocínio analítico com repercussões na acção diária, e utilizar o processo de enfermagem como algo que é banal, assumindo uma dimensão mítica e utilizado como processo mental. • Não parece transparecer a visibilidade da utilização do planeamento das acções que os enfermeiros desenvolvem, sendo no entanto atribuído importância pelo conhecimento teórico em aquisição, conduzindo a uma relação baseada nas necessidades, problemas e respostas do indivíduo, quando participa activamente no planeamento e avaliação dos cuidados.
-------------------------------	--

Ético

Existe uma cada vez maior sensibilidade por parte dos professores e enfermeiros à dificuldade de tomar decisões no contexto complexo dos cuidados de saúde, sendo esta dificuldade baseada essencialmente no princípio primário inerente aos conceitos de serviço à pessoa e respeito pela vida humana.

Acresce o facto da disciplina ter como suporte prestar um serviço responsável à sociedade, no sentido da conservação da vida, do alívio do sofrimento e da promoção da saúde (Cf. Carper, 1997, p. 11).

Entende-se assim, este padrão de conhecimento, como “ a componente ética da enfermagem que está focalizada na obrigação ou no que deve ser feito” (Ib p.11).

A prática de enfermagem reflecte uma atitude de valor inerente ao objectivo de independência, e indica quais são as acções que os enfermeiros desenvolvem no sentido de promoverem na pessoa, a responsabilidade total tão cedo quanto possível ou capacitá-la para readquirirem a responsabilidade no momento oportuno.

É assim que, “o padrão ético de conhecimento em enfermagem, requer a compreensão de diferentes posições filosóficas relacionadas com o que é bom, o que deve ser desejado, o que é certo; de diferentes estruturas éticas desenvolvidas para lidar com os julga-

mentos morais; e diversas orientações quanto à noção de obrigação” (Ib p. 13). É neste sentido que o exame de normas, códigos e valores, pelas quais decidimos o que é moralmente certo, podem resultar numa maior consciência do que se encontra envolvido na tomada de escolhas morais e ser responsável pelas escolhas feitas.

Da análise ao corpus dos documentos salienta-se como Instrumento básico de maior ocorrência, a Relação de Ajuda, conforme quadro 13.

Quadro 13 – Ocorrência dos Instrumentos Básicos, por ordem decrescente na subcategoria Ético.

Relação Ajuda	Comunicação e Criatividade	Princípios Científicos e Destreza	Trabalho Equipa	Entrevista	Observação	Processo Enfermagem	Registos
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º

A **relação de ajuda** enquanto troca pessoal entre dois seres humanos, deve promover a autonomia da pessoa, facilitando o seu crescimento enquanto alguém que é capaz de solicitar ajuda, conforme verificamos “ (...) autonomia do utente (...) respeitada, pelo enfermeiro (...) (mantém) com este uma relação baseada na veracidade, transmite-lhe a informação adequada verificando se este a compreende de forma correcta e assegurar que as decisões sejam tomadas pelo utente sem qualquer forma de coacção ou manipulação” (T1)

A centralidade da pessoa no processo de cuidar, conduz a que a postura do enfermeiro face à tomada de decisão seja “ A pessoa a quem o enfermeiro presta cuidados é vista como um ser autónomo, livre e responsável, com total direito a ser tratado como um fim em si mesmo e não como um meio para atingir outro fim (...) “ (T7). Na concepção de Phaneuf (1995) a relação de ajuda surge como uma preocupação mais centrada numa abordagem baseada no pensamento humanista, onde cada um dos intervenientes utiliza as potencialidades próprias, desenvolvidas em torno da confiança, respeito e liberdade, no processo de construção de bem estar, tal como ilustrado por “ Numa relação terapêutica, a pessoa que procure ajuda traz para a relação as suas próprias experiências de vida, a sua inteligência , os seus conhecimentos adquiridos, os seus valores, as suas crenças e as suas motivações, para mudar” (T7).

Se entendermos a relação de ajuda como aquela em que o enfermeiro fornece ao cliente as condições que este necessita para satisfazer as suas necessidades básicas, estaremos a considerar ser este instrumento básico essencial ao exercício da tomada de decisão em enfermagem, no que concerne ao respeito pelo ser humano global “ O enfermeiro só consegue

prestar cuidados personalizados se não criar juízos de valor respeitando a pessoa na globalidade “ (T 8), pois “ (...) uma relação em que não se julga o outro (...) pode libertar e fazer dele uma pessoa responsável por si “ (T 8). Sabemos no entanto que se a pessoa é (já) o alvo e objecto do cuidado de enfermagem, o que ocorre ainda é que a organização do trabalho acontece numa lógica medicocêntrica, baseada em tarefas no turno, que produz dificuldade em clarificar o que é da pessoa e o que é do turno.

Este é provavelmente um dos dilemas que se coloca quotidianamente aos enfermeiros na medida em que “ O enfermeiro enquanto defensor da pessoa, respeita e defende a (sua) autonomia (...), o que pressupõe ter acesso a toda a informação fundamental sobre os interesses pessoais e escolhas da pessoa cuidada (...) “ (T 7), conseguindo esta informação pela mobilização de Instrumentos Básicos essenciais como vimos anteriormente e em que “ o enfermeiro deve (...) aceitar a pessoa como ela é, com (...) suas crenças, medos , hábitos, cultura, tradições e características, sem fazer juízos de valor e respeitando a pessoa na sua essência “ (T 14), ao fazê-lo desta forma o enfermeiro está a “ (...) ajudar o utente a reencontrar a harmonia entre o seu coração, a razão, a sua filosofia de vida e os seus comportamentos” (T 8). Necessitamos ter em consideração, no entanto, que “ A enfermagem centra-se na acção deliberada, ou numa série de acções, planeadas e executadas tendo em vista atingir determinados objectivos. Mas os objectivos e as acções implicam a tomada de decisões, em parte, com julgamentos normativos, ambos de nível particular e global “ (Carper, p.12). Quanto a nós, quando o cuidado é orientado para a tarefa, responde exclusivamente a cuidados parcelares, impedindo que “ a relação de ajuda se manifeste no trabalho de equipa pelo respeito e pela interajuda existente entre os vários elementos da equipa, propiciando-se assim um ambiente ideal para (...) atingir os objectivos “ (T1), sendo conseguido quando o enfermeiro adopta uma estratégia de intervenção centrada nas necessidades da pessoa, conduzindo por vezes a escolhas morais que devem portanto ser consideradas em termos da acção específica em situações concretas e específicas (Cf Carper, p. 13), tornando-se “(...) essencial que haja respeito uns pelos outros, pelos meios utilizados e é necessário haver compreensão do papel desempenhado por cada um no seio da equipa valorizando os contributos individuais e tendo em vista o mesmo objectivo “ (T1), a Relação de ajuda assume assim um papel importante na medida em que “ Permite ainda que se conheçam as capacidades uns dos outros para que se possa contar com os seus conhecimentos e que cada um assuma as responsabilidades dos seus próprios actos, defendendo e demonstrando o seu papel específico aos outros elementos “ (T1), o que acontece quando num processo de cuidados onde se desenvolvem processos de interacção complexa, “ o enfermeiro (...) reconhece as situações em que a autonomia do utente possa estar diminuída tendo nesses casos a obrigação de assegurar que o utente tenha a protecção devida “ (T1). Esta postura para além da mobilização adequada dos conhecimentos que permitam ao enfermeiro gerir o processo de cuidados na lógica da centralidade na pessoa, quando é visível que “ O enfermeiro tem um papel importante no reconhecimento das potencialidades do utente...” (T 7), Tendo o

enfermeiro “(...) o intuito de ajudar a pessoa a retomar as suas responsabilidades, capacidades e potencialidades, apesar destas por vezes se encontrarem um pouco limitadas (...) “ (T 7), tornando-se mais evidentes nas situações em que se valoriza a independência e se tenta mantê-la à custa da aprendizagem do utente em como viver com a dependência física ou social, quando necessário, isto é, nas situações em que o prognóstico indica que a independência não pode ser readquirida (Carper, p. 12), o que o enfermeiro consegue pela “(...) resposta aos problemas do utente, sem (...) substituí-lo (pois poderá contribuir para o não desenvolvimento das suas capacidades) “ (T 8), e quando “ (...) defende e preserva a dignidade e autonomia da pessoa, potenciando-lhe as capacidades, independência e direito de decisão (...) “ (T 7) e procura que a relação de ajuda esteja presente na medida em que “ (...)através da comunicação a enfermeira estabeleceu um diálogo com a pessoa, ajudando-a a explorar os seus sentimentos...” (OP 79), onde se atinge o máximo da qualidade da relação quando é reconhecido que a “ Pessoa terá direito ao exercício da sua escolha pessoal, tendo também direito à sua privacidade e autonomia, que o enfermeiro respeitará, mesmo que não concorde com alguma reacção “ (T 7) considerando que “...a pessoa é a primeira a preservar o mais elevado nível de qualidade de vida para si mesma...” (T 14) e em que “ cabe (...) ao enfermeiro não fazer qualquer (...) juízo de valor para que o utente possa atingir esse objectivo (reconhecer as suas potencialidades)” (T 8).

Neste processo de construção, quanto maior é o envolvimento do profissional na acção quotidiana, mais importante se considera que “ (...) para que a relação de ajuda se torne (...) experiência de crescimento humano, o enfermeiro deve ultrapassar os seus medos e empenhar-se ao máximo nessa relação “ (T 8), procurando “Durante este percurso, (...) por de lado as suas crenças e valores, de forma a evitar julgamento e maleficência “ (T 7) e “ ...aprender a fazer coisas para o cliente e (...) aprender a estar com ele, a escutá-lo “ (...) “ (...) transmitindo confiança, respeito, disponibilidade para o utente poder desenvolver-se à sua custa.” (T 8) Para que o enfermeiro assuma de facto um papel de profissional, onde a promoção do bem estar e da autonomia para o alívio do sofrimento das pessoas, torna-se imperativo e “ necessário saber tratar o outro como este deseja: ser simpático, conversar sem incomodar, de modo a conseguir dos outros aquilo a que se propõe” (T 7).

Comunicar torna-se assim numa necessidade básica de carácter universal, em que a prática quotidiana dos enfermeiros é inerente ao comportamento humano na utilização do Instrumento Básico **Comunicação**, tanto verbal como não verbal, sendo “(...) de realçar as relações humanas, pelo facto de estas serem importantes, pois é nesta dimensão que ocorrem alguns problemas. (...) As relações humanas podem-se caracterizar pelas actividades exercidas por dois ou mais indivíduos (...) “ (T 1), na lógica da integração numa equipa de saúde, ao enfermeiro é colocada a questão do desenvolvimento de competências, pois “ Cada um dos profissionais pertencentes à equipa tem um papel individual no trabalho com o utente, no entanto complementam-se, não sendo os resultados positivos na prestação de cuidados se não houver uma comunicação e intercâmbio de acções entre os diferentes elementos “ (T 1).

A comunicação humana implica um sistema complexo, onde se pretende que o receptor descodifique, entenda e assimile a intenção codificada, sob a forma de mensagem, pelo emissor, sendo essencial que “ para que esta (comunicação) ocorra de forma correcta, tem que existir cooperação entre o enfermeiro e o utente “ (OP 77) e em que o enfermeiro tente satisfazer as necessidades básicas do utente, mediante comunicação eficaz, entendendo-se por eficaz “...se as nossas mensagens são recebidas com um sorriso ou um suspiro de alívio, sentimo-nos bem e continuamos a usar comportamentos de comunicação “ (OP 70).

Se o desenho do cuidado de enfermagem é mais do que o tradicional ou mecânico, a capacidade para perceber e interpretar as experiências subjectivas de outros e projectar com imaginação e criatividade os efeitos das acções de enfermagem, passa a ser uma capacidade a desenvolver (Carper, p. 14), valorizando-se “o olhar positivo incondicional (que) descreve o respeito que não depende do comportamento do utente, ou seja, quaisquer que sejam os comportamentos (...) (deste), (...) não devem servir de justificação para (...) criticar, rebaixar ou fazer juízos de valor do utente“ (T 9).

Aqui a valorização é essencialmente do receptor da comunicação na medida em que “o receptor (utente) recebe a mensagem e percebe-a dentro da sua experiência vivencial, isto é, do seu passado, presente, necessidades e atitudes...” (OP 67), ilustrado também pelas seguintes frases “...Não se importa que eu lhe corte isto, pois não?” (...) “A enfermeira teve a preocupação de questionar o utente, se eu podia assistir...” (...) “Demonstrando desta forma, respeito em relação ao utente, preocupando-se com a sua privacidade “ (OP 23), na medida em que “A pessoa pode reagir mal ao facto do seu espaço íntimo ser invadido pelo enfermeiro...” (T5).

Mas a pessoa assume também um papel importante de emissor tanto na utilização da comunicação verbal como não verbal, sendo de primordial importância ter atenção que “ para a pessoa constitui um problema potencial assumir o papel de « dador » de informação de carácter muito pessoal, pelo que para a enfermagem seja muito importante preservar a confidencialidade de todos os dados que são transmitidos “ (T 13) sendo que “ esta confidencialidade da informação que o doente voluntariamente proporciona ou que lhe é solicitada, parece contrapor-se à necessidade de a partilhar com outros membros da equipa de enfermagem e outros técnicos de saúde “ (T 13). Nesta lógica a experiência de ajuda deve ser percebida e descrita como um componente integral do resultado esperado, mais do que concebido separadamente como uma acção independente (Carper p. 7), onde se sabe que “ É através do feed-back que o enfermeiro tem a possibilidade de confirmar se a informação que recolheu corresponde ao que a pessoa expressou “ (T 13), isto porque podendo a comunicação expressar-se verbal ou gestualmente, é de extrema importância a descodificação de comportamentos, acções e mímicas reveladores de sentimentos, ilustrando-se com a seguinte frase “ (...) quando a agressividade é dirigida (...) ao enfermeiro este deve evitar rejeitá-lo, puni-lo, ou responder-lhe Hostilmente. Deve (...) procurar saber a causa para o seu comportamento.” (T 14), mobilizando antes o potencial positivo que se conhece do doente, por exemplo quando um doente nos refere que “ (

Mais vale morrer), não diga isso, então às vezes a D. R diz que gosta tanto da nossa companhia e que as senhoras do lar a tratam bem “ (OP 79), procurando desta forma reforçar as potencialidades da pessoa. No entanto, nem sempre os clientes se manifestam perante o questionamento dos enfermeiros, sendo importante ter a noção de que “ Pode-se considerar como resposta o facto do utente não se manifestar, pois não mostrou interesse no que a enfermeira lhe dizia” (...) “ (Características intrínsecas) relacionadas com a confidencialidade, as atitudes do entrevistador (calor humano, respeito e disponibilidade)” (OP 83).

Na perspectiva da comunicação verbal, “ As palavras (...) têm poder e tanto podem ser benéficas como influenciar negativamente os comportamentos humanos, (...) assim, o enfermeiro deve adoptar (...) linguagem clara, concreta (...) que permita ao utente identificar os seus problemas.” (T 8), sendo de realçar que “(...) a qualidade da comunicação é em grande parte (...) responsabilidade do enfermeiro pois é dele que se espera ajuda...” (OP 24), onde durante a prestação de cuidados se “ Deve falar com o utente (...) para que este possa escolher...” (OP 36), mas em que nem sempre são as palavras o mais importante da comunicação, pois “ na existência de um processo interpessoal, gerir o silêncio, as atitudes de preocupação, de interesse e de respeito, são elementos que facilitam a comunicação “ (OP 79).

As palavras podem mesmo ser preversas, quando descontextualizadas numa lógica de uma falsa aproximação aos princípios humanistas do cuidar, quando por exemplo “ (a enfermeira pergunta se o doente tem problemas respiratórios) (o utente responde afirmativamente) Então e fuma assim tanto? Olhe que se o apanho a fumar até lhe faço engolir os cigarros, disse a enfermeira, esboçando um sorriso “(OP 82), o que promove a necessidade de reflectirmos sobre os diferentes paradigmas de intervenção em enfermagem, consubstanciada pela frase seguinte “O doente neste momento tossiu e a enfermeira disse-lhe: quando se tosse põe-se a mão à frente da boca. Está bem...” (...) “(relação entre enfermeiro e utente) foi informal, dado que foi breve e vocacionado para sentimentos e necessidades imediatas...” (OP 85), essencialmente naqueles que são os **princípios científicos** no cuidar, que mobilizaremos em seguida.

A construção da disciplina de enfermagem constitui-se pela ruptura entre formas de pensamento e acção anteriores e outras novas e mais fundamentadas cientificamente e mais eficazes, sendo que é o objecto de uma disciplina que a constrói (Martin, 1996). Nem sempre o processo de cuidados é visto como espaço privilegiado para a promoção da autonomia no âmbito da enfermagem, onde “o enfermeiro acompanha a pessoa nas suas experiências de vida, mantendo a sua dignidade e as suas diferenças“ (T 7), procurando desta forma clarificar o que é actualmente a enfermagem e consequentemente o cuidado de enfermagem. Actualmente “ o modo como os enfermeiros vêem a enfermagem que fazem, investe a pessoa que pede ajuda como parceiro fundamental na tomada de decisão sobre os cuidados a prestar”, atribuindo de facto e na essência um papel em que “(...) a pessoa na relação é considerada como participante activa sobre o seu processo de cuidados “ (OP 38), sendo que “ Durante o processo de enfermagem é possível a enfermagem individualizada, porque nesta o doente participa activamente (...) “

onde a “ (...) intenção, ao formar novos enfermeiros, será a de que se deve encorajar a pessoa a sentir responsabilidade quanto à sua saúde...” (T 15) e em que “(...) a pessoa deverá assegurar a sua própria saúde e ser participante activo dela” “(...) o utente participou activamente e disponível para se tornar mais cuidadoso com a sua saúde...” (OP 41). Nesta orientação paradigmática estamos perante uma disciplina que se preocupa com a forma como cada pessoa vive o seu próprio problema, enquanto que os profissionais se ocupam de todos os doentes, seleccionam as necessidades de todos, considerando muitas vezes as energias que eles próprios (enfermeiros) possuem, sugerindo-nos Kérouac a importância que tem para a enfermagem o “ (...) paradigma da transformação (...) procura o bem estar definido pela própria pessoa em que a saúde é um valor e uma experiência vivida individualmente (...) (T 3) e onde “...o enfermeiro acompanha a pessoa nas suas experiências de vida, mantendo a sua dignidade e as suas diferenças “ (T 7).

O papel de profissional que cabe ao enfermeiro no processo de cuidados, atribui-lhe uma função de gestão das interdependências no âmbito da sua autonomia profissional e naquilo que Kérouac considera ser a promoção da coesão entre as pessoas que compõem a equipa de saúde, conduzindo a um cada vez maior reconhecimento de um “...cuidar profissional (que) deverá englobar todo um conjunto de conhecimentos princípios e técnicas que permitam ao enfermeiro interrelacionar-se com o utente, levando-o a sentir-se o centro dos cuidados e a participar activamente destes...” (T 3), o que consegue pela formação para a competência pela qual “ (...) o enfermeiro tem que estar preparado para resolver de forma prudente os problemas que se lhe apresentam, daí que seja necessário basear as suas decisões em princípios científicos...” (OP 31), contribuindo desta forma para que as decisões tomadas em situações concretas e específicas, possam resultar numa maior consciência do que se encontra envolvido na tomada de decisão (Carper, p. 13), na medida em que “(...) sem estes (princípios científicos) (...), a prestação de cuidados poderia não só , não ser benéfico como bastante prejudicial para o cliente e sua saúde...” (OP 82), promovendo a que “ (...) as pessoas / utentes não devam ser considerados receptores passivos de cuidados de enfermagem, mas sim participantes activos (...)” onde “ ...o utente é o principal responsável pela execução do seu plano de cuidados...” (T 3). Pensamos que é esta complexidade e valorização do profissional de enfermagem competente, autónomo e responsável, que marcará a diferença para um profissional mais tradicionalista, mais empirista que necessita ser reconhecido interna e externamente à profissão, tal como ilustramos em seguida “ Também ao reconhecer as suas competências e as dos seus colegas, actuando no seu campo de acção e exercendo as funções que lhes competem...” (OP 51). Esta situação marcará a diferença quanto ao que Collière considera ser a dependência dos enfermeiros em relação aos médicos, considerando –se a visibilidade emergente das prescrições médicas e normas de procedimento como conteúdo profissional dos enfermeiros, ainda muito enraizado num paradigma tradicional tornando-se essencial uma ruptura, na medida em que “ É importante que os enfermeiros não tentem (...) dar (...) as soluções para os

problemas dos (...) doentes. Solucionar tudo pelo utente é uma forma subtil de nos livrarmos dele...” (T 14). Esta ruptura preconizada coloca-nos perante a dificuldade maior, inerente à invisibilidade do cuidado de enfermagem com uma orientação para a pessoa e, onde o enfermeiro necessita “ Também ao reconhecer as suas competências e as dos seus colegas, actuando no seu campo de acção e exercendo as funções que lhe competem...” (OP 51), agindo “ sem emitir juízos de valor, mas respeitá-la (a pessoa) na sua essência. “ (...) “ (...) cada pessoa é portadora de um corpo físico e espiritual que lhe conferem a dignidade que possui. Cabe a todos os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, fazer prevalecer e respeitar a dignidade de cada pessoa, “ (T 8), pelo que é importante afirmar que “(...) os enfermeiros do futuro deverão ser possuidores de um vasto leque de qualidades, valores, competência e conhecimentos(...)” (T 15), que lhes permitirão assumir um papel de ajuda e estímulo constante, como essencial ao cuidar pelo respeito dos outros e pela mobilização das suas potencialidades sem emitirem juízos valorativos que impeçam a adequada reabilitação das pessoas, conforme ilustrado a seguir “ As enfermeiras não pararam de incentivar o doente a mobilizar a sua parte direita” (...) “o constante incentivo, o apoio psicológico e a valorização das suas capacidades permitiram que o Sr X se recuperasse e se conseguisse já mobilizar relativamente bem, sem ter ainda realizado fisioterapia “ (OP 14).

Valorizamos um processo de cuidados onde o profissional possui conhecimentos específicos que lhe permitem fazer o diagnóstico e o planeamento do cuidado que ele próprio executa e controla, perto do cliente (Cf p. 32), “ A equipa de enfermagem deve trabalhar com a meta de satisfazer as necessidades do utente, a quem deve dirigir os seus cuidados e colocar de lado as rivalidades que possam surgir no seio da equipa. A dificuldade está em formular esses resultados (Impactos) que (...) as equipas de saúde esperam poder atingir junto da população” (T1), o que uma vez mais remete para a importância de que “ A coordenação dos membros da equipa, a resolução de conflitos, a comunicação entre os indivíduos e a estipulação de normas e valores que devem estar presentes na equipa entre os indivíduos, e a estipulação de normas e valores que devem estar presentes na equipa é importante para manter a coesão da equipa em momentos críticos “ (T1), essencialmente aqueles em que as decisões a tomar com o cliente, não possam ser baseadas no conhecimento exclusivo dos códigos éticos, na medida em que estes não providenciarão respostas às questões morais inerentes a uma enfermagem (Carper, p. 13) ainda tradicionalmente dependente do poder e saber médico.

É por esta razão que “ Também as normas de funcionamento são uma imprescindível ajuda no êxito da equipa, a fim de atingir todas as metas e objectivos delineados e previstos. (...) entendendo-se por norma os padrões de conduta que são linhas de orientação para comportamentos aceitáveis.” (T1), que podem ter mais a ver com os desacordos em relação à construção e gestão da saúde individual, do que emergente de uma lacuna de evidência empírica ou ambiguidade na aplicação do conceito de saúde individual (Carper p.12), sugerindo a importância do **trabalho de equipa** como necessário à organização dos cuidados, que permite uma utilização mais racional das capacidades e competências de cada onde se consideram “As normas de uma equipa (...) (como) leis for-

tes, que podem ser escritas ou não, acerca de como os membros se devem relacionar uns com os outros(...) (...) Existe uma hierarquização das normas que uma vez estabelecidas resistem a mudanças quanto mais as normas reflectirem e apoiarem os elementos da equipa, maior eficácia será conseguida.” (T1)

A confidencialidade é algo que o cliente espera que aconteça, pelo que o enfermeiro utiliza de forma racional as suas capacidades e competências considerando que “ é o utente que deve definir o que o enfermeiro pode partilhar com outros técnicos de saúde “ (T13), sendo que a troca de informação, considerando a diversidade de fontes, faz da pessoa possuidor de um potencial que pode e necessita ser mobilizado com o bom senso inerente ao estadiu de desenvolvimento profissional do enfermeiro, não devendo este perder a importância de que “ Do trabalho de equipa advêm vantagens e dificuldades, no entanto este traduz-se em excelentes resultados “ (OP 77), na medida em que “ Esta confidencialidade de informação que o doente voluntariamente proporciona ou que lhe é solicitada, parece contrapor-se à necessidade de a partilhar com outros membros da equipa de enfermagem e outros técnicos de saúde.” (T 13).

Ao reflectirmos sobre este instrumento básico na lógica que aqui queremos enfatizar, emerge a noção essencial de que “ Para haver (...) trabalho de equipa é necessário (...) princípios facilitadores (...). Esses requisitos são: espírito de equipa, confiança, respeito disciplina, boa comunicação, interajuda e cooperação, formação, participação, responsabilidade, definição de objectivos e troca de opiniões e conhecimentos,” (T1), o que nos transporta para uma dimensão importante que é a da cooperação entre os profissionais, no sentido da individualização do cuidado de enfermagem, considerando os valores, princípios e cultura própria a cada profissional, o que implica a importância atribuída “ (...) (à) definição de regras, em que cada membro tem um plano de acção próprio, que lhe permitirá saber o que os outros esperam de si (...) “ (T1), clarificando desta forma o paradigma em que se situam os diferentes actores, quando às expectativas, na medida em que estas “ (...) resultam da aplicação de normas sociais que assentam, por sua vez, em valores culturais. Os papeis não explícitos que cada um desempenha na equipa têm a ver com a própria dinâmica do grupo, com a personalidade de cada indivíduo e com o contexto.” (T1), o que de acordo com Slotte citado em Carper, pode originar a disputa, ou a falta de uniformidade na aplicação dos termos em relação à saúde, como devida à dificuldade em resolver de forma decidida, sobre certo tipo de questões de valores , sobre o que é ou não importante, pois “ As tarefas de grupo e as funções de manutenção estão interrelacionadas num equilíbrio saudável. Desta forma. É proporcionada uma atmosfera de trabalho gratificante na qual os membros trabalham juntos para atingirem objectivos comuns “ (T1).

Num contexto tão complexo como o das organizações de saúde, onde se entrecruzam objectivos profissionais diferentes e onde a finalidade máxima do enfermeiro é dar resposta às necessidades efectivas de pessoas, o que nem sempre se consegue pois “A ambiguidade de papeis é um factor que pode condicionar o sucesso da equipa depois de todos os membros conhecerem a aceitarem os papeis uns dos outros.” (T1). É nesta perspectiva que emerge uma dimensão importante, que se prende com as normas, os códigos e os valores, pelos quais decidimos o

que é moralmente certo, pois “As normas da equipa vão contribuir para que a equipa trabalhe eficientemente (...) os (...) membros demonstram respeito pelas diferenças individuais e valorizam o significado de cada elemento da equipa.” (T1), o que, nos parece ter uma importância grande na tomada de consciência sobre as escolhas feitas em determinado contexto da prestação de cuidados, pois “Nem todos nós temos as mesmas prioridades e valores atribuídos aos objectivos a cumprir, depende muito da motivação que cada um tem para realizar esse mesmo objectivo, que é o de otimizar o valor do cuidado a prestar.” (T1). Apesar de considerarmos que “o conhecimento dos códigos éticos não providenciarão respostas às questões morais inerentes à enfermagem, nem eliminam a necessidade de o fazer para escolhas morais” (Carper, p. 13), não diminuimos a importância atribuída a que “No trabalho de equipa deve «reinar» um bom relacionamento com os outros baseado numa comunicação saudável, tendo em vista a necessidade de comunicar por códigos de ética como base do profissionalismo que está inerente à enfermagem” (T1). Inerente ao código de ética profissional antes referido, assumimos e reforçamos neste momento a importância de que “No trabalho de equipa é fundamental que estes (...) direitos e autonomia, sejam respeitados e tidos em conta para que assim as decisões tomadas tenham de facto em conta os verdadeiros problemas do utente e não aqueles que o enfermeiro acha que ele tem” (T1), dando ênfase à individualidade da pessoa e valorizando a “Confidencialidade (como) uma norma universal e imprescindível a todas as equipas. As comunicações dos membros, (...) devem-se manter privadas e não devem ser partilhadas fora da equipa sem consentimento desta. (...) É uma norma básica da vida da equipa de tal modo importante que, sem ela, a confiança entre as pessoas, para um melhor trabalho, não se consegue desenvolver” (T1).

Mas é na etapa da colheita de dados que se utilizam Instrumentos básicos como a **Entrevista** e a **Observação**, essenciais ao conhecimento da pessoa que necessita de cuidados, sendo essencial analisar a dimensão ética e moral inerentes a cada um dos Instrumentos referidos. Iniciamos pela Entrevista, por ter tido a maior ocorrência no corpus, no que concerne a esta categoria.

No âmbito do processo de comunicação humana como essencial ao conhecimento da pessoa no processo de cuidados, identificam-se algumas finalidades inerentes à entrevista, na medida em que a mesma “(...) permitir ao utente a identificação dos seus problemas e a sua participação no planeamento dos objectivos pretendidos” (T1), pois ao considerar-se a “entrevista como um encontro entre pessoas, (...) o desenrolar da entrevista dependerá da pessoa a entrevistar e do enfermeiro” (T1), onde “(...) ainda na introdução é necessário formular os objectivos da própria entrevista e explicá-los à pessoa, assegurar a confidencialidade e explicar a extrema importância da colaboração da pessoa” (T1), na definição do nível de participação no processo de cuidados, de acordo com a perspectiva de Swanson, quanto ao processo de cuidar – Participar – onde é reconhecida à pessoa a cooperação, pois “Apesar de ser o enfermeiro que decide como é que a entrevista vai decorrer, considera a pessoa no seu todo (que tem poder de decisão) com os seus próprios valores e cultura (...)” (T1), nunca perdendo de vista que a “Entrevista é uma conversa entre o enfermeiro e o doente que permite o esclarecimento de certas

dúvidas, por parte dos doentes.” (OP 14). O respeito pela individualidade e privacidade da pessoa com quem interagimos, constrói-se também pela riqueza das interações que promovem o desenvolvimento de habilidades e competências no enfermeiro, especialmente quando estas se alicerçam no respeito e na tolerância, mobilizando para a situação, o conhecimento que o enfermeiro tem de si. A visibilidade destas atitudes na relação passam pelo enfermeiro “Durante o processo da entrevista, o enfermeiro ter a consciência, valores éticos, intimamente ligados aos direitos, à autonomia (...) da pessoa, que influenciam a relação enfermeiro / pessoa” (T1) e consequentemente, a valorização embora subjectiva mas não redutora da manifestação dos sentimentos, dos valores e da cultura, pois sabemos como é importante na entrevista informal “(...) o enfermeiro (entrevistador) tomar conhecimento dos sentimentos e necessidades da pessoa com mais facilidade” (OP 77), uma vez que através deste tipo de entrevista, “O enfermeiro toma conhecimento das necessidades e sentimentos da pessoa mais facilmente (...)” (OP 69). Acresce nesta lógica a necessidade de que o enfermeiro desenvolva uma atitude cooperativa privilegiando a autonomia para que a pessoa enquanto ser de relação desenvolva as suas potencialidades, compreenda os problemas e possa de facto ser um participante activo no processo de cuidados, onde “(é) importante uma atitude de honestidade por parte do enfermeiro que consiste em dizer à pessoa a verdade acerca do modo como serão usados os dados recolhidos na entrevista” (T1), permitindo “(...) ao doente confirmar ou corrigir os dados fornecidos e clarificar os conteúdos da entrevista” (T1), sendo no entanto de reflectir sobre o que se designa por confrontação ou interpretação dos dados, poder ser desenvolvido por um enfermeiro principiante, na medida em que o mesmo não possua ainda um conjunto de habilidades comunicacionais, que sugiram que “(...) a confrontação e interpretação não deverão ser utilizadas, pois podem ser consideradas ameaçadoras por parte da pessoa e quebrar a relação” (T7). A valorização da pessoa pela relação interpessoal estabelecida, permitirá desenvolver uma atitude onde a pessoa veja valorizada a privacidade, a individualidade, através de diagnósticos de enfermagem em relação aos quais “(...) se encoraja a pessoa a tornar-se participante activa nas decisões sobre o seu atendimento” (T1).

A **observação** enquanto Instrumento Básico contribui para a compreensão do cuidado de enfermagem, na dimensão ética que estamos a analisar, na medida em que é um processo de atenção voluntária e de inteligência, onde o principal instrumento é o observador, que deverá desenvolver as suas qualidades humanas e de descrição, ter respeito pelo outro, simpatia, controle das reacções externas, paciência e atenção, tão essenciais a fundamentar que “Na enfermagem o acto de observar torna-se assim complexo uma vez que não estamos a trabalhar com objectos que são manipulados, mas sim com pessoas que são seres humanos como nós e que também têm o direito de ser respeitadas e de exigir privacidade e qualidade nos cuidados que lhe são prestados “ (T 11), havendo a necessidade clara de saber separar o « facto» da «situação», ou seja saber

separar o que respeita à situação e à personalidade, e ao seu próprio quadro de referências, considerando que “ (...) é importante que o enfermeiro nunca se esqueça que por vezes o que observa não é a realidade, podendo-se emitir juízos de valor “ (OP 24).

Sabemos que a situação a observar tanto pode ser imposta ao observador – súbita, rápida, desconhecida, como pode ser criada por ele ou dele conhecida, o que nos leva a valorizar o facto de “quando se faz uma observação directa há menos riscos de distorção da informação“ (OP 69), mas em que devemos valorizar a necessidade de não criar situações diferenciadas, que possam comprometer o comportamento real do sujeito observado, pois “(na observação directa) o utente tem tendência para omitir certos aspectos “ (OP 70), devendo ser efectuado o registo de todos os elementos observados e as relações hipotéticas entre elas, considerando-se que “ (...) (a Observação é um) Processo dinâmico e contínuo que não deve conduzir a juízos de valor nem conclusões precipitadas” (OP 31), o que induz à noção de que a observação em enfermagem é um acto reflectido, de natureza analítica e, que permite identificar as necessidades da pessoa.

Sendo indispensável a utilização do raciocínio analítico na acção quotidiana, tendo em vista a resolução dos problemas da pessoa com a participação desta no que é o **Processo de Enfermagem** enquanto Instrumento Básico, pois na primeira etapa “ O enfermeiro deve avaliar as necessidades prioritárias (...) estabelecendo ao mesmo tempo os limites necessários” (T 14), onde o enfermeiro competente desenvolve as etapas do raciocínio analítico, pelo respeito não só pela pessoa alvo dos cuidados, mas onde os outros profissionais da equipa têm também um papel importante, na medida em que “...ao conhecer as suas competências e as dos seus colegas...e ao fazer o planeamento do (...) serviço, consegue otimizar a prestação de cuidados”(OP 51), passando à segunda etapa onde deve ser visível a cooperação com o sujeito dos cuidados, ao “ (...) analisar as suas emoções, ajudá-lo a reconhecer e a aceitar as suas necessidades e problemas, bem como a elaborar um plano de acção “ (T8), que permita “ ao enfermeiro (...) planear em conjunto com a pessoa, estratégias para desenvolver as suas potencialidades...” (T7).

Registar, na perspectiva de comunicar através da escrita a transmissão de factos, que são entretanto partilhados pelos diferentes elementos da equipa induz a importância de esclarecer a pessoa cuidada deste facto sob pena de poder prejudicar a relação interpessoal, o cliente ter consciência de que uma dada informação fornecida ao enfermeiro, está entretanto na posse de outros profissionais da equipa, pelo que “ Deverá confrontar-se o utente com a possibilidade de outros técnicos de saúde terem conhecimento do registo “ (T 7), sendo esta uma das particularidades do registo como mediador da relação social entre os diferentes intervenientes. Uma outra dimensão inerente ao registo, mas com repercussões na actividade profissional, prende-se com o facto dos “ (Registos) constituírem um documento legal que reflecte as atitudes e processos desenvolvidos pelos enfermeiros.” (OP 80).

Quadro 14 - Síntese das ocorrências dos IBE na Sub-categoria: Ético

IBE	SÍNTESE
Relação de Ajuda	• A relação de ajuda é entendida como uma troca pessoal entre dois seres humanos, promovendo a autonomia da pessoa facilitando o seu crescimento quanto à capacidade de solicitar ajuda. • Na relação de ajuda, cada uma das pessoas utiliza as potencialidades próprias, desenvolvidas em torno da confiança, respeito e liberdade, no processo de construção de bem estar. • O enfermeiro fornece ao cliente, através da relação de ajuda, as condições que lhe permitem satisfazer as necessidades básicas. • A relação de ajuda é essencial ao exercício da tomada da decisão em enfermagem, no que concerne ao respeito pelo ser humano global. • A distinção entre o que é da pessoa e o que é do turno, no âmbito da organização do trabalho quotidiano dos enfermeiros, é provavelmente um dos dilemas que se coloca diariamente aos enfermeiros. • A acção deliberada dos enfermeiros, é executada mediante planeamento, que implica a tomada de decisões necessariamente alicerçada em julgamentos normativos, de nível particular e global. • O máximo da qualidade da relação é reconhecido quando a pessoa tem direito ao exercício da sua escolha pessoal, com direito à privacidade, à autonomia, que o enfermeiro respeita, mesmo que não concorde com qualquer reacção. • A relação de ajuda adequadamente construída, contribui para o desenvolvimento de um profissional competente que na sua acção quotidiana, privilegia o bem estar e a autonomia das pessoas, aliviando-lhes o sofrimento quando presente. • A relação de ajuda deve ser percebida e descrita como um componente integral do resultado esperado, mais do que concebido separadamente.
Comunicação	• Comunicar é uma necessidade básica de carácter universal, assumindo a comunicação como instrumento básico uma função verbal ou não verbal. • Para que a comunicação exista é necessária a presença de cooperação entre o enfermeiro e o cliente, na procura da satisfação das necessidades básicas do segundo. • É reconhecido à pessoa a capacidade e possibilidade de assumir um papel importante enquanto emissor tanto na comunicação verbal como não verbal, necessitando perceber a garantia da confidencialidade da informação que dá a seu respeito • Torna-se de extrema importância para a gestão adequada da comunicação não verbal e mesmo do silêncio, considerando primordial a decodificação de comportamentos, acções e mímicas reveladores de sentimentos. • Actualmente parece ser (já) reconhecido à pessoa um estatuto de participante activo, no que concerne às escolhas sobre a sua saúde.
Princípios científicos	• O cuidar profissional deverá englobar um conjunto de conhecimentos, princípios e técnicas que permitam ao enfermeiro interagir com o cliente, levando-o a sentir que as decisões tomadas em situações concretas e específicas, possam resultar numa maior consciência de que se encontra envolvido na tomada de decisão.

Trabalho de equipa	• A tomada de decisão ética mais centrada na pessoa passa pela ruptura com um paradigma onde cabe ao enfermeiro solucionar os problemas dos doentes. • A maior dificuldade inerente a esta ruptura situa-se na invisibilidade ainda presente do cuidado de enfermagem com orientação para a pessoa. • O enfermeiro do futuro assume um papel de ajuda e estímulo constantes, essenciais ao respeito pelos outros e pela mobilização das suas potencialidades sem emitirem juízos valorativos que impeçam adequada reabilitação das pessoas. • A tomada de decisão a tomar com o cliente, não pode ser exclusivamente baseada em códigos éticos, na medida em que estes não providenciarão respostas às questões morais inerentes a uma enfermagem ainda tradicionalmente dependente do poder médico. • Torna-se essencial o trabalho de equipa como instrumento básico que promove a comunicação entre os elementos da equipa, mobilizando normas e valores que devem estar presentes no seio da equipa, sendo conseguida maior eficácia. • A confidencialidade é algo que o cliente espera que aconteça, pelo que o enfermeiro utiliza de forma racional as suas capacidades e competências, onde o bom senso é essencial. • A cooperação é uma dimensão importante entre os profissionais, por forma a individualizar o cuidado de enfermagem, considerando os valores, princípios e cultura própria a cada profissional. • A complexidade e a diversidade de objectivos nas organizações de saúde, faz emergir uma dimensão própria da enfermagem moderna, relacionada com as normas, os valores e os códigos, pelos quais decidimos o que é moralmente certo. • A importância atribuída ao respeito pela autonomia e situação vivida pelo cliente, faz com que o código de ética profissional, seja mobilizado em cada situação considerando a individualidade dos cuidados e não a tomada de decisão standardizada. • Uma das finalidades da entrevista como instrumento básico é, permitir ao cliente a identificação dos seus problemas e a sua participação no planeamento dos objectivos pretendidos. • Através da entrevista como instrumento básico para a colheita de dados, é importante dar ao cliente a possibilidade de participar, sendo-lhe reconhecido o estatuto de parceiro de cuidados pela cooperação. • O enfermeiro ao assumir uma atitude cooperativa, privilegia a autonomia da pessoa e promove as potencialidades para que possa ser um participante activo no processo de cuidados. • A privacidade e a individualidade são também consideradas como essenciais à valorização da pessoa pela relação interpessoal. • Releva-se a importância do desenvolvimento profissional do enfermeiro, no âmbito das competências comunicacionais que permitam ao enfermeiro fazer adequadamente a interpretação dos dados colhidos pela entrevista.
Entrevista	• Na utilização deste instrumento básico, o observador (enfermeiro) necessita desenvolver as suas qualidades humanas e de descrição, ter respeito pelo outro, simpatia, controle das reacções externas, paciência e atenção.

Observação	A observação como instrumento básico em enfermagem, é um acto reflectido, de natureza analítica e, que permite identificar as necessidades da pessoa.
Processo de Enfermagem	• O processo de enfermagem torna-se indispensável enquanto processo de utilização do raciocínio analítico na acção quotidiana, tendo em vista a resolução dos problemas da pessoa com a participação desta. • Esta concepção, permite ao longo das diferentes etapas do raciocínio analítico, respeitar não só a pessoa como centro de cuidados, mas onde os outros profissionais da equipa também têm um papel importante. • O planeamento implica a visibilidade da cooperação com o sujeito de cuidados, considerando a análise das emoções, o reconhecimento por este das necessidades e problemas, traduzida em estratégias que envolvam as pessoas cuidadas.
Registos	• Através deste instrumento básico, existe partilha de informação entre os diferentes elementos da equipa, sendo essencial o esclarecimento da pessoa cuidada de que a informação fornecida ao enfermeiro estará também na posse de outros profissionais da equipa, mantendo-se no entanto os princípios da confidencialidade e do sigilo.

Síntese do capítulo – Concepção do Cuidado de Enfermagem

De acordo com a problemática em estudo, a disciplina de enfermagem constitui-se em duas componentes profissional e académica, suportada teoricamente pelo pressuposto de que uma disciplina se constrói e se desenvolve no seio de outras disciplinas, alicerçando-se em três dimensões de operacionalização – o Metaparadigma, o Modelo Científico e os Instrumentos (Donaldson, 1997; Martin, 1996 e Amendoeira, 1999, 2000 e 2001).

De acordo com o nosso esquema de análise (figura 8) o processo de cuidados enquanto disciplina, emerge da concepção do cuidado, que aqui estudamos através dos domínios do conhecimento proposto por Carper e nos quais procurámos identificar o que eram os instrumentos básicos para os diferentes intervenientes na construção da disciplina, bem como o estatuto atribuído aos mesmos, na operacionalização desta.

Apresentamos em síntese os aspectos que consideramos emergentes da análise produzida pelos dados referentes aos documentos elaborados pelos estudantes e no quadro 15 procuramos relevar o estatuto atribuído por aqueles aos instrumentos básicos como dimensão estruturante da disciplina de enfermagem.

Quadro 15 – Ocorrência dos instrumentos básicos nas diferentes subcategorias da Concepção do Cuidado em Enfermagem,

Subcategorias	Observação	Entrevista	Relação de Ajuda	Princípios Científicos e Destreza	Comunicação e Criatividade	Trabalho de Equipa	Processo de Enfermagem	Registos
Empírico	1º	6º	3º	4º	2º	5º	7º	8º
Estético	4º	5º	2º	3º	1º	7º	6º	8º
Conhecimento de si	5º	4º	1º	3º	2º	6º	7º	-
Ético	6º	5º	1º	3º	2º	4º	7º	8º

Dos IBE com maior ocorrência nas diferentes subcategorias que constituem o tema, a observação, parece suportar a categoria empírico; a comunicação; o estético, e a relação de ajuda tanto o conhecimento de si como o ético.

A observação dá sustentabilidade ao ideal para que aponta a disciplina de enfermagem, dada a sua imaturidade, o que parece ser também suportado pela posição dos Princípios Científicos, que aparecem apenas em 4º lugar, sendo estes fundamentais para o conhecimento sistematicamente organizado em leis e teorias gerais.

A comunicação enquanto instrumento básico parece assumir uma importância considerável na construção da disciplina, por valorização do testemunho oral mais facilmente captado pelos estudantes do que o testemunho escrito, razão que pode fundamentar a fraca ocorrência dos registos enquanto Instrumentos Básicos em Enfermagem, sendo de notar também que pela inibição em prestar cuidados neste estágio, leva os alunos a não viverem a experiência de elaboração dos registos.

Relativamente à subcategoria estético, verifica-se uma maior ocorrência da comunicação / criatividade, o que para os alunos parece ser sustentado pela visibilidade da acção em todo o processo comunicacional; a relação de ajuda surge também com forte valorização, o que pode atribuir-se à importância do particular e do individual, atribuído à pessoa no processo de cuidados.

Relativamente ao conhecimento de si, surge em primeiro lugar a relação de ajuda, posição concordante com a importância atribuída, neste domínio do conhecimento, à reflexividade na acção, no sentido do desenvolvimento de competências que a partir do auto-conhecimento, capacitam o enfermeiro para a atenção, para a experiência de vida das pessoas de quem cuida, co-responsabilizando-as no seu próprio processo de desenvolvimento, na medida em que as considera seres em projecto. A comunicação revela-se muito importante neste processo (comunicacional), sendo no entanto de questionar a

posição da pessoa cuidada no mesmo, quanto à centralidade que assume e lhe é ou não reconhecida.

No domínio ético do conhecimento, surge com a primeira posição a relação de ajuda, o que é sustentado pelo respeito enquanto princípio básico da relação cuidativa; questionamos, entretanto, em que medida podemos atribuir importância a esta valorização dos alunos na sua auto-aprendizagem relativamente à utilização do julgamento centrado na pessoa e não no profissional.

Relativamente à comunicação, que ocupa a segunda posição, o questionamento é sobreponível ao da categoria anterior para este mesmo IBE.

Tabela 1 - Utilização de raciocínio científico

	frequência	percentagem
Mobilização de conhecimentos teóricos	69	40,7
Organização do trabalho	50	29,9
Quantidade de trabalho	49	29,3
TOTAL	167	100,0

Ao referirem a mobilização de conhecimentos teóricos como a principal influência para a utilização do raciocínio científico na prestação de cuidados (40,7%), os enfermeiros dão forte visibilidade àquilo que se considera o domínio empírico do conhecimento.

Trata-se da enfermagem, na sua componente académica, sendo interessante analisarmos que naquele domínio, os princípios científicos, fundamentais para o conhecimento sistematicamente, organizado em leis e teorias gerais, não são o instrumento básico mais referenciado, permitindo questionar este tipo de posicionamento dos enfermeiros.

Este questionamento é também sustentado pela visibilidade de uma percentagem considerável de respostas (29,3%) que valorizam a organização do trabalho (29,9%) na utilização do raciocínio científico, sugerindo este aspecto uma fraca valorização do processo de enfermagem, o qual tem uma ocorrência pouco significativa no domínio do conhecimento empírico, tal como é percecionado pelos alunos.

Tabela 2 - Quando cuida da pessoa

	frequência	percentagem
Conhecimentos da situação da pessoa	71	51,4
Conhecimentos / experiência situações semelhantes	67	48,6
TOTAL	138	100,0

Ao constataremos que os enfermeiros inquiridos, referem valorizar, o conhecimento de situação da pessoa quando prestam cuidados (51,4%), emergem aqui alguns aspectos do domínio estético do conhecimento, conducentes com uma concepção de necessidade de individualização do cuidado, e ainda com o facto de ser a comunicação o instrumento básico mais evidenciado neste domínio, atendendo a que aquele permite que essa efectividade seja visível.

Em segundo lugar, e ainda que com fraca distinção, surge o conhecimento adquirido em situações semelhantes (48,6%), conduzindo-nos este aspecto para o domínio do conhecimento de si, no qual o enfermeiro concebe uma melhor compreensão dos significados individuais de saúde e bem estar, através da transacção e inter-relação com situações anteriormente experienciadas, consubstanciado pela primeira posição ocupada pela relação de ajuda, no que se refere à percepção dos alunos.

Tabela 3 - A visibilidade na acção quotidiana do enfermeiro

	frequência	percentagem
Conhecimentos construídos na formação	23	24,5
Conhecimentos derivados da experiência	22	23,4
Conhecimentos adquiridos na formação especializada	20	21,3
Conhecimentos da situação de pessoas cuidadas	16	17,0
Destreza e execução de técnicas	6	6,4
Relação humana	7	7,4
TOTAL	94	100,0

No que concerne aos enfermeiros, estes valorizam fortemente a formação (45,8%) das respostas pela formação inicial e específica, o que parece não ter tradução directa na sua prática quotidiana, a avaliar pela apreensão revelada pelos alunos relativamente aos princípios científicos, os quais são referidos apenas em quarto lugar na dimensão do conhecimento.

Esta constatação é corroborada pela posição “cimeira” deste instrumento básico nos domínios do conhecimento estético e de si, mais orientados para a prática do cuidar, dando maior visibilidade aos princípios científicos da disciplina de Enfermagem, mais acessível aos estudantes. Igualmente concordantes com esta perspectiva analítica, é o facto de que a destreza na execução de técnicas, por si só reunir uma fraca percentagem de respostas (6,4%).

Em menor percentagem, o conhecimento sobre a situação das pessoas cuidadas, bem como a relação humana, referida em, respectivamente 17% e 7,4% das respostas, suscitam-nos algum questionamento na medida em que a sua visibilidade, através da relação de ajuda identificada em primeira posição pelos alunos, nos domínios ético e conhecimento de si, não é concordante com a fraca valorização atribuída pelos enfermeiros, o que pode ser entendível à luz de um carácter mais informal na utilização deste IBE, como definido por Phaneuf.

Tabela 4 - Relação intervenientes do processo de cuidados

	frequência	percentagem
Interdependência tomada decisão cuidado	67	47,2
Autonomia tomada decisão no cuidado à pessoa	60	52,8
TOTAL	127	100,0

Os enfermeiros inquiridos consideram que a relação com outros intervenientes no processo de cuidados se concretiza em primeiro lugar, pela interdependência na tomada de decisão quanto aos cuidados a prestar às pessoas (52,8%), bem como pela autonomia na tomada de decisão quanto aos cuidados a prestar às pessoas (47,2%); situamo-nos a um nível de domínio de conhecimento de si, no qual a compreensão da pessoa cuidada passa para um conjunto de transacção e relação que o enfermeiro estabelece com aquele e com os restantes elementos da equipa de saúde.

De salientar que neste domínio do conhecimento, no qual se defende uma relação pessoal e autêntica entre – enfermeiro / pessoa, o IBE mais evidenciado pelos alunos foi a relação de ajuda, o que é concordante com o posicionamento dos enfermeiros.

Tabela 5 - Conteúdos dos princípios científicos, na perspectiva dos enfermeiros

	Frequência	percentagem
Modelos teóricos de enfermagem	70	39,8
Organização científica do trabalho	69	39,2
Princípios físicos e biológicos das ciências	37	21,0
TOTAL	176	100,0

Evidencia-se uma forte valorização dos enfermeiros relativamente aos aspectos teóricos da disciplina, à qual se contrapõe uma menor valorização dos princípios científicos do

âmbito das Ciências Biomédicas, sendo no entanto interessante notar que a modalidade mais valorizada pelos enfermeiros é a que tem menor visibilidade pelos alunos, o que é sugerido pela 4ª posição ocupada pelos princípios científicos no domínio empírico do conhecimento; tal constatação remete-nos para a imaturidade da disciplina de enfermagem, que já assinalámos, embora teoricamente esta tenda para um ideal de abstracção mais elevado, o que parece consonante com a fraca valorização dos princípios físicos e biológicos, podendo sugerir uma tentativa de ruptura com o modelo biomédico. Entretanto, estes últimos aspectos referidos são mais percebidos pelos estudantes, dada a sua maior visibilidade na prática quotidiana do enfermeiro.

Tabela 6 - Conteúdos específicos da relação de ajuda, na perspectiva dos enfermeiros

	frequência	percentagem
Atitude facilitadora da relação de ajuda	70	33,8
Relação interpessoal	69	33,3
Disponibilidade do enfermeiro	67	32,4
Teorias de comunicação	1	0,5
TOTAL	207	100,0

A análise desta variável evidencia uma forte valorização dos enfermeiros relativamente às diferentes dimensões teóricas da relação de ajuda, o que parece ser concordante com a posição cimeira deste IBE no que se refere à percepção dos alunos.

Sendo o conhecimento de si e o ético os domínios do conhecimento em que a relação de ajuda tem uma expressão preponderante, através da inter-relação enfermeiro – pessoa, é compreensível que ao estudante seja dado a perceber os fundamentos desta mesma relação, mesmo que numa perspectiva essencialmente informal.

Tabela 7 - Importância ao conhecimento da pessoa cuidada

	frequência	percentagem
Estar com escutando preferências	63	49,6
Analisar situação da interacção profissional	53	41,7
Identificar necessidades na perspectiva profissional	10	7,9
Conhecer-se a si próprio	1	0,8
TOTAL	127	100,0

Verifica-se que uma percentagem significativa das respostas (49,6%) orienta-se para a centralidade da pessoa no processo de cuidar, na medida em que valoriza o estar com a pessoa, escutando as suas preferências, posicionamento. Está concordante com a maior ocorrência do IBE comunicação, revelado pelos estudantes, no domínio estético do conhecimento, o qual se caracteriza pela valorização do singular e do subjectivo.

Questionamos no entanto a forte valorização atribuída pelos enfermeiros (com igual percentagem de respostas) as modalidades mais orientadas para o profissional – sozinho ou em interacção com outros profissionais – revelando alguma ambiguidade na valorização da pessoa.

Tabela 8 - Aspectos-chave a desenvolver na comunicação

	frequência	percentagem
Comunicação interpessoal dimensão do cuidar	72	39,1
Comunicação como processo de interacção	57	31,0
Tipologias da comunicação	55	29,9
TOTAL	184	100,0

As respostas obtidas apontam para a grande importância da comunicação como procedimento relacional complexo, entendida como dimensão do cuidar (39,1% das respostas), podendo por assim contribuir para a clarificação da disciplina de enfermagem, enquanto competência essencial do enfermeiro, simultaneamente emissor e receptor. Esta importância é também percebida pelos estudantes dado atribuírem a este IBE uma posição preponderante (1º e 2º lugares) em todos os domínios do conhecimento.

É de notar ainda que uma elevada percentagem de respostas se refere à comunicação enquanto processo de interacção (31%), uma vez que esta é imprescindível para a compreensão de como os enfermeiros desenvolvem o procedimento de cuidados no seu quotidiano profissional, cuja visibilidade parece ser facilmente apreendida pelos estudantes, ao referirem a comunicação como o IBE mais identificado no domínio estético do conhecimento.

3 - ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Na disciplina de enfermagem, as suas componentes académica e profissional, partilham, de acordo com Donaldson (1997), uma relevância social e uma finalidade prática comum, não devendo no entanto confundir-se no que constitui por um lado o corpo de conhecimentos, próprio e, por outro lado a prestação de cuidados. Esta perspectiva disciplinar não pretende uma visão dicotomizada já que acreditamos, tal como afirma a mesma autora (p. 15), que “as teorias essenciais à prática clínica e o desenho apropriado da investigação em enfermagem, só podem derivar da disciplina de enfermagem” - entendendo-a aqui na sua vertente académica - num movimento de questionamento e “subsídios” recíprocos, dada a necessidade de reavaliação contínua, em termos das necessidades sociais e das descobertas científicas.

É com base nestes pressupostos que, nesta investigação - e tal como o fizemos relativamente ao tema anterior - nos propomos olhar analiticamente o tema **Organização do Cuidado**, perspectivando a integração do conhecimento em enfermagem através da prática reflectida, com base em conceitos e teorias, no sentido da construção da disciplina.

Neste tema – sintetizado no quadro 16 - teremos em conta essencialmente a *forma* como a enfermagem mobiliza os conteúdos que constituem o corpo de conhecimentos que lhe é próprio, distinguindo uma forma científica e uma forma tradicional de organizar o cuidado.

Quadro 16 - Categoria e subcategorias no âmbito do tema Organização do Cuidado de Enfermagem.

TEMA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIAS
Organização do cuidado de enfermagem	Metodologia do planeamento	Científico
		Tradicional

O tema em análise, nas dimensões referidas, sugere-nos uma reflexão relativamente ao estatuto de cientificidade da disciplina de enfermagem.

Se por um lado, e tendo em conta que possuímos metodologias, estruturas de pensamento e instrumentos próprios, como refere Martin (1996), parece podermos outorgar-nos um estatuto de disciplina científica, concordante com uma forma científica de organizar o cuidado, por outro lado parece-nos que a "prática da enfermagem" ainda não assimi-

lou de forma consistente e sistemática os contributos da investigação, maioritariamente realizada, no que se refere ao nosso País, em contexto académico.

Esta dissonância entre as vertentes académica e profissional da disciplina de enfermagem, não é alheia ao paradigma ainda dominante na área da saúde o qual privilegia o tratamento da doença em detrimento do acompanhamento da pessoa que, no seu processo de vida, vive experiências de saúde, pontualmente em desequilíbrio pela ocorrência da doença.

Efectivamente, como refere Martin (1996), ao pretender distanciar-se do modelo médico, a enfermagem encontra dificuldades, que passam pelas representações sociais, as quais conjugam doença, medicina e enfermagem ao invés de saúde, prevenção e abordagem holística em que os aspectos da investigação em enfermagem se sobrepõem frequentemente à natureza das solicitações dos utentes, pelo que os novos saberes não são reelaborados na prática, e em que a dimensão científica ligada à clarificação de um saber em enfermagem permanece ainda, em grande medida oculta.

A análise subsequente reflecte também a dissonância assinalada, no que é legítimo inferir pela metodologia adoptada, dos discursos constitutivos do corpus em análise, propondo-nos, tal como o fizemos relativamente ao tema “Concepção do Cuidado”, olhar a disciplina de enfermagem através dos seus elementos estruturadores: os Instrumentos Básicos.

A subcategoria “científico”, concebemo-la, de acordo com Engebretson (1997), valorizadora de uma visão multiparadigmática, integrando na sua matriz disciplinar o questionamento da vida, das pessoas e da saúde, abrangendo várias áreas do conhecimento.

A perspectiva científica de organizar o cuidado, privilegia uma forma de pensar reflexiva e analítica e baseia-se no diagnóstico de enfermagem, tornando-se assim orientadora de um cuidado com enfoque na pessoa que, integrada no seu meio, vive experiências de saúde, como propõe Kérouac.

Este entendimento da organização do cuidado é também sustentado por Martin (1996), quando afirma que “uma disciplina requer (...) metodologias específicas, reconhecidas simultaneamente pelos membros da profissão e por outros especialistas (...)”, no que uma metodologia de planeamento de cariz científico se revela mais consentânea com o posicionamento transdisciplinar da enfermagem, na equipa de saúde.

A segunda perspectiva anteriormente referida (tradicional), de índole empirista, assenta, na rotina e na standardização de tarefas que visam antes de mais responder aos proble-

mas dos doentes, decorrentes da doença / desequilíbrio da saúde, inserindo-se num paradigma determinista, o qual não dá adequadamente conta da enfermagem científica.

Assim, apreender os sentidos emergentes nos discursos relativamente ao papel dos instrumentos básicos enquanto estruturantes da disciplina de enfermagem, na sua vertente organizativa, e o que nos propormos com a análise subsequente.

Nesta linha de pensamento, o movimento analítico do tema “Organização do cuidado de enfermagem” parte da identificação dos instrumentos básicos que apresentam maior ocorrência no corpus, sendo de assinalar a presença de todos eles nas subcategorias em análise - excepto a relação de ajuda na subcategoria tradicional – apesar de com pesos diferentes.

Quadro 17 – Ocorrência dos Instrumentos Básicos, por ordem decrescente na subcategoria Científico.

Registos	Processo Enfermagem	Entrevista	Observação	Princípios Científicos e Destreza	Comunicação e Criatividade	Relação de Ajuda	Trabalho de Equipa
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	—

Relativamente à subcategoria *científico*, os **registos** constituem o instrumento básico mais referenciado, permitindo identificar as evidências na prática do cuidado e a utilização de métodos e instrumentos, de forma única e singular, numa perspectiva de abordagem holística à pessoa, consonante com a vertente científica da organização do cuidado. A singularidade assinalada é sustentada pelo “conjunto de informações que permitem o conhecimento dos factos essenciais sobre a pessoa” (OP 49), o que propicia ao enfermeiro “a aquisição de atitudes e comportamentos que tornam a enfermagem mais fundamentada” (OP 54), já que quando correctamente elaborados, os registos permitem a individualização dos cuidados de enfermagem.

De facto, e de acordo com Martin “(...) uma disciplina requer práticas (e) metodologias (...) específicas, reconhecidas (...) elaboradas e difundidas de forma muito rigorosa“, constituindo os registos o testemunho escrito dessas mesmas práticas pelo que, numa equipa multidisciplinar, estes constituem o elo de ligação, ao ser “usados como forma de proporcionar comunicação“ (OP 51).

Interessando-nos compreender formas de desenvolvimento de índole científica, da acção quotidiana do enfermeiro, parecem-nos estas consubstanciadas e simultaneamente

suportadas pelos registos na medida em que, de acordo com Costa et al “o enfermeiro só pode ter uma actuação com fundamento científico e não rotineira, se tiver por base dados exactos, concretos, organizados e registados”. A sistematização implícita na afirmação anterior permite assim “conhecer a situação e evolução do utente” (OP 60), concebendo-o como o centro do processo de cuidados, facultando “o escrito da avaliação e reavaliação “ (OP 59) dessa situação, sendo assim “um contributo importante para a continuidade da intervenção cuidativa do enfermeiro“ (idem).

Esta “ ligação mais directa entre o enfermeiro e a pessoa “ (OP 3) assume um carácter relevante na disciplina de Enfermagem, na medida em que, ao adoptar uma estratégia de organização centrada nas necessidades dos clientes, o processo de cuidados torna-se um momento privilegiado de ligação entre ambos, destacando-se a tomada de decisão, assente no diagnóstico de enfermagem – o qual tem necessariamente em conta as perspectivas e sentimentos daqueles, no que os registos têm um papel importante dado que neles “consta o problema/diagnóstico do doente “ (OP 60).

Orem sustenta que a arte de enfermagem (...) requer o desenvolvimento de habilidades no sentido de prever modos válidos de ajudar, tendo em vista atingir resultados apropriados, o que é possibilitado pelos registos, dado estes deverem indicar o comportamento específico do utente, as intervenções que deram resposta ao diagnóstico de enfermagem, bem como as respostas do utente a esse atendimento (Thora Kron 1987, citada em Dias et al, 19). Ao “individualizar (...) facilitar o planeamento dos cuidados e garantir a qualidade e continuação dos mesmos“ (OP 51), e tendo ainda em conta que “ os registos devem ser permanentes, individualizados e ajudar a planear intervenções “ (OP 65), admitindo os diferentes tipos – de admissão, evolução, alta/transferência – este instrumento básico revela-se-nos de enorme importância enquanto estruturante da disciplina de Enfermagem, já que “ são também imprescindíveis (...) nas áreas da investigação (...) assim como (...) da formação “ (Dias et al, 19...).

A sua elaboração, “ de uma forma sistemática e organizada “ (OP 81), sustenta uma tomada de decisão reflectida e simultaneamente estrutura um processo de raciocínio na acção, base de uma prática reveladora da aplicação de conhecimento científico.

Os aspectos anteriormente referidos consubstanciam-se, em nossa opinião, quando constatamos, pela análise do corpus, que o **processo de enfermagem** é outro dos instrumentos básicos mais referenciado nesta categoria, destacando-se a sua importância quando utilizado tendo como meta proporcionar cuidados de qualidade centrados no cliente, ilustrados por “ o enfermeiro vai planear com o utente as estratégias a seguir “ (OP 24), bem como “ o processo de enfermagem é importante para uma prestação de cuidados individualizados e de

alta qualidade “ (OP 59) e ainda por “ é uma forma reflectida de agir (...), prestar cuidados de enfermagem individualizados de forma racional e científica “ (OP 80), que são para nós indicadores da intencionalidade atribuída a este processo de raciocínio.

Neste sentido, o processo de enfermagem pode ainda definir-se como “um modo de proporcionar uma abordagem de resolução de problemas ordenada e lógica para a gestão de cuidados de enfermagem, de forma a que as necessidades que os utentes têm desses cuidados sejam satisfeitas de maneira global e eficaz “ (T 4)

Para atingir a meta supra citada, a enfermeira necessita pois de utilizar com a pessoa cliente uma abordagem organizada e sistemática, passando “ de uma base empírica (de tentativa e erro) da prestação de cuidados para uma prestação pensada, estruturada e reflectida “ (T 4), ilustrada por “ Houve uma (...) metodologia a orientar as suas acções no sentido do (...) processo de enfermagem (avaliar, definir o que fazer e executar), visando a melhoria dos cuidados curativos à utente “ (OP 79) e ainda por “a enfermeira utilizou o processo de enfermagem na avaliação inicial dos dados, na identificação dos problemas, analisando as necessidades do Sr. J., planeando a sua actuação, executando o plano de cuidados estabelecido, para poder finalmente apreciar a eficácia do plano “(OP 16), podendo no entanto estas fases serem utilizadas de modo sequencial ou concomitantemente, formando aquilo que alguns autores definem como um círculo contínuo de pensamento e acção, que se recicla ao longo de todo o contacto enfermeiro/cliente, lógica esta sobreponível por Martin como “raciocínios em círculo, isto é, raciocínios que se voltam sobre si próprios”.

Uma vez que se trata de processo contínuo, destaca-se também assim a sua vertente dinâmica, tendo como foco as mudanças de reacção da pessoa durante o processo de interacção, envolvendo também ele mudanças contínuas, dado que “ ao longo da interacção com o utente, pode existir necessidade de reformular o plano de cuidados e consequentemente a actuação do enfermeiro “ (OP 16), remetendo-nos estes aspectos para a importância que a avaliação tem relativamente às restantes fases do processo.

Esta avaliação, ainda que corresponda à primeira e última fases, descritas por alguns autores como avaliação inicial e avaliação final, respectivamente, deverá ser entendida como uma “reavaliação permanente“, na medida em que “os dados colectados nas outras fases são avaliados para determinar se as acções de enfermagem foram apropriadas, se é necessário alterar as intervenções, se houve desenvolvimento de novos problemas ou necessidades por parte do doente” (T 4).

Os aspectos supracitados remetem-nos paralelamente para aquilo que já anteriormente referimos no padrão estético da concepção do cuidado de enfermagem em que Carper defende como requisito para o planeamento do cuidado de enfermagem, a percepção da necessidade do cliente, expressa pelo seu comportamento. De acordo com a referida autora, “esta percepção não é só responsável pela acção desenvolvida pelo enfermeiro,

mas que se reflecte nela“ (Carper, p.7), delineando aquilo que designamos por reflexividade na acção.

Relativamente à natureza interactiva do processo de enfermagem, baseada nas relações interpessoais enfermeiro, cliente, família, comunidade, e outros profissionais de saúde, esta torna-se evidente quando se afirma “ ter em conta as capacidades intelectuais do utente (...) ser interactivo – diz respeito à relação entre enfermeiros, utentes, famílias (...) e outros elementos da equipa de saúde “ (OP 80), assegurando por esta via a individualização do cuidado.

Remete-nos assim este aspecto para aquilo que Carper, no domínio do conhecimento de si, refere como “ uma autêntica relação pessoal requer a aceitação de outros na sua liberdade de criar e o reconhecimento de que cada pessoa não é uma entidade fixa, mas constantemente comprometida no processo de o ser “ (Carper,p10), entendendo-se nesta lógica que o processo de enfermagem “ É uma forma de tomar decisões e de planear o cuidado de enfermagem para que as necessidades do utente sejam satisfeitas “ (OP 90), sendo paralelamente “ uma forma sistemática de abordar a tomada de decisões e de planear cuidados de enfermagem” (T 4).

Ainda segundo a autora anteriormente referida, “a enfermagem centra-se na acção deliberada, ou numa série de acções, planeadas e executadas tendo em vista atingir determinados objectivos” (Carper, p.12), tornando o processo de planeamento e organização como etapas imprescindíveis a percorrer, em todo o processo de cuidados.

Na lógica que temos vindo a analisar, o processo de enfermagem é assim “uma sequência de etapas através das quais passamos (em termos de raciocínio), para chegar a determinado fim“ (Amendoeira, 2000), uma vez que é “um elemento de raciocínio crítico que possibilita realizar julgamentos e acções com base na razão“ (T 10), também ilustrado por “o processo de enfermagem é um conjunto de etapas concretas que permitem atingir um certo objectivo “ (T 10).

De acordo com o mesmo autor e na mesma linha de pensamento, “ concebido desta forma deveria ser um processo de raciocínio analítico ... que permitisse identificar o estado encontrado com a pessoa e definir o que para esta pode melhorar a situação“ (Amendoeira, 2000), que se retrata quando “ o enfermeiro utiliza constantemente o processo de enfermagem ao identificar as necessidades de cuidados de saúde, determinar prioridades, estabelecer as metas e comunicar um plano de cuidados centrado na pessoa , elaborar prescrições de enfermagem e avaliar a eficácia dos cuidados de enfermagem “ (T 10), uma vez que “ o processo de enfermagem permite o levantamento completo das necessidades do utente e envolve-o em métodos de planeamento para satisfazer tais necessidades “ (T 10).

A identificação das necessidades do utente passa em grande parte pela **entrevista**, enquanto processo de comunicação humana, instrumento básico fortemente valorizado pelos actores em estudo, o que é sugerido pela sua ocorrência significativa no corpus.

Numa perspectiva da organização científica do cuidado, importa realçar, relativamente a este instrumento básico, a importância de desenvolver habilidades de comunicação potencialmente mobilizadoras de relações interpessoais que permitam ao enfermeiro compreender a forma como a pessoa vivencia a sua saúde, constituindo-se este numa “conversa entre duas pessoas que visa a colheita de dados (...) para posterior elaboração dum diagnóstico de enfermagem e de um plano de cuidados personalizado “ (OP 79).

Esta conversa “é orientada com objectivos definidos (...) vocacionada para os sentimentos e necessidades imediatas (do cliente)“ (OP 81), visando o “aperfeiçoamento , promoção e manutenção do nível de bem-estar “ (OP 84), valorizadora da autonomia da pessoa, dos seus valores e da sua cultura.

Concebendo o processo de cuidados como um processo interactivo com base no respeito e tolerância pela pessoa, a entrevista, enquanto, “ relação por parte do enfermeiro / utente que permite um conhecimento recíproco“ (OP 53), torna necessário àquele uma reflexão pessoal sobre os seus próprios valores, crenças, comportamentos e atitudes, no sentido de que estes não constituam barreiras à relação terapêutica pretendida, mas propiciem uma tomada de decisão reflectida - critério fundamental de cientificidade na organização do cuidado de enfermagem – cuja finalidade se traduz “numa acção conjunta“ (OP 50) do enfermeiro e da pessoa cuidada.

Estes são aspectos que apelam à congruência, à autenticidade, ao respeito pela individualidade, constituindo factores intrínsecos ao desenvolvimento da entrevista o que, segundo Moreno (1994), implica assegurar a intimidade e a confidencialidade da mesma, permitindo ao enfermeiro “conhecer o doente, tanto ao nível da pessoa (...) doenças (...) condições em que vive“ (OP 85), critério de uma metodologia de planeamento assente na individualização da pessoa, o que torna possível “ estruturar um plano de cuidados personalizado e individualizado “ (OP 7).

Retomando o que nos diz Wiedenbach, segundo o qual a enfermagem se torna visível através duma acção promotora das capacidades dos doentes para lidar com as exigências da sua situação, a entrevista constitui um instrumento de inegável importância na avaliação “ do estado de saúde actual (...) em toda a dimensão do ser humano “ (T 7), bem como permite “ identificar respostas humanas que designam problemas e necessidades “ (idem).

Esta acção implica a transformação activa do comportamento do doente, o que requer uma atitude cuidativa que, na sua dimensão organizativa, tem por base o reconhecimento dos sentidos dos problemas e necessidades do doente, passíveis de expressão através da entrevista compreensiva, “o que vai permitir a prestação de cuidados individualizados e personalizados” (T 7).

É o que sugere Kérrouac (1994) na enunciação do que designa de Princípios do Cuidado - objecto vital da disciplina de enfermagem – quando refere que “o enfermeiro utiliza recursos e conhecimentos a fim de facilitar diversas transições vividas pela pessoa“, sendo que, para além dos conhecimentos próprios da disciplina, consideramos como requisito fundamental o conhecimento da pessoa o qual, na perspectiva da organização do cuidado lhe atribua o estatuto de “actor principal“, conhecimento esse em grande medida tributário do recurso instrumental à entrevista, na medida em que “a recolha de dados (...) conduz o enfermeiro a uma avaliação de saúde (...) em toda a dimensão do ser humano” (T7). As transições de vida referidas, concebemo-las como parte integrante da experiência das pessoas em torno dos acontecimentos e problemas de saúde, sendo essencial, segundo Carper (1997), conhecer o significado de saúde em termos de bem-estar individual, no processo de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida, o que a entrevista permite, ao implicar “uma relação interpessoal enfermeiro-pessoa” (T3).

É neste sentido que, concordando com Langer (1957), consideramos que o planeamento do cuidado de enfermagem deve assentar num “sentido de estrutura “ que tenha em conta “a forma como o todo está presente“, sendo que neste todo está contida a pessoa global que vive experiências de saúde e que a enfermagem, na sua vertente profissional acompanha, neste caso através do que Orem (19), designa de “sistema de cuidados de suporte e educação“. Esta dimensão da prática de enfermagem é visível no *corpus* relativamente ao instrumento básico em análise, o que ilustramos com “o enfermeiro foi colocando à mãe do bebé (...) questões com o objectivo de avaliar o seu nível de conhecimentos. Desta forma foi possível (...) orientar-se em relação aos pontos a focar ao fazer educação para a saúde“ (OP).

Admitindo diferentes níveis de formalidade, salientamos a necessidade da adopção de uma atitude de escuta activa no desenvolvimento da entrevista, centrando a atenção na situação da pessoa “com o intuito de obter informações importantes (...)“ (OP 53), perspectivando-a para além do “aqui e agora“, ao tomar em conta o seu contexto global de vida.

Neste sentido, podemos afirmar que a qualidade da entrevista condiciona em grande medida a qualidade da intervenção cuidativa através da cooperação das pessoas a cuidar, dado que não se limita a uma troca de impressões formal, antes tenta “compreender o que dizem de si próprias e em relação ao seu contexto de vida“ (T 11) permitindo a sua participação na identificação dos seus problemas e dos objectivos a conseguir no processo de cuidados, concebendo-a desta forma como um participante activo, de acordo com a centralidade que nesta perspectiva (científica), lhe é reconhecida.

Nesta linha de discussão da estrutura da disciplina de enfermagem que temos vindo a seguir, surge a **observação** enquanto elemento fundamental do trabalho científico com

base no conhecimento, interesse, atenção e capacidade de análise, no âmbito de colheita de informação, a qual se nos revela no *corpus* em análise com um grau de importância considerável avaliado pela sua ocorrência relativa, sugerindo uma prática reflectida, conducente a uma tomada de decisão em que a pessoa, na sua complexidade de vida, traduzida nos dados que se lhe referem, constitua efectivamente o centro dos cuidados. Processo que inclui a atenção voluntária e a inteligência, orientado por um objectivo organizador e dirigido a um “objecto”, a observação é um instrumento básico indispensável a uma metodologia de planeamento de cuidado de cariz científico, pois que “sem uma correcta observação o enfermeiro é incapaz de colher dados adequados para a elaboração de um plano de cuidados e para confirmar a sua eficácia” (T11).

A observação em enfermagem é um acto reflectido, de natureza analítica, que requer a implicação do enfermeiro não só ao nível do uso treinado dos órgãos dos sentidos, mas também da capacidade de atenção selectiva de modo a identificar as necessidades da pessoa na sua situação individual. É este o sentido que emerge do *corpus*, na afirmação de que “observar consiste em captar factos ou dados importantes a respeito das necessidades do utente, sendo uma estratégia de primordial importância na avaliação das situações, uma vez que permite, por um lado, conhecê-las e, por outro lado, orientar-se a partir das informações dela resultantes” (OP 47), substanciando desta forma um modo de raciocínio reflexivo, base do processo heurístico do cuidado de enfermagem.

É assim “fundamental que a observação seja sistemática e organizada e que considere o contexto observado” (OP 50), devendo o enfermeiro “focar a sua atenção de modo a reter o máximo de informação possível sobre a pessoa” (T5), no sentido de colher os dados importantes para a mesma, para “elaborar o plano de cuidados e desta forma responder às necessidades do utente” (T5).

Concebendo nós o cuidado de enfermagem como um processo interactivo, “a relação enfermeiro / utente constitui um modo único para (...) a observação” (T11) nas diversas situações de interacção que o cuidado pressupõe, pelo que o observador (enfermeiro) deve desenvolver qualidades humanas de índole intelectual e relacional, de respeito pelo outro, simpatia, atenção e sentido de oportunidade, discernindo o facto a observar da situação que lhe confere sentido.

De acordo com Carper, a percepção do observado inclui um agregar activo de detalhes e um excluir de aspectos não relevantes, pelo que “a consequência natural da observação em enfermagem é uma decisão para actuar ou não em relação à realidade observada” (T11), podendo revelar-se “o resultado das observações (...) extremamente úteis para o enfermeiro na tentativa de compreender o carácter individual da experiência do utente” (T11), no que são as suas imensas possibilidades face à complexidade da vida humana.

Aquele, ao adoptar uma estratégia de intervenção centrada nas necessidades da pessoa, afasta-se do trabalho realizado por tarefa, uma vez que “ para uma adequada intervenção no cuidar, o enfermeiro deve ter presente determinados princípios científicos como (...) o princípio em que o enfermeiro presta cuidados de forma individualizada, com base num processo heurístico “ (OP 33).

A forma como o enfermeiro se posiciona nas tomadas de decisão, passa por considerar assim a pessoa como parceira, valorizando que “ todos os sinais devem ser ligados ao que a pessoa exprime, ao que ela tem vontade de dizer ou de esconder “ (T 11), tendo sempre a preocupação de “ validar com a pessoa os dados recolhidos, visto esta ser o centro de todo o processo de cuidados, que devem ser dirigidos e personalizados ” (T 5), mantendo desta forma a dignidade e a diferença daqueles a quem prestam cuidados, constituindo este um dos princípios fundamentais defendidos por Kérouac.

A importância dos **princípios científicos** salienta-se também pelo facto de que “um enfermeiro, no seu dia a dia, utiliza este instrumento básico como base para uma perfeita actuação na prestação de cuidados de enfermagem “ (OP 20), uma vez que “é com base neste instrumento básico que o enfermeiro sabe o que vai e se propõe fazer, assim como o manuseamento do material quando presta cuidados “ (idem) , associando-se aqui também a dimensão de destreza que não podemos descurar em todo o processo de cuidados.

Para esta dimensão será necessária “a aplicação de conhecimentos com base científica e não apenas na experiência acumulada “ (OP 56) uma vez que “é importante a destreza que se traduz pelo conjunto de habilidades (...) intelectuais do enfermeiro, no sentido de compreender o utente e ajudá-lo na resolução dos seus problemas“ (T8), contrariando nesta perspectiva a mera rotinização de procedimentos na linha do “saber fazer“.

Não podemos deixar de salientar a diminuta ocorrência deste instrumento básico nesta subcategoria em análise, o que nos parecerá de certa forma paradoxal numa vertente científica da metodologia de planeamento, uma vez que “os princípios científicos são importantes no diagnóstico de enfermagem, na execução e avaliação, sendo estes extremamente importantes para uma tomada de decisão correcta e eficaz, que permita responder da melhor forma às necessidades da pessoa “ (T 10).

Neste sentido, torna-se pois imprescindível identificar aquelas necessidades com a pessoa, partindo de uma confiança e cooperação mútuas no processo de interacção, pressupostos estes fundamentais quando falamos de trabalho de equipa.

Este instrumento básico, “baseia-se na relação estabelecida entre o enfermeiro, a utente e outros elementos da equipa de saúde“ (OP 87), permitindo uma utilização mais racional das capacidades e competências de cada membro, uma vez que “ através do trabalho de equipa as capacidades de cada um são mais aproveitadas, completando-se conhecimentos de forma a atingir o objectivo mais facilmente e (...) maior qualidade na prestação de cuidados “ (OP 31).

“ os elementos da equipa de saúde apresentam papéis distintos baseados na autonomia que as suas qualificações profissionais lhe conferem “ (T1).

Estes aspectos são para nós imprescindíveis quando pensamos no processo de cuidados enquanto processo de interacção entre os diferentes actores sociais, ilustrados por “ o trabalho de equipa está expresso (...) pois existe trabalho realizado em conjunto entre o enfermeiro e o utente “ (OP 46).

Sendo um dos objectivos da **comunicação** a resposta às necessidades humanas fundamentais, poder-se-ia equacionar a sua ocorrência mais relevante nesta sub-categoria, retratando a forma como os enfermeiros utilizam aquela na organização do cuidado, uma vez que “ a comunicação (...) é (um) instrumento que a enfermeira tenta utilizar com frequência para recolher informações sobre o utente que possam influenciar o seu bem estar “ (OP 12).

Apesar de pouco referenciado, este instrumento básico surge no corpus, permanentemente aliado à pessoa como centro dos cuidados, considerando-se que “a comunicação é muito importante pois é através dela que se conhecem e tentam satisfazer as necessidades das pessoas “(OP 53), pelo que “devemos saber adoptar o tipo de comunicação que usamos para que a mensagem seja bem recebida, contribuindo para que se estabeleça uma confiança mútua” (OP 60).

Neste contexto surge assim referência à importância dos dois tipos de comunicação, nomeadamente a verbal “através da comunicação verbal avaliou-se a situação, usando princípios científicos “ (OP 37) e “ tentou saber através da comunicação verbal, como se estava a sentir a senhora “ (OP 37) e a não verbal “ a enfermeira explicou que a senhora não podia falar e que esta apertar a mão era a única forma de comunicar com a senhora “ (OP 49)

É assim através de uma comunicação verbal e não verbal que se estabelece a relação enfermeiro/pessoa, na qual são fornecidas a esta última as condições necessárias para satisfazer as suas necessidades individuais, “ uma vez que se trata de uma relação particularmente significativa que se vai estabelecer entre ele e a(s) pessoa(s) cuidada(s)“, sendo este um dos pressupostos fundamentais quando falamos em **relação de ajuda**.

Neste sentido, constatamos também a diminuta ocorrência deste instrumento básico , o qual também seria por nós esperado, quanto mais não fosse como uma preocupação do enfermeiro na organização do cuidado.

Este aspecto poderá estar também relacionado com o facto de que, na maioria das vezes, a relação de ajuda se revela informal, iniciando-se de forma espontânea mediante as necessidades identificadas com cada pessoa, ilustrado por “ existe uma relação de ajuda (...) quando se tenta satisfazer a necessidade de ajuda aquando da dor “ (OP 46) e ainda por “ a relação de ajuda também predominou durante toda a higiene, pois a intenção da enfermeira é que a utente se sinta bem “ (OP 12).

Tal como já referimos anteriormente, a relação de ajuda, ainda que informal torna-se imprescindível enquanto elemento presente no acto de cuidar e deverá possuir todas as qualidades fundamentais de uma verdadeira relação de ajuda“, o que se verifica quando “a enfermeira registou os dados e incentivou a utente a desabafar (...) utilizando a escuta activa“ (OP 29), estabelecendo-se uma “(...) uma relação de ajuda uma vez que existe uma especial atenção por parte do enfermeiro em dizer o que vai fazer, contribuindo para que a doente se sinta melhor“ (OP 46), salientando-se aqui o respeito pelo outro, uma vez que “o enfermeiro ao estabelecer uma relação de ajuda deve ver a pessoa como um ser holístico e respeitá-lo como um ser individual, pois só deste modo irá prestar cuidados personalizados“ (T 8) .

Os aspectos supra citados vêm ao encontro do que refere Carper, segundo a qual “uma autêntica relação pessoal requer a aceitação de outros na sua liberdade de criar e o reconhecimento de que cada pessoa não é uma entidade fixa mas constantemente comprometida no processo de o ser“ (Carper, 10), e nesta lógica “estabeleceu-se uma relação de ajuda por parte de todos os profissionais envolvidos (...) e reconheceram nela (utente) recursos que o ajudam a sair do seu problema“ (OP 38).

Quadro 18 - Síntese das ocorrências dos IBE na subcategoria: Científico

IBE	SÍNTESE
Registos	- Os registos permitem a individualização dos cuidados de enfermagem, pela valorização da singularidade da pessoa a que respeitam. - Na acção quotidiana do enfermeiro a intervenção com fundamento científico e não rotineiro, ocorre quando tem por base dados exactos, concretos, organizados e registados. - O registo do diagnóstico de enfermagem, constitui-se num facto único que permite ao enfermeiro apresentar o comportamento específico do cliente, as intervenções que deram resposta ao diagnóstico, bem como as respostas da pessoa a esse atendimento. - A sua elaboração na – admissão, evolução, transferência e alta – sustenta uma tomada de decisão reflectida e estrutura em simultâneo um processo de raciocínio na acção, visível na utilização do conhecimento científico na acção quotidiana e estruturante para a disciplina de enfermagem.
Processo de Enfermagem	- O processo de enfermagem destaca-se pela importância ao proporcionar cuidados de qualidade centrados no cliente, individualizados a partir de uma intencionalidade científica atribuída a este processo de raciocínio, baseado na natureza interactiva inerente às relações interpessoais dos diferentes intervenientes. - É um processo contínuo, dinâmico, flexível, tendo como foco as mudanças de reacção da pessoa durante o processo de interacção, envolvendo as mudanças que são valorizadas pela avaliação como etapa alimentadora do processo relativamente às outras etapas. - O planeamento do cuidado de enfermagem, no que concerne à percepção da necessidade do cliente, expressa pelo seu comportamento, assume grande importância a reflexividade na acção. - O processo de enfermagem é uma forma de tomar decisões e de planear o cuidado de enfermagem, de forma sistemática. - O processo de enfermagem é um processo de raciocínio analítico, que permite identificar o estado encontrado com a pessoa e definir o que para esta pode melhorar a situação. - Na acção quotidiana o processo de enfermagem, desenvolve no entanto efeitos perversos que importa equacionar. - Parece haver ênfase no Processo de Enfermagem como método e não com Instrumento Básico
Entrevista	- A entrevista como instrumento básico, tem importância quanto ao desenvolvimento de habilidades de comunicação no âmbito das relações interpessoais, que permitam posteriormente ao enfermeiro elaborar o Diagnóstico de enfermagem. - No âmbito do processo de cuidados como processo interactivo, a entrevista torna necessário que o enfermeiro desenvolva uma reflexão pessoal sobre os seus valores, crenças, atitudes e comportamentos, facilitadores do estabelecimento de uma relação terapêutica. - A entrevista ao permitir uma tomada de decisão reflectida, constitui-se num instrumento básico fundamental para o critério de cientificidade na organização do cuidado de enfermagem. - É também a partir da entrevista, em interdependência com outros instrumentos básicos, que se torna viável assegurar a intimidade e a confidencialidade da informação, critério importante de uma metodologia de planeamento assente na individualização da pessoa.

Observação	• A qualidade da entrevista repercute-se na qualidade da intervenção cuidativa, através da cooperação das pessoas a cuidar, dado que não se limita a uma troca de impressões formal. • A entrevista como instrumento básico, é essencial à participação do cliente na identificação dos objectivos a atingir no processo de cuidados, tornando-o participante activo no processo. • A observação é um instrumento básico fundamental ao trabalho científico, na medida em que se baseia no conhecimento, interesse, atenção e capacidade de análise, no âmbito da colheita de informação. • É um instrumento essencial a uma metodologia de planeamento de cuidado de cariz científico, quando traduzido num plano de cuidados, cujas acções ao serem avaliados induzem novos factos de observação. • A observação em enfermagem é um acto reflectido, de natureza analítica, mobilizando a inteligência, a atenção selectiva e o treino dos órgãos dos sentidos, por parte do enfermeiro que é competente. • A observação permite ao enfermeiro adoptar uma estratégia de intervenção centrada na pessoa, afastando-se do trabalho realizado por tarefa, baseado num modo de raciocínio reflexivo no âmbito do processo heurístico do cuidado de enfermagem.
Princípios científicos e destreza	• O enfermeiro ao tomar decisões, considerando a pessoa como parceiro, mantém a dignidade e a diferença do sujeito de cuidados, constituindo este um dos princípios fundamentais defendidos por Kerouac. • A destreza não pode ser descurada em todo o processo de cuidados, na medida em que as habilidades intelectuais e psicomotoras do enfermeiro, no sentido de compreender e ajudar o cliente, dá visibilidade a uma acção quotidiana não rotineira quanto aos procedimentos numa lógica do “saber fazer”. • Salientamos a diminuta ocorrência dos princípios científicos, constituindo-se num paradoxo quanto à vertente científica da metodologia do planeamento, o que procuraremos compreender pela análise conjunta dos dados relativos à sub – categoria tradicional. • Prece haver ênfase dos princípios científicos na “Concepção da Disciplina”
Trabalho de equipa	• O trabalho de equipa como instrumento básico, tem como pressupostos a confiança e a cooperação mútuas no processo de interacção. • De acordo com os pressupostos anteriores, o trabalho de equipa permite uma utilização mais racional das capacidades e competências de cada membro da equipa. • Instrumento básico pouco referenciado no corpus em análise, mas quando surge é permanentemente aliado à pessoa como centro de cuidados.
Comunicação	• Na comunicação verbal e não verbal, estabelece-se uma relação enfermeiro / pessoa, pela qual este último deve ver potenciadas as suas capacidades para satisfazer as suas necessidades individuais.
Relação de Ajuda	• Com fraca ocorrência, em relação ao que seria por nós esperado, no âmbito da organização do cuidado pelo enfermeiro. • A relação de ajuda, ocorre maioritariamente na dimensão informal, iniciando-se de forma espontânea de acordo com as necessidades identificadas com cada pessoa. • Emerge também desta análise a importância da relação de ajuda informal, salientando-se essencialmente o respeito pelo outro como critério para a organização científica do trabalho. • Parece haver ênfase na relação de ajuda como “Concepção da Disciplina” e não como Instrumento

Tradicional

Na subcategoria tradicional, o instrumento básico que emerge com maior número de ocorrências é o **trabalho de equipa**, facto que é suportado pela ideia transmitida por Fontes que o considera como uma ferramenta imprescindível na organização dos cuidados de enfermagem.

Quadro 19 – Ocorrência dos Instrumentos Básicos, por ordem decrescente na subcategoria Tradicional.

Trabalho de Equipa	Comunicação e Criatividade	Registos	Princípios Científicos e Destreza	Entrevista	Observação	Relação de Ajuda	Processo Enfermagem
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º

Da análise do corpus, constatamos que o trabalho de equipa é entendido como a “cooperação de profissionais de categorias diferentes para cumprir um mesmo objectivo” (OP 10). Esta ideia transparece de frases significativas que nos identificam alguns dos possíveis intervenientes neste processo de cooperação no qual são tidas em consideração as competências e potencial de cada um. O trabalho de equipa é identificado “ (...) quando as duas enfermeiras se ajudaram mutuamente (...) para ajudar o utente a manter a posição” (OP 9), “ (...) pela ajuda da auxiliar, (...) na prescrição feita pelo médico” (OP 9) ou na “intervenção da enfermeira, da auxiliar (...) e dos bombeiros” (OP 8). Assim, no trabalho de equipa, “ (...) a enfermeira tem a ajuda de outros técnicos de saúde, o que melhora (...) a prestação de cuidados” (OP 25).

Neste cenário a cooperação, entre enfermeiros e auxiliares, é na maioria das vezes entendida como uma “ajuda” no sentido da diminuição da quantidade de trabalho da enfermeira e não da melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa (Amendoeira, p.191). Estes aspectos vêm enfatizar a importância conferida à quantidade de trabalho nesta categoria em análise. O facto do corpus emergir um reduzido número de ocorrências referindo o trabalho de equipa entre enfermeiros pensamos também consubstanciar esta característica.

Os médicos, surgem-nos no âmbito das funções interdependentes dos enfermeiros, principalmente relacionados com a prescrição de terapêutica e a delegação de competências, girando o processo de cuidados em torno do reconhecimento dos actos curativos em detrimento dos actos cuidadosos verificando-se como afirma Martin (1990 p. 145–146)

“uma predominância do papel delegado em relação ao papel centrado no beneficiário enquanto pessoa”.

Neste seguimento, a pessoa – ser singular e multidimensional – na subcategoria tradicional, é pouco valorizada pelos enfermeiros, no *corpus* apenas se identifica uma expressão que referencia a pessoa enquanto elemento integrante da equipa, partilhando os objectivos da mesma. Assim, “tanto a enfermeira como a auxiliar e mesmo a doente cooperaram umas com as outras com o objectivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados a esta última” (OP 6). Esta constatação sugere-nos consonância com a relevância atribuída à padronização, standardização e rotinização características da subcategoria tradicional.

Relacionada com a responsabilização de cada elemento da equipa, de acordo com Fontes, a **comunicação** surge-nos como fundamental neste processo de interdependência. A relevância atribuída à comunicação nesta subcategoria sugere-nos a importância da mesma na praxis do enfermeiro, logo de singular importância quando da aquisição de competências durante o seu percurso académico.

Considerando que a comunicação pressupõe uma interacção verbal e não verbal entre enfermeiro e utente com o objectivo de contribuir para o sucesso do processo de cuidados, do *corpus* emerge a figura do enfermeiro, possuidor de um conjunto de competências, que organiza os cuidados de enfermagem sem considerar a individualidade do utente – “ (...) o enfermeiro pegou em folhas informativas e começou a lê-las à senhora (...) dizendo para as ler (...) depois” (OP 88); “ (enf^a) D. A, vamo-nos sentar no cadeirão que já chega de estarmos deitadas na cama, sim?” (OP 89).

Verifica-se assim uma metodologia de planeamento, não negociada nem validada a priori com a pessoa alvo dos cuidados, dirigida de uma forma padronizada ao diagnóstico clínico, concretamente ao problema e manifestações, “(...) a D. R agora vai ficar assim e, quando tiver dores, manda-me chamar” (OP 79); “ (enf^a) (...) tem que se alimentar mais vezes (...) Não se esqueça de tomar os comprimidos” (OP 80); “ (enf^a) Se estiver ruborizado, com alguma rigidez, ponha um quadradinho de gelo” (OP 57)

Certos de que “a elaboração dos **registos de enfermagem** no que concerne à forma e seu conteúdo resulta da filosofia que o enfermeiro possui acerca da sua intervenção cuidativa”, não nos surpreendemos do instrumento básico registos ser, também nesta subcategoria, um dos mais referenciados.

Os registos continuam a ser entendidos como elementos fundamentais de comunicação entre a equipa, seja esta de enfermagem ou multidisciplinar, bem como imprescindíveis ao planeamento e continuidade de cuidados tal como ilustra a frase “os registos (...) permitem que na passagem de turno os colegas conheçam a situação dos doentes, e dêem continuidade ao processo de cuidados” (OP 7).

No entanto, aspectos como a individualização dos cuidados e a singularidade de cada pessoa não emergem da análise... Esta constatação pode estar relacionada com o facto de alguns enfermeiros ainda organizarem os cuidados de enfermagem segundo uma concepção biomédica cujo planeamento gira em torno de um conjunto de tarefas/rotinas com vista à resolução de problemas e manifestações. Neste sentido, a pessoa é entendida como “um ‘doente’ cujos sintomas é necessário evidenciar”, sendo o registo orientado para “a evolução clínica do utente” (OP 61) e “(...) as alterações (...) em cada doente ” (OP 7).

Também o conteúdo dos registos se baseia na perspectiva medicocêntrica da organização do cuidado valorizando-se o registo de dados objectivos: “ (...) foram feitos registos de evolução em que foi anotado (...) nível de glicemia, tensão arterial, etc.” (OP 29); “o único registo (...) foi no cartão dos valores (...) de tensão arterial. Este registo vai facilitar (...) que numa próxima avaliação, seja possível ver as alterações” (OP 30).

A compilação dos registos surge “no final do turno, devido ao tempo que é limitado” (OP 1) e como consequência da organização dos cuidados em função do turno de trabalho e não das pessoas. Este aspecto chega mesmo a ser valorizado por um enfermeiro que considera “o horário da manhã mais produtivo e estimulante (...) visto a maior parte das actividades de enfermagem ser realizada nesse período” (OP 7).

À semelhança de outros instrumentos básicos, também no que respeita aos **princípios científicos**, o modelo biomédico volta a emergir da análise enquanto organizador de actividades dirigidas aos cuidados físicos nomeadamente à homeostase biológica, à cura, ao alívio das manifestações de determinada perturbação ou ao retardar da morte.

Os conhecimentos mobilizados pelos enfermeiros que orientam a sua prática segundo esta concepção decorrem da experimentação científica, centram-se no ser físico com o objectivo de reconhecer sinais e sintomas físicos visando o planeamento de técnicas/rotinas (na maioria das vezes em interdependência – prescrição/delegação dos médicos preconizadas no âmbito dos cuidados de reparação. Senão vejamos: “ (...) procedeu à avaliação (...) e (...) decidiu (...) manter a terapêutica pois não havia mudanças no estado do doente” (OP 66), ou ainda “ o enfº ao observar a ferida deve saber (...) que tipos de desinfectantes e pensos deve utilizar” (OP 17).

A visão reducionista e dualista mais uma vez são evidenciadas: “ apresentava uma ferida crónica na perna esquerda, (...) uma úlcera varicosa; (enfº) explicou ainda que a Sra. tinha este problema há mais de 30 anos, e que tinha sido submetida a uma intervenção cirúrgica (...) a qual tinha cicatrizado mas temporariamente, pois a ferida tornou a reabrir devido às reacções alérgicas que ocorrerem” (OP 20).

Não tão valorizado como o instrumento básico comunicação, embora intimamente relacionado com este, a **entrevista** emerge, embora menos referenciado, também do corpus em análise. Pensamos que este facto poderá relacionar-se com a necessidade de desen-

volvimento de habilidades específicas de comunicação, sem as quais a eficácia da entrevista fica aquém dos seus objectivos.

A entrevista é, de um modo geral informal, orientada para a obtenção de dados e com a finalidade de "permitir ao enfermeiro saber qual o problema" (T 7), "(...) certos sintomas, para realizar um diagnóstico" (T 7).

Aspectos importantes do instrumento básico entrevista como sejam a centralidade na pessoa, bem como o respeito pelos seus próprios valores e cultura não emergem da análise. Este facto poderá estar relacionado com aspectos já anteriormente referenciados da perspectiva medicocêntrica de organização dos cuidados de enfermagem.

Quanto aos factores que podem intervir no desenvolvimento da entrevista, são valorizados os factores extrínsecos, salientando-se o ambiente " (...) que não foi propício (...) "porque "o enfermeiro foi interrompido várias vezes por outros técnicos" (OP 38). Neste contexto não foi identificada qualquer preocupação com os factores intrínsecos facto que reforça a pouca importância atribuída nesta subcategoria à singularidade da pessoa.

Com um número pouco significativo de expressões surge o instrumento básico **observação**. Considerado como um acto de atenção e inteligência que implica a existência de um objectivo claro, explícito e organizador, a observação neste âmbito surge-nos mais uma vez, e à semelhança de outros instrumentos, centrada na doença (diagnóstico clínico) e reducionista como retratam as expressões: "o enfermeiro observou com especial atenção os pés e as pernas da utente, reparando que o pé direito estava edemaciado" (OP 21); "o enfermeiro disse que era importante ver os calcanhares para verificar se havia ou não feridas" (OP 23).

Por fim, como aspecto importante a salientar, o facto de emergir do corpus a importância da observação enquanto organizador do cuidado de enfermagem: a " (...) observação (...) permite planear os cuidados estabelecendo prioridades" (OP 51).

Para finalizar, de referir que apenas a **relação de ajuda** não emerge do corpus da subcategoria tradicional. Esta ausência, vem mais uma vez confirmar a desvalorização da concepção do cuidado de enfermagem sustentada por conceitos que consideramos fundamentais, dos quais salientamos as perspectivas holística e humanista da pessoa, a autonomia da mesma e a necessidade do estabelecimento de uma relação produtiva e terapêutica.

Da análise do corpus da subcategoria tradicional, e no que se refere à metodologia do planeamento, há que referir um elevado número de ocorrências relacionadas com o **Processo de Enfermagem**. Mas, se este constitui uma metodologia científica de resolução de problemas, porque é que, e em tão elevado número, aparece relacionado com o método tradicional? O que é afinal o Processo de Enfermagem para estes enfermeiros?

Segundo Phaneuf (2001, p. 92) o Processo de Enfermagem constitui um “processo intelectual e deliberado, estruturado segundo etapas logicamente ordenadas, utilizado para planificar cuidados personalizados visando a melhoria do estado de saúde da pessoa cuidada”. Estamos assim perante uma abordagem organizada e sistemática, de natureza interactiva com vista à prestação de cuidados de enfermagem personalizados e de qualidade.

No entanto pela análise das ocorrências emergentes referindo-se ao Processo de Enfermagem, tal não se verifica. Mais uma vez a evidência é colocada na concepção do cuidado de enfermagem baseada no Modelo Biomédico o qual releva o diagnóstico correcto da doença, orientando-se toda a intervenção da enfermeira para aquilo que Pearson (1986) denomina por “obsessão de cuidados físicos” (p. 18), valorizando as tarefas visíveis associadas aos cuidados físicos, dos quais são exemplo a realização de técnicas e a execução exacta das prescrições médicas. Esta valorização é ilustrável pelas frases: “Quando o doente chegou ao hospital fez-se uma avaliação inicial, identificou-se o problema da imobilização, da fala devido a um AVC e da segurança.” (OP 10); “Segundo a enfermeira os seguintes factos estão relacionados com o processo de enfermagem: quando o doente diz que tem dores; quando a enfermeira observa a pele “descamativa”, quando a enfermeira faz pressão sobre o pé do utente, etc.... Tudo isto no sentido de avaliar a situação patológica do utente de modo a saber se é ou não preciso redefinir objectivos.” (OP 77) e ainda “A avaliação inicial (...) foi feita ao verificar que a algália do senhor já estava fora de prazo necessitando de ser mudada. (...) Face à (...) avaliação inicial foi então elaborado pelo enfermeiro um diagnóstico e um plano de acção o qual consistia em ter de realgalhar o utente, cuja execução foi feita de seguida.” (OP 78)

Decorrendo ainda da análise das frases anteriores identificamos que os mesmos enfermeiros entendem o Processo de Enfermagem como um processo dinâmico e contínuo constituído por diversas etapas sequenciais e/ou concomitantes. Este aspecto é também claramente identificável na unidade de registo: “O processo de enfermagem esteve implícito (...) a enfermeira aplicou-o na sua fase de avaliação inicial e de identificação dos possíveis problemas (...). Como não houve alteração não se procedeu às fases seguintes (...). Se se viesse a verificar (...) teria preparado e administrado terapêutica (...) SOS. Se não houvesse essa prescrição (...) a enfermeira contactava o médico de banco para (...) fazer as prescrições que depois seriam (...) administradas pela enfermeira. Aqui se incluíam a terceira e quarta fase do processo de enfermagem. Posteriormente seriam reavaliados. Seria a última fase do processo (...) a avaliação final.” (OP 8)

Apesar de consensual a identificação das diferentes etapas deste processo, imprescindíveis no processo de resolução de problemas, ficamos surpreendidos quando confrontados com a seguinte unidade de registo: “(Processo de Enfermagem) (...) não é nesta unidade (...) aplicado na sua totalidade. (...) existe uma avaliação inicial e uma identificação dos problemas, caso existam, mas a partir daí já não existe nem planeamento, nem implementação, nem avaliação final.” (OP

2) Perante este sentir resta-nos a questão “Que concepção do cuidado de enfermagem guiará o enfermeiro que assim se exprime?”.

Embora implicitamente reconhecendo o Processo de Enfermagem enquanto método de resolução de problemas, os enfermeiros parecem não valorizar a participação da pessoa alvo dos cuidados. É por este motivo que o processo analítico, passa a caracterizar-se por ser sintético e próximo da padronização, contribuindo, entre outros, para aquilo que Amendoeira (2000) designa por “efeitos perversos do Processo de Enfermagem” e que segundo o mesmo autor “constituem obstáculos ao desenvolvimento de uma autonomia efectiva dos enfermeiros” (p.73), já que quanto a nós impedem a clarificação da contribuição da enfermagem nos cuidados prestados à pessoa; dificultam o desenvolvimento de um corpo de conhecimentos específico da enfermagem, incentivam as funções interdependentes em detrimento das funções autónomas e não permitem a avaliação do processo de cuidados.

Quadro 20 - Síntese das ocorrências dos IBE na subcategoria tradicional

IBE	SÍNTESE
Trabalho de equipa	Pressupõe uma cooperação / ajuda entre enfermeiro e outros técnicos no sentido da redução da quantidade de trabalho. A pessoa - no sentido singular é multidimensional – não é prático nem valorizado. Relevância na padronização, standardização e rotinização.
Comunicação	Comunicação no sentido unidireccional enfermeiro → utente. Não existe retroacção nem validação do planeamento efectuado com a pessoa alvo dos cuidados.
Registos	Fundamentais na comunicação entre os elementos da equipa, não emergindo a singularidade da pessoa nem traduzindo a individualização dos cuidados a individualização dos cuidados produzem uma orientação biomédica, centrada na necessidade de registar sintomas, valorizando o registo de dados objectivos, alicerçados à evolução clínica da pessoa.
Princípios científicos	O Modelo Biomédico é o organizador das actividades do enfermeiro sendo que a sua prática se revela orientada para o reconhecimento de sinais e sintomas, visando a execução de técnicas/rotinas, na maioria das vezes interdependentes.
Entrevista	É orientada para a obtenção de dados relacionados para sintomas e problemas, numa perspectiva medicocêntrica da organização do cuidado. Salienta-se os factores extrínsecos em detrimento dos intrínsecos, que também corroboram a perspectiva anteriormente referida.
Observação	Surge como organizadora do cuidado mas numa perspectiva reducionista, centrada na doença e no diagnóstico clínico.
Relação de ajuda	Não emerge nesta subcategoria, confirmando a inexistência da centralidade da pessoa no processo de cuidados.
Processo de enfermagem	Surge em elevado número nesta categoria, visando uma avaliação com vista à prestação dos cuidados físicos, à execução de técnicas e ao cumprimento de prescrições, incentivando assim as funções interdependentes em detrimento das funções autónomas.

Síntese do tema Organização do Cuidado de Enfermagem

Será que o facto de surgirem como ocorrências mais elevados Instrumentos Básicos como Registos, Processo de Enfermagem, Entrevista; Observação e Trabalho de Equipa, associado a uma maior ocorrência dos IBE como Relação de Ajuda e Comunicação e Criatividade, nos pode fazer questionar a centralidade da pessoa no processo de cuidados ?

Quadro 21 - Síntese do tema organização do cuidado de enfermagem

Subcategoria	Observação	Comunicação/ Criatividade	Relação de Ajuda	Princípios Científicos e Destreza	Trabalho de Equipa	Entrevista	Processo de Enfermagem	Registos
Científico	4º	7º	8º	5º	6º	3º	2º	1º
Tradicional	6º	2º	7º	4º	1º	5º	0	3º

Relativamente ao tradicional existe uma evidência de que é o trabalho de equipa que parece organizar o cuidado, surgindo a comunicação e os registos em posições que podem ilustrar a mediação entre profissionais.

A observação, essencial ao processo científico surge aqui em 6º lugar quanto à ocorrência, seguida da relação de ajuda (aqui quase ausente), com total ausência do Processo de Enfermagem, enquanto processo de raciocínio analítico.

Podemos questionar, de acordo com a tabela 9, a existência de uma relação entre a valorização feita pelos alunos em relação ao trabalho de equipa e a referência feita pelos enfermeiros aos métodos de organização de trabalho, como conteúdo a abordar no trabalho de equipa, modalidade que surge com a maior percentagem de respostas (34,6%). É importante aprofundar o trabalho de equipa não como método, mas enquanto filosofia que está subjacente à organização do trabalho, independentemente do método.

Tabela 9 - Conteúdos a abordar no trabalho de equipa

	frequência	percentagem
Métodos de organização trabalho	65	34,6
Equipa de saúde	64	34,0
Processo de liderança	57	30,3
Método Resolução Problemas	1	0,5
Relações Humanas	1	0,5
TOTAL	188	100,0

É também feita uma referência expressiva ao processo de liderança (30,3% das respostas), sendo que esta constatação leva-nos a questionar a ligação com o método de organização tradicional, na medida em que parece difícil conciliar uma valorização da equipa de saúde sem a correspondente valorização das relações humanas.

Quanto ao processo de enfermagem (tabela 10), aparentemente a aprendizagem pelos enfermeiros situa-se ao nível teórico enquanto pensamento reflexivo, raciocínio analítico, e julgamento crítico (num total de 76% de respostas), surgindo a visibilidade do mesmo numa perspectiva eventualmente redutora através do plano de cuidados como forma de operacionalização do processo de enfermagem, modalidade que por si só reúne 24% das respostas.

Tabela 10 - Processo de Enfermagem visto pelos enfermeiros

	frequência	percentagem
Raciocínio analítico	66	26,4
Pensamento reflexivo	63	25,2
Julgamento crítico	61	24,4
Planos de cuidados	60	24,0
TOTAL	250	100,0

Os enfermeiros consideram o plano de cuidados numa perspectiva redutora; o planeamento da intervenção partirá mais das necessidades e problemas que o enfermeiro identifica (35,5% das respostas), do que propriamente das necessidades referidas pela pessoa (32%), podendo variar de acordo com a metodologia utilizada no serviço.

Tabela 11 - Planeamento da intervenção, visto pelos enfermeiros

	frequência	percentagem
Necessidades e Problemas que identificou	71	35,5
Metodologia utilizada no serviço	65	32,5
Necessidades referidas pelas pessoas	64	32,0
TOTAL	200	100,0

De acordo com a tabela 12, a metodologia referenciada pelos inquiridos sugere ser dada alguma importância à quantidade e imprevisibilidade do trabalho (28,2% das respostas), à tipologia de pessoas cuidadas e rotinização dos cuidados, constituindo-se como factores que influenciam o planeamento dos mesmos.

Salientamos a congruência das respostas analisadas até aqui quanto à fraca valorização da individualidade dos cuidados, apenas com 1% das respostas, onde importaria a centralidade da pessoa.

Tabela12 - Factores que influenciam o Planeamento de cuidados

	frequência	Percentagem
Organização do trabalho	30	29,1
Tipologia das pessoas cuidadas	29	28,2
Quantidade e imprevisibilidade do trabalho	26	25,2
Rotinização dos cuidados	17	16,5
Individualização dos cuidados	1	1,0
TOTAL	103	100,0

Pela análise da tabela 13, verifica-se que o enfermeiro reconhece como é importante ter a pessoa como participante no processo de cuidados e uma atitude de parceria na equipa (78,7% das respostas), mas parecem existir factores de constrangimento eventualmente relacionados com a prática da enfermagem, de que podemos salientar a tipologia das pessoas cuidadas, a quantidade e imprevisibilidade de trabalho, e rotinação dos cuidados e em última instância a organização do trabalho, na medida em que provavelmente a organização do trabalho irá interdependar da valorização de cada um dos aspectos referidos.

Tabela 13 - Quando planeia os cuidados o enfermeiro sente capacidade

	frequência	percentagem
Atitude de parceria na equipa	42	40,8
Considerar a pessoa participante	39	37,9
Tomar decisões cuidados prestar	21	20,4
Trabalho autónomo	1	1,0
TOTAL	103	100,0

Teoricamente os enfermeiros parecem considerar importante um desempenho autónomo, na medida em que, de acordo com a tabela 14, valorizam com uma percentagem de respostas idênticas e significa, a discussão de situações em equipa, a avaliação da situação de cuidados e o estabelecimento de prioridades, como estratégias de autonomia.

Questionamos, no entanto, porque não surge a utilização do processo de enfermagem com um sentido e valorização idênticos, o que parece estar em consonância com o atrás referido face aos constrangimentos relacionados com a prática de enfermagem.

Tabela14 - Estratégias de autonomia utilizadas pelos enfermeiros

	frequência	percentagem
Discussão situações em equipa	65	33,9
Avaliação de situação de cuidados	63	32,8
Estabelecimento de prioridades	63	32,8
Utilização processo enfermagem	1	0,5
TOTAL	192	100,0

4 – EXECUÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Tal como referido no enquadramento teórico para “... existir um processo de cuidados, é necessário que se considerem as actividades de Enfermagem desenvolvidas pelos enfermeiros, tendo por base a interacção entre estes e os clientes, mas também com outros actores ...”(Amendoeira, p. 70).

Desta forma a prática dos cuidados de Enfermagem acontece no encontro entre a pessoa que cuida e a pessoa que é cuidada sendo que para quem cuida isto significa ser capaz de ir ao encontro da outra pessoa, e para quem é cuidado, o desenvolvimento de um sentimento de confiança.

(Hesbeen, 1999) que pressupõe a mobilização de diversos recursos “o enfermeiro ao adoptar uma estratégia de intervenção centrada nas necessidades dos clientes, foge ao trabalho realizado por tarefa, podendo o processo de cuidado tornar-se num momento de ligação entre o doente e um profissional” (Amendoeira 2000).

No quadro 22, apresentamos a relação entre categoria e sub-categorias no tema em análise.

Quadro 22 - Categoria e subcategorias na execução do cuidado de enfermagem

TEMA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIAS
Execução do cuidado de Enfermagem	Instrumentalidade	Orientação para a pessoa
		Orientação para a tarefa

Instrumentalidade

Orientação para a pessoa

A orientação do cuidado de Enfermagem para a pessoa implica na sua operacionalização mobilizar determinados instrumentos básicos que permitirão cuidar numa perspectiva holística e humanista.

Estamos assim perante uma intervenção de enfermagem em que o enfermeiro orienta toda a sua actuação para a pessoa entendida também ela como centro de todo o processo de cuidados.

Como já foi referido os instrumentos básicos apresentam uma importância crucial para que a pessoa assuma o centro de todo o processo de cuidados acontecendo o cuidar na sua verdadeira aceção e globalidade.

Após a identificação dos instrumentos básicos de enfermagem que apresentam uma maior ocorrência pela presença no corpus passamos à respectiva análise tendo em conta que nem todos estão presentes e, nestes encontramos ênfases diferentes.

Quadro 23 – Ocorrência dos Instrumentos Básicos, por ordem decrescente na subcategoria Orientação para a pessoa.

Comunicação e Criatividade	Relação de Ajuda	Entrevista	Observação	Princípios Científicos e Destreza	Trabalho de Equipa	Registos	Processo de Enfermagem
1º	2º	3º	4º	5º	6º	-	—

A **comunicação** é o instrumento básico que podemos considerar mais referenciado uma vez que este surge de uma forma transversal a toda a intervenção do enfermeiro, tanto como fim em si mesmo e desta forma com mais visibilidade enquanto tal, ou ainda como meio para atingir determinados fins na prestação de cuidados, mas emergindo pela atenção centrada em cada pessoa de forma particular, conduzindo desta forma à satisfação das necessidades humanas fundamentais e consequentemente a uma melhoria dos cuidados de enfermagem. Esta importância crucial da comunicação nos cuidados de enfermagem encontra-se expressa em frases como “o enfermeiro explica à pessoa, de modo a dar resposta às suas necessidades” (OP 46) ou “o enfermeiro foi capaz de encontrar um termo de diálogo em que o Sr. X participasse (...)” (OP 21).

A comunicação surge aqui como um processo eficaz porque a atenção à individualidade de cada pessoa esteve presente, tentando de acordo com Bernardo (1993), dar resposta à missão do enfermeiro que através de uma comunicação terapêutica deverá tentar satisfazer as necessidades básicas de cada utente.

É importante ter em conta que a presença ou ausência de uma comunicação eficaz determina o contexto / ambiente em que os cuidados são prestados.

A comunicação verbal entendida como o uso da palavra para comunicar mensagens e que é conseguida através da escrita ou da palavra falada encontra-se presente nos registos analisados e pode ser ilustrado por expressões como “o enfermeiro chegou e disse bom dia

ao utente (...)" (OP 21) ou "Boa tarde o seu marido hoje já começou a comer comida normal (....)" (OP 13).

Podemos considerar que a comunicação verbal expressa pela oralidade é a base de todo o processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, no entanto o enfermeiro que possui competência comunicativa torna-se disponível para a totalidade da comunicação com o utente, não se restringindo às palavras que este pronuncia.

Como se salienta nos excertos a seguir apresentados a comunicação não se refere só às palavras e ao sentido atribuído às mesmas, mas também à sua vertente não verbal, à linguagem do corpo e ao contexto onde esta é produzida, tendo em conta que as expressões faciais, os gestos, o tom de voz ... exprimem muitas vezes mensagens que completam as transmitidas pelas palavras como quando "A enfermeira utilizou uma linguagem verbal (...) e gestual através do sorriso e de expressões" (OP 81); ou quando "A enfermeira utilizou a verbal e a gestual (...) utilizando uma linguagem de acordo com o receptor" (OP 80).

Podemos verificar assim que a comunicação surge tanto na sua vertente verbal como não verbal, sendo que esta última desempenha diversas e importantes funções no comportamento social de cada pessoa.

Dos excertos seguintes: "segurou-lhe a mão, (...) e disse-lhe se está a ouvir aperte-me a mão, ao que a senhora respondeu apertando-lhe a mão" (OP 51) ou ainda "a enfermeira começou a falar com o bebé e a brincar com as mãozinhas dela" (OP 80), e "os enfermeiros disseram-lhe bom dia, colocando-se ao lado da cama, olhando-o nos olhos e dizendo o seu próprio nome, ele sorriu (...)" (OP18), emerge claramente que a comunicação é parte integrante de todo o comportamento humano e que na interacção utente/enfermeiro torna-se imprescindível a conjugação da comunicação verbal e não verbal que se revela a única linguagem possível e adequada a determinadas situações, podendo também ser considerada imprescindível para a personalização/humanização dos cuidados como referido em "o enfermeiro ao dirigir-se à senhora e convidá-la a entrar pelo seu nome, demonstra assim uma personalização dos cuidados" (OP 20).

Revela-se-nos assim de extrema importância para a execução do cuidado de enfermagem com orientação para a pessoa a utilização de uma comunicação mista, isto é, a utilização simultânea e conjugada de comunicação verbal e não verbal o que será facilitador do processo terapêutico e do estabelecimento de uma relação de ajuda que terá por base a pessoa como sujeito e centro de cuidados valorizando-se a unicidade da vivência/experiência individual, o que emerge do excerto "a enfermeira não utilizou termos técnicos, tendo em conta a pessoa (...) adaptando a linguagem aos conhecimentos da utente" (OP 34).

Sendo a comunicação um processo relacional que se traduz na interacção entre duas ou mais pessoas, podemos considerar que sem comunicação dificilmente haverá **relação de ajuda**, pois é esta que propicia o desenvolvimento efectivo da mesma, pelo que comunicação e relação de ajuda surgem muitas vezes integradas no mesmo momento de cuidados, na mesma expressão “Durante a entrevista o entrevistador mantém o contacto visual com o entrevistado, bem como uma atitude de escuta atenta (...) e uma linguagem adequada ao utente” (OP 73). A relação de ajuda aqui apresentada como instrumento básico é a essência do cuidado de enfermagem, em que o ser humano, cada pessoa, é ser único que necessita de uma atenção individualizada na resolução dos seus problemas.

Da dimensão execução do cuidado de enfermagem que nos encontramos a analisar emerge de forma clara e inequívoca a importância da relação de ajuda nas suas diferentes componentes.

Esta consiste, segundo Chalifour (1980), numa interacção entre o enfermeiro e o cliente numa tentativa de satisfação das necessidades de ajuda do cliente. Trata-se de uma definição que se reflecte na prática dos cuidados e que pode ser traduzida por “a relação de ajuda estabelece-se entre o enfermeiro e o utente com vista à satisfação das necessidades de ajuda sentidas” (OP 18). Ajudar alguém na satisfação das suas necessidades implica assim o estabelecimento de uma relação especial, porque intencional, e dirigida a cada pessoa em particular o que a transforma numa verdadeira relação de ajuda.

Esta atenção especial através da interacção está presente em diferentes momentos nomeadamente: “(...) havia uma interacção (...) enfermeiro/utente onde o primeiro manifesta comportamentos em que (...) se mostra receptivo ao utente e (...) o queria ajudar na resolução dos seus problemas ou dificuldades” (T 14), ou ainda “(...) quando se sabe que a pessoa tem algum problema e vamos falar com ela para (...) se expressar” (OP 85).

É desta forma que para cada pessoa a relação de ajuda se vai traduzir numa resposta individualizada porque sempre dirigida à mesma naquele momento quer seja para o conhecimento das suas necessidades “a enfermeira saudou-a sorrindo e perguntou-lhe como se sentia (...) (OP 46), ou já numa resposta direccionada às verdadeiras necessidades da pessoa já identificadas, “a enfermeira explica à pessoa, de modo a dar resposta às suas necessidades” (OP 46) ou ainda mais especificamente, “entretanto durante o diálogo (...) a enfermeira ajudou o Sr. M a vestir o casaco (...)” (OP 47), “o enfermeiro agiu de acordo com o estado do utente sabendo que este tinha grande dificuldade em movimentar-se e expressar-se” (OP 12).

Agir de acordo com as verdadeiras necessidades de alguém, de cada pessoa significa planear e executar todos os cuidados centrados nessa mesma pessoa tendo em conta que como refere Hesbeen (1996), é a maneira como um acto ou um gesto toma sentido para

a pessoa, que faz com que ele lhe seja de ajuda e que contribua para o seu bem estar, enquanto pessoa particular e única. É este o sentido expresso por: “(...) colocou-lhe uma almofada por baixo da cabeça, perguntando-lhe ainda, Sr. X quer que lhe baixe mais um pouquinho a cabeceira?” (OP 5) e por “a enfermeira penteou o doente e disse-lhe (...) quer a cabeça mais alta” (OP 10).

Esta preocupação com a pessoa no sentido de lhe dar a resposta mais adequada requer da parte do enfermeiro uma atenção especial, que se manifesta através do respeito pela mesma, e toma visibilidade nas atitudes cuidativas do enfermeiro, nomeadamente através da capacidade de escuta desenvolvida e utilizada em cada situação ou momento de cuidados.

A capacidade de escuta surge-nos assim como um elemento essencial na relação de ajuda e via de acesso à compreensão da pessoa, tendo em conta que para tal a disponibilidade, na sua verdadeira acepção, deve ser transmitida através do comportamento do enfermeiro enquanto cuidador para que assim a pessoa perceba que temos todo o tempo, e estamos disponíveis para a escutar, “(...) o enfermeiro demonstrou disponibilidade e atenção escutando-a, só depois do interveio de forma a tranquilizar o utente (...)” (OP 26). “A enfermeira demonstrou envolvimento, escutou a senhora (...)” (OP 30).

Escutar pode assim, ser considerado um acto exigente que exige ao enfermeiro não apenas ouvir, ou estar fisicamente presente, mas uma presença integral onde não se trata apenas de ouvir mas de escutar activamente, numa presença efectiva e verdadeira, “(...) procurava manter sempre um contacto constante com o utente, um interesse, uma escuta activa, uma presença permanente” (OP 60).

Intervir desta forma vai sem dúvida conduzir-nos a uma resposta individualizada “o enfermeiro presta cuidados de forma individualizada, com base num processo heurístico” (OP 40) **em que fazer com, estar com e ser com** deverão ser atitudes dominantes, que permitem à pessoa cuidada ser constantemente incluída no processo de cuidados, estando no seu centro, e ao enfermeiro enquanto cuidador por excelência, transmitir respeito e confiança, demonstrar disponibilidade e estimular o desenvolvimento das capacidades da pessoa.

Fazer com, contribui assim para que a pessoa seja participante activa no processo de cuidados e estes sejam executados em função dela como expresso em, “a enfermeira auxiliou a D. R a levantar-se e acompanhou-a até ao quarto amparando-a” (OP 79), ou “a enfermeira vestiu-lhe uma camisa e a senhora X cooperou (...)” (OP 5), o enfermeiro cuida assim incluindo a pessoa como referido em “a enfermeira ajudou o utente a virar-se (...)” (OP 1), “(a enfermeira) auxilia-o a ficar numa posição confortável e a permanecer nessa posição (...)” (OP 83) e reforçado por, “é muito

importante a colaboração do utente na prestação, fazendo também parte fundamental da equipa (...)” (OP 79).

Estar com e ser com por sua vez exigem ao enfermeiro para além de um saber exímio um saber estar e ser igualmente desenvolvidos que se vão manifestar na forma de cuidar de cada pessoa enquanto tal. Na acepção de Boff (1999) cuidar é entrar em sintonia com, e este modo de ser, na forma de cuidado, vai permitir a cada pessoa viver em cada experiência de cuidados, o respeito, a reciprocidade, tornando-se assim a relação sempre sujeito-sujeito, não mera intervenção mas interacção, o que se encontra expresso na expressão “(...) de modo a que a pessoa perceba que está alguém com ela, com interesse nos seus problemas (...) que compreende o que ela sente (...) demonstre disponibilidade da parte do enfermeiro” (OP 79) e também “colocou-lhe um cobertor por baixo (...) da perna (...) cobriu-a com um lençol e um cobertor dizendo-lhe, senhora X vou penteá-la para ficar mais bonita” (OP 5).

Estar com, ser com, exige assim que o enfermeiro esteja existencialmente presente na relação e cuidar nesta perspectiva, em que a relação de ajuda, como relação biunívoca é um elemento essencial, exige uma constante preocupação com a dignidade das pessoas cuidadas, manifestada pelo respeito em cada acto de enfermagem ou em cada momento de cuidado.

Também da análise efectuada sobressai a preocupação com o respeito pela pessoa, que enquanto tal tem o direito de intervir activamente no processo de cuidados, através da utilização da sua autonomia que lhe vai permitir fazer escolhas e opções que lhe permitirão bem estar enquanto pessoa o que emerge de, “Assim, quando o enfermeiro pergunta se o utente se importa com a minha presença ali (...) estabelece-se uma relação de ajuda” (OP 20) e também quando, “O enfermeiro chamou o utente pelo seu nome (...) e perguntou-lhe se ele não se importava da minha presença (aluna) ali na sala (...)” OP 39).

O respeito pela pessoa manifesta-se não só pelo descrito mas em diferentes atitudes / comportamentos do enfermeiro na sua interacção cuidativa como sejam interessar-se pela pessoa, tê-la em conta como ser único ou considerá-la como ser autónomo logo capaz de fazer escolhas.

Considerando o respeito como um importante princípio ético ou como um direito, tendo ainda em conta a definição do dicionário de língua portuguesa da Porto Editora que nos refere que respeitar é “... ter particular atenção” surge também como respeitador para a pessoa, estar atento e respeitar a sua privacidade / intimidade como nos é referido por: “O enfermeiro disse que tapar a pessoa significativa preservar a sua intimidade, colocando-a mais à vontade, por não se sentir exposta (...)” (OP 18).

Privacidade e intimidade são conceitos que surgem nos documentos analisados, interrelacionando-se e por vezes complementando-se quando se trata de prestar cuidados de enfermagem, o que se torna compreensivo se recordarmos que no mesmo dicionário, intimidade é-nos apresentada como sinónimo de privacidade. Podemos no entanto e se considerarmos que enquanto enfermeiros as questões da privacidade se relacionam sobretudo com a autonomia da pessoa doente toma uma relevância especial quando perante doentes cuja autonomia se encontra comprometida, mas onde o respeito pela privacidade deve estar presente. “(o enfermeiro) (...) fecha a porta e a cortina (...) para proteger a utente (...) preservando (...) a privacidade (...) evitando expô-la desnecessariamente e (...) satisfaz (...) a necessidade da utente (...) manter a sua privacidade” (OP 87).

De acordo com Lopes (1985), p. 41) “nos vários momentos do cuidar, o corpo do enfermeiro que cuida e o da pessoa cuidada, encontra-se através do olhar, da voz, da postura, do gesto num contexto de intimidade forçada e não procurada ...” pelo que se o enfermeiro pretende ter com a pessoa uma atitude de respeito deverá saber valorizar actos essenciais à vida, “a enfermeira tapou a região abdominal com um lençol e destapou os membros inferiores para os poder lavar” (OP 1) como são os cuidados de manutenção que pela forma como são prestados poderão revelar respeito pela intimidade e individualidade de cada pessoa como emerge das expressões “(o enfermeiro) correu a cortina (...) tapou-o com uma toalha turca” (OP 9) e “Enquanto continuavam a falar destapou o tronco (...) despiu-lhe a camisa tendo o cuidado de apenas expôr os braços” (OP 6).

A relação de ajuda como podemos constatar, e dos excertos apresentados surge no dia a dia do enfermeiro prestador de cuidados sobretudo de forma espontânea e de acordo com as necessidades apresentadas por cada pessoa em cada momento. É no entanto por vezes necessário para conhecer as verdadeiras necessidades da pessoa e prestar cuidados individualizados utilizar em simultâneo relação de ajuda e entrevista, como nos é apresentado por “(Enfermeiro) então Sr^a M. Que idade tem? (...) qual era a sua profissão? (...) está bem disposta? (...) o que é que se passou nesta noite para não dormir? (...)” (OP 31), também por “o enfermeiro entrou na casa do Sr. A e cumprimentou-o. Então senhor A como está?

- Vai-se andando.

Dirigiram-se para o quarto (...)” (OP 72).

A **entrevista** surge assim da análise do corpus como um instrumento básico presente na prestação de cuidados de enfermagem com orientação para a pessoa.

Deste modo é importante numa entrevista realçar a importância da relação terapêutica que se estabelece entre o enfermeiro e o utente, sendo esta alicerçada numa relação empática que tem por base a comunicação.

É pois fundamental que na entrevista estejam presentes a componente técnica e a componente humana estando esta última no centro das habilidades de comunicação (Magalhães, 1994).

A presença das referidas componentes encontra-se expressa em frases como “(enfermeiro) e de noite tem-lhe dóido? (...) (doente) se não me voltar não me dói muito. A enfermeira olhou (...) a utente e sorriu (...)” (OP 34) ou “Durante o tratamento as enfermeiras comunicaram com a Sr^a X (...) dói-lhe alguma coisa? Como se sente? (OP 33).

A presença sobretudo da componente humana revela-se de forma especial na preocupação pela pessoa, e na tentativa de que esta assuma o centro dos cuidados, logo seja tida em conta como pessoa global, para tal deve o entrevistador mobilizar os seus conhecimentos e competências a fim de ir ao encontro dos interesses do entrevistado, motivando-o a responder, considerando-o como ser de relação o que permite afirmar que a entrevista é também um processo de comunicação humana, o que está presente nas expressões:

“Enf. – que idade tem a menina?

Sr^a - tem 2 meses

Enf. Como é que está a alimentar a criança? Está-lhe a dar mama?

Sr^a F – estou-lhe a dar mama e suplemento” (OP 48) e “A enfermeira perguntou-lhe como é que estavam a funcionar os intestinos, a senhora respondeu que estavam a funcionar bem e que em casa era igual (...)” (OP 18).

A entrevista surge assim nas suas diferentes finalidades. Para além do desenvolvimento de relações interpessoais é importante referir o seu papel na recolha de dados sobretudo de informações específicas fundamentais à realização de diagnósticos e planeamento de cuidados. Torna-se assim fundamental procurar envolver a pessoa em todo o processo, desde a identificação dos seus verdadeiros problemas até ao estabelecimento dos objetivos e intervenção propriamente dita, o que é referido por: “É através da entrevista que o enfermeiro capta as informações que lhe interessam logo, tem de atender à pessoa que tem diante de si” (OP 62) ou ainda por “A enfermeira disse: não consegue comer sozinha? Experimente lá. A dona R já ia para segurar a taça mas a enfermeira disse-lhe: Espere um pouco que eu seguro na taça. A dona R seguiu a colher e começou a comer” (OP 36).

Da análise do corpus sobressaem também aspectos que podemos considerar essenciais para o sucesso de uma entrevista quando efectuada pelo enfermeiro. Sem dúvida que a linguagem utilizada deve ser adequada ao entrevistado de modo a fazer-lhe sentido “Está bem disposta? A dona A responde com expressão facial dizendo que está bem disposta. A cabeça está bem? Dói-lhe ou não? A dona R responde que não lhe dói a cabeça com expressões faciais e gestuais” (OP 90).

Se a linguagem é importante também o tema da entrevista deve constituir um estímulo e incentivo para o entrevistado que tanto quanto possível deve sentir prazer e encontrar utilidade nas suas respostas. “De seguida a enfermeira questionou a idosa quanto à sua vida pessoal, como por exemplo o número de filhos que tinha, se tinha netos, como se chamavam?” (OP 15).

A forma como a entrevista é conduzida e a relação estabelecida com o entrevistado devem ser elementos facilitadores do decurso da mesma “durante a entrevista (...) certos temas de diálogo facilitaram o desabafar por parte do doente sobre a situação que o pudesse perturbar de uma forma ou de outra” (OP 82).

A entrevista oferece desta forma uma oportunidade única de estar, fazer com a pessoa, neste sentido o enfermeiro deverá mobilizar os seus recursos, afim de explorar todo o potencial de informação necessária para uma prestação de cuidados o mais personalizada possível. Assim sendo a pessoa cuidada será o centro dos cuidados, no qual o enfermeiro deve mostrar respeito, disponibilidade, interesse ... “A en^{fa} então sr. M, que idade tem? Qual era a sua profissão? Está bem disposto? (...) O que é que se passou para esta noite não dormir?” (OP 31) “Sou a enfermeira, olhe se não se importar gostava de lhe fazer algumas perguntas, pode ser?” (OP 67).

O desempenho dos enfermeiros requer uma atitude própria, o que permite caminhar com, sendo que “tal atitude provém de duas etapas indissociáveis e complementares. Em primeiro lugar a do encontro, em segundo a da caminhada, do acompanhamento, do percurso feito em comum” (Hesbeen, 1999, p. 23).

É necessário uma aproximação relacional, na qual o enfermeiro saiba manter um adequado contacto visual e de observação que lhe permita “conhecer melhor a pessoa cuidada, reconhecê-la naquilo que representa, não a considerando como um objecto incondicional dos cuidados mais um sujeito” (Collière, 1994, p. 149), podendo desta forma afirmar que os cuidados estão verdadeiramente centrados na pessoa. “A enfermeira chegou à enfermaria (...) e disse bom dia dona R, sente-se bem? A dona R pergunta à enfermeira – como está a minha tensão? A enfermeira respondeu está boa, está com fome?” (OP 35).

É importante que o enfermeiro se paute por uma atitude serena e tranquila durante o diálogo permitindo assim ao entrevistado concluir as frases e enriquecer os dados colhidos o que é muitas vezes conseguido através de entrevistas não estruturadas onde se procura através de conversações saber o porquê de uma determinada ocorrência “(na entrevista) o enfermeiro (...) não estruturou (...) dando disponibilidade à utente para expressar o que queria! (...) respeita a disponibilidade da utente, dirigindo as perguntas para o assunto que a própria utente propôs”. (OP 87).

Como já foi referido só um exercício de índole académica nos permite separar e analisar separadamente os diferentes instrumentos básicos de enfermagem presentes na execução do cuidado de enfermagem daí que por vezes a junção dos mesmos seja possível e se torne necessária para ilustrar a sua interrelação ou mesmo intercepção. “o enfermeiro perguntou à senhora X diga lá o que se passou consigo? (...) aplicou uma pomada na compressa (...) olhou para o sapato da Srª X e perguntou-lhe não acha que é muito grosso?” (OP 42).

Uma prática de cuidados centrada na pessoa exige uma observação atenta que vai permitir obter um suporte de informação acerca da pessoa e da sua situação de uma forma individualizada.

A **observação** é um instrumento básico importantíssimo, fundamental nos cuidados a prestar tendo em conta que a qualidade dos mesmos pode ser avaliada através da análise de uma variedade de observações cuidadosamente registadas. “Constatamos que a observação está presente no exercício dos cuidados de enfermagem e tem como objectivo principal, melhorar os cuidados relativamente ao utente” (T 5).

A capacidade de observação resulta de um conjunto de esforços com o objectivo de desenvolver a arte de ver com discernimento, isto é de ver com exactidão e pormenor, de compreender o significado daquilo que se vê, de dar utilidade aos dados obtidos.

O observador necessita de dispor de determinados conhecimentos que lhe permitam uma análise das informações obtidas através do uso experiente dos sentidos “(observação) (...) é o efeito de dirigir todos os sentidos a uma pessoa” (OP 79).

Existem diversos métodos de observação directa e através da observação visual podem-se observar desde expressões faciais até sinais e sintomas como acontece quando “a enfermeira reparou que o pé estava edemaciado e que tinha uma ferida (...)” (OP 38) ou quando “O enfermeiro antes de administrar o injectável, observou que a L. Tinha uma equimose no quadrante superior esquerdo (...)” (OP 69).

O observador poderá recolher muitos dados através dos sentidos, a observação pelo sentido do tacto, através do toque com as mãos pode revelar algo acerca do doente, detectar alguma anomalia ou irregularidade, ou mesmo transmitir algum sentimento. “A enfermeira agarrou no braço do paciente observou a zona onde se encontrava o soro (...)” (OP 7).

Podemos assim referir que a capacidade de observação depende do desenvolvimento da acuidade dos sentidos, pois é através das percepções sensoriais que conseguimos receber informação acerca do mundo em que vivemos e das pessoas com quem interagimos “observar consiste em dirigir todos os sentidos para o doente (...)” (OP 85).

Da análise do corpus sobressaem ainda algumas funções específicas da observação, como a descritiva em que se observa para descrever fenómenos ou situações “(...) o

enfermeiro foi observando todas as reacções da criança” (OP 48), ou a formativa em que se observa para retroagir, “a enfermeira relatou à utente quais as zonas (da ferida) com melhor aspecto, e as (...) que demorariam mais tempo a cicatrizar (...)” (OP 34).

A função avaliativa em que se procura que a observação sirva de base à avaliação, esta por sua vez suporta a decisão que vai conduzir à acção retomando-se sempre este processo, emerge de frases como “o enfermeiro cortou-lhe o penso dizendo que estava melhor (...)” (OP 28).

Fala-se de função heurística quando a actividade é orientada para a emergência de hipóteses pertinentes que serão submetidas a verificação “(...) valida-se o estado da pele (...) necessário mobilizar o utente mais vezes (...) se a integridade da pele estiver afectada (...)” (OP 83).

Por vezes torna-se necessário provocar a observação a fim de verificar uma hipótese (função de verificação) o que aconteceu quando “a enfermeira pediu à utente (...) para abrir a boca e verificou que tinha a boca seca e com expectoração” (OP 63).

A observação atenta e cuidada vai permitir ao enfermeiro cuidar tendo o doente como centro, dando em cada situação resposta às suas verdadeiras necessidades. É importante ter em conta que a intervenção individualizada do enfermeiro está dependente da sua capacidade de observar e avaliar a individualidade e unicidade de cada pessoa em cada situação. No entanto e como os **princípios científicos** estão inerentes a todo o processo de cuidar, eles surgem nesta análise em diferentes momentos mas dando consistência a observações efectuadas como “o enfermeiro antes de administrar o injectável observou (...) uma equimose no quadrante superior esquerdo e disse à senhora para pôr hirudoide no local da equimose” (OP 69).

Os princípios científicos surgem assim da análise do corpus no tema execução do cuidado de enfermagem como leis ou factos essenciais que se constituem na base das normas de acção estabelecidas como referido em “a enfermeira (...) utilizou os princípios científicos para avaliar a tensão arterial e para aconselhar a utente (...)” (OP 30).

Sobressaem desta forma os princípios científicos como suposições básicas que uma vez aceites se transformam em regras do procedimento, que vão indicar o motivo justificativo do método empregue e fornecer uma orientação segura para cada acção do enfermeiro como revelam as expressões “a enfermeira colocou gaze gorda (...) colocou outro adesivo (...) fez outro penso (...)” (OP 1) e “a enfermeira com a ajuda de uma pinça e tesoura dobrou uma compressa, embebeu-a em soro e passou-a na ferida da senhora” (OP 1).

Sem dúvida que os princípios científicos inerentes ao cuidado de enfermagem não se limitam ao referido pois a sua abrangência não se reflecte nos excertos apresentados.

Embora com pouca expressividade o **trabalho de equipa** também surge da análise do corpus no referente à execução do cuidado de enfermagem, não numa perspectiva interdisciplinar mas, no que diz respeito à equipa de enfermagem enquanto grupo profissional. As referências feitas ao trabalho de equipa parecem sobretudo assentar na importância da interajuda numa consecução mais efectiva dos cuidados, com o objectivo de melhorar os mesmos conseguindo assim potenciar o bem estar da pessoa como é ilustrado pelas expressões: “(...) as duas enfermeiras realizam juntas a actividade (...) mobilização de um utente (...) melhorar o bem estar e o nível (qualidade) de vida” (OP 83) “(...) quando as enfermeiras coordenaram as suas acções na mobilização do doente (...) tinham o mesmo objectivo, proporcionar o bem estar (do utente) (OP 86).

O trabalho de equipa surge assim como um instrumento básico de enfermagem, que ainda que não explorado nas suas muitas potencialidades na sub-categoria que nos encontramos a analisar, aparece como um aspecto importante a ter em conta para o bem estar da pessoa cuidada.

Apesar do reduzido número de ocorrências surge referência aos registos de enfermagem como fazendo parte da execução do cuidado sobretudo no que se refere ao registo enquanto descrição da situação de saúde da pessoa com vista à continuidade dos cuidados. No entanto a análise deste será efectuada na temática que a seguir apresentamos – registo do cuidado de enfermagem.

Quadro 24 - Síntese das ocorrências dos IBE na subcategoria: Orientação para a pessoa

IBE	SÍNTESE
Comunicação	• A comunicação é um processo eficaz, pela atenção à individualidade de cada pessoa, como essência da missão do trabalho de enfermeiro, que pela relação terapêutica tenta satisfazer as necessidades básicas do cliente. • A comunicação verbal expressa pela oralidade é a base de todo o processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa cuidada. • A competência comunicativa torna o enfermeiro disponível para a totalidade da comunicação com o cliente. • A comunicação verbal é interdependente com a comunicação não verbal, valorizando-se a comunicação mista, de acordo com o contexto onde é produzida e o sentido das palavras e expressões que se constituem em mensagens, desempenhando funções no comportamento social da pessoa.
Relação de ajuda	• A pessoa como sujeito é a base e centro dos cuidados, valorizando-se a unicidade da vivência / experiência individual. • A relação de ajuda constitui-se na essência do cuidado de enfermagem, onde a singularidade da pessoa é valorizada no sentido da atenção individualizada na resolução dos seus problemas, conhecidos ou a identificar. • O respeito e a atitude de escuta, tornam-se visíveis pela utilização em cada situação de cuidados.

	• Escutar torna-se essencial ao processo de cuidados, visível pela disponibilidade transmitida pelo comportamento de presença efectiva e verdadeira e não apenas do fisicamente presente. • Num paradigma de integração, fazer com a pessoa, torna-a participante activa no processo de cuidados, onde estes são desenvolvidos em parceria e em função de quem deles necessita. • No paradigma da transformação, estar com e ser com, fazem relevar o cuidado de enfermagem para além da acção técnica, dando-lhe um sentido holístico na abordagem da pessoa. • O respeito surge como dimensão do processo de cuidados onde a pessoa participa no processo de cuidados, utilizando a sua autonomia que lhe permite fazer escolhas e opções, considerando-o como princípio ético ou como direito valorativo da intimidade e privacidade da pessoa. • A intimidade e a privacidade são dimensões essenciais da autonomia da pessoa, atribuindo um sentido de respeito pela valorização dos actos essenciais à vida, na lógica dos cuidados de manutenção.
Entrevista	• A entrevista é um instrumento básico essencial na prestação de cuidados de enfermagem com orientação para a pessoa. • Na entrevista, emerge a importância da relação terapêutica entre enfermeiro e cliente, alicerçada numa relação empática que tem por base a comunicação. • Enquanto instrumento básico, a entrevista valoriza a componente humana, quando valoriza a participação da pessoa e os conhecimentos e competências, tornando-o um processo de comunicação humana. • A entrevista assume um papel na colheita de informações específicas sobre a pessoa que permitem realizar os diagnósticos e o planeamento de cuidados, envolvendo a pessoa desde a identificação das suas verdadeiras necessidades até à definição de objectivos e planeamento da intervenção propriamente dita. • Existem elementos facilitadores ao desenvolvimento da entrevista, como o tema constituir-se num incentivo e estímulo, bem como a forma como é conduzida, para a obtenção de respostas úteis.
Observação	• A observação atenta numa prática de cuidados centrada na pessoa, produz informação pertinente individualizando a pessoa enquanto ser singular. • A observação é um instrumento básico essencial ao processo de cuidados, assumindo de forma sistemática a análise e registo do que é observado. • Existem diversos métodos de observação directa, alicerçados na importância da utilização adequada dos sentidos e o discernimento entre os factos e as situações permitem compreender o significado atribuído pela pessoa observada, dando assim maior utilidade aos dados obtidos. • As funções da observação assumem uma grande importância quando relacionadas com a pessoa, na medida em que permitem descrever as situações, analisá-las pela avaliação, o que conduz ao suporte para a tomada de decisão baseada em hipóteses de cuidar pertinentes para a pessoa, que podem ser verificadas na acção diária através da continuidade dos cuidados.
Princípios científicos	• Os princípios científicos são considerados como a base para a execução do cuidado científico, como factos essenciais ou suposições básicas, que quando aceites se transformam em regras de procedimento, que enformam o método empregue no processo de cuidados. O que uma vez mais nos remete para a Concepção da Disciplina.
Trabalho de equipa	• Este instrumento básico, surge com pouca expressão e não numa perspectiva interdisciplinar, mas essencialmente no âmbito da equipa de enfermagem, enquanto grupo profissional. • O sentido atribuído a este instrumento básico, parece assentar na importância da interajuda para uma maior efectividade dos cuidados, com a finalidade de potenciar o bem estar da pessoa.
Registos	• Este instrumento básico é pouco referenciado, surgindo essencialmente ligado à descrição de saúde da pessoa com vista à continuidade de cuidados.

Orientação para a tarefa

Orientação para a tarefa é uma das subcategorias apresentadas na grelha de análise utilizada que se reporta ao tema execução do cuidado de enfermagem.

A execução do cuidado de enfermagem, numa orientação para a tarefa organiza-se em torno de diferentes tarefas, sendo a doença que conduz em muitas situações à acção de enfermagem e orienta o trabalho realizado pelo enfermeiro, não assumindo a pessoa qualquer centralidade neste processo que desta forma fica reduzido a actos muitas vezes isolados, sem significado e finalidade para a pessoa.

Segundo Hesbeen (1996, p. 65) “Centrar o trabalho de enfermagem na tarefa a efectuar é, de facto centrá-lo no acessório, faltando-lhe a sua dimensão essencial, aquela para a qual são precisos verdadeiros profissionais: a do sentido que todas essas tarefas passam a ter para determinada pessoa”.

Da análise efectuada e quanto à subcategoria supra citada, orientação para a tarefa, mais uma vez é notória a transversalidade do instrumento básico “comunicação” embora nem sempre na sua verdadeira abrangência e globalidade.

Quadro 25 – Ocorrência dos Instrumentos Básicos, por ordem decrescente na subcategoria Orientação para a tarefa.

Comunicação e Criatividade	Observação	Entrevista	Trabalho de Equipa	Princípios Científicos e Destreza	Relação de Ajuda	Registos	Processo de Enfermagem
1º	2º	3º	4º	5º	—	—	—

A **comunicação** pode ser entendida como o acto de colocar algo em comum, entre pelo menos duas pessoas, por forma a que haja entendimento entre os elementos envolvidos. Comunicar pressupõe em alguns momentos de cuidados informar, o que para o enfermeiro não deverá traduzir-se apenas em transmissão de informação, segundo Parente (1999) informar pressupõe que quem transmite a informação adopte uma atitude profissional e acompanhe o doente e as pessoas significativas, em todo o processo de adaptação à informação.

No entanto verificámos que o enfermeiro ao informar nem sempre parte destes princípios, emergindo por vezes a informação como mero acto de informar / transmitir “enfer-

meira – então senhor X vamos só lavar a cara, as mãos e os pés (...)” (OP 86); “(...) a enfermeira disse à senhora para não falar muito pois podia cansar-se, já que não tinha oxigénio” (OP 18).

A informação transmitida desta forma, afasta-se da concepção apresentada de processo comunicacional enquanto IBE, pois a pessoa enquanto ser de relação, global e único, não é tida em conta, a informação surge assim desintegrada do contexto de vida da mesma, centrando-se exclusivamente nos problemas ou/e nas manifestações encontradas nas expressões “o enfermeiro destapou as pernas à senhora e disse-lhe que estavam inchadas e que ela precisava de as mexer” (OP 18) e “a enfermeira fez uma punção digital (...) glicémia (...) 342 (...) não estão muitos altos (...) não se preocupe. Tem que controlar a sua alimentação, tentar acalmar-se um pouco” (OP 29). Segundo Collière (1999) a prática de enfermagem continua a ser dirigida ao doente, mas agora não como pessoa, como portador de doença, sendo a doença, os seus sintomas e manifestações que determinam e orientam os cuidados a prestar: “a enfermeira chamou o utente para verificar o (...) peso (...) está a pesar muito, 106 Kg, tem de ter mais cuidado com a alimentação e com a saúde em geral” (OP 29) ou ainda “Um senhor idoso (...) entrou na sala com o (...) filho (...) (que) explicou à enfermeira que o seu pai havia sido algaliado e (...) não conseguiu urinar (...) esta perguntou-lhe o que tinha tomado ao pequeno almoço, o senhor respondeu que tinha ingerido uma papa e esta disse-lhe que deveria ter bebido leite ou outro líquido” (OP 71).

Ao pretendemos entender a informação, no âmbito do processo comunicacional, atribuímos concerteza uma importância especial ao elemento *feedback* enquanto processo que nos permite avaliar a eficácia da comunicação, o que e nas situações em que o enfermeiro parece orientar a sua acção para a tarefa, não emerge como revelam as expressões “Oh senhor A, isto está com muito melhor aspecto, da última vez o penso vinha muito repassado (...)” OP 60) e “(...) informou-a também sobre o facto do penso ter ficado maior” (OP 17), e também “A enfermeira comunicou à doente que já *tava* quase e que já estava bem melhor e protegido” OP 28).

Na aceção de Collière (1999) desta forma não há compreensão do que é a pessoa doente e da sua doença pois as tarefas tornam-se entidades em si, não havendo interrelação entre estas e o que vive a pessoa que precisa de cuidados, não se valorizando o que cada pessoa é, sabe, e as suas vivências “a senhora explicou que o valor (glicémia) talvez se devesse à sua actividade e que (...) tinha antecedentes familiares diabéticos. A enfermeira deu-lhe (...) alguns conselhos que a senhora parecia já conhecer bastante bem” (OP 30) e ainda “com a ajuda de outra enfermeira pegaram no utente (...) sentaram-no na cama (...) aí meninas, aí meninas, enquanto gemia (enfermeira) então senhor J tem que ser (...)” (OP 83).

O processo de comunicação constitui sem dúvida o ponto fundamental do relacionamento entre o enfermeiro e o doente, o que quando a prática de enfermagem se organiza tendo por base a doença, ou em torno das tarefas a realizar, estas tornam-se verdadeiras

entidades em si, e o fazer com a pessoa dá lugar ao fazer por, expresso em: “após a lavagem das mãos, a enfermeira começou a cortar as unhas do doente. O utente – deixe estar que eu faço isso senhor enfermeiro” (OP 82).

Prestar cuidados de enfermagem com orientação para a tarefa conduz assim a situações de cuidados em que a pessoa como tal fica reduzida, não sendo tida em conta o seu ser global, muitas vezes não se adequando a orientação dada aos cuidados à própria pessoa e como tal ficando estes desprovidos de sentido para a mesma “a senhora puxou a manga da camisola (...) e a enfermeira colocou-lhe a braçadeira enquanto falava (...) sobre os cuidados a ter com a alimentação (...) referiu que muito pão era desaconselhável. A senhora respondeu que não abusava do pão” (OP 30).

É necessário por vezes coadjuvar a comunicação com os aspectos observados pois a utilização dos diferentes órgãos dos sentidos vai fornecer-nos dados essenciais à continuidade dos cuidados. Aquilo que comunicamos ou informamos tem em diferentes situações por base aquilo que observamos: “enquanto limpava a queimadura (a enfermeira) (...) comentou (...) agora (...) tem melhor aspecto (...)” (OP 34).

O instrumento básico de enfermagem **observação** emerge da análise do *corpus*, e pelo número de ocorrências situa-se após a comunicação na subcategoria orientação para a tarefa.

Se observar, olhar atentamente, utilizando para tal os órgãos dos sentidos pode ser uma mais valia para o enfermeiro, que assim pode mais facilmente captar a unicidade, individualidade de cada pessoa, pode igualmente transformar-se num acto reducionista e centrado não na pessoa, mas nos seus problemas e como referido em “a observação consegue ajudar na compreensão dos problemas” (OP 13) ou nas tarefas a realizar “no desempenho desta tarefa, os enfermeiros utilizaram sobretudo a observação visual, que consiste em observar o aparecimento de anormalidades físicas ou não” (OP 14).

A observação surge igualmente como importante na compreensão / avaliação de manifestações apresentadas pela pessoa. No entanto as manifestações são aqui entendidas per si e não relacionadas com a pessoa que as apresenta, o que é ilustrado por “assim posso concluir que este IBE (observação) esteve presente ao longo de todo o tratamento, mas podendo revelar-se no momento em que o enfermeiro destapa a ferida e observa (...)” (OP 20) ou ainda por “Os enfermeiros observaram especialmente o estado das feridas da doente” (OP 17) ou referindo que “(...) ao lavar a zona nadegueira (...) o enfermeiro viu que ela tinha duas feridas” (OP 18).

É assim que nesta forma de cuidado a tarefa a realizar se torna o organizador da observação surgindo também como momento privilegiado para a mesma como é referido em “(...) é essencialmente no momento da satisfação da actividade de vida fazer higiene e vestir-se, adminis-

tração de terapêutica entre outras que o enfermeiro apresenta uma maior disponibilidade para o observar” (T 11) ou “a enfermeira vestiu o senhor M com uma camisa e verificou que o utente tinha um penso no braço esquerdo e que este precisava de ser mudado” (OP 12).

Assim, não surge a pessoa como verdadeiro sujeito da observação mas as zonas ou áreas mais directamente relacionadas com a tarefa a desenvolver como o que acontece quando a enfermeira “substituiu o soro e verificou se havia sinais inflamatórios” (OP 7) ou quando “(a enfermeira) retirou o penso que o senhor A tinha na nádega direita, observou a ferida e disse (...) o dreno saiu, se calhar temos que colocar outro (...)” (OP 72).

A observação fornece assim elementos importantes e imprescindíveis para a continuidade dos cuidados, mas revela uma visão seccionada da pessoa impedindo que o sentido do todo, que não deixa de existir mesmo quando apenas pequenas partes são reconhecidas ou valorizadas, esteja presente, o que emerge de excertos como “(...) os enfermeiros retiraram-lhe as ligaduras que envolviam os pés e levantando as pernas da senhora observaram os calcanhares (...)” (OP 18) ou “(a enfermeira) verificou umas lesões que a paciente tinha e aplicou eosina (...)” (OP 32). Ou ainda alargando um pouco “o objecto” de observação mas não a centrando na pessoa “(...) a enfermeira observou (...) o estado da pele (...) se era preciso limpá-la ou se estava bem posicionada e confortável” (OP 83), que assim não participava activamente no seu próprio processo de cuidados, porque o enfermeiro parece centrar-se no menos importante, problemas, manifestações, a que tenta dar uma resposta imediata, não assumindo a pessoa a centralidade dos mesmos, única forma de a ajudar na resolução dos seus verdadeiros problemas.

No entanto ainda que o enfermeiro oriente as suas acções para as tarefas a desenvolver, é inevitável o uso simultâneo de vários IBE sendo a **entrevista** utilizada para validar, complementar aquilo que é observado, expresso por “o enfermeiro (...) qual o seu nome? (...) tem cá guia? (...) (o utente respondeu) sim, tenho cá vindo. A enfermeira – sabe qual é o número da sua algália? (...) o enfermeiro (...) verificou qual (...) o número da algália (...)” (OP 78).

A entrevista surge assim, tendo por base o número de ocorrências, o terceiro IBE mais referenciado na análise efectuada da execução do cuidado de enfermagem com orientação para a tarefa.

A entrevista é sem dúvida um processo de comunicação humana, que através da procura de informação, permite o conhecimento da pessoa, desde que dirigida à mesma. Verifica-se no entanto que nem sempre a entrevista é dirigida à totalidade da pessoa, podendo o enfermeiro enquanto entrevista alguém, direccionar-se apenas para os problemas ou manifestações apresentadas por essa pessoa, o que se traduz em “a enfermeira – você não corta as unhas? Utente – deixe estar que eu corto isso. Enfermeira – vai para casa com as unhas cortadas”

(OP 85), sendo que a não inclusão da pessoa leva a uma atitude de fazer por, em vez de uma atitude de estar com, ou mesmo avançar na prestação de cuidados sem que a pessoa possa usufruir do seu direito de ser participante activo nos cuidados que lhe são prestados, não lhe sendo dada oportunidade de expressar os seus sentimentos e opiniões “então senhor X bom dia. Como passou a noite? Vamos lá tomar um banhinho” (OP 33).

Numa entrevista direccionada apenas para um determinado sintoma como por exemplo “mas ainda sente dor? – Não tenho muita dor, mas tenho sempre uma impressão” (OP 60), pode perder-se a tão importante interligação entre esta e o contexto em que ocorre. Isto pode na aceção de Magalhães (1994) fazer com que o enfermeiro demonstre mais interesse nos dados do que nas pessoas, mais interesse na doença do que no ser humano, o que fará com que este procure uma resposta pontual às questões colocadas, em vez do estabelecimento de uma comunicação completa com a pessoa o que emerge de frases como: “quando chegou ao quarto cumprimentou-o (enfermeiro) – olá senhor D então como tem passado? O almocinho estava bom?” (OP 55) ou “o enfermeiro dirigiu-se ao senhor X pergutando-lhe se as injeções eram para as dores” (OP 38) ou ainda “A enfermeira pergunta o nome à senhora e o nome do médico de família e a data de nascimento” (OP 3).

A entrevista utilizada desta forma não vai fomentar (como seria desejável) as relações interpessoais e terapêuticas fundamentais para a compreensão das verdadeiras necessidades de cada pessoa.

Ao analisarmos o *corpus* no que se refere à orientação do cuidado para a tarefa, surge o **trabalho de equipa** como IB presente, no entanto e, não assumindo a pessoa a centralidade dos cuidados que são prestados, também não emerge como elemento da equipa de saúde.

As referências ao trabalho de equipa fazem-nos situar não na equipa de saúde mais alargada mas sobretudo na colaboração entre enfermeiro/enfermeiro e enfermeiro/auxiliar de acção médica, para a consecução de determinadas tarefas, em que o objectivo comum parece ser a realização com sucesso dessa mesma tarefa. “(...) a enfermeira (...) com a ajuda da auxiliar (...) destapou o doente e tirou-lhe a almofada” (OP 10); “as duas enfermeiras começaram a despir o doente que estava semi nu (...) despiram a camisa que este tinha vestida (...)” (OP 14).

O trabalho de equipa pode assim surgir desprovido do essencial que o pode caracterizar, em atenção redobrada, melhoria da qualidade dos cuidados prestados e aumento do bem estar de cada pessoa, entre outros aspectos e cingir-se a respostas pontuais não preparadas em conjunto, mas onde se torna mais fácil e mais prático para quem cuida ter a ajuda de alguém descentrando o cuidado da pessoa e pensando-o em função daquele(a) que vai cuidar como é expresso por “enquanto (a enfermeira) colocava as luvas (...) a auxiliar despiu a

camisa à senhora (...)” (OP 1), ou ainda por “(...) com a ajuda de outra enfermeira pegaram no utente, umas de cada lado, agarrando em cada membro superior sentaram-no na cama” (OP 83).

O trabalho de equipa acontece assim não para dar uma resposta mais cabal às verdadeiras necessidades de alguém mas porque uma determinada actividade exige a presença de mais do que uma pessoa “(...) a enfermeira chamou uma (colega) ajudou na realização da actividade que estava a ser realizada (...)” (OP 86) ou ainda “eram necessários dois enfermeiros para a sua mobilização (...)” (OP 17); “ficando a pessoa relegada para segundo plano sendo o planeamento e a execução centrada na tarefa a realizar «com a ajuda da auxiliar a enfermeira mobilizou a pessoa»” (OP 65).

É assim possível que quando o centro dos cuidados não é a pessoa – ser único e global – e apesar da utilização do trabalho de equipa como IB para o enfermeiro, este não cumpra na totalidade os seus objectivos e esta surja como uma resposta pontual, onde nem sempre as reais necessidades da pessoa são atendidas.

Toda a actividade desenvolvida pelo enfermeiro, conta com determinados conhecimentos, princípios, leis que servem de base à sua actuação e que como tal são considerados pelo enfermeiro princípios científicos. Estes emergem da análise.

Tendo em conta o tema em análise – execução do cuidado de enfermagem – e como já referido na sub-categoria – orientação para a tarefa, os **princípios científicos** surgem aqui sobretudo como orientadores de determinadas actividades e tarefas do enfermeiro como acontece nos seguintes excertos: “a enfermeira pegou no garrote e colocou-o no outro braço do doente, procurou uma veia, desinfectou o local (...) depois prendeu o cateter com adesivo (...)” (OP 66) ou “ao proceder a administração do injectável o enfermeiro passou com um algodão embebido em álcool (...) para desinfectar o local” (OP 69).

Não encontramos assim a perspectiva abrangente de envolvimento pessoal e profissional do enfermeiro que acompanha as pessoas e se inspira em princípios científicos e conhecimentos de forma a prestar cuidados individualizados.

Os princípios científicos encontrados referem-se na análise efectuada a actos/momentos de cuidar específicos “(...) o acto de lavar das zonas mais limpas do corpo do doente para as zonas mais sujas (...)” (OP 82) ou quando o enfermeiro “Depois explicou como se lava o doente, começando pelas zonas mais distais para as zonas proximais (das zonas mais limpas para as zonas mais sujas)” (OP 56), em que as tarefas desenvolvidas ou a desenvolver se reportam exclusivamente ao aqui e agora sendo condicionadas, na perspectiva do enfermeiro que orienta a sua actuação para a tarefa, pelo binómio tempo disponível/qualidade de trabalho expresso em afirmações como: “(...) explicou ainda que apenas por falta de tempo (...) este processo não é bem executado” (OP 82), ou ainda “(...) (não foi registado em folha de enfermagem) (...) pelo facto de que têm poucos enfermeiros (...) e não há tempo” (OP 84).

Quadro 26 - Síntese das ocorrências dos IBE na subcategoria: Orientação para a tarefa

IBE	SÍNTESE
Comunicação	- A comunicação é o acto de colocar algo em comum, de forma a existir entendimento entre os elementos envolvidos. - A comunicação constitui-se ainda muitas vezes reduzida ao acto de informar / transmitir, afastando-se da concepção em que a pessoa está presente, o que conduz a uma informação desintegrada do contexto da vida da mesma, centrando-se exclusivamente nos problemas e / ou nas manifestações apresentadas. - A comunicação enquanto instrumento básico, constitui-se fundamental para o relacionamento entre o enfermeiro e o cliente, surgindo quase como anti-comunicação quando a acção dos enfermeiros se organiza em torno das tarefas, onde o <i>fazer com</i> dá lugar ao <i>fazer por</i>.
Observação	- Este instrumento básico utilizado numa perspectiva paradigmática de orientação para a tarefa, pode transformar-se num acto reducionista e centrado nos problemas da pessoa, em detrimento de uma observação holística. - Quando o organizador da observação é a tarefa e não a pessoa, a atenção é dirigida às áreas mais directamente relacionadas com a tarefa a desenvolver.
Entrevista	A entrevista enquanto processo de comunicação humana, permite conhecer a pessoa quando lhe dirige a colheita de dados. Quando a orientação é para a tarefa, o enfermeiro demonstra mais interesse na doença que no ser humano, o que produz a necessidade de uma resposta pontual e não o estabelecimento de uma comunicação completa.
Trabalho de equipa	- Na orientação do cuidado de enfermagem para tarefa, o trabalho de equipa enquanto instrumento básico, não valoriza o lugar da pessoa como elemento da equipa ao não assumir que a mesma é central aos cuidados. - Na orientação deste tipo, emerge uma ênfase na colaboração enfermeiro / enfermeiro e enfermeiro / auxiliar, onde o objectivo é reduzido à realização de determinada tarefa com algum sucesso. - O trabalho de equipa, não permite assim dar uma resposta cabal às verdadeiras necessidades da pessoa, mas porque uma determinada actividade, exige a presença de mais que uma pessoa.
Princípios científicos	- Surge nesta subcategoria, como orientador de determinadas tarefas do enfermeiro, reportando-se estas ao aqui e agora condicionadas pelo binómio tempo disponível / quantidade de trabalho. - Os princípios científicos, referem-se nesta análise, a actos / momentos de cuidar específicos.

Síntese do tema – Execução do Cuidado de Enfermagem

Parece haver complementaridade entre a organização e execução do cuidado de enfermagem.

Quadro 27 - Síntese do tema execução do cuidado de enfermagem

Subcategoria	Observação	Comunicação/ Criatividade	Relação de Ajuda	Princípios Científicos Destreza	Trabalho de Equi- pa	Entrevista	Processo de Enfermagem	Registos
Orientação para a pessoa	4º	1º	2º	5º	6º	3º	0	7º
Orientação para a tarefa	2º	1º	0	5º	4º	3º	0	0

Quando o aluno acompanha a execução do cuidado e o identifica como orientado para a pessoa emergem como Instrumentos Básicos mais utilizados a comunicação, a relação de ajuda, a entrevista e a observação, sustentando aparentemente a centralidade da pessoa cuidada.

De referir que a nossa referência ao plano de cuidados tanto na orientação para a pessoa como na orientação para a tarefa é uma situação paradoxal, na primeira só compreensível pela referência enquanto processo mental; e na segunda compreensível pelo facto de aparecer associado à utilização do plano de cuidados como se do plano de cuidados se tratasse, na sua verdadeira acepção.

É importante salientar que os alunos consideram os registos enquanto instrumentos básicos e o enfermeiro desenvolve os registos ao longo da execução dos cuidados podendo desta forma não serem visíveis ao aluno.

Na orientação para a tarefa é interessante verificar que a comunicação, a observação e a entrevista são IBE's identificados pelos estudantes como importantes para a execução do cuidado, questionando-se se a visibilidade dos mesmos se relaciona com o trabalho do profissional.

A responsabilidade surge com o maior número de respostas (40,6%), devendo por isso considerar-se como inerente à prestação de cuidados, quer esta seja orientada para a pessoa quer para a tarefa (qualquer que seja a sua orientação). Existe uma percentagem considerável de enfermeiros (28,8%) que aponta a execução como resposta à missão da organização e idêntica percentagem (28,2%) como cumprimento do conteúdo funcional. O trabalho de equipa parece ser um jogo apenas interprofissional dado que não existe valorização da co-responsabilização do doente/família, o que é corroborado pela muito fraca percentagem de respostas neste sentido (0,6%).

Tabela 15 - Executar cuidados é para os enfermeiros

	frequência	percentagem
Responsabilidade pelos mesmos	69	40,6
Resposta à missão da organização	49	28,8
Cumprimento do conteúdo funcional	48	28,2
Resposta a uma prescrição de outrem	3	1,8
Co-responsabilização do doente e família	1	0,6
TOTAL	170	100,0

Existe uma clara valorização da realização do planeamento (49,3%), realçando-se ainda a importância atribuída à pessoa como participante na decisão (44,8%), o que nos leva a questionar a dicotomia da relação entre o que o enfermeiro pensa e a realidade dos cuidados prestados.

Tabela 16 - Quando executa cuidados o enfermeiro sente

	frequência	percentagem
Realização do planeamento	66	49,3
Decisão com a pessoa	60	44,8
Resposta à quantidade de trabalho	8	6,0
TOTAL	134	100,0

Na interacção com os outros intervenientes, a cooperação é a modalidade mais salientada (52,9%) podendo ser relacionada com o trabalho de equipa interprofissional, que ao não considerar a pessoa como participante parece gerar pouco conflito (1,7%). Sendo as discussões de situações em equipa uma estratégia importante para a autonomia e relevante na interacção com outros intervenientes no que respeita à discussão de situações de cuidados (43,7%), questionamos a formação da equipa em questão.

Tabela nº 17 - Na interacção com outros intervenientes existe

	frequência	percentagem
Cooperação	63	52,9
Discussão de situações	52	43,7
Conflito	2	1,7
Discussão esporádica	2	1,7
TOTAL	119	100,0

5 - REGISTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

O tema em análise, sintetizado no quadro 28, refere-se ao registo do cuidado de enfermagem. Este é um tema integrador dos anteriormente analisados, na medida em que consubstancia e dá visibilidade aos mesmos, através do “Escrito” do cuidado de enfermagem, permitindo apreendê-lo na sua especificidade.

Quadro 28 - Categorias e subcategorias do tema Registo do Cuidado de Enfermagem

TEMA	CATEGORIA	SUB – CATEGORIA
Registo do cuidado de enfermagem	Conteúdo	Descritivo
		Analítico
	Natureza	Centrado nas acções
		Centrado nas respostas

Derivado da palavra latina *regstru* que significa “ cópia textual de um documento (...) com o objectivo de conferir-lhe autenticidade no tempo “ (Grais, A. et al p. 139) o registo representa na enfermagem, de acordo com a sua raiz etimológica, a comunicação escrita de factos essenciais de forma a salvaguardar a sua continuidade histórica.

Neste sentido, e de acordo com o estatuto estruturador da disciplina que atribuímos aos IBE, consideramos o registo do cuidado de enfermagem um instrumento disciplinar transversal na medida em que o “que” se regista (conteúdo) e o “quê” se regista (natureza), reflectem em grande parte uma determinada concepção do cuidado, uma forma particular de organizar o cuidado e um tipo de orientação particular no que se refere à execução do mesmo. É o que afirmam Bruges et al, para quem “ a elaboração dos registos, no que concerne ao (...) conteúdo resulta da filosofia que o enfermeiro possui acerca da sua intervenção cuidativa”, perspectiva também corroborada por Du Gas (1984), segundo o qual “os registos são o reflexo da intervenção do enfermeiro no desempenho das suas funções “ (p. 207).

Por outro lado, e concebendo o registo como a “documentação” do cuidado de enfermagem, a transversalidade que assinalámos traduz-se num conhecimento da pessoa - alvo dos cuidados, sintetizado nos registos, conhecimento esse em grande parte tributário da utilização dos outros IBE.

Efectivamente, é porque comunicamos, observamos, inquirimos, ou seja, colhemos dados; é porque submetemos esses dados a um modo de raciocínio sistemático, apoiado em princípios científicos quer do âmbito das ciências biomédicas quer das ciências sociais e humanas- ou seja, planeamos o cuidado; é ainda porque interagimos com a pessoa e outros elementos da equipa pluridisciplinar, ou seja, executamos o cuidado, com base numa relação que se pretende *de ajuda* que simultaneamente se torna necessário e possível o registo do cuidado de enfermagem.

É assim com base nestes pressupostos que analisaremos o tema *registos* procurando apreender do *corpus* os sentidos referentes ao conteúdo e à natureza do mesmo, enquanto estruturante do processo de cuidados, perspectivando este como um momento-chave da formação do estudante de enfermagem.

Relativamente ao conteúdo, emanam, dos documentos analisados, os sentidos que designamos de descritivo e analítico.

A primeira característica analisada é - nos revelada por frases significativas como “a informação que consta nos registos de admissão é designada por base de dados” (T6), sendo que dela constam elementos informativos como “o nome da utente, o sexo, a idade” (OP 87), bem como “a história familiar (...) e doenças específicas (...)” (OP 88).

O registo descritivo, para além de constituir “um conjunto de informações escritas de factos essenciais” (OP 67), relativamente à pessoa, constituindo desta forma um primeiro “encontro informativo”, parece revelar uma concepção e organização do cuidado tradicionais, bem como uma execução de igual índole, como sugerem as seguintes frases significativas: “O enfermeiro preencheu a folha de registo diário (...), o tipo de consulta (...), tratamento (...), primeira vez (...)” (OP 88) bem como “A enfermeira registou os dados relacionados com as vacinas (...)” (OP 19), emergindo a mera constatação de factos bem como a centralidade no trabalho realizado pelo enfermeiro.

Este tipo de conteúdo traduz frequentemente uma concepção do cuidado de orientação biomédica, privilegiando a colheita de informação mais orientada para o conhecimento da situação patológica da pessoa do que para o conhecimento global da mesma, como ilustra as afirmações: “Enquanto a senhora ia descrevendo os seus sintomas a enfermeira ia registando” (Op 12) e “o enfermeiro perguntou-lhe se tinha usado a pílula, se fumava, se bebia bebidas alcoólicas e se tomava medicamentos e registava-os” (OP 88) sugerindo uma colheita de dados padronizada e pouco sensível à individualidade da pessoa que, de acordo com Roper et al, deve constituir o cerne da enfermagem.

Orientação idêntica perpassa na frase significativa “após o registo de todas as observações, a enfermeira referiu os cuidados que a utente deveria ter com a alimentação e com a saúde em geral” (OP 29), em que as crenças, hábitos, conhecimentos e valores da pessoa não parecem constituir elementos relevantes para o cuidado.

Do conteúdo descritivo do registo emerge ainda um sentido não concordante com a centralidade da pessoa no processo de cuidados, postulado pela disciplina de enfermagem, ilustrado por “O enfermeiro registou o que «achou» da utente e o tratamento (...) permitindo assim a continuidade de cuidados” (OP 87), constatando-se nesta afirmação uma apreciação centrada no saber e na visão do enfermeiro, à margem do principal interessado na interacção constitutiva do processo de cuidados – a pessoa que, como defende Kérrouac, no seu contexto, vive experiências de saúde e que, apesar das situações de desequilíbrio possíveis, é detentora de um potencial de vida que cabe ao enfermeiro mobilizar no sentido daquela restaurar o equilíbrio momentaneamente perdido.

Mais de acordo com o cuidado de enfermagem enquanto processo heurístico é o sentido que emerge do conteúdo analítico do registo, na medida em que “permitem a individualidade dos cuidados de enfermagem” (OP 1), devendo para isso “ser permanentes (...) e ajudar a planear as intervenções”, já que, face à pluralidade de modos de intervenção do enfermeiro e respostas possíveis do utente, se aquele “não fizer registos ao longo do processo de cuidados (...) não tem oportunidade de reestruturar o plano de intervenção” (OP 6).

Efectivamente, podemos afirmar que o facto de ter em conta variáveis ambientais, psicológicas, socio-culturais e espirituais da pessoa, torna necessário uma documentação do processo de cuidados que vá além da mera informação; como refere Santos (2001, p.17), a complexidade requerida pelo cuidar em enfermagem (...) apela a um modo de pensamento igualmente complexo”, o qual só poderá sustentar-se num tipo de registo analítico, dado este reunir elementos mobilizadores das múltiplas dimensões da pessoa, numa determinada situação de cuidados. A complexidade assinalada advém ainda, segundo a mesma autora, das diferenças de apreciação da particularidade das situações das pessoas, radicadas nos diferentes saberes dos diversos elementos da equipa multidisciplinar, funcionando aqui os registos, porque “ao dispor de qualquer outro elemento da equipa” (T5), como uma base do conhecimento e compreensão necessários para a prossecução do objectivo comum - prestar o melhor nível de cuidados de saúde à pessoa que deles necessita – ideia também presente na frase significativa “os registos constituem informação que circula em vários sentidos (...) consulta por vários técnicos de saúde” (OP 79).

É também neste entendimento que Kesserling (citado por Bruges et al, 1994), realça que “(...) é imperioso que o enfermeiro desenvolva um sistema de registos que contemple

todas as fases do seu processo de atendimento ao utente e família”, alargando assim a situação de cuidados ao contexto de vida da pessoa, que não se restringe ao contexto institucional.

Por outro lado, os registos analíticos “levam à aquisição de atitudes e comportamentos que tornam a enfermagem mais fundamentada” (OP 54), ao proporcionarem uma base para a reflexividade da prática. Grais et al corroboram este aspecto ao afirmarem que “é imprescindível que no seu desempenho profissional os enfermeiros documentem não só o que fizeram mas também a razão pela qual fizeram e como determinaram a necessidade de uma intervenção de enfermagem” (p. 139), significado emergente das seguintes frases significativas: ”a consulta dos registos serviu para avaliar a forma como a senhora havia passado os dias anteriores” (OP 18) e “os registos deram indicações (...) ao enfermeiro para que este fizesse uma avaliação (OP 46).

Ao constituir um testemunho perene da prática de cuidar, a elaboração dos registos , na perspectiva em análise, contribui para o planeamento, execução e avaliação dos cuidados prestados, tornando-os individualizados, contínuos e progressivos- características peculiares ao cuidado profissional com fundamento científico – assegurando ainda a sua continuidade, o que ilustramos com “os registos (...) são essenciais (...) no que respeita à continuidade dos cuidados prestados” (OP 54).

De facto, a individualização dos cuidados parece-nos só ser possível quando devidamente suportada pelo registo analítico da situação particular de cada pessoa a cuidar, no que são as suas necessidades e potencialidades, como ilustra a seguinte frase significativa: “É registado o número de vezes que um doente é mobilizado, pois é necessário saber se (...) é mobilizado o número de vezes suficiente para manter a (...) integridade física e o bem-estar“ (OP 83), tendo em conta a multiplicidade de factores intervenientes nestas situações.

Natureza dos registos

No que diz respeito à subcategoria “ natureza dos registos”, esta, tal como a anterior (*conteúdo*) “ resulta da filosofia que o enfermeiro possui acerca da sua intervenção cuidativa”.

Neste sentido, e partindo do pressuposto de que o enfermeiro só poderá ter uma actuação com fundamento científico e não rotineira se tiver por base dados exactos, concretos e registados, concordamos com Hesbeen quando este refere que “ qualquer registo, seja ele qual for, deve respeitar a natureza dos cuidados, e nesse caso, ser o menos redutor possível da complexidade das situações de vida com que nos defrontamos” (Hesbeen, p. 41).

Assim, os registos poderão se focalizados nas “observações efectuadas no utente, (...) informação útil sobre técnicas e métodos usados, (...), diagnósticos de enfermagem (...), respostas do utente e a evolução do utente” (OP 16), importando-nos nesta lógica analisar em que medida os registos se focalizam apenas nas acções desenvolvidas pelos enfermeiros ou, mais do que isso, nas respostas dos utentes a essas mesmas acções.

Pretendemos perceber, em primeiro lugar, em que medida o descrever das acções/procedimentos reduz os registos a uma dimensão instrumental / tarefizante, dimensão esta ilustrada por “a enfermeira procedeu aos registos acerca daquela actividade que tinha desenvolvido (...) no guia de tratamento do utente” (OP 68) e “a enfermeira (...) registou o que havia observado e os procedimentos que tinham sido efectuados na folha de registos de enfermagem da utente” (OP 33).

Esta perspectiva é ainda mais reforçada pela transcrição pura e simples das acções desenvolvidas, quando os registos são “utilizados pelo enfermeiro para o registo do injectável a pessoa (...) é através dos registos que se sabe quando foi a última vez que levou o injectável” (OP 54), e ainda quando se refere que “(...) fez os registos necessários de acordo com a acção prestada” (OP 46), onde se denota perfeitamente omissa qualquer alusão à reacção da pessoa a estes procedimentos ou acções.

Não podemos deixar de salientar que, da análise desta categoria no corpus, especificamente a nível dos registos produzidos pelos estudantes aquando das Observações Participativas, emergem algumas limitações aquando da identificação da necessidade de utilização deste IBE para uma adequada intervenção no cuidar, quando se descreve, por exemplo, que ele “esteve presente em vários momentos (...) no momento em que o enfermeiro registou o valor da TA” (OP 39) e ainda quando se refere que “(...) o enfermeiro após ter prestado os cuidados foi fazer os seus próprios registos” (OP 2) bem como “a enfermeira após a saída do utente fez o registo” (OP 41).

As limitações a que nos referíamos anteriormente também, em larga medida, ao “como” e “porquê” da actuação do enfermeiro no que aos registos de enfermagem diz respeito, quando se refere apenas que “procedeu depois ao registo do atendimento em enfermagem” (OP 60) e ainda que “não houve dúvidas na sua identificação, uma vez que estes (registos) foram utilizados pela enfermeira” (OP 74) tal como “a enfermeira deverá registar qualquer informação acerca da utente” (OP 60).

Dos vários tipos de registos, os mais enfatizados são os registos de evolução, quando se descreve por exemplo que aqueles “foram utilizados pela enfermeira para registar a evolução da utente” (OP 69) ou então que “registou numa pasta (...) as alterações que tinham ocorrido ao longo do turno (...)” (OP 7) ou ainda que são “os registos de evolução em que se registam as alterações verifica-

das no utente num período de tempo“ (OP 73), não se percebendo no entanto aquilo que efectivamente se regista.

Contrariamente aos registos focalizados nas acções que temos vindo a analisar, os registos centrados na pessoa cuidada permitem, para além de “descrever as actividades realizadas, (...) descrever as respostas dos doentes a determinadas actividades“ (OP 5), estando esta dimensão também presente quando se descreve que “a enfermeira referiu a importância dos registos para o conhecimento da terapêutica a aplicar e da reacção por parte da utente à mesma“ (OP 68), sendo no entanto bastante diminuta no corpus a referência à forma como cada pessoa reage aos cuidados prestados.

A focalização dos registos na pessoa cuidada surge sobretudo “com a intenção de adquirir conhecimento sobre o desenvolvimento da evolução do seu estado de saúde“ (OP 49), e com a preocupação em “registar as alterações verificadas no utente num período de tempo“ (OP 73) ou ainda em “(...) registar as alterações manifestadas no utente na ficha de registo do cuidado de enfermagem“ (OP 16).

Os aspectos anteriormente referidos denotam ainda uma perspectiva medicocêntrica da execução e registo do cuidado de enfermagem, focalizada sobretudo numa necessidade do enfermeiro em registar alterações, limitando-se essencialmente à descrição de saúde com vista à continuidade de cuidados, o que também já era emergente na análise da subcategoria orientação para a pessoa, na execução do cuidado de enfermagem.

A continuidade dos cuidados é assim a finalidade dos registos mais referenciada no corpus em análise sendo “uma forma de comunicação escrita que permitirá a continuidade de cuidados (...)“ (OP 29) uma vez que “permitem identificar as alterações verificadas no utente, num período de tempo, com o intuito de dar continuidade aos cuidados“ (OP 78), bem como “dar a conhecer o estado actual do doente a toda a equipa multidisciplinar“ (OP 70).

Tal como refere Hesbeen, “o registo escrito é necessário não só para formalizar, mas também, e sobretudo, para transmitir com rigor tudo o que se passou e tudo o que é importante partilhar” (Hesbeen, 2000), sendo assim, “uma forma de comunicação escrita que permitirá a continuidade dos cuidados (...) um conjunto de informações escritas acessíveis a outro elemento da equipa” (OP 29).

Síntese do Tema – O registo do cuidado de enfermagem

Perspectivando os IBE enquanto estruturantes da disciplina de enfermagem, consideramos o **registo do cuidado** um instrumento transversal, na medida em que o seu *con-*

teúdo e natureza reflectem uma determinada concepção, organização e execução do cuidado de enfermagem.

Relativamente ao conteúdo, assinalámos as subcategorias *descritivo e analítico*.

A primeira subcategoria – **descritivo** – constitui a “base de dados” da pessoa - alvo dos cuidados e caracteriza-se por uma orientação objectiva, factual e padronizada, conduzindo mais a um conhecimento da situação patológica do que ao conhecimento da pessoa na sua individualidade; este tipo de registo reflecte ainda uma concepção do cuidado centrada no enfermeiro, o qual avalia a pessoa e os cuidados prestados.

Da segunda – conteúdo analítico – emerge uma orientação para a centralidade e individualidade da pessoa, tendo em conta a sua complexidade de vida – em que interagem variáveis físicas, psicológicas, ambientais, psicossociais e espirituais – e a complexidade da situação de cuidados, a qual torna necessária a intervenção duma equipa multidisciplinar. A reflexividade na acção é outra ideia emergente desta dimensão do registo, conduzindo a uma prática cientificamente fundamentada.

No que diz respeito à natureza dos registos, focalizámo-nos nas subcategorias “centrado nas acções” e “centrado nas respostas” da pessoa cuidada.

Na primeira subcategoria (centrado nas acções), emerge uma perspectiva instrumental / tarefizante dos registos, reflectindo uma concepção do cuidado medicocêntrica, na qual está omissa qualquer orientação para a pessoa, enquanto elemento central do processo de cuidados.

Relevamos ainda uma grande dificuldade do estudante na identificação deste IBE.

A 2ª subcategoria, referente ao “registo centrado nas respostas” da pessoa cuidada às acções com ela desenvolvidas, apresenta uma diminuta ocorrência no corpus em análise, permitindo apenas identificar, na maioria das vezes, uma preocupação do enfermeiro pelo “estado de evolução” ou pelo “estado de saúde” da pessoa, sem que se especifique adequadamente o que se considera de facto importante registar.

Quadro 29 - Ocorrência das subcategorias relativas ao tema Registo do Cuidado de Enfermagem

	Conteúdo	Natureza
Descritivo	9	
Analítico	11	
Centrado nas Acções		13
Centrado nas respostas		9

O quadro síntese apresentado revela uma maior ocorrência da subcategoria “registo centrado nas acções”, referindo-se esta à natureza do mesmo. Com menor ocorrência verificam-se as subcategorias “descritivo” e “centrado nas respostas”, respectivamente para o conteúdo e para a natureza.

A elevada ocorrência da subcategoria analítico, se por um lado nos leva a questionar a aparente discordância entre conteúdo e natureza do registo do cuidado, por outro lado pode sugerir a importância da reflexividade da prática profissional, tornada visível aos alunos, num dos momentos da sua aprendizagem do cuidado de enfermagem. Esta perspectiva parece-nos corroborada pela menor ocorrência do registo “centrado nas respostas”, denunciando a não centralidade da pessoa no processo de cuidados.

Tabela 18 – Conteúdo e natureza dos registos de enfermagem

	frequência	percentagem
Descrição das acções realizadas com as pessoas	64	34,6
Respostas das pessoas às acções desenvolvidas	56	30,3
Descrição de actividades desenvolvidas	52	28,1
Descrição da situação da pessoa	13	7,0
TOTAL	185	100,0

A análise da tabela revela um registo do cuidado essencialmente descritivo (69,7% das respostas), sugerindo no entanto a possibilidade de em 41,61% dos casos, atribuir o estatuto de “parceiro” à pessoa cuidada, tendo em conta a descrição da sua situação e das acções com ela realizadas.

Quanto à natureza do registo, esta é, de acordo com a mesma tabela, centrado nas respostas das pessoas às acções desenvolvidas, o que parece não ser percebido pelos estudantes com esta ordem de importância, sugerindo alguma ambiguidade entre “ser parceiro” ou ser o “actor principal” do processo de cuidados, cuja visibilidade não se afigura muito clara.

Tabela 19 – Momentos de realização dos registos de enfermagem

	frequência	percentagem
Após a realização das acções	36	49,3
Após a realização de acções e final do atendimento	21	28,8
Final do turno / período de atendimento	15	20,5
Durante atendimento (consulta de enfermagem)	1	1,4
TOTAL	73	100,0

Verifica-se que os registos são elaborados maioritariamente após a realização das acções (49,3% das respostas), sendo este facto concordante com a percepção dos alunos ao referirem a centralidade dos mesmos nas acções realizadas pelos enfermeiros, na medida em que a imediatez do registo relativamente à realização do cuidado não permite, na maior parte dos casos, avaliar a resposta da pessoa a esse cuidado.

Contudo uma percentagem considerável das respostas (28,8%) referem-se à elaboração dos registos após a realização das acções e no final do turno / período do atendimento o que, dando oportunidade a uma efectiva avaliação das respostas das pessoas ao cuidado de enfermagem, tem menor visibilidade para os estudantes.

Tabela 20 – Finalidades dos registos

	frequência	percentagem
Continuidade de cuidados	73	39,7
Comunicação interorganizacional	56	30,4
Interacção social no processo de cuidados	55	29,9
TOTAL	184	100,0

Pela análise da tabela verifica-se que a maior percentagem de respostas (39,7%) se refere à modalidade “continuidade dos cuidados”, o que nos leva a questionar a centralidade atribuída à pessoa no processo de cuidados, face à continuidade dos mesmos; efectivamente, confrontando a percepção dos estudantes face ao registo do cuidado de enfermagem, o qual maioritariamente percebem como centrado nas acções, parece-nos legítimo afirmar que este IBE se centra sobretudo no juízo clínico do profissional, não atribuindo à pessoa cuidada o estatuto que teoricamente a disciplina lhe confere.

Entretanto, uma percentagem significativa de respostas (29,9%) refere a interacção social no processo de cuidados como uma contribuição dos registos para a qualidade dos cuidados, o que reflecte uma perspectiva teórica dos enfermeiros mais consentânea com

com a transdisciplinaridade concebida pela vertente académica da disciplina de enfermagem, aspecto para que apontam igualmente 30,4% das respostas, sobretudo tendo em conta a complementaridade e interdependência interorganizacional, subjacentes à última modalidade da variável em análise.

Tabela 21 – Os registos como mediadores do cuidado de enfermagem

	frequência	percentagem
Permitem continuidade de cuidados	54	55,7
Permitem avaliar qualidade de cuidados	21	21,6
Não possibilitam visão global da pessoa	11	11,3
Permitem interdisciplinaridade	7	7,2
Duplicação da informação	4	4,1
TOTAL	97	100,0

Os dispositivos de registo são valorizados maioritariamente (55,7% das respostas) como permitindo a continuidade dos cuidados, facto que nos sugere questionar de novo em que perspectiva essa continuidade é entendida pelos enfermeiros e qual a importância que concedem à pessoa num processo que se lhe refere em primeira linha; esta reflexão é extensível à modalidade “permitem avaliar a qualidade dos cuidados”, a qual obteve também uma percentagem significativa de respostas (21,6%).

À semelhança do que referimos anteriormente, os alunos parecem perceber uma forma pouco clara, através dos registos, quem – o enfermeiro ou a pessoa – detém a centralidade no processo de cuidados.

Esta aparente ambiguidade é reforçada pelo facto de se por um lado uma pequena percentagem (11,3%) de respostas apontem para que os registos não possibilitam uma visão global da pessoa, também uma diminuta percentagem (7,2%) das mesmas referiram que os registos permitem a interdisciplinaridade, questionando nós como é possível uma visão global na sua complexidade sem uma perspectiva neste âmbito.

Tabela 22 – Os registos e a centralidade dos cuidados

	frequência	percentagem
Princípios orientadores e legais dos registos	68	25,9
Registos e continuidade de cuidados	67	25,5
Registos como instrumento de autonomia	65	24,7
Tipologia de registos	63	24,0
TOTAL	263	100,0

As respostas à variável em análise repartem-se de forma sensivelmente homogénea pelas diferentes categorias da mesma, reflectindo a importância atribuída pelos enfermeiros a esta etapa do processo de cuidados continuando no entanto a emergir a centralidade da perspectiva do enfermeiro em detrimento da pessoa cuidada.

Concebendo o registo como a “documentação” do cuidado de enfermagem, faz-nos sentido questionar como é apreendido pelos alunos esse mesmo cuidado, através dum registo que parece não documentar adequadamente, do ponto de vista teórico, um postulado fundamental do processo de cuidados: a centralidade da pessoa.

Este questionamento, transversal ao tema em análise parece-nos suportado pela ocorrência relativa das diferentes subcategorias do registo, que revelam por um lado uma perspectiva analítica (relativamente ao conteúdo) direccionando - nos para um modo de raciocínio científico e, por outro lado, para a centração nas acções do profissional (relativamente à natureza), contrariando deste modo a cientificidade atribuída ao processo de cuidar, no qual a pessoa assume um estatuto de centralidade.

6 - CONCLUSÕES

De acordo com a problemática em estudo, e resultante da perspectiva teórico-metodológica assumida, os resultados deste estudo permitem-nos contribuir para a clarificação da estrutura da disciplina de enfermagem, nas componentes profissional e académica, não pela dicotomia mas pela integração dos conhecimentos por referência a quem os (re)produz. Uma disciplina só se desenvolve quando os seus especialistas conseguem criar a sua próprias zona de autonomia no cruzamento de diversos saberes e grupos sociais.

Considerando as questões formuladas à partida - o que são os instrumentos básicos para os diferentes intervenientes na construção da disciplina e que estatuto é atribuído aos mesmos, no âmbito da disciplina de enfermagem, dirigimo-las às populações inquiridas (estudantes e enfermeiros), enquadrando a sua análise num quadro teórico explícito os domínios do conhecimento (Carper, 1997).

Fizemo-lo a partir do processo de cuidados produzido pelos enfermeiros, através do qual os estudantes apreendem a importância da estrutura da disciplina, mobilizando os conceitos e o método, pelo estudo dos instrumentos básicos para uma adequada intervenção no cuidar.

Consideramos o Processo de Cuidados em torno de quatro dimensões – A Concepção do Cuidado, a Organização do Cuidado, a Execução do Cuidado e o Registo do Cuidado, nas quais procurámos identificar a ocorrência pela presença (ou ausência) dos Instrumentos básicos enquanto dimensão da estrutura da disciplina académica e profissional.

Nesta lógica, apresentamos agora as conclusões organizadas a partir de cada uma das dimensões do processo de cuidados, tendo sempre presentes o objectivo e as questões de investigação antes formulados.

Concepção do cuidado de enfermagem

Empírico

O movimento de construção dos saberes numa lógica indutiva que privilegia a observação empírica, passa pela procura de aplicação do conhecimento na acção quotidiana, embora numa perspectiva de validação científica que permita uma mudança de atitude mais consentânea.

A dimensão profissional da disciplina, pode ser produtora de saberes na medida em que é pela mobilização das competências profissionais, alicerçadas e desenvolvidas com base nas capacidades e qualificações que o enfermeiro enquanto profissional, pode em situação ser aquele que melhor responda à satisfação das necessidades da pessoa em matéria de cuidados de enfermagem. A enfermagem estará assim em condições de desenvolver outros fundamentos científicos para legitimar a sua prática em equipas multiprofissionais e, fazê-lo pela identificação do profissional mais apto a responder às questões do cliente, em função da situação do mesmo.

É atribuída grande importância à destreza alicerçada no conhecimento adquirido pela experiência valorizando-se a resolução de situações diversificadas, pela utilização dos princípios científicos com base nos modelos teóricos, fazendo com que se rompa com o trabalho realizado por tarefa.

A valorização da pessoa como participante do processo de cuidados, clarifica a necessidade do enfermeiro desenvolver as habilidades e capacidades de comunicação, onde a relação terapêutica se baseia no respeito e tolerância por forma a desenvolver um modelo contratual cooperativo.

A importância que tem para o conhecimento da pessoa, a utilização de uma metodologia científica, impõe o debate sobre esta problemática, onde se considere a visibilidade ao nível das práticas através de raciocínios válidos à conceptualização dos domínios do conhecimento em enfermagem.

Estético

O conhecimento da pessoa passa pela inserção da mesma no contexto que lhe é próprio, não só na perspectiva de contexto físico circundantes como do contexto / situação em que a pessoa se encontra, sendo necessário ao enfermeiro desenvolver competências que lhe permitam dar uma resposta mais completa às necessidades fundamentais que o cliente revele como prioritárias.

O enfermeiro, enquanto profissional desenvolve habilidades que lhe permitem prever modos válidos de ajudar a pessoa a fazer a integração entre a actividade desenvolvida e o que é percebido pelo estudante, através da valorização do significado atribuído pelo cliente à necessidade de ajuda. Mas a qualidade estética da acção desenvolvida requer de facto o que é significativo para o cliente no momento da interacção e que é expresso pelo comportamento deste e pela resposta do enfermeiro.

Cuidar de alguém sugere a aproximação a uma ciência de enfermagem, na medida em que o conhecimento de factos empíricos possam ser sistematicamente organizados em concepções teóricas, em que no processo de cuidados o enfermeiro interage com a pessoa (doente ou saudável) que se encontra numa transição ou que antecipa uma transição, utilizando princípios inerentes ao cuidado como objecto vital da nossa disciplina.

Os enfermeiros parecem ter a consciência que utilizam modelos teóricos quando produzem o discurso da enfermagem, não sendo no entanto visível no quotidiano, como forma de trazer ao campo das práticas a cientificidade para as decisões tomadas pelos próprios.

Nesta medida e percepcionando a importância do Processo de Enfermagem para além de instrumento, parece dever ser considerado como método, na medida em que permita de forma sistemática, flexível, contínua intencional e interactivo, baseado em teorias de enfermagem, conhecer a pessoa em interacção e consequentemente constituir-se como a metodologia científica que dá corpo à individualização e personalização dos cuidados à pessoa.

Conhecimento de Si

Os enfermeiros têm ainda alguma dificuldade em conhecer e identificar as capacidades, qualificações e competências que desenvolvem na acção quotidiana, que contribuam efectivamente para assumir um papel mais significativo na construção e desenvolvimento da saúde das pessoas, grupos e sociedade.

A questão que se coloca é se esta situação se deve eventualmente ao estágio da identidade profissional dos enfermeiros.

A valorização do conhecimento de si assume especial importância nesta estratégia de formação, quando desenvolvida por enfermeiros reflexivos que orientam os estudantes na aprendizagem para a valorização da comunicação, enquanto processo.

A valorização da relação de ajuda pelos enfermeiros, na intervenção diária do cuidado, parece ser consonante com a referência discursiva ao potencial individual, numa interacção que promova o crescimento singular de cada um dos intervenientes.

Ético

A prática de enfermagem reflecte uma atitude de valor inerente ao objectivo de autonomia, indicando as acções que os enfermeiros desenvolvem no sentido de promoverem

na pessoa (e simultaneamente no profissional) a responsabilidade total, tão cedo quanto possível, ou capacitá-la para readquirir a responsabilidade no momento oportuno.

O enfermeiro ao adoptar uma estratégia de intervenção centrada nas necessidades da pessoa, mobiliza normas, códigos e valores, pelos quais decide o que é moralmente certo, sendo responsável pelas escolhas feitas, mas não descurando que as escolhas morais devem ser consideradas em termos da acção específica em situações concretas e contextualizadas.

Se o cuidado de enfermagem for conceptualizado para além do tradicional e mecânico, torna-se imprescindível ao enfermeiro, desenvolver habilidades e capacidades no âmbito da comunicação / criatividade, onde o outro assume um papel importante como emissor e como receptor.

Desta forma, o respeito pela individualidade e privacidade da pessoa com quem interagimos, constrói-se também pela riqueza das interacções que promovem o desenvolvimento de habilidades e competências no enfermeiro, especialmente quando estas se alicerçam no respeito e na tolerância, mobilizando para a situação, o conhecimento que o enfermeiro tem de si.

A relação interpessoal permite desenvolver uma atitude onde a pessoa veja valorizada a privacidade, a individualidade, através de diagnósticos de enfermagem em situação.

Sendo atribuída importância de valor positivo à tomada de decisão ética pelos enfermeiros, fica por clarificar se é reconhecido à pessoa um estatuto de participante activo.

Organização do cuidado de enfermagem

Científico

Os registos constituem-se como o instrumento básico mais referenciado , permitindo identificar as evidências na prática do cuidado e a utilização de métodos e instrumentos, de forma única e singular, numa perspectiva de abordagem holística à pessoa, consonante com a vertente científica da organização do trabalho. E isto na medida em que o enfermeiro só pode ter uma actuação com fundamento científico e não rotineira, se tiver por base dados exactos, concretos, organizados e registados.

O processo de enfermagem caracteriza-se pela importância em proporcionar cuidados de qualidade centrados na pessoa, individualizados a partir de uma intencional atitude científica atribuída a este processo de raciocínio.

Concebido desta forma o processo de enfermagem constitui-se como um processo de raciocínio analítico, que permita identificar o estado encontrado com a pessoa e definir (com ela) o que pode melhorar a situação.

Mas a importância atribuída à rotina no processo de cuidados parece ilustrar uma lógica preversa de utilização do processo de enfermagem na medida em que os enfermeiros se referem a um processo « mental », como estando sempre presente o raciocínio científico.

A entrevista, nesta perspectiva, parece permitir desenvolver habilidades de comunicação potencialmente mobilizadoras de relações interpessoais que permitam ao enfermeiro compreender a forma como a pessoa vivencia a sua saúde, constituindo-se também visível a acção promotora das capacidades das pessoas para lidar com as exigências da sua situação.

A qualidade da entrevista parece condicionar a qualidade da intervenção cuidativa através da cooperação das pessoas a cuidar e portanto da relação terapêutica, permitindo a sua participação na identificação dos seus objectivos e problemas, atribuindo-lhe um papel de participante activo no processo de cuidados.

A ocorrência relativa da observação como instrumento básico, sugere uma prática reflectida, conducente à tomada de decisão onde a pessoa se constitua efectivamente o centro dos cuidados, e onde o enfermeiro adopta uma estratégia de intervenção centrada nas necessidades da pessoa, afastando-se do trabalho realizado por tarefa.

A diminuta ocorrência dos princípios científicos assume – se como um paradoxo na presença da metodologia científica do planeamento, uma vez que teoricamente torna-se imprescindível identificar as necessidades de cuidados com as pessoas, mobilizando para isso os conhecimentos teóricos em situação.

Esta é uma das evidências empíricas que nos leva a reflectir sobre a importância de associar os princípios científicos à concepção da disciplina e não à instrumentalidade da mesma.

A comunicação surge sempre ligada à centralidade da pessoa no processo de cuidados, embora com baixa ocorrência, enfatizando-se a comunicação verbal e não verbal que se estabelece na relação interpessoal como pressuposto fundamental para o desenvolvimento da relação de ajuda.

Esta ocorre também de forma pouco evidente, ao contrário do que seria esperado, o que pode estar relacionado com o facto de enquanto instrumento básico se cingir apenas à relação de ajuda informal, o que em nosso entender remete a relação de ajuda para a

área da concepção da disciplina de enfermagem. Este posicionamento é suportado pela perspectiva teórica segundo a qual uma autêntica relação de ajuda requer uma aceitação dos outros na sua liberdade de criar sendo que o reconhecimento de cada pessoa não é uma entidade fixa, mas constantemente comprometida no processo de o ser.

Tradicional

O trabalho de equipa surge como o principal instrumento básico, embora não lhe seja atribuído o verdadeiro sentido teórico que o deve caracterizar.

A cooperação , entre enfermeiros e auxiliares, é na maioria das vezes entendida como uma « ajuda » no sentido da diminuição da quantidade de trabalho da enfermeira e não da melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa.

Emerge a valorização da quantidade de trabalho, onde a interdependência com outros técnicos de saúde (médicos) surge essencialmente no âmbito da prescrição de terapêutica e delegação de competências, com ênfase nos actos curativos em detrimento dos actos cuidadosos, o que conduz a uma predominância do papel delegado em relação ao papel centrado no beneficiário enquanto pessoa.

A comunicação surge como fundamental neste processo de interdependência, mas onde uma vez mais encontramos o paradoxo da « não comunicação » quando é usada uma metodologia de planeamento, não negociada com a pessoa sujeito dos cuidados, mas antes dirigida de forma padronizada ao diagnóstico clínico, e concretamente ao problema e manifestações.

Os registos considerados como elementos fundamentais de comunicação entre a equipa de saúde e essenciais à continuidade dos cuidados, caracterizam-se ainda pela não individualização dos cuidados, o que pode estar relacionado com o facto dos enfermeiros ainda organizarem os cuidados de enfermagem segundo uma concepção biomédica cujo planeamento se faz a partir de tarefas / rotinas com vista à resolução de problemas e manifestações.

Estes aspectos levantam-nos a necessidade de discutir se os enfermeiros estão em condições de estabelecer a distinção entre a rotina de pensamento e a rotina na acção, essencial para assumirem um papel de orientadores no processo de aprendizagem dos estudantes.

Emerge uma vez mais a centralidade no ser físico, no reconhecimento de sinais e sintomas físicos visando o planeamento de técnicas, numa perspectiva dualista e reducionista, próprias da utilização de princípios científicos do modelo biomédico, o que nos leva

a reforçar a necessidade de estudar os princípios científicos no âmbito dos conceitos teóricos da disciplina, concretamente os modelos teóricos de enfermagem.

A entrevista surge nesta dimensão como orientada para a obtenção de dados imediatos, não emergindo a centralidade da pessoa na mesma.

A ausência da relação de ajuda, parece reforçar a desvalorização da concepção do cuidado de enfermagem sustentada por conceitos que consideramos fundamentais, o que reforça uma vez mais a necessidade de estudar a relação de ajuda ligada à concepção da disciplina, mobilizando as perspectivas holística e humanista da pessoa, onde se valorize a autonomia da mesma e a necessidade de estabelecimento de uma relação produtiva e terapêutica.

O processo de enfermagem ocorre nesta subcategoria com um elevado número de presenças, o que nos sugere as questões – se este se constitui como metodologia científica no âmbito da resolução de problemas, porque é que surge com ênfase relacionado com o método tradicional? O que é afinal o processo de enfermagem para estes enfermeiros orientadores ?

Embora implicitamente reconhecendo o processo de enfermagem enquanto método de resolução de problemas, os enfermeiros parecem não valorizar a participação da pessoa, como sujeito de cuidados, o que pode transformar « este » processo de enfermagem em mais um conjunto de tarefas, sintético e padronizado, que como efeito preverso se pode constituir como obstáculo ao desenvolvimento de uma autonomia efectiva dos enfermeiros. Esta evidência empírica sugere uma vez mais o estudo do processo como método e não como instrumento da disciplina.

Execução do cuidado de enfermagem

Orientação para a pessoa

A comunicação surge de uma forma transversal a toda a intervenção do enfermeiro, emergindo pela atenção centrada em cada pessoa de forma particular.

A comunicação verbal expressa pela oralidade é a base de todo o processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, no entanto o enfermeiro que possui competência comunicativa torna-se disponível para a totalidade da comunicação com o utente, não se restringindo às palavras que este pronuncia.

Revela-se de extrema importância para a execução do cuidado de enfermagem com orientação para a pessoa a utilização de uma comunicação mista, essencial ao desenvolvimento de um processo relacional baseado na interacção entre duas ou mais

vimento de um processo relacional baseado na interacção entre duas ou mais pessoas, no sentido da construção de uma relação de ajuda eficaz.

Esta surge de forma inequívoca, constituindo-se como uma preocupação com a pessoa, requerendo da parte do enfermeiro uma atenção especial, manifestada pelo respeito, pela capacidade de escuta desenvolvida e utilizada em cada situação ou momento de cuidados.

A relação de ajuda aqui identificada surge quotidianamente ao enfermeiro como prestador de cuidados, de forma espontânea e de acordo com as necessidades apresentadas por cada pessoa em cada momento, o que uma vez mais nos remete para a necessidade de ser estudada como conceito central à disciplina de enfermagem e não apenas ligado à dimensão instrumentalidade.

A entrevista surge aqui enfatizada pela importância da componente humana da mesma, quando se procura que a pessoa (se) assuma como centro dos cuidados, mas onde o profissional se assume com conhecimentos e competências que permitem executar os cuidados verdadeiramente alicerçados em raciocínio científico a partir de diagnósticos de enfermagem como base para o planeamento dos cuidados.

A observação enquanto instrumento básico, permite construir um suporte de informação acerca da pessoa e da sua situação, de uma forma individualizada.

Parece emergir que a intervenção individualizada do enfermeiro está dependente da sua capacidade de observar e avaliar a individualidade e unicidade de cada pessoa em cada situação.

O trabalho de equipa não surge numa perspectiva interdisciplinar, mas no que diz respeito à equipa de enfermagem enquanto grupo profissional, ainda que não explorado nas suas múltiplas potencialidades, mas em que parece ser valorizada a sua utilização tendo em vista o bem estar da pessoa cuidada.

Orientação para a tarefa

A comunicação surge com idêntica transversalidade, embora quase sempre reduzida à dimensão informação, como mero acto de informar / transmitir, afastando-se na nossa perspectiva da concepção apresentada pelo processo comunicacional enquanto instrumento básico, pois surge aqui como desintegrada do contexto, não considerando a pessoa enquanto ser em relação.

Quando a prática de enfermagem se organiza em torno da tarefa a realizar e da doença que a determina, estas constituem-se as verdadeiras entidades, não sendo valorizado o

feed-back, o que significa que estaremos em presença do *fazer por* e não *fazer com* a pessoa.

A observação emerge a partir da tarefa como organizador da mesma, sendo que não é a pessoa o sujeito da observação, mas sim as zonas ou áreas mais directamente relacionadas com a tarefa a desenvolver, que se constituem como uma visão parcelar da pessoa o que só permite uma continuidade de cuidados standardizados.

A entrevista sendo um processo de comunicação humana, quando se dirige apenas aos problemas ou manifestações da pessoa, pode conduzir a uma perda de interligação entre esta e o contexto em que ocorre, podendo fazer com que o enfermeiro procure uma resposta pontual às questões colocadas, ao invés de estabelecer uma comunicação efectiva com a pessoa.

A referência ao trabalho de equipa, faz-nos situar numa «equipa restrita» à colaboração entre enfermeiro / enfermeiro e enfermeiro / auxiliar de acção médica, tendo em vista a consecução de determinadas tarefas, em que o objectivo comum parece ser a realização dessa tarefa com sucesso, como resposta pontual, onde nem sempre as reais necessidades da pessoa são consideradas.

Duma forma geral e quanto à execução do cuidado de enfermagem, parece-nos que

- a competência para gerir situações imprevisíveis no processo de cuidados, assume um sentido importante na lógica da autonomia e interdependência essencial ao desenvolvimento da disciplina de enfermagem. Importa no entanto, perceber se adquire uma dimensão interprofissional ou apenas intraprofissional.
- A valorização da standardização já anteriormente identificada no âmbito da organização do processo de cuidados, quanto à rotina, parece estar também presente no tema execução do cuidado, pela importância atribuída à existência de plano de cuidados tipo pelos enfermeiros, como mais um efeito perverso do processo de enfermagem.

Registo do cuidado de enfermagem

Descritivo

O registo de cuidado de enfermagem é considerado por nós como um instrumento transversal na medida em que o « que » se regista (conteúdo) e o « quê » se regista

(natureza), reflectem em grande parte uma concepção de cuidado, uma forma particular de o organizar e um tipo de orientação particular no que se refere à execução do mesmo. O registo como « documentação » do cuidado de enfermagem, permite a transversalidade traduzida num conhecimento da pessoa – sujeito de cuidados, sintetizado nos registos, revelando-se de grande utilidade na utilização de todos os instrumentos básicos.

O registo descritivo constitui-se no primeiro « encontro informativo », parecendo revelar uma concepção e organização do cuidado tradicional, bem como uma execução mais dirigida à tarefa.

Emerge ainda um sentido não concordante com a centralidade da pessoa no processo de cuidados, postulado pela concepção da disciplina de enfermagem.

A complexidade do cuidar requer a existência de uma documentação de processo de cuidados que vá além da mera informação, o que parece constituir-se na natureza dos registos analíticos.

Analítico

A elaboração dos registos analíticos parece contribuir para o planeamento, execução e avaliação dos cuidados prestados, individualizando-os e assegurando a sua continuidade, de forma progressiva, inerente ao cuidado profissional com fundamento científico.

Natureza

A questão que se nos coloca é saber se os registos se focalizam apenas nas acções envolvidas pelos enfermeiros ou, mais do que isso, nas respostas das pessoas a essas mesmas acções. E isto no sentido de percebermos em que medida a descrição das acções / procedimentos reduz os registos a uma dimensão instrumental / tarefizante.

Salientamos que da análise dos documentos produzidos pelos estudantes, emergem algumas limitações aquando da identificação da necessidade de utilização deste instrumento básico, para uma adequada intervenção no cuidar.

Os registos denotam ainda uma perspectiva medicocêntrica patenteadas na execução do cuidado, focalizada essencialmente na necessidade do enfermeiro registar alterações, limitando-se essencialmente à descrição de saúde com vista à continuidade de cuidados, em consonância com o analisado na subcategoria orientação para a pessoa.

A continuidade dos cuidados é a finalidade dos registos mais referenciada no estudo.

De uma forma geral e no que concerne ao Registo do cuidado de enfermagem, podemos dizer que:

- O conteúdo descritivo com uma orientação objectiva, factual e padronizada, parece relacionar-se com uma orientação para a tarefa, aquando da execução.
- O conteúdo analítico sugere uma orientação para a pessoa onde emerge a reflexividade na acção consubstanciada pelo referido na organização do cuidado de enfermagem.
- Do registo centrado nas acções emerge uma perspectiva instrumental e tarefizante dos registos, decorrente de uma execução orientada para a tarefa, onde a concepção e a organização do cuidado se desenvolve numa perspectiva do tradicional.
- No registo centrado nas respostas da pessoa cuidada transparece a intenção de adquirir conhecimentos sobre bem – estar da pessoa, o que parece consonante com uma concepção e organização do cuidado baseado nas novas perspectivas do cuidar.

7 – UM MODELO DE ANÁLISE EM CONSTRUÇÃO

Os resultados do presente estudo, embora tenhamos a consciência das limitações do mesmo, pelo facto de ser desenvolvido numa dialéctica entre a aprendizagem do estudante em relação ao que é ser enfermeiro e a este como cooperante activo na referida aprendizagem inerente ao processo de formação em enfermagem.

Ainda assim e a partir do esquema de análise proposto na p. 69, pensamos estar em condições para assumir que o conhecimento empírico aqui referenciado, constituído pelas formas de conhecer e determinar valores, acerca do que é conhecido e do que é seguro conhecer, tanto pelos estudantes como pelos enfermeiros, na medida em que derivam de dados captados pelos sentidos, da observação e de experiências, dados esses que são prováveis e verificáveis no mundo físico-material concreto.

As preocupações epistemológicas que nos assistem quotidianamente, suportam o desenvolvimento de um estudo na sequência deste, pelo qual procuremos investigar a origem, a natureza, os métodos e os limites do conhecimento em enfermagem, partindo das noções do que conhecemos e procurando clarificar a estrutura do referido conhecimento epistémico, isto é, o conhecimento em si, as condições para o adquirir e as formas desse conhecimento.

Pretendemos fazê-lo na continuidade da concepção da disciplina a partir dos domínios do conhecimento propostos por Carper (1997), mas onde as outras dimensões do processo de cuidados por nós estudadas apenas quanto à instrumentalidade da disciplina, serão estudadas a partir das interacções de humano para humano (com génese em situações de cuidar) nas quais as pessoas são influenciadas através da relação transpessoal (Watson) e transcultural (Leininger).

As Limitações do Estudo

A investigação é um processo dinâmico, que se constrói em torno da tensão inerente ao movimento intersubjectivo, interpessoal e transdisciplinar.

Assim, existem limitações neste estudo inerentes a vários factores, que procurámos ultrapassar transformando os pontos fracos ou constrangimentos em oportunidades de melhoria do estudo, nas dimensões: Teórica, Metodológica, Analítica e das Conclusões.

Ao assumirmos uma investigação em grupo, onde as competências investigativas dos intervenientes eram bastante diferenciadas, fizemo-lo conscientes da necessidade de mobilizar este facto como mais valia ao desenvolvimento do auto e do interconhecimento, através do método utilizado.

Estudar a disciplina de enfermagem, a partir da interacção de estudantes com enfermeiros no processo de cuidados, constituía-se no risco de ficar agarrado a um objecto de estudo de orientação pedagógica. Procurámos ultrapassar esta limitação, usando de rigor com a metodologia de investigação adoptada e utilizando um quadro teórico forte que suportou a análise através de um esquema emergente do próprio movimento de investigação.

Sobre os dispositivos de recolha e construção de dados, interessa referir que quanto ao questionário elaborado para o efeito, revelou-se a dificuldade em garantir a sua congruência interna e externa, na medida em que não foi identificada a necessidade de alteração decorrente do pré-teste, mas no tratamento e análise de dados identificou-se a necessidade de transformar (através do SPSS) algumas variáveis por forma a possibilitar uma análise mais compreensiva dos dados produzidos. Ainda nesta dimensão, salientamos como principal constrangimento a possibilidade da gestão do tempo, por cada um dos elementos do grupo, por forma a possibilitar ter-se avançado na análise multivariada dos dados, o que assumimos deixar para a continuidade deste estudo.

Identificamos também como limitação, o facto de pela impossibilidade da análise multivariada não podermos concluir da validade do esquema de análise proposto, considerando-se este, no entanto, como mais valia enquanto proposta para desenvolvimento e continuidade do estudo no âmbito da disciplina de enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

No âmbito da Enfermagem como Disciplina

Amendoeira, José (1996) – O processo de cuidar na orientação de alunos em ensino clínico. Enfermagem, 3, Jul/Set 1996, APE, pp. 20-27

Amendoeira, José (1998) – O estatuto dos cuidados de enfermagem. Pensar Enfermagem, 1 (2) 2º semestre de 1998. Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, pp. 18-22

Amendoeira, José et al (1999) – Registos de enfermagem. Possível influencia de um modelo teórico de enfermagem na elaboração das notas de evolução. Lisboa. SEP.

Amendoeira, José (1999) - A formação em enfermagem. Que conhecimentos? Que contextos?. Dissertação de mestrado em sociologia. Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. (Não publicado – Centro de Documentação ESEnfS)

Amendoeira, José (1999) – Do meu doente aos doentes do serviço. Aprender o cuidado de enfermagem na interdisciplinaridade. Dissertação apresentada a concurso para Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Santarém. (Não publicado – Centro de Documentação ESEnfS)

Amendoeira, José (2000) – O cuidado de enfermagem. Intenção ou acção, o que pensam os estudantes de enfermagem. Nursing. Jul / Ago pp 8-14

Amendoeira, José (2000) - O Cuidado de Enfermagem. Que sentido(s)? IN: Costa, Arminda Mendes e tal (2000) – Ensino de Enfermagem. Processos e percursos de formação. Balanço de um projecto. Lisboa. Departamento de Recursos Humanos da Saúde

- Barroso, Isabel M.R.R (2000) – A pessoa tem corpo. Que corpo ? que Pessoa ? Dissertação de mestrado em sociologia. Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. (Não publicado – Centro de Documentação ESEnfS)
- Benner, Patrícia (1984) – De iniciado a perito. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carper, Barbara A. (1997) - Fundamental patterns of Knowing, pp 247 – 255, In: Nicoll, Leslie H. – Perspectives on nursing theory. Philadelphia, Lippincott
- Coelho, Teresa (2000) – Aspectos relacionais do cuidar: A pessoa doente em fase terminal. Universidade Católica Portuguesa. Faculdade de Teologia - Faculdade de Ciências Humanas. (Não publicado – Centro de Documentação ESEnfS)
- Collière, M. F. (1988). Promover a vida: da prática das mulheres de virtudes aos cuidados de enfermagem. (M. L. Abecassis, trad.). Lisboa: SEP
- Collière, Marie Françoise (1989) – Promover a vida. Lisboa: SEP
- Crozier, Michel e Friedberg, E. (1977) – L’acteur et le système. Les contraintes de l’action collective. Paris: Seuil
- Dickoff e James (1978) – A theory of theories: a position paper. Nursing Research, vol. 17, pp. 197-203.
- Donaldson, Sue K.; Crowley, Dorothy M. (1997). The discipline of nursing, pp 235-245. In: Nicoll, Leslie H. (1997). Perspectives on nursing theory. Philadelphia, Lippincott
- Dubar, Claude (1997) – A socialização. Construção das identidades sociais e profissionais. Porto: Porto Editora.
- Engelbreton, Joan – A Multiparadigm approach to nursing. Advanced Nurses. 20 (1) 1997, pp. 21-33

- Grais et al (2000) – A importância da comunicação e dos registos na organização dos cuidados. In: Costa, M. A; Mestrinho, M. G. e Sampaio, M. (2000) – Ensino de enfermagem: processos e percursos de formação – Balanço de um projecto. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Grais et al (2001) – A importância da comunicação e dos registos na organização dos cuidados. In: Ensino de Enfermagem: Processos e percursos de formação – Balanço de um projecto.
- Hesbeen, Walter (2000) – Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, Walter (2001) – Qualidade em Enfermagem – Pensamentos e acção na perspectiva do cuidar. Loures: Lusociência.
- Lopes, Manuel J. (2000) – Concepção de enfermagem e desenvolvimento socio-moral. Alguns dados e implicações. Lisboa: APE
- Martin, Christianne (1995) - Cuidados de enfermagem uma disciplina: condições e acessos. Conferência pronunciada em Bruxelas. Cruz Vermelha Suíça. Texto polycopiado, 14f.
- Martin, Christianne (1995) – Les soins infirmiers, une discipline: conditions et enjeux. Bruxelles. Croix Rouge Suisse, pp1-7
- Meleis, A I. (1991) – Theoretical Nursing: Development and progress. 2ª ed. Philadelphia: Lipin Cott.
- Miller, Audrey (1985) – The relationship between nursing theory and nursing practice. “Journal of Advanced Nursing”, Oxford: vol (10), pp. 417-424.
- Orem, Dorothea E. (1987) – Soins infirmier: les concepts et la pratique. Montréal : De-corie, 359p.

Phaneuf, M. (2001) – Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado. Coimbra: Quarteto.

Kérouac, Suzanne et al (1994) – La pensée infirmière. Conceptions et stratégies. Laval: Édition Études Vivantes, 162p.

Rebelo, Teresa (1998) – Do fazer ao dizer enfermagem. Que obstáculos ?. Enfermagem. 10 Abr- Jun, pp.14-20

Reis, Alcinda (2002) – Cuidar idosos: uma construção cultural para o estudante de enfermagem. Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. (Não publicado – Centro de Documentação da ESEnfS)

Ribeiro, Lisete F. (1995) – Cuidar e tratar: Formação em enfermagem e desenvolvimento sócio moral. Lisboa: Educa

No âmbito da Investigação em Enfermagem

D’Ancona, Maria Angeles (1996) – Metodologia cuantitativa. Estratégias y técnicas de investigacion social. Madrid. Editorial Sinesis.

Giglione, R. e Matalon, B. (1993) – O inquérito, teoria e prática, 2ª ed., Oeiras: Celta Editora,

Kerlinger, Fred N. (1979) – Metodologia de pesquisa em ciências sociais. Um tratamento conceitual. Brasil. Editora Pedagógica e Universitária

Pestana, M.H. e Gageiro, J.N. (1992) – Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS. Lisboa. Edições Sílabo

Swanson, K. M. (1991) – Empirical development of a middle range theory of caring. In: Nursing Research, vol. 40 (3), May-June.

De âmbito geral

Dubar, Claude (1997) – A socialização. Construção das identidades sociais e profissionais. Porto: Porto Editora.

Goodson, Igor F. (1977) – A construção social do currículo. Lisboa: Educa, 111p.

Kozier, Michel e Friedberg, E. (1977) – L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective. Paris: Seuil.

Mintzberg, Henry (1996) – Estrutura e dinâmica das organizações. Lisboa: Círculo de Leitores, 537p.

Sá-Chaves (1998) – Percursos de formação e desenvolvimento profissional. Porto: Porto Editora.

Tavares, José (1997) – A formação como construção do conhecimento científico e pedagógico. In: Sá-Chaves, Idália (org.). Percursos de formação e desenvolvimento profissional. Porto: Porto Editora..

ANEXOS

Anexo I - Questionário