

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS

CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS CONTINUADOS:
CADA CASO É UM CASO

Gina Maria Da Silva Marques

Dissertação de Mestrado em Sociologia

Políticas Públicas e Desigualdades Sociais

AGOSTO, 2009



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS

CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS CONTINUADOS:
CADA CASO É UM CASO

Gina Maria Da Silva Marques

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Sociologia, realizada sob orientação científica do Professor Doutor Casimiro Marques Balsa e sob coorientação científica do Professor Doutor José Joaquim Penedos Amendoeira

AGOSTO, 2009



*A todos os que verdadeiramente cuidam,
Especialmente aos que cuidam de mim:
meus pais, Raul e Conceição;
meu irmão, Carlos;
a Luísa,
a Bárbara,
os meus amigos.*

*Reconhecer todo outro ser humano
como uma pessoa, significa agir
em relação a ele do modo
a que nos obrigam moralmente
as propriedades de uma pessoa*

Kant

AGRADECIMENTOS

Existem palavras que pela sua familiaridade e regularidade com que as utilizamos todos os dias, parecem ser insuficientes quando as queremos usar em situações particulares, com pessoas que nos são especiais e únicas, para quem achamos que um obrigado é pouco, mas ainda assim cremos que é a mais adequada.

OBRIGADO:

- Ao Senhor Professor Doutor Casimiro Balsa, pela sábia orientação neste processo;
- Ao Senhor Professor Doutor José Amendoeira, pelo apoio e acompanhamento incondicional;
- Ao Senhor Coordenador da Sub-Região de Santarém, pela autorização do acesso à equipa de Cuidados Continuados Integrados;
- À Senhora Enfermeira Ana Silva, pela atenção e apoio dispensado e pelos afectos que transmite em cada gesto e em cada palavra;
- À Senhora Enfermeira Ana Paula Guilherme, pela disponibilidade sempre dispensada;
- A toda a equipa de enfermeiros dos Cuidados Continuados Integrados, pois sem a sua pronta participação, este trabalho não teria sido possível;
- Ao Conselho Científico da Escola Superior de Saúde de Santarém, pela disponibilidade concedida para o desenvolvimento deste estudo;
- À professora Isabel Barroso pelo seu apoio;
- À Sissi, por sempre me escutar;
- A todos os colegas, pelo apoio sempre manifestado.

RESUMO

Nesta investigação estudámos as assimetrias nas interacções enfermeiro-utente no âmbito dos cuidados de saúde, através de uma estrutura teórica organizada em torno da sociologia da acção, enquanto entendimento da actividade social como um produto da actividade humana. Quisemos analisar a prática quotidiana dos cuidados de enfermagem com o intuito de compreender o processo de cuidados a partir da experiência e do significado subjectivo dos enfermeiros.

As questões de partida: As assimetrias veiculadas nas interacções no âmbito dos cuidados de saúde são produtoras de desigualdades sociais? Como é que o enfermeiro gere os processos de saúde, doença no processo de cuidados considerando a existência de assimetria na interacção?

Definimos como objectivos:

Compreender se as assimetrias nas interacções entre o enfermeiro e o utente em Cuidados Continuados são produtoras de desigualdades sociais;

Compreender de que forma o enfermeiro usa o poder no processo dos cuidados de saúde em cuidados continuados.

Para observação e análise do fenómeno, seleccionámos um contexto de cuidados continuados integrados, por aí se produzirem relações sociais complexas estabelecidas entre actores mediadas pelas normas orientadoras e a apropriação de significado feita por cada enfermeiro em interacção com os utentes.

Este estudo é de cariz qualitativo e descritivo. Os dados foram produzidos com recurso à entrevista semi-estruturada submetendo-se o corpus produzido, à análise de conteúdo temática e estrutural que permitiu a observação de regularidades sociais operacionalizadas em características na acção do enfermeiro, cujo conteúdo foi organizado em torno de dois eixos de análise, um por referência à modalidade da acção e outra por referência ao estatuto do utente na acção do enfermeiro.

Como principais conclusões destacamos:

Pela intersecção do conjunto de características da modalidade de acção: “a prática nunca é a mesma” com o “estatuto singular do utente” as mesmas apontam para características na actuação do enfermeiro que possibilita a edificação de relações que embora sejam assimétricas, afastam a possibilidade da ocorrência de uma desigualdade com princípio nas interacções com os utentes no processo de cuidados em contexto de cuidados continuados.

As características do poder afecto a tais características, sugerem que o conhecimento do enfermeiro é parte essencial do seu reconhecimento profissional, mas esse mesmo conhecimento não lhe confere poderes especiais sobre os utentes, antes o seu conhecimento de especialista é de saber-fazer para se adaptar à singularidade de cada situação.

Também pela intersecção das características da modalidade de intervenção: “a prática é sempre a mesma” com o “estatuto indiferenciado do utente” compreende-se que a inércia, a certeza, a imposição na acção do enfermeiro potencia a assimetria e a distância social na relação com os utentes; o estatuto passivo do utente no seu processo de cuidados destitui-o de poder e submisso ao enfermeiro.

Tais características potenciam as assimetrias de poder tidas como desnecessárias no âmbito dos cuidados de saúde e a um nível ainda que restrito, não deixa de ser possível que sejam objectivadas desigualdades sociais, nas interacções condicionadas pelas características da acção do enfermeiro baseadas na desigualdade da posição do utente na equipa de saúde.

ABSTRACT

In this investigation we tried to study the asymmetries in the interactions between nurse-patient in the scope of the health care, through a theory structure organized within the sociology of action of social activity understanding as a product of human activity. We wanted to analyze and understand the daily practice of nursing care giving within the process of care from the experience and subjective meaning of nurses.

Initial questions: Are the asymmetries expressed in the interactions in the scope of health care producers of social inequalities?

How does the nurse manage health processes, disease within the care process taking into consideration the existence of asymmetry in the care?

Our objectives:

To understand if the asymmetries in the interactions between nurse-patient in Continuous Care produce social inequalities;

To understand the way the nurse uses power in the process of health care in continuous care.

For the observation and analysis of the phenomenon, we selected an integrated continuous care context, because there are produced complex social relationships established between actors, mediated by guiding norms and the appropriation of meaning by each nurse who interacts with the patients.

We considered this qualitative and descriptive study, for the production of data we use the semi-structured interview and for the analysis of the corpus produced, the analysis of content thematic and structural that allowed the observation of social regularities operated in the characteristics of the nurse's action, which content was organized around two axis of analysis, one by reference to the modality of action and the other by reference to the status of the patient in the nurse's action.

As main conclusions we highlight:

Through the intersection of the set of characteristics of the modality of action: "the practice is never the same" with "the singular status of the patient" the same point to characteristics in the nurse performance, which enable the edification of relationships despite being asymmetrical, keep off the possibility of occurring an inequality based on the interactions with patients within the process of care in the context of continuous care.

The characteristics of the power inherent to those characteristics, suggest that the knowledge of the nurse is an essential part of his professional recognition, but that knowledge does not confer to him special powers on the patients, in fact his specialist knowledge is the know how to adapt to the singularities of each situation.

Through the intersection of the characteristics of the modality of intervention: "the practice is always the same" with "the undifferentiated status of the patient" we understand that the inertia, the certainty, the imposition in the nurse's action potentiate the asymmetry and social distance in the relationship with the patients; the passive status of the patient in his care process dismisses him from power and submitted to the nurse.

Such characteristics potentiate the asymmetries of power seen as unnecessary in the scope of health care and in a level yet restricted, it is possible that they are embodied social inequalities, in the interactions conditioned by the characteristics of the nurse's action based on the inequality of the position of the patient in the health team.

ÍNDICE

	P.
Introdução	1
Capítulo I: Enquadramento conceptual	3
I.1 – A problemática	4
I. 2 – O objecto de estudo – As interacções sociais no contexto social dos cuidados de saúde	10
I. 3 - Prestação de cuidados de saúde – Quadros de produção do social	14
I.3.1 – Do encontro entre perito e doente ao encontro entre parceiros sociais.....	17
I.3.1.1 – Cuidados de enfermagem: a deslocação de uma orientação de racionalidade técnica para um modelo de ciência humana.....	23
I. 3.2 – O conceito de saúde e de doença é construído por experiências e significados	28
I.3.2.1 – As significações pessoais de saúde / doença.....	30
I. 3. 4 – Estatuto das interacções na construção da equidade nos cuidados de saúde.....	32
I. 3. 5 – A confiança e a mediação na interacção social no âmbito dos cuidados de saúde	38
I.3.6 – O poder nas profissões.....	41
I.3.6.1 – A perspectiva de poder nas profissões segundo o modelo de Johnson.....	41
I.3.6.2 – A perspectiva de poder nas profissões segundo o modelo de Freidson.....	42
I. 3.7 – Cuidados Continuados Integrados: um contexto de interacção enfermeiro-utente no sistema de cuidados de saúde.....	44
Capítulo II: Metodologia	49
II. 1 – Considerações epistemológicas e metodológicas	50
II. 2 – Contexto da investigação e os informantes	54
II. 3 – O método e a técnica de pesquisa.....	56
II. 4 – Tratamento e análise dos dados.....	59
II.5 – A produção das interacções enfermeiro-utente nos cuidados de saúde: reflexo da acção e da estrutura.....	66

Capítulo III: Descrição e análise compreensiva dos dados	72
III.1 – Interação enfermeiro-utente uma aproximação à modalidade de intervenção: “A prática nunca é a mesma”.....	73
III.2 – Modalidade de intervenção: “A prática é sempre mesma”.....	90
III.3 – Interação enfermeiro-utente “Estatuto singular do utente”	101
III.4 – Interação enfermeiro-utente “Estatuto indiferenciado do utente”.....	116
III.5 – Características da interação enfermeiro-utente no processo de cuidados dos cuidados continuados.....	127
III.5.1 – Interação enfermeiro-utente: “A prática nunca é sempre a mesma”..	127
III.5.2 – Características da modalidade de intervenção: “A prática é sempre a mesma”.....	129
III.5.3 – Estatuto singular do utente no processo de cuidados.....	131
III.5.4 – Estatuto indiferenciado do utente no processo de cuidados.....	133
IV – Síntese.....	137
V – Conclusões e Sugestões.....	146
Referências Bibliográficas.....	150
Lista de quadros	159
Apêndice A: Guião de entrevista aos participantes do estudo.....	i
Apêndice B: Codificação das disjunções e associações na análise do <i>corpus</i>	ii

LISTA DE ABREVIATURAS

cod. – coordenação

Dec. – decreto

ed. – edição

et. al. – e outros

ib. - Ibidem

n^o- número

p. – página

s.d – sem data

vol. – volume

INTRODUÇÃO

As nossas vivências anteriores enquanto enfermeira da prática clínica, e na actualidade como docente de enfermagem e a nossa sensibilidade para a questão das relações interpessoais nos cuidados de saúde, são as dimensões subjacentes à temática da presente investigação.

Estudos actuais referem que o desenvolvimento indiscutível que é reconhecido nas ciências e tecnologias ao serviço da saúde não têm reflexo similar em todas as suas dimensões, nomeadamente na prestação de cuidados directos aos utentes.

Nesta área de cuidados de saúde, reconhecem um empobrecimento da relação interpessoal entre os profissionais de saúde e os utentes, e uma assimetria em desfavor do segundo cujas causas não se esgotam na diferença de conhecimentos específicos necessários e reconhecidos aos profissionais de saúde.

Também algumas investigações apontam como conclusões que os cidadãos utilizadores de cuidados de saúde desejariam ter um papel mais activo no seu processo de cuidados.

O actual discurso das Políticas Públicas de Saúde reconhece ao cidadão um papel de centralidade no seu processo de cuidados, no entanto as características da estrutura organizativa das instituições de saúde parece dar efectivamente a outros actores a centralidade deste processo.

Estes são alguns dos pontos que fazem emergir a prestação de cuidados aos utentes dos sistemas de cuidados de saúde como espaço importante de reflexão, pelas consequências e implicações para os resultados de saúde e bem-estar dos cidadãos e sociedade em geral.

Destacamos a atenção individual do cuidado, em que consideramos as interações estabelecidas entre os profissionais e os utentes de cuidados de saúde, uma área importante de estudo. Este estudo é no sentido de melhor conhecer e compreender as interações estabelecidas entre os utentes e os profissionais de saúde, pelo impacto significativo que operaram em termos de resultados de saúde tanto numa dimensão individual como colectiva nas actuais sociedades.

Este trabalho é constituído por cinco capítulos principais de que destacamos:

Capítulo I – Neste capítulo explicitamos o nosso problema empírico, e abordamos alguns eixos teóricos (enquadramento conceptual) que consideramos estruturantes para a construção do nosso objecto de estudo;

Capítulo II – Refere-se às opções e caminhos metodológicos seguidos, e a técnica usada para a construção e análise do corpus;

Capítulo III – Análise e discussão compreensiva dos dados, corresponde à análise e compreensão dos dados.

Capítulo IV – Síntese, no qual procuramos integrar e analisar as principais características dos eixos identificados.

Capítulo V – Conclusões e Sugestões, neste capítulo apresentamos as principais conclusões do estudo e as sugestões decorrentes do mesmo.

Capítulo I: Enquadramento conceptual

I. 1- A problemática

Enquanto enfermeira prestadora de cuidados de saúde e actualmente enquanto docente de enfermagem, a reflexividade na nossa acção bem como na abordagem da formação de novos enfermeiros tem sido uma competência por nós sempre desenvolvida e privilegiada.

Relacionando-se a nossa experiência profissional com a prestação de cuidados de saúde em meio hospitalar, na nossa forma de estar reflectida, uma das inquietações sentida e transversal ao nosso percurso profissional refere-se às interacções estabelecidas entre os profissionais de saúde e os utentes desses cuidados.

A nossa experiência bem como a revisão de literatura permitem-nos afirmar que, para cada pessoa ter necessidades de cuidados de saúde é vivido de modo particular e único por cada uma, constituindo-se ainda assim, quase sempre como uma circunstância de desordem na complexidade da experiência da vida humana. O que pode considerar-se uma vulnerabilidade para a pessoa enquanto utente de cuidados de saúde.

Fazendo parte de uma sociedade cuja constituição se baseia numa concepção democrática, onde no plano discursivo das políticas de saúde, o utente dos serviços de saúde é considerado o centro dos cuidados, a par com o desenvolvimento tecnológico que se tem verificado nas últimas décadas a favor dos serviços de saúde, a nossa inquietude advém de constatarmos que o utente nos actuais serviços de saúde nacionais confronta-se com práticas, onde embora nem todos os aspectos sejam negativos, na relação entre profissionais de saúde e os utentes prevalece sobretudo a subalternidade em que o utente é colocado numa posição de inferioridade e a aproximação entre ambos, dificultada por uma cultura autoritária dos primeiros sobre os segundos.

É por este sentir que para nós, o encontro entre quem procura resolver uma necessidade de saúde / doença e quem está social e profissionalmente habilitado para o resolver assume-se como uma particularidade de grande importância.

Monteiro (2002), Caprara e Rodrigues (2004) referem que os profissionais de saúde, nomeadamente os médicos, estabelecem com os utentes uma relação desequilibrada, não colocando os utentes no mesmo plano, estabelecendo-se uma relação assimétrica em que o

profissional por deter um corpo de conhecimentos que não partilha com o utente, submete-o a uma relação de dependência e fragilidade.

Assim compreende-se que na actualidade, uma das principais manifestações referidas pelos utilizadores dos actuais sistemas de cuidados de saúde, prende-se sobretudo com particularidades na relação estabelecida com os profissionais de saúde.

Rodrigues e Caprara (2004) em estudo realizado junto de médicos e doentes apontam alguns factores que poderão contribuir para potenciar a assimetria da relação médico-doente nomeadamente: 1 - a proxémica, ou seja a distância física entre estes é um factor importante a ser considerado; relativamente à dimensão comunicação, concluem que 39,1% dos médicos estudados não explicam de forma compreensiva e clara os problemas; 2 - em 58% das consultas não verificam o grau de entendimento do doente sobre as indicações terapêuticas; 3 - o tempo médio de consulta é de nove minutos; 4 - 91,4% dos médicos não exploram os medos e ansiedades dos doentes; 5 - os profissionais do estudo não reconhecem o seu doente como sujeito capaz de assumir a responsabilidade com o cuidado pela sua própria saúde; 6 - também não desenvolvem a autonomia e participação do utente no processo de adesão ao regime terapêutico, bem como formas de prevenção de doença e promoção da saúde.

Esses resultados estão em sintonia com outros trabalhos, mostrando que a maioria das manifestações dos utentes fazem referência a problemas comunicacionais com os profissionais de saúde e não propriamente com a sua competência profissional, Soares e Lunardi (2003) consideram “apesar dos avanços na área do diagnóstico e do tratamento, relações mais simétricas entre clientes, profissionais da saúde e instituições, parecem-nos ainda não terem avançado suficientemente. São muitas as situações do quotidiano profissional que demonstram uma relação, predominantemente autoritária, paternalista e de obediência”.

Algumas investigações apontam como conclusões que os utentes desejariam ter um papel mais activo no seu processo de cuidados, apontando o desenvolvimento das tecnologias nos cuidados de saúde como um dos factores conducentes ao empobrecimento da relação interpessoal entre os profissionais de saúde e os utentes, onde também é identificada uma assimetria em desfavor do utente cujas causas não se esgotam na diferença de conhecimentos.

Concordando com Lopes (2004), na concepção de saúde, a mesma deve ser sempre considerada em diferentes dimensões: física, psíquica e social decorrentes da complexa

interacção entre as suas várias facetas, reflectindo o sistema social e cultural, sendo a doença apenas uma das numerosas manifestações de um desequilíbrio básico do organismo.

A relação que os utentes estabelecem com os profissionais de saúde, sendo terapêutica, assume efeitos positivos na satisfação bem como tem influência positiva directa sobre o estado de saúde dos utentes, (Fallowfield 1990; White, 1992; Dixon e Sweeney, 2000; Amendoeira, 2006^a).

Na área da sociologia, o estudo das interacções no contexto dos cuidados de saúde tem sido efectuada mais frequentemente por referência ao médico. Por sermos enfermeira gostaríamos de compreender melhor, como se caracteriza a interacção enfermeiro-utente. Assim no presente estudo, privilegiamos as relações entre os utentes de cuidados de saúde e os enfermeiros, prestadores de cuidados de saúde.

O enfermeiro é elemento integrante da equipa de saúde, e segundo o DL n°161/1996 que Regulamenta o seu Exercício Profissional (REPE):

" é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária".

No enquadramento conceptual dos cuidados prestados pelos enfermeiros emanados pela Ordem profissional

"...o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural...a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel..." e ainda " Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, prevendo-se ser vantajoso o assumir de um papel de pivot no contexto da equipa" (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Na actualidade, na enfermagem presume-se que o cuidar é o enfoque distintivo e unificador da profissão, e é definido como um "fenómeno abstracto e concreto relacionado com a assistência, o apoio ou a capacitação de experiências ou de comportamentos para os outros ou por outros com necessidades evidentes ou antecipadas para melhorar uma condição humana ou forma de vida" em que a cura não pode ocorrer sem o cuidado, mas o cuidado pode ocorrer sem a cura (Leininger, 1991 citado em George, 1993, p.299). Sendo a concepção de cuidar enquanto operador ideológico da perspectiva holística do indivíduo opositora ao tratar/curar (Lopes, 2001, p.59).

Concordamos com Kim (1997) na medida em que a interação enfermeiro-utente exige crucial atenção, porque é através da mesma ou no seu contexto que os cuidados de saúde ocorrem, neste sentido compreender os seus contributos para obter resultados terapêuticos, contribuirá para aperfeiçoar a intervenções dos enfermeiros no sentido do bem-estar dos utentes de cuidados de saúde (citado em Lopes, 2006 p.87).

Gândara (1997) conclui, que maioritariamente o enfermeiro usa o poder como forma de dominação, apontando para uma relação entre o enfermeiro e o utente predominantemente de obediência, tornando-se numa forma de poder violento por se constituir numa forma de submissão e coacção.

A constituição da interação como a operação de relações de poder, é entendida como a capacidade para assegurar resultados, cuja realização depende da actividade de outros. E assim alguns têm poder sobre outros, ou seja dominação (Giddens, 1993, p.126).

O mesmo autor afirma:

“a legitimidade do especialista funde-se no seu saber, mas este não é o seu monopólio e nem pode estar seguro de que a posse destes lhe garante de forma automática, a confiança, e muito menos que a sua verdade seja incontestável. A sua posição enquanto perito advém basicamente do desequilíbrio entre as suas habilidades e informações e as do leigo” (Giddens 1997, p.104).

Esta interação pode ser regulada num modelo centrado no profissional de saúde, no qual o utente é considerado como sujeito passivo à mercê das decisões do profissional de saúde e constituir uma relação desigual e distanciada. Ou este encontro pode ser “aberto” em que profissional de saúde e utente, são parceiros com capacidade e poder para se influenciarem mutuamente, neste modelo a competência técnica do profissional não é colocada em causa, cabendo-lhe sobretudo o papel crucial de estruturar a interação e orientar o diálogo (A. Strauss, 1992, citado em Herzlich et al., 2001, p.103).

No discurso das Políticas Públicas de Saúde é reconhecido ao cidadão a centralidade no seu processo de cuidados, o Relatório Português da Primavera 2006, apresenta como um dos princípios de boa governação o conceito de equidade, definida como um processo em que “todos têm oportunidades de se envolver nos processos de decisão para melhorar e manter o seu bem-estar (...)”, no entanto as características da estrutura organizativa das instituições de saúde parecem reconhecer antes a outros actores dos sistemas de cuidados de saúde a centralidade deste processo.

Também princípios de igualdade de oportunidades estão presentes na definição de equidade da Organização Mundial de Saúde preconizando uma oportunidade justa para todos todavia, Whitehead afirma que “equidade em saúde, tem sido definida, dada a

importância das desigualdades existentes, pelo seu oposto, iniquidade em saúde refere-se a diferenças desnecessárias e evitáveis, e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis” (citado em Giovanella 1996, p.16). O termo iniquidade assume nesta medida uma dimensão ética e moral.

Cabral et al. (2002) em estudo realizado sobre a Saúde e Doença em Portugal, concluem que é indiscutível o facto de a maioria dos Portugueses se colocarem efectivamente, de forma passiva perante os profissionais de saúde (p.288).

Lunardi (1997) em conclusões de um estudo aponta alguns factores que concorrem para, que se perpetue e mantenha o utente numa relação de dependência para com os profissionais de saúde, e afirma designadamente: a falta de informação sobre o seu próprio processo de saúde-doença; as diferenças de linguagem entre o utente e o profissional de saúde, sem que haja dos segundos uma preocupação significativa no sentido de tornar esta relação menos assimétrica; as características da estrutura organizativa das instituições de saúde, entre outros (citado em Soares e Lunardi, 2003).

Acreditamos que a interacção nos cuidados de enfermagem é a essência desses cuidados, tendo esta como finalidade a procura de um resultado terapêutico no utente de cuidados. Em nosso parecer, as características da interacção no encontro entre o enfermeiro e o utente podem ter influência sobre a saúde e bem-estar, do último. Realçamos aqui os enfermeiros enquanto profissionais de saúde autónomos e também mediadores entre as estruturas e as práticas de cuidados de saúde.

Estes pontos de reflexão destacam a temática da interacção entre o utente e o enfermeiro como geradoras e operadoras de um meio de grande complexidade e inquietude, tendo em conta o plano intersubjectivo que encerram, abrindo um espaço importante de análise e compreensão dos seus elementos constitutivos.

Com esta pesquisa queremos chegar a um ponto de melhor compreensão da interacção entre o enfermeiro e o utente no âmbito dos cuidados de saúde e fazê-lo através da perspectiva dos enfermeiros.

Para tal propomo-nos saber qual o estatuto do enfermeiro na gestão dos processos de saúde / doença dos utentes no sentido da prevenção de desigualdade social no contexto dos cuidados continuados.

Esta linha de reflexão conduziu-nos ainda a outras questões:

– Que dimensões informam as assimetrias na interacção enfermeiro-utente e os seus sentidos?

– As assimetrias veiculadas nas interacções no âmbito dos cuidados de saúde são produtoras e/ou produzidas desigualdades sociais?

– Como é que o enfermeiro gere os processos de saúde / doença no processo de cuidados considerando a existência de assimetria na interacção?

– Qual o estatuto do enfermeiro como gestor dos processos de saúde / doença do utente no contexto dos cuidados continuados?

Com a finalidade de Caracterizar as interacções estabelecidas entre o enfermeiro e o utente no âmbito dos cuidados de saúde dos cuidados continuados.

Temos como objectivos com o presente estudo:

– Compreender se as assimetrias nas interacções entre o enfermeiro e o utente no sistema de cuidados, dos Cuidados Continuados são produtoras e/ou produzidas de desigualdades sociais;

– Compreender de que forma o enfermeiro usa o poder no processo dos cuidados de saúde em cuidados continuados.

I.2 – O objecto de estudo: As interações sociais no contexto social dos cuidados de saúde

A prática quotidiana dos enfermeiros no âmbito dos serviços de saúde produzem acontecimentos sociais, que em sentido mais restrito geram trocas pessoais de sentido orientado entre estes e os utentes, constituindo-se um meio ambiente. Esta situação resulta de uma actividade humana colectiva e condiciona as actividades humanas individuais gerando um «meio social». Nesta relação de estrutura mutável e aberta, enfermeiro e utente adaptam-se um ao outro, sempre em simultânea readaptação, exigindo a ambos uma adaptação constante ora estável, ora em mudança, esta relação interpessoal é fonte de interinfluência denominada de “interacção” (Rocher, 1989, p.21).

Todos os indivíduos vivem no interior de grupos sociais nos quais se manifesta alguma estruturação de relações sociais, onde o relacionamento social se concretiza nos múltiplos encontros uns com os outros, a sociedade existe quando vários indivíduos entram em interacção, e produz-se pelas interacções no interior de formas que se reproduzem pela acção dos mesmos e lhes permitem por seu turno ter lugar, (Simmel citado em Javeau, 1998, pp.147-148).

Também na perspectiva de Goffman (1973), o sentido da interacção, constitui-se de uma influência recíproca que indivíduos que participam num dado contexto exercem uns sobre os outros, como o caso de um hospital (citado em Campenhoudt, 2003, p.66).

Nesta perspectiva o hospital enquanto instituição, partilha características estruturais com outros hospitais, mas distingue-se dos outros pelo conjunto de características que lhe são próprias, como sendo o estilo de direcção, ou o tipo de pessoa tratadas. Cada actor interpreta à sua maneira tal situação e estas interpretações da experiência, constituem-se nas interacções quotidianas entre as pessoas que participam na vida da instituição, cada uma delas, ajustando continuamente as suas interpretações e os seus comportamentos às interpretações e comportamentos dos outros.

Neste sentido o social é produzido pela acção dos indivíduos que interagem uns com os outros no interior das rotinas banais da vida quotidiana. As interacções constroem o “tecido social”, “produzem-no” e “reproduzem-no” continuamente, (Javeau, 1998, p.148).

Levis (1998) diferencia interacção de relação, alertando para a diferença de conceitos, interacção diz respeito a comportamentos específicos e observáveis, passíveis de serem quantificados por outrem. As relações pessoais inferem-se das interacções, são difíceis de medir através da observação (citado em Canavarro, 1999, p.28).

A conduta entre dois actores constitui uma interacção, mas um dos elementos da interacção é suficiente para predizer a relação (Canavarro, 1999). Do mesmo modo o conceito de relação aumenta a capacidade para predizer a interacção, sendo a acção entendida como um fluxo de interacções efectivas ou complementares dos seres corpóreos no processo contínuo dos acontecimentos do mundo (Giddens, 1993, p.91), existe assim uma ligação entre a relação (como representação) e a interacção como (dimensão comportamental) (Canavarro, 1999, p.27).

Importa então diferenciar conceptualmente interacção, de relação em ciências sociais já que ambas se constituem no tecido social.

As interacções são definidas como “processos autónomos em que se entrelaçam continuamente percepções, interpretações, representações e adaptações recíprocas” (Queiroz e Zlotkski 1994 citados em Mercadier 2004, p.5).

Por relação social pode entender-se a realidade abstracta (que ocorre entre o espaço-tempo) do intra humano, aquilo que está entre os sujeitos. Constituindo-se no seu guia e executor recíproco, distinguindo-se do que está nos actores singulares, individuais ou colectivos, considerados os pólos extremos da relação. Essa realidade «entre» constitui-se de elementos objectivos (independentes dos sujeitos: as propriedades do sistema de interacção como tal) e subjectivos (dependentes da subjectividade: condições e características da comunicação intersubjectiva) é a esfera em que se definem tanto a distância como a integração dos indivíduos a respeito da sociedade (Gómez, 2000).

Desde o início e durante a modernidade, a relação social é concebida como entidade implícita (mais do que explícita) deduzida (mais do que autónoma) e frequentemente apenas como mediadora de outras entidades ou variáveis subjectivas, individuais ou colectivas e estruturais (ib.).

Relação social é a referência de um sujeito a outro sujeito mediada pela sociedade (cultura, estilos de vida e identidades) a que pertencem os sujeitos em relação, em que a sociedade oferece o que é necessário para realizar essa mediação (valores, símbolos, regras, recursos instrumentais) (Gómez, 2000).

Para uma definição ampla de relação social em ciências sociais será necessário ter em conta as diferentes semânticas destas ciências. Numa definição compreensiva do ponto de vista das mesmas, a relação social é aquela referência simbólica e intencional, que liga os sujeitos sociais e gera uma ligação entre os mesmos ou seja, enquanto expressa sua “acção recíproca”, a influência que os “extremos” da relação têm um sobre o outro e com efeito de reciprocidade emergente entre estes (Gómez, 2000).

No entanto “estar em relação” pode ter um significado estático ou dinâmico ou seja, pode significar encontrar-se apenas em contexto (matriz contextual, como situação de referencias simbólicas e conexões estruturais) e relação social como interacção (o efeito emergente de uma dinâmica interactiva) pode distinguir-se relação como contexto, como matriz contextual, como situação de referentes simbólicos e conexões estruturais, observadas num certo campo estático de investigação de relação social como interacção, como efeito emergente em/de uma dinâmica interactiva (Gómez, 2000).

“Os cuidados de saúde situam-se na encruzilhada de sistemas de crenças e valores que entram em interacção e se influenciam mutuamente...situam-se na junção de pessoas utilizadoras e prestadoras de cuidados” (Collière, 1989, p.27) esta interacção é estruturada a partir de encontros, o que constitui uma unidade de interacção focalizada “ocorre quando os indivíduos prestam atenção directa ao que o outro diz ou faz”, constitui-se de acção humana porque tem valor de signo ou de símbolo para os outros e a acção dos outros tem igualmente valor de símbolo para o sujeito” (Goffman citado em Rocher, 1989).

Nas ciências sociais a abordagem da teoria social, pode seguir o modelo das ciências naturais, que percebe a teoria social, sobretudo como um modelo de explicar problemas, práticas e instituições empíricas, sendo a sua tarefa refutar hipóteses sobre o mundo real, mais do que confirmá-las ou pelo contrário, o modelo pode caracterizar-se por uma abordagem hermenêutica da realidade social, em que a compreensão é alcançada através do esclarecimento sobre o sentido de uma acção do ponto de vista da cultura em que o próprio actor social está inserido, a busca de explicações causais e a compreensão de sentido não são actividades mutuamente exclusivas, antes aspectos complementares da análise social (Turner, 2002, p.7).

A segunda perspectiva está presente na formulação sociológica de weber, segundo a qual o objecto da sociologia é compreender a conduta humana fornecendo explicações das causas e conseqüências da sua origem, as atitudes explicam a conduta social dos indivíduos.

Para o autor a acção social organiza-se em relação ao social, havendo relação social quando, agindo vários actores, o sentido da acção de cada um se refere à atitude do outro, de tal modo que as acções se orientam reciprocamente umas para as outras (Aron, 1994).

As leis sociais, estabelecem relações causais em termos de regras de probabilidades, segundo as quais, a determinados processos devem seguir-se ou ocorrer simultaneamente outros.

Segundo Aron (1994) Weber, classifica as acções sociais, as actividades significativamente efectuadas em função de outrem em diferentes tipos, segundo a orientação que cada sujeito lhe dá, e assim a acção pode ser:

- Racional em relação a um fim, quando definida pelo facto de o autor da mesma conceber claramente o fim e combinar os meios em vista de o atingir, orienta as suas acções de uma maneira que os meios sejam utilizados da melhor forma tendo em vista os fins;

- Acção racional em relação com um valor quando “o actor age racionalmente aceitando todos os riscos, não para obter um resultado extrínseco, mas para permanecer fiel à sua própria ideia de honra”, o resultado tem menos importância em relação ao comportamento;

- Acção afectiva “definida não por referência a um fim ou sistemas de valores mas, pela reacção emocional do actor colocado em circunstâncias dadas” é um tipo de acção orientada pelos afectos;

- Por último a acção pode ser tradicional “ditada por costumes, crenças transformadas como que numa segunda natureza. O actor, para agir segundo a tradição, não tem de conceber um valor, nem de ser agitado por uma emoção, pois obedece simplesmente aos reflexos enraizados por meio de uma longa prática” obedece a um costume ou a um hábito adquirido pelo passado (p.479).

Weber embora reconheça a existência de estruturas sociais defende que essas estruturas são criadas pelas acções sociais dos indivíduos (Giddens 2004, p.17).

Este entendimento influenciou ainda que, indirectamente a corrente de pensamento interaccionista, cujo precursor o filósofo Americano G. H. Mead (1863-1931), defende que os seres humanos vivem num universo em que dependem de símbolos partilhados e entendimentos comuns nas suas interacções uns com os outros, porque vivem num mundo

predominantemente simbólico, quase todas as interações entre seres humanos implicam um fluxo de símbolos (Giddens, 2004, p.18).

Esta perspectiva pressupõe que a vida quotidiana é produzida pelos actores sociais, no sentido de que os indivíduos atribuem significados e actuam o tempo todo. São os indivíduos que agrupando as respectivas linhas e estratégias de acção criam a unidade e a organização social (Blumer citado em Benzies e Allen, 2001).

Por se tratar de uma teoria em que o significado é o conceito central, onde as acções individuais e colectivas são construídas a partir da interacção entre as pessoas, que decidindo agem no contexto social a que pertencem, tal perspectiva aplicada ao contexto social dos cuidados de saúde, onde a acção social dos actores é de continuo relacionamento humano interactivo amplia os conhecimentos da construção das acções estratégicas dos actores.

A escolha de modelos de acção para os actores sociais pressupõe uma escolha de valores, vistos por Rocher (1989), como ideais que solicitam adesão ou convidam ao respeito, manifestando-se nas coisas ou nas condutas que o exprimem de maneira concreta ou de maneira simbólica (p.68).

Particularizando ao encontro entre o profissional de saúde e o utente nos sistemas de cuidados de saúde a opção por um modelo de acção por parte dos primeiros, enquanto regulador da interacção social, pode influenciar o desenvolvimento e os resultados da mesma.

I.3 – Prestação de cuidados de saúde – Quadros de produção do social

Todas as acções humanas estão sujeitas a habituação, qualquer acção frequentemente repetida acaba por se moldar num padrão que conserva o seu pleno carácter significativo para os sujeitos, integrando-as como hábitos no seu património geral de conhecimentos, constituindo-se reais e disponíveis para os seus propósitos futuros (Berger e Luckman, 2004, p.65).

A institucionalização da actividade humana ocorre com a habituação desta e “a institucionalização ocorre sempre que há uma tipificação recíproca, por tipos de actores, de acções tornadas hábito (...) e qualquer uma dessas tipificações é uma instituição” (Berger e Luckman, 2004, p.66).

Os contextos dos cuidados de saúde, constituem-se nos quadros onde se reproduzem as interações entre os profissionais de saúde e os utentes ou seja, onde se constituem as situações sociais “o contexto ambiental em que as pessoas presentes se encontram ao alcance perceptivo umas das outras e submetidas a um controlo mútuo (...)” (Goffman 1979) onde na maioria dos casos, as situações vividas pelos actores se lhes apresenta de maneira “típica”, onde os actores conhecem as situações e os comportamentos apropriados ou seja, existe um quadro de referência ,cuja determinação do valor é dado segundo (Thomas e Znaniecki, s.d, citados por Javeau, 1998, p.151) pelos “parâmetros”: o tempo, o lugar e o argumento.

E as situações possíveis ou prováveis são qualificáveis em função da importância atribuída a estes parâmetros sendo assim, “uma dada situação típica desenrola-se em momentos típicos, em lugares típicos, e desenrolam-se nela acções típicas “e cada actor desempenha as “cenais” consoante os papéis que representa e que lhe confere “identidade social” a qual se adequa às expectativas que os outros actores podem ter de quem os figura (citados em Javeau, 1998, p.153).

Por esta aproximação, consideramos que este fenómeno se localiza num processo de raciocínio próximo da orientação teórica do instituído-instituente, em que o instituído representa a rede de sistemas simbólicos (do mundo social-histórico), sistemas de poder político, económico, jurídico, ou outros, cuja dimensão simbólica é incontornável já que “determina aspectos da vida da sociedade (e não somente o que se supunha determinar) estando ao mesmo tempo, cheio de interstícios e graus de liberdade” (Castoriadis 1995, p.152).

Existe um social instituído, no entanto ele pressupõe sempre um social instituente, já que o social revela-se na instituição, no entanto esta manifestação é em si contraditória (verdadeira e enganadora)

“como mostram os momentos em que o social instituente irrompe e se coloca em acção com as próprias mãos, os movimentos revolucionários. Mas este trabalho visa imediatamente um resultado que é o de dar-se novamente a uma instituição para nela existir de maneira visível – e desde o momento em que esta instituição é estabelecida o social instituente esquiva-se, distancia-se, já está alhures” (Castoriadis 1995, p.135).

Pode-se depreender que nas relações sociais da prestação de cuidados de saúde existe um instituído, o que se reproduz continuamente no dia-a-dia nas práticas profissionais, mas onde também podem estar presentes as inovações, o instituente que muitas vezes surja e quebre com o estabelecido e deixe iminente certas transformações.

Das características do trabalho operado nos cuidados de saúde sobressai o objecto do mesmo, os seres humanos, aos quais está sempre associado um grau maior de imprevisibilidade do que o trabalho relativo a outros seres ou materiais, “devido nomeadamente, à capacidade de reacção (orgânica e comportamental) do doente, ao trabalho que nele é concretizado (A. Strauss, 1995, citado em Lopes, 2001, p.42).

O que inviabiliza a total formalização e planeamento antecipado das actividades inerentes à gestão de situações a que têm de dar resposta, e viabiliza necessidade de reajustes sucessivos, permitindo alguma margem de flexibilidade no contextos de acção (ib.).

Neste sentido, emergem diferentes processos de negociação necessários à concretização e continuidade da actividade da produção de cuidados de saúde (Lopes 2001, p.44).

Relevando o contexto dos cuidados de saúde ou seja, o lugar de produção dos cuidados de saúde, os mesmos desenvolvem-se e desenrolam-se nos processos de trabalho no quotidiano dos serviços de saúde que concretizam as intenções, os compromissos éticos e políticos de quem governa e os modelos de cuidar traduzidos na relação que se estabelece entre os profissionais e os utilizadores desses serviços.

Os contextos dos indivíduos aparecem associados a normas que integram sistemas de representações sociais ou de significados compartilhados. As representações sociais são uma forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhado, possuidor de um objectivo prático que concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social, nomeadamente pela comunicação que se estabelece entre eles, a cultura, os valores e ideologias, (Jodelet, 1984, citado em Duarte, 2002, p.54).

A formação das representações sociais, a partir da vida quotidiana consiste numa forma de interpretar e de pensar a realidade social. A realidade da vida quotidiana apresenta-se por excelência como realidade decorrente das relações que o ser humano mantém no dia-a-dia no mundo (Alexandre, 2004). O referencial teórico das representações sociais permite também compreender o modo de pensar e interpretar a realidade quotidiana do enfermeiro no processo de cuidados de enfermagem. Compreendendo por processo de cuidados, o contexto onde os enfermeiros desenvolvem um processo de interacção com os utentes, onde o centro de interesse é a pessoa e onde os enfermeiros possuem conhecimentos específicos que lhe permitem diagnosticar e planear intervenções que os próprios executam e controlam (Amendoeira, 1999).

No processo de cuidados de enfermagem, os enfermeiros possuem crenças e modelos de acção baseados na escolha de valores (Rocher, 1989) que os torna detentores de identidade social, estas representações sociais fazem com que estes actores justifiquem o seu comportamento e avaliem as suas práticas.

Da interacção entre as representações e as práticas sociais dos enfermeiros, emergem as suas estratégias na prática de cuidados. Então o tipo de representações que o enfermeiro possui do seu papel perante os utentes poderá originar diferentes comportamentos e diferentes formas de prestar cuidados no processo de cuidados de enfermagem.

Neste sentido, reconhecemos ao processo de cuidados de enfermagem “uma variabilidade das relações entre as formas de comportamento e os significados que os actores lhes atribuem através das suas interacções” (Boutin et al., 1990, p.39).

I.3.1 – Do encontro entre perito e doente à negociação entre parceiros sociais

Na sociologia, o estudo das particularidades do encontro entre o profissional de saúde e o utente tem sido quase exclusivamente relativo à relação entre o médico e o doente.

Deve-se a Talcott Parsons o pioneirismo na reflexão acerca da saúde e doença bem como, o primeiro modelo da relação médico-doente, cuja análise se apoia no conceito da autoridade profissional alicerçada no nível de saber formal e especializado do médico, e este é o único com competência para declarar a pessoa doente e isentá-la das suas obrigações sociais (Herzeliçh, 2001; Monteiro 2002).

Partindo da análise da relação terapêutica médico-doente, Parsons identifica um conjunto de critérios do papel profissional do médico, os quais relaciona estritamente com o papel do doente, relativamente ao médico este modelo:

- Incorpora uma valorização clara do desempenho, assentando sobre competências técnicas;
- É universalista;
- Apresenta uma especificidade da função ou uma competência especializada;
- Deve ser afectivamente neutro, na medida em que se espera do médico que trate um problema objectivo em termos objectivos;

– É orientado para a colectividade, ou seja: o médico deve colocar o bem-estar do doente acima dos seus interesses pessoais, (Coster e Pichault 1998, citados em Santos, 2001).

Em relação ao papel do doente, Parsons identifica:

- A isenção de responsabilidades;
- A ausência do acto de decisão ou de vontade;
- A obrigação de desejar curar-se;
- A procura de ajuda de um técnico competente, com vista a uma cooperação para sair da situação (ib.).

Segundo este modelo, os doentes precisam do médico e reciprocamente a este, cabe comportar-se de forma abnegada, dispondo de conhecimentos especializados permitindo atingir o objectivo comum a médico e doente, a cura (Herzlich, 2001, p.90).

O modelo Parsoniano caracteriza-se pela assimetria de saberes e poderes, sendo ao mesmo tempo consensual, porque o doente reconhece e aceita o poder do médico, tendo o primeiro, papel passivo e o segundo papel activo. O papel do médico é o de especialista e o doente tem a obrigação de procurar a sua ajuda e de cooperar com aqueles que têm responsabilidade e intervêm no seu cuidado (Herzlich, 2001, p.91).

Este modelo marcado por uma relação que negligencia a autonomia e as representações que os indivíduos fazem sobre o seu próprio estado de saúde / doença, tem por base o modelo biomédico baseado na orientação científica do séc. XVII, baseado numa visão mecanicista e reducionista do Homem e da natureza que nasce quando filósofos como Galileu, Descartes, Newton, Bacon e outros concebem a realidade como uma máquina. Imaginada a partir de um modelo mecânico que, à semelhança deste é formado por um conjunto de peças e para a compreensão do mesmo, o processo é desmontá-lo e separar as peças (Oliveira e Albuquerque, 2002) Esta concepção do mundo físico foi generalizada ao mundo vivo (Mayer 1998, citado em Oliveira e Albuquerque, 2002).

Assim à semelhança do que se faz com as máquinas, também os seres vivos se estudam desarticulando as suas partes constituintes (os órgãos), cada parte é estudada separadamente, pois cada uma destas desempenha uma determinada função observável e o conjunto representa o organismo, que é explicado pela soma das partes ou das propriedades.

Os princípios deste modelo caracterizam-se por considerar a existência de uma relação causal, linear entre uma causa simples e uma doença (Noack, 1987).

A ciência passa a ser aplicada ao diagnóstico e ao tratamento médico, a cura é a principal característica dos serviços de saúde, as especialidades e os especialistas tornam-se na forma comum aceite para tratar das doenças físicas e mentais, tornando-se o instrumento reforma dos comportamentos e das práticas desviantes (crime, homossexualidade, doenças mentais), assentando segundo Giddens (2004), em três pressupostos principais:

– A doença é uma ruptura do funcionamento “normal” do corpo humano. Na teoria dos germes da doença, desenvolvida no século XIX, existe sempre um determinado agente identificável como causador para cada doença e para o retorno ao estado saudável é necessário isolar e tratar o agente causador;

– Corpo e espírito são tratados separadamente, a ênfase é colocada na cura da doença e não no bem-estar do indivíduo. A doença do corpo é tratada de forma isolada sem ter em consideração outros factores. Os especialistas adoptam o “olhar médico”, uma forma distanciada no acompanhamento dos doentes;

– Os especialistas médicos com formação específica são tidos como os únicos capacitados para tratar a doença. Enquanto corpo profissional adopta e é reconhecido um código de ética e constitui-se apenas por profissionais acreditados. Não havendo lugar para curandeiros ou práticas “não-científicas”. O hospital é reconhecido como o lugar ideal para o tratamento de doenças graves, que muitas vezes passa pela configuração de medicação, recursos tecnológicos e cirurgia (p.156-157).

Esta natureza de desprendimento condicionado do indivíduo face à sua doença e mesmo ao seu corpo, levou ao longo do século XX a sua generalização à saúde, em que as práticas dos cuidados se caracterizam pela distanciação entre profissional de saúde e doente, com ténues relações interpessoais.

Na segunda metade do século XX, o modelo biomédico e a sua explicação da doença devido a factores puramente biológicos é questionada, quando surgem evidências da influência de outros factores preponderantes à compreensão dos fenómenos de doença.

Laderman (1987) dá como exemplo, as avaliações subjectivas sobre os sintomas das interpretações ou das significações sobre as causas e as evoluções sobre uma determinada doença; da implementação e da modificação de estilos de vida ou da decisão em aderir ou

não ao regime terapêutico recomendado pelo médico (citado em Oliveira e Albuquerque, 2002).

Existe uma ruptura entre o mundo moderno e o mundo pós-moderno na experiência da doença e esta deixa de ser aceite como a narrativa médico-científica autorizada, para passar a ser a narrativa dos indivíduos e a sua própria criação (Bule, 2006).

Quando sobretudo nas sociedades ocidentais modernas surgem as doenças crónicas, em que as pessoas apesar de doentes mantêm os seus papéis sociais, deixando a doença de representar ameaça para o funcionamento da sociedade, assim como muitos doentes deixam também de ter a expectativa de cura, as características e objectivos da relação médico-doente alteram-se, e o modelo de tipo monolítico que considera a relação médico-doente apenas para a situação de doenças agudas, que é colocado em causa (Herzlich, 2001, p.92)

A partir do fim dos anos 60 e 70 do século XX, ocorrem mudanças significativas no contexto ideológico societal e novos modelos de análise social emergem, deixando os fenómenos sociais de ser analisados apenas em termos consensuais. Assim, do confronto entre as várias formas de conceber e abordar a saúde e a doença surgem diferentes paradigmas, que se reflectem nos diferentes modos de relação que se estabelecem entre os profissionais de saúde e os utentes.

Em contraposição à visão normativa da relação médico-doente, outros autores apresentam modelos em que esta relação está antes inscrita em jogos de interesses individuais e sociais, que se abrem para novas relações hierárquicas e conflituais existentes entre o médico e o doente. Isto ocorre na medida em que diversos códigos e valores sociais são lançados nas relações face-a-face presentes no “setting” médico, produzindo divergências de interesses e de perspectivas, as quais permitem renegociar a todo instante a ordem social vigente (Nunes e Castellanos, 2005).

Na área da sociologia da doença e da saúde a contestação às instituições, aos saberes e aos poderes predomina e um novo modelo emerge desenvolvido principalmente pela escola interaccionista, em que o encontro entre médico e doente é sobretudo caracterizado por conflitos resultantes das divergências de perspectivas e de interesses destes actores (Herzlich, 2001, p.96).

Para a mudança de análise de perspectiva desta relação contribuiu o estudo de Eliot Freidson, *La Profession Medical* (1978), em que este diverge de Parsons, na definição de profissão médica, pois para si a medicina não se caracteriza pelo universalismo, e

preocupação exclusiva com o bem do doente, mas considera-a antes como um dos numerosos grupos de interesse existentes na sociedade, “uma profissão obtém e mantém a sua posição graças à protecção e ao patrocínio de algum sector elitista da sociedade o qual tenha convencido de que o seu trabalho tem um valor especial” (p.84).

Freidson (1978) mostra que os códigos de ética e as leis reguladoras da prática médica, não são instituídos somente para proteger o público, sendo também mecanismos que protegem a profissão contra interferências do mesmo público e da concorrência de outros profissionais.

Daí que para Freidson (1978) exista um conflito latente entre médico e doente com grau variado, pois o médico vê o doente e as suas necessidades a partir das categorias da sua especialidade, arreigado da sua autonomia profissional, pretendendo ser ele a definir o conteúdo e a forma do serviço a prestar, o doente em contrapartida, entende a sua enfermidade em função das suas exigências da vida quotidiana e de acordo com o seu contexto cultural.

O mesmo autor apresenta três modelos de interacção possíveis entre médico e doente, que vão desde a dominação activa e completa do médico sobre o doente totalmente passivo, até formas de negociação entre dois parceiros, em que cada qual procura fazer valer o seu ponto de vista, tendo em conta os recursos disponíveis.

No primeiro modelo de interacção, o médico tem dominação completa sobre o doente, como no caso de necessidade de anestesia ou coma por parte do doente, havendo nestes casos o mínimo de interacção entre os dois, e o doente encontra-se totalmente submetido à acção do médico, por isso o papel do doente é completamente passivo.

No segundo modelo, é necessário o consentimento do doente para aceitar e seguir as indicações do médico, nesta situação existe uma maior interacção entre os dois, do doente é esperado que aceite o parecer médico, assumindo um papel embora menos passivo do que se estivesse anestesiado, mas ainda assim um papel submisso às condições do médico.

O terceiro e último modelo de interacção proposto por Freidson é o modelo de “participação mútua”, característico das situações em que os doentes são capazes de cuidar de si próprios (como no caso dos diabéticos e insuficientes renais crónicos), neste caso segundo o autor, a intervenção e interacção entre ambos está perto de ser igual.

Neste modelo, “o médico não declara saber exactamente o que é melhor para o doente, a procura disso chega a ser a essência da interacção terapêutica”, a comunicação

bem como a cultura e conhecimentos do doente, são preponderantes para a procura e realização terapêutica, nesta situação a influência do médico sobre o doente não se apoia no poder físico ou autoridade profissional mas, na capacidade de persuadir o doente do seu ponto de vista (Freidson, 1978, p.313-314).

À luz da evolução social novos paradigmas têm surgido na área da sociologia da saúde, cujo propósito é desocultar a multiplicidade de circunstâncias de interacção possíveis e dos recursos acessíveis aos diferentes actores intervinientes nas relações médico-doente. Para tal tiveram influência diferentes factores, tais como, as mudanças de perspectivas teóricas, as pesquisas empíricas fundamentadas em observações criteriosas e sistemáticas entre médicos e doentes, também o aumento e cada vez mais frequente de casos de doenças de carácter crónico influíram na compreensão deste fenómeno.

E no novo contexto societal da saúde o doente quase sempre é considerado um elemento activo, no processo do seu tratamento, procurando obter a melhor informação e o domínio sobre determinadas técnicas necessárias para a vivência e controlo de afecções crónicas, tal resulta na transferência de competências do especialista para o doente, encontrando-se este numa posição mais igualitária, o modelo da negociação é o que melhor caracteriza este tipo de interacção (Herzlich, 2001, p.102).

Este modelo, parte do interesse pela compreensão dos aspectos organizacionais de um hospital, para o qual contribui inicialmente o modelo da análise burocrática de Weber (1965, citado em Herzlich, 2001), no entanto o mesmo mostrou-se inadequado à realidade específica deste contexto, já “que nem as regras burocráticas, nem a autoridade do corpo médico conseguem explicar as modalidades de acção de cada pessoa envolvida no tratamento”, e a outros elementos da equipa é reconhecido algum poder de decisão e frequentemente subsiste algum grau de negociação sobre as decisões tomadas (Herzlich, 2001, p.111).

É da investigação de Anselm Strauss (1992) que emerge o modelo baseado na ordem negociada, o qual não se esgota no quadro da relação médico-doente, podendo ser aplicado a situações sociais diversas, nomeadamente às relações entre os diferentes profissionais que constituem a equipa de saúde (ib.).

Neste modelo o encontro entre médico e doente é considerado “aberto” cada parceiro pode ter influência nos resultados a atingir. A opinião do médico tem um peso importante pela sua competência técnica, no entanto a sua opinião não é última e definitiva,

dispondo o doente e a família de recursos para interferir no processo, (Herzlich, 2001, p.102).

O factor tempo é considerado essencial no modelo de negociação, pois à medida que o número de contactos aumenta, doente e família assumem um papel mais interventivo, em contrapartida, o médico perde monopólio na acção, (Strauss 1992; West 1976, citados em Herzlich 2001, pp.102-103).

Strauss (1992) analisa no contexto de um hospital psiquiátrico, como os acordos são estabelecidos entre actores em situação e a melhor atitude a seguir no regime terapêutico dos doentes, reconhecendo que para além do médico outros profissionais têm conhecimentos acerca dos doentes, sendo a sua opinião válida sobre o que é benéfico para os mesmos (Herzlich 2001, p.102).

I.3.1.1 – Cuidados de enfermagem: a deslocação de uma orientação de racionalidade técnica para um modelo de ciência humana

Embora não sendo a enfermagem uma profissão secularmente organizada, no entanto há mais de um século que surgiu a definição da disciplina de enfermagem enquanto área do conhecimento organizado, assumindo os enfermeiros a responsabilidade em promover a saúde humana e do ambiente, baseando-se num questionamento sistemático da natureza das leis da saúde.

A enfermagem enquanto profissão surge no fim do século XIX e tem origem num corpo de saberes baseados na ciência moderna, em ruptura com a tradição oral empírica (Petitat, 1989, citado em Soares, 1997, p.106).

A procura da sua especificidade, o seu contributo para a sociedade atravessa duas dimensões fundamentais, uma relacionada com a necessidade de conhecimento técnico e científico e a outra relacionada com a exigência de competências relacionais. A enfermagem tem ambos os aspectos, científicos e aspectos relacionados com as artes e humanidades (Donaldson, 1995).

A enfermeira de início afastada dos doentes, por não ter um suporte de conhecimentos além de noções básicas de higiene é impelida a buscar na tecnologia médica os instrumentos da profissão. A formação passa por saber conhecer diferentes instrumentos técnicos para a exploração e tratamento usados pelos médicos a quem devia assistência e obediência (Collière, 1989, p.130).

Os avanços da física e da química no século XIX e início do século XX, possibilitaram à medicina passar a usar tecnologias mais complexas para o diagnóstico e tratamento das doenças. Cabendo à enfermeira o papel de auxiliar do médico e executora das tarefas por este delegadas, ao qual devia obediência e respeito pois, este detinha o saber e normalmente assumia cargos de administração (Collière, 1989).

Esta perspectiva manteve-se até final dos anos 60, com os avanços tecnológicos da medicina desponta a nova ideologia de profissionalismo com base na competência técnica nos anos 70 e 80. Os enfermeiros têm acesso a conhecimentos, de fonte médica e desenvolvem capacidades técnicas, passando a técnica a ser um objectivo da sua formação, uma forma de ter acesso ao conhecimento médico e uma compensação para a servidão dos cuidados aos doentes (Collière, 1989).

Esta valorização da vertente técnica, surge no nosso país numa fase em que ocorrem alterações sociopolíticas que colocam em causa as bases que até então suportado a formação ético/moral dos enfermeiros. Passa-se de uma abordagem tradicional da formação do carácter identificado com a vocação religiosa, para uma abordagem crítica e de desvalorização dessa abordagem, mas ainda sem se encontrar um quadro de valores sólido que constituísse alternativa (Ribeiro, 1995).

Na década de 90 com o aumento da complexidade das situações com que os enfermeiros se deparam, confrontando-se com dilemas de dificuldade crescente que impelem a tomadas de decisão cada vez mais exigentes, passa a dar-se mais importância à formação para o desenvolvimento crítico e aos valores que orientam a prática de cuidados de saúde.

Assim a clarificação das dinâmicas de intervenção da profissão de enfermagem face aos problemas de saúde/doença evoluem ainda que de forma lenta, sendo introduzidas novas perspectivas embora, sem uma ruptura completa com as tradicionais, caminha-se no entanto para uma deslocação de uma orientação de racionalidade técnica para a noção de cuidar (Amendoeira, 2006^c, p.313).

Em Portugal a publicação do Dec. Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, constitui o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), que reforça a oportunidade dos enfermeiros se debruçarem sobre os valores, da ética e do desenvolvimento na prática de cuidados e na formação em enfermagem, onde são consignadas questões que têm a ver com a ética na prática de enfermagem, constituindo

um marco, para uma nova forma de encarar a profissão, ao assumir-se como um instrumento ao serviço da exigência.

No REPE afluam-se questões que têm a ver com a ética na prática de enfermagem. No nº1 do artigo 8, pode ler-se “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”.

A publicação do REPE iniciou um novo ciclo na profissão de enfermagem, que aponta claramente para princípios de actuação que encontram o seu fundamento numa moral de cooperação e respeito mútuos, baseada na igualdade, na reciprocidade, nas relações humanas e no acordo de contratos sociais.

Também com a criação da Ordem dos Enfermeiros pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, foram estabelecidas condições para a consolidação da autonomia responsável da profissão de enfermagem. Entre as atribuições desta destacam-se: - Promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem; - Regulamentar e controlar o exercício da profissão de enfermeiro e assegurar o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional.

Na actualidade a disciplina de enfermagem é definida com sustentação no conhecimento científico que orienta a prática e tem vindo a passar, por um processo de mudança de paradigma para um modelo de ciência humana (Hagell, 1989; Abu-Saad, 1993; Kenney, 1995, citados em Queiroz (2004, p.25), transformação com implicações na formação e prática que pretendemos retratar sinteticamente no quadro seguinte.

Quadro nº 1 – Comparação da enfermagem tradicional e da enfermagem actual

	Enfermagem tradicional	Enfermagem actual
Função	Enfermeiro deve deferência ao médico	Capacidade para avaliar, planear e executar intervenções autónomas e interdependentes; Integrado em equipa multidisciplinar
Actividade	Prática de enfermagem, perícias técnicas / tarefas	Enfermagem fundamentada na evidência das práticas e utilização de resultados de investigação; Pensamento crítico e reflexivo

Conhecimento	Recebido passivamente; Ausência de espírito crítico e capacidade de reflexão	Corpo de conhecimentos com base teórica; Utilização de investigação
Trabalho	Padronizado Centrado na tarefa	Utente no centro do processo de cuidados; Mediador dos cuidados interdisciplinares
Desempenho	Pouca interação com os doentes, restrito aos cuidados físicos	Parceria de cuidados com utentes / família / convivente significativo
Responsabilidade	Pouco identificada; Hierarquia delegada	Identificada Individual

Adaptado de: Queiroz (2004, p.27)

Todas estas mudanças são significativas e vitais na conquista de autonomia e identidade, com base em saberes científicos, devidamente fundamentados e na definição de um domínio específico onde se sustenta a base para a responsabilidade na tomada de decisão e controlo da prática.

O investimento na autonomia e no crescente domínio de competências especializadas surgem como modalidades de “deslocação” e “recomposição” à subordinação da medicina, é pelo profissionalismo que os enfermeiros encontram maiores possibilidades de reconhecimento social das suas competências específicas (Lopes, 2001, p.185-186).

Os saberes, as competências e o conhecimento científico, constituem-se como os componentes fundamentais para o reconhecimento dos enfermeiros e da sua profissão “o conhecimento é a peça fundamental da autonomia profissional, das posições de poder e privilégio na sociedade e nas organizações, assegurando, a sobrevivência no sistema de profissões competitivo” (Freidson, 1971, citado em Rodrigues, 2002, p.112).

Também a relevância do enfermeiro no seio da equipa de saúde tem vindo regularmente a modificar-se, o aumento da sua autonomia, por via do aumento dos conhecimentos teóricos e técnicos específicos da sua profissão e conseqüentemente maior capacidade crítica e reflexiva, torna-o elemento de uma equipa para a qual contribui com os seus conhecimentos no sentido do melhor bem-estar dos utentes (Pacheco, 2004, p.178).

O enfermeiro enquanto elemento da equipa de saúde:

- Interage com os utentes de forma a permitir explorar as suas reacções e significações pessoais perante a sua experiência de saúde / doença, avaliando as circunstâncias sociais e culturais em que este se insere;

- Identifica e potencia as capacidades e limitações dos utentes; identifica e acciona os recursos necessários com vista a ajudar os utentes nas situações, utilizando para concretizar essa ajuda, as competências e as qualidades próprias da sua profissão;

- Partilha com o utente a responsabilidade no processo de cuidados, o utente é responsável pela sua própria saúde, e o enfermeiro responsável pelo apoio informativo, cabendo-lhe decidir ou propor orientações de acordo com as representações da profissão e as do utente, para agir na sua situação;

- Gere conflitos e resolve problemas, articulado em parceria com todos os elementos da equipa de saúde, assente no respeito de todos os envolvidos;

- Compete-lhe analisar e avaliar periodicamente a sua eficiência na equipa de saúde, junto de todos os membros da mesma (Leddy & Pepper 1993, citado em Queiroz, 2004, p.30).

O papel do enfermeiro na equipa de saúde desenvolve-se assim, na possibilidade de uma grande partilha de responsabilidades conduzindo a que actue quer como coordenador, quer como facilitador da dinâmica interactiva e interdisciplinar, quer como gestor de cuidados, ou seja, alguém que pode acompanhar passo a passo os aspectos que interferem directa ou indirectamente com o bem-estar dos utentes, o que pressupõe a necessidade de competências quer técnicas, quer relacionais (Queiroz, 2004).

O conceito de competência é originária da psicologia e das ciências cognitivas, é apropriada pela sociologia do trabalho, normalmente em confronto com o conceito de qualificação, nas relações do trabalho, e a disciplinarização dos conhecimentos, nas relações educativas (Ramos, 2001).

Enquanto o conceito de qualificação pressupõe que os títulos académicos e profissionais atestam o domínio de conhecimentos e técnicas necessárias para o exercício da actividade profissional, a competência remete ao reconhecimento exclusivo da capacidade real do trabalhador, atestada frente às acções concretas do trabalho.

A competência associa-se à conjugação dos diversos saberes mobilizados pelo indivíduo na realização de uma actividade, dentre os quais se incluem os conhecimentos, as habilidades e os valores e é uma unidade configurada pelo saber, saber-fazer e saber-estar,

integra o conjunto de conhecimentos que permitem ao titular da função realizar os comportamentos associados às competências (Ramos et al, 2006).

Nesta perspectiva as competências são “heurísticas, estratégicas e inventivas” porque remetem para a adaptação e procura de soluções constantes em função do fim pretendido, o que leva ao surgimento de novas soluções e que podem ser de dois tipos, transversais e específicas, sendo que as primeiras não específicas, e logo transversais e comuns a diferentes contextos profissionais e situacionais, podendo estas ser adquiridas no âmbito de uma actividade ou de uma disciplina, mas passíveis de serem exercidas espontaneamente num domínio diferente, as segundas estão associadas e relacionadas com uma actividade profissional, prestando-se a ser hierarquizadas por contraste com as competências transversais (Ramos et al, 2006, p.108).

A relação enfermeiro-utente assume uma dimensão de singularidade que se transforma e reproduz continuamente onde o enfermeiro se assume como o profissional mais competente para avaliar a situação-problema que se lhe apresenta (Amendoeira, 2006^c, p.224), por ser o profissional de saúde que mais contacta com os utentes, possui um grande conhecimento das respostas emocionais dos utentes e suas famílias o que lhe fornece uma perspectiva singular e aumenta a possibilidade de uma intervenção mais eficaz.

I.3.2 – O conceito de saúde e de doença é construído por experiências e significados

A construção do conceito de saúde tem oscilado entre a visão biologista e mecanicista da saúde e da doença, a história da saúde e da doença é desde tempos mais remotos, uma história de construções e interpretações sobre a natureza, as funções e a estrutura do corpo bem como sobre as relações corpo-espírito e pessoa-ambiente. Essas significações têm sido diferentes ao longo das diferentes épocas constituindo-se em diferentes narrativas sobre os processos de saúde e doença.

Estudos sociológicos do início do séc. XX, contribuíram para a ruptura com o conceito de que a doença é exclusiva do foro biológico, cabendo-lhe o mérito de provar de que desajustes e/ou desequilíbrios às regras sociais levariam a um desequilíbrio podendo levar à morte (Herzlich 2001, p.10).

No campo da saúde esses estudos sociológicos, têm focado quase exclusivamente o conceito de doença e durante muito tempo a sociologia da saúde, constituiu-se na

tradicional sociologia da medicina, com vago interesse pelo carácter social e humanitário, mas sobretudo interessada pela cura de doenças, daí que tenha sido apelidada de sociologia da medicina (Coelho, 2002; Monteiro, 2002).

Durkheim (1968) afirmou que o objectivo principal de qualquer ciência da vida (individual ou colectiva) é a definição e a explicação do estado normal, bem como a diferenciação do seu estado patológico (citado em Coelho, 2002).

No entanto “normalidade não é sinónimo de saúde, nem o par conceptual normal-patológico sustenta uma correspondência de oposição entre saúde e doença” (Coelho 2002). Existe evidentemente uma realidade biológica, mas no momento em que são feitos esforços para compreender, organizar e manusear esta realidade, tem lugar então um processo de contextualização, em que a relação dinâmica entre biologia, valores culturais e ordem social tem de ser considerada (Lock M. 1988, p.7).

Saúde e doença apresentam-se como conceitos complexos onde adquirem importância tanto os aspectos físicos, psicológicos como as dimensões sociais e ambientais.

A doença é definida em termos sociais, cada sociedade reconhece as suas próprias doenças, e esta constitui sempre um estado com muitas implicações sociais: “estar doente ou em boa condição física são coisas muito diferentes socialmente” (Herzlich 2001, p.11).

Segundo Canguilhem (1996) a norma que é a saúde refere-se apenas ao estado orgânico individual, sendo “necessário olhar para além do corpo para determinar o que é normal para este mesmo corpo” (citado em Herzlich 2001, p.11), a saúde define-se pela capacidade humana de dominar o seu meio não apenas físico, mas também social. Saúde e doença definem-se em função das exigências e das expectativas ligadas ao ambiente, às inserções, às relações familiares e profissionais de cada um e constituem em sentido próprio estados sociais.

Depreende-se assim que não existe uma fronteira clara e natural entre uma pessoa saudável e uma pessoa doente, é apenas uma questão de definição dependente da sociedade, da cultura, da idade e até do género, no qual factores sociais podem ter mais peso do que os naturais (Moore, 2002; Herzlich, 2001).

Concordando com Serrão (2004, p.337) a definição de saúde ou de doença deve ser sempre considerada numa perspectiva ecológica, por referência ao indivíduo num determinado “nicho ecológico”, cujos componentes naturais e culturais actuam sobre o corpo, mente e desempenho social dos seres humanos, que ocupam o nicho

reciprocamente. Os homens agem sobre os constituintes naturais e culturais modificando-os ora de forma positiva, ora de forma negativa, homem e natureza formam um todo, cujo equilíbrio instável é normalmente considerado de bem-estar e que se houver desequilíbrio do ecossistema ocorre a doença.

À experiência de doença / saúde estão relacionadas, uma dimensão individual e uma dimensão universal, mas sempre modeladas pelo contexto social e cultural em que ocorram.

Na actualidade ao conceito de saúde é reconhecido um carácter multidimensional, que se traduz no facto de nenhuma abordagem conseguir por si só abarcar todas as dimensões do conceito, o que pode ser retratado na definição dada pela OMS, para quem “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, e não apenas a simples debilidade ou ausência de doença” (Cabral, 2002, p.20).

A saúde é considerada como o resultado de um equilíbrio dinâmico entre os indivíduos e o meio, refere-se o mesmo “ao desenvolvimento de possibilidades de natureza biológica, psicológica e social, de modo que cada um determine a sua funcionalidade, face ao contexto e projectos de vida, de modo a atingir a sua máxima competência” (Fernando e Lopes 2002, citados em Bule, 2006).

A saúde está também consignada como direito fundamental, emanada da constituição do Conselho da Europa no seu artigo nº 99, no qual pode ler-se “(...) o acesso aos cuidados de saúde deveria ser feito de acordo com as necessidades de cada um e ser independente das condições económicas de quem deles necessita” (OMS, 2003).

A saúde é também um direito social dos indivíduos, compreendendo-se por direitos sociais “...processos de atribuição de determinadas condições sociais que contribuem para modificação do estatuto social dos indivíduos inseridos num contexto de desigualdades sociais” (Mozzicafredo, 2002, citados em Bule, 2006).

I.3.2.1 – As significações pessoais de saúde / doença

As significações pessoais nos processos de saúde são parte integrante do estado de saúde das pessoas, (Reis, 1998 citado em Fradique e Reis, 2004), são factores produtores de realidade, eco na forma como interpretamos o que nos acontece e o que acontece à nossa volta (Monteiro e Vala, 1996, p.356).

As representações sociais referem-se a fenómenos comuns a todas as sociedades e Moscovici (1984), sustenta que o conceito das representações ainda não se encontra claramente definido, dado o conteúdo extenso que encerra, o mesmo interpreta as representações como:

“sistemas de valores, de ideias, e de práticas cuja função é dupla: em primeiro lugar, estabelecer uma ordem que permitirá aos indivíduos orientarem-se e governarem o seu meio ambiente material, em seguida facilitar a comunicação entre os membros de uma comunidade ao procurar-lhes um código para designar e classificar os diferentes aspectos do seu mundo e história individual e de grupo”.

A representação social é sempre a representação de qualquer coisa e de alguém (Jodelet, 1994, citado em Duarte, 2002, p.59).

As representações são uma forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhado, possuidor de um objectivo prático que concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Designado como do senso comum ou natural distinto do conhecimento científico (Duarte, 2002, p.54).

No entanto, a formação das representações sociais a partir da realidade da vida quotidiana constitui-se de grande importância para que possam ser tidas e reconhecidas como conhecimento pela sociedade. Porque a realidade da vida quotidiana apresenta-se por excelência como realidade decorrente das relações que o ser humano mantém no dia-a-dia com o mundo, “passando de um carácter predominante / impositivo e urgente para a consciência” (Alexandre 2004).

A representação social da saúde refere-se ao acto de pensamento, pelo qual os indivíduos se relacionam com os processos referentes a esta, podendo ser reais, imaginários ou míticos (Jodelet 1984; 1994, citado em Duarte 2002, p.60).

Deve-se a Claudine Herzlich (1969/1973), o estudo pioneiro sobre as representações sociais e doença, realizado em França cujas conclusões centrais apontam para que: as significações das pessoas sobre o seu estado de saúde estão directamente ligadas a significações mais vastas sobre elas próprias, sobre o mundo e a vida e inseridas em sistemas culturais; as significações laicas divergem em larga medida das significações dos profissionais de saúde, embora coexistindo e competindo entre si (Fradique e Reis 2004).

Depreende-se que o «saber da saúde» não se encontra exclusivamente ligado ao saber da medicina convencional, os profissionais de saúde apenas possuem uma parte desse saber, na medida em que os factores que condicionam o bem-estar individual são de

vária ordem: social, económica, ambiental entre outros, e um acto de saúde envolve sempre as diferentes dimensões individuais ou colectivas como saberes culturais, crenças ou outros.

No entanto na actual sociedade, ao doente é atribuída a obrigação moral de querer tratar-se, para tal deve recorrer, confiar e colaborar com aqueles que detêm o saber necessário para atingir a cura, estabelecendo-se entre profissional e doente uma assimetria de poder baseado na assimetria de saberes entre ambos, baseado na obediência, submissão e adaptação que tendencialmente coloca o doente no pólo oposto ao do profissional de saúde detentor do poder (Serra, 2005, p.36).

I.3.4 – Estatuto das interacções na construção da equidade nos cuidados de saúde

No que se refere às Políticas Públicas de Saúde, princípios de igualdade de oportunidades estão presentes na definição de equidade da Organização Mundial de Saúde preconizando uma oportunidade justa para todos, também o Relatório Português da Primavera 2006, apresenta como um dos princípios de boa governação o conceito de equidade definida como um processo em que “todos têm oportunidades de se envolver nos processos de decisão para melhorar e manter o seu bem estar (...)”, todavia, Whitehead citado por (Giovanella 1996, p.16), afirma que “equidade em saúde, tem sido definida, dada a importância das desigualdades existentes, pelo seu oposto. Iniquidade em saúde refere-se a diferenças desnecessárias e evitáveis, e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis” o termo iniquidade assume assim uma dimensão ética e moral.

A equidade em saúde implica o reconhecimento de que todos devem ter uma oportunidade justa para atingirem o seu potencial de saúde; como tal, sempre que seja possível, ninguém deve ser colocado em desvantagem no processo de atingir a «saúde ideal» (OMS citado em Miguel e Bugalho 2002).

Na saúde, a equidade pode ser entendida em duas perspectivas: a equidade vertical, centrada na justiça do financiamento dos sistemas de saúde, e a equidade horizontal centrada no estado de saúde e nos cuidados prestados aos indivíduos (Jourdain, citado em Miguel e Bugalho 2002).

Pelo que a equidade em saúde também se vincula às interacções estabelecidas entre os profissionais de saúde e os utentes, na medida em que estas sejam justas e se obtenha ganhos para todos os envolvidos (Rawls, 1997, p.103), então é verosímil que uma relação

de caris assimétrico em que o poder está tendencialmente do lado do profissional tende invariavelmente para a iniquidade, o que pode fomentar, uma forma de expressão de desigualdade no contexto dos cuidados de saúde.

É na dimensão da equidade horizontal no domínio da prestação de cuidados prestados aos indivíduos por referência às interações estabelecidas entre os profissionais de saúde e os utentes, que uma forma de desigualdade social poderá ter expressão quando incorporada em relações de caris assimétrico cuja dominação do profissional de saúde perante o utente aconteça.

Desigualdade e igualdade são termos relacionados que se tentam entender por relação de um ao outro. Em ciências sociais a discussão sobre o tema das desigualdades tem implicações sobre o questionamento da própria ordem social, podendo questionar-se como é que a sociedade se mantém coesa, tendo em conta que os seus membros têm interesses diferentes e que as causas e os efeitos que experimentam são distintos. Subjacente à noção de desigualdade e igualdade, há sempre um modelo de justiça por referência a algo socialmente valorizado entre os membros de um grupo, sociedade ou outro.

Igualdade e desigualdade social pressupõem referência a uma unidade, a uma identidade colectiva ou a um todo no qual ganham sentido julgamentos morais sobre critérios e modelos de distribuição ou acesso. E supõe sempre uma dimensão cultural, é uma sociedade que define o que é ou não aceitável na distribuição e acesso a recursos a partir de um código cultural comum (Reis, 2004, p.39).

A questão da igualdade é uma questão moderna, já que na era pré-moderna as hierarquias eram preservadas e não questionadas, e sem possibilidades de alteração na posição social para os indivíduos.

Na opinião de Reis (2004), a Revolução Francesa é reconhecida como marco importante para o conceito de “igualdade social”, ainda que tenha tido início anterior, é no espectro de tal acontecimento social que a universalidade da igualdade entre os indivíduos enquanto conceito e valor a atingir ganha sentido, enquanto ideal que visa abolir as diferentes fontes de “usurpação”.

A igualdade enquanto valor ou ideal assume assim um estatuto teórico que dificulta a sua definição, áreas disciplinares como a filosofia, o direito e a política têm dedicado amplo debate a esta questão, mas onde não são encontradas orientações e posições

comuns, que por ser um valor, um ideal a igualdade é por definição, algo inacabado, dinâmico e difícil de atingir (Reis, 2004, p.40).

Desigualdade social não é sinónimo de diferenças físicas entre indivíduos, resulta sobretudo de um grau desigual de acesso a bens, serviços ou oportunidades, cuja origem explicativa se encontra nos próprios mecanismos da sociedade (Ferreira et al. 1995, p.325). Sendo um conceito polissémico nas ciências sociais, os mesmos autores definem desigualdade social “como uma diferença socialmente condicionada no acesso a recursos” e neste sentido também se refere às diferentes capacidades de exercício do poder ou da cidadania, refere-se a mecanismos de tipo social que condicionam os destinos individuais (ib.).

Sendo analisadas maioritariamente na sociologia sob um foco predominantemente estruturalista, cuja causa para as oportunidades de vida são colectivamente determinadas e que exercem «constrangimento social» sobre os indivíduos fazendo-os ocupar determinadas posições no quadro das desigualdades, as oportunidades e destinos individuais escapam em larga medida às atitudes individuais, já que a existência de mecanismos normativos determinam os percursos de vida individuais (Ferreira et al., 1995, p.325).

Num plano complementar surge a análise individualista ou interaccionista, que coloca o sentido da observação sobre a subjectividade da acção social e compreende que são as diferentes formas de interacção entre os indivíduos que os levam frequentemente a «construir» subjectivamente certas diferenças, e estas poderão ganhar formas «objectivas» sendo as interacções concretas que levam os indivíduos a interiorizar diferencialmente as realidades (Ferreira et al., 1995, p.326).

Weber concebe formas específicas de desigualdade tal como o status e a classe, nos termos dos seus conceitos fundamentais de acção e de relações investidas de sentido e sugere que a desigualdade decorre de uma luta inevitável pela superioridade ou pela sobrevivência nas relações sociais (citado em Cohen, 2002, p.116).

Não havendo uma teoria geral que explique os vários tipos de desigualdades sociais bem como a complexidade de factores que para elas concorrem (Ferreira et al., 1995, p.330) é através de um código cultural que se legitimam ou não um dado padrão de igualdade ou desigualdade social, cognições e normas sobre o aceitável e o inaceitável.

No actual sistema de cuidados de saúde, as posições dos enfermeiros e dos utentes dos seus cuidados, são definidas estruturalmente pelas políticas sociais e de saúde, como igualitárias nas relações sociais no que concerne ao direito de participação nas decisões,

bem como à posse igualitária de poder de intervenção no processo de cuidados, independentemente do lugar que estes ocupem na sociedade.

Poder-se-á, considerar que um modelo de interacção social enfermeiro-utente que impossibilite ao segundo ter um papel activo no seu processo de cuidados de saúde / doença, se afigure afastada do âmbito da promoção da igualdade e do bem-estar, afigurando-se como um impedimento socialmente imposto, a um recurso social legalmente considerado.

Sendo a pessoa humana o objecto dos cuidados dos profissionais de saúde em toda a sua força e vulnerabilidade, e porque as necessidades de saúde para os utentes envolvem as suas concepções de vida, de valores e ainda porque estes devem fazer sentido para quem os recebe e para quem os presta, coloca-se a questão da participação do utente, família ou conviventes significativos nas decisões e nos processos de cuidados de saúde.

O não reconhecimento ao “outro” enquanto sujeito em plenitude, implica em si uma negação de relação de parceria possível, e o sentido do bem-estar é exercido unilateralmente, neste caso pode-se dizer que falta garantir o mínimo de reconhecimento social para com os outros, os utentes. Honneth (2003) propõe uma teoria na qual considera as formas com que os indivíduos e grupos sociais se inserem na sociedade moderna dita democrática, e defende que a formação da identidade é um processo intersubjectivo de luta por reconhecimento em relação aos parceiros de interacção.

Honneth (2003) retoma o quadro teórico esboçado por Hegel, decompondo-o em três teses encadeadas de forma lógica entre si. O ponto de partida é a afirmação e a formação do «Eu» prático, só se dá quando, há reconhecimento mútuo entre dois sujeitos, que assim vêm confirmadas as suas autonomias individuais, dessa primeva intersubjectivada, decorrem três formas de reconhecimento, que se distinguem uma das outras pelo grau de autonomia que possibilitam ao sujeito; por fim, essas três formas de reconhecimento correspondem a etapas de uma luta moral que, por meio de relações comunicativas entre os sujeitos, resultaria na formação ética do género humano (pp.117-121).

Para haver reconhecimento, ele deve ser recíproco e ampliado segundo Honneth (2003), essa ampliação deve ser feita de modo a interligar três níveis de interacção: a família, a sociedade e o estado que envolvem respectivamente o amor, a solidariedade e as leis. Apoiando-se na teoria da psicologia social de Mead e na teoria filosófica de Hegel, Honneth, defende que auto-realização do indivíduo depende do reconhecimento nessas

três dimensões e que a falta de respeito em qualquer uma delas pode prejudicar a auto-afirmação e a autonomia do indivíduo.

A primeira etapa do reconhecimento para o autor é o amor, é no núcleo familiar que acontecem as relações primárias, onde a criança e mãe são unidas por uma experiência recíproca de dedicação amorosa. Apoiado em Winicott (1984), considera que é no interior das interações sociais familiares que a criança aprende “a se conhecer como um sujeito autónomo por meio da relação emotiva com outras pessoas” (Honneth 2003, p.163).

O que acontece à medida que a dependência do bebé em relação à mãe diminui e a criança adquire a “capacidade de estar só” por tornar-se segura do amor materno, a criança alcança uma confiança em si mesmo que lhe possibilita estar só despreocupadamente (ib. pp.172-174).

É pela confiança obtida pela experiência intersubjectiva do amor, que constitui a base do desenvolvimento de todas as outras atitudes de auto-respeito que o indivíduo desenvolve durante a vida, baseando-se em Hegel supõe o amor como um elemento necessário do particularismo moral assumindo-o como suporte central de toda a eticidade “só aquela ligação simbioticamente alimentada, que surge da delimitação reciprocamente querida, cria a medida de auto-confiança individual, que é a base indispensável para a participação autónoma na vida pública” (Honneth, 2003, p.178). O reconhecimento do amor possibilita a auto-confiança sem a qual nenhum sujeito poderá constituir uma identidade estável.

É a partir dessa auto-confiança individual, que o sujeito adquire bases para a participação autónoma na vida pública, mas que requer outros dois tipos de reconhecimento, o legal (direito / cognitivo) e o da sociedade, a estima social.

A segunda dimensão anotada por Honneth (2003), é o direito, em que afirma que só chegamos a uma compreensão dos nossos próprios direitos a partir do momento em que conhecemos os nossos deveres perante o “outro generalizado” (p.179). Ao entendermos que os outros membros da sociedade são portadores de direitos, podemos reconhecemo-nos também como pessoas de direitos. Esse reconhecimento recíproco leva a um comportamento em relação ao outro de forma activa, conforme quer ser reconhecido.

A reciprocidade desse reconhecimento só é atingida a partir de uma evolução histórica, já que no direito tradicional, os sujeitos jurídicos têm os seus direitos protegidos de acordo com a função social que desempenham, mas inserida num quadro de direitos e

deveres largamente desigual em que o grau de reconhecimento de direitos e estima social estavam ligados (Honneth, 2003, p.181).

Em contrapartida com a passagem para o direito moderno, as leis adquirem uma característica de universalidade sem excepção e privilégios desvinculados de acordos ou simpatias, “(...) o sistema jurídico precisa ser entendido de agora em diante como expressão de interesses universalizáveis de todos os membros da sociedade, de sorte que ele não admita mais, segundo sua pretensão e privilégios” (ib.). E desse modo a intenção de sujeição a normas jurídicas pode ser esperado de parceiros de interacção na qual se pode esperar uma nova forma de mutualidade altamente exigente na qual os indivíduos se reconhecem igualmente como pessoas com capacidade para tomar decisões autonomamente sobre as normas de conduta.

A preocupação de Honneth é também quanto à legitimação dessas novas regras e a autonomia dos sujeitos de decidirem sobre as questões morais. Decisões essas que devem envolver os indivíduos em pé de igualdade que se reúnem para estabelecer um acordo que beneficie legalmente a universalidade,

“(...) pois só sob as condições em que os direitos universais não são mais adjudicadas de maneira díspar aos membros de grupos sociais definidos por *status*, mas em princípio de maneira igualitária a todos os homens como seres livres, a pessoa de direito individual poderá ver neles um parâmetro para que a capacidade de formação do juízo autónomo encontre reconhecimento nela” (Honneth, 2003, p.195).

Se no reconhecimento no contexto do amor, o grande ganho é a auto-confiança dos sujeitos, no contexto do legal, o reconhecimento dos sujeitos pela lei, além de gerar respeito cognitivo e garantir a integridade social dos indivíduos, ainda os leva a uma construção intersubjectiva de auto-respeito (ib. pp. 194-197).

Para o mesmo autor, nas condições das sociedades modernas, a solidariedade está ligada ao pressuposto de relações sociais de estima simétrica entre sujeitos individualizados e autónomos; estimar-se simetricamente significa respeitar-se mutuamente à luz de valores que fazem as capacidades e as propriedades do outro aparecerem como significativas para a práxis comum.

Relações dessa espécie podem chamar-se de “solidárias” porque elas não despertam somente a tolerância para com a particularidade individual da outra pessoa, mas também o interesse afectivo por essa particularidade: só na medida em que eu cuido activamente de que suas propriedades, estranhas a mim, possam desdobrar-se (desenvolver-se, manifestar-se) os objectivos que nos são comuns passam a ser realizáveis (Honneth, 2003).

Simétrico significa que todo o sujeito recebe, tem a oportunidade sem escalonamento ou categorias de experienciar a si mesmo, nas suas próprias realizações e capacidades como relevantes para a sociedade. É por isso também que só as relações sociais que tenhamos em vista com o conceito de “solidariedade” podem abrir perspectiva em que a confluência individual por estima social assume uma forma não turvada por experiências de desrespeito (ib.).

Os enfermeiros advogam a parceria com os cidadãos (Ordem dos Enfermeiros, 2001) e definem competência básica profissional actuar “de forma a dar poder ao indivíduo, família e comunidade para adoptarem estilos de vida saudáveis (...)” tal competência só será possível se os enfermeiros promoverem relações e interações de reconhecimento mútuo e simétrico com os cidadãos.

O exercício de interações de reconhecimento mútuo e simétricas estabelecidas entre os profissionais de saúde, prestadores de cuidados e os utilizadores desses cuidados, como forma de equidade mais exigente na actual sociedade leva a exaltar ainda mais a componente relacional dos profissionais de saúde, para com os cidadãos.

Os profissionais de saúde para além dos efeitos que decorrem da sua competência técnica contribuem para a saúde de uma forma mais directa na medida em que reforcem a auto-estima, valorizem a autonomia e as capacidades do utente, aprofundando os laços de pertença com a comunidade e as suas instituições, (Amendoeira, 2006^d).

I.3.5 – A confiança e a mediação na interacção social no âmbito dos cuidados de saúde

Acreditamos que existe uma condição indispensável para o desenvolvimento de uma interacção de cooperação humana profícua: a necessidade de construir e garantir confiança entre os diferentes intervenientes nas interacções nos cuidados de saúde a relação terapêutica depende em última instância, da confiança que se estabelece entre as partes.

Na sociedade moderna a confiança existe no contexto do reconhecimento geral de que a actividade humana é criada socialmente e não por acção natural das coisas ou intervenção divina, do alcance transformador da acção humana decorrente do carácter dinâmico das instituições sociais modernas (Giddens, 2005, p.24).

A questão da confiança constitui-se do cruzamento dos conhecimentos produzidos da análise social e da observação dos “laços” marcados pelas atribuições individuais

balizadas num contexto de espaço e de temporalidade, em que “as relações de confiança quaisquer que sejam os quadros sócio-históricos, no seio das quais sejam consideradas, ajudam a estruturar as posições dos actores, dando conta do sentido ou dinâmica das suas interacções” (Balsa, 2006).

Definida por Williamson como um “determinado nível de probabilidade subjectiva, estimada por um agente de que outro agente, ou grupo, empreenderá uma acção específica” (citado em Balsa, 2006), confiar-se significa entregar-se a um outro, sem consideração do risco, algo que é nosso. É um pré-requisito primário para se agir socialmente e se encetarem acções claramente orientadas a outrem, admitindo sempre alguma incerteza (Soulet, 2006).

No contexto dos cuidados de saúde, os utentes depositam o controlo das suas situações clínicas nas mãos dos profissionais de saúde que prestam os cuidados, baseado na natureza desses cuidados exigirem elevado conhecimento técnico e científico.

Pressupõe uma assimetria no estatuto de parceiros em torno dos quais a relação se constitui (de quem recebe e quem deposita confiança).

A confiança enquanto construto social é implícita, não tem necessidade de registo, pressupõe a ideia de repartição de igualdade de critérios e princípios de vida, assenta sobre a partilha tácita de um referencial normativo suficiente comum, para garantir o desenvolvimento da interacção numa relação de caris assimétrico entre actores que depositam confiança mútua na acção um do outro (Châtel, 2006).

A mesma autora desenvolve a ideia de “responsabilidade-pelo-outro” como princípio ético da relação de confiança e por definição assimétrico, porque o “EU” tem sempre uma responsabilidade maior do que o outro na relação.

A dimensão assimétrica não resulta da diferença de posições sociais (inferioridade), mas do cuidado pelo outro, preocupação pelo outro de forma desinteressada, tratando-se segundo Châtel (2006) de uma relação “profundamente desigual”, pela interdependência num contexto delimitado, mas não inteiramente dominado, a interacção social nesta perspectiva pode ser vivificada pelo cuidado com o outro, contra a dominação nas relações sociais, introduz o indicador da “responsabilidade-sobre-outro”, na relação de confiança, é aceitar que a desigualdade de força e de “poder sobre” seja extinto numa reciprocidade de troca.

No processo de cuidados, contexto de trabalho em saúde, o utente solicita protecção ao profissional que lhe proporciona confiança, perante uma situação de insegurança em que se encontre (Amendoeira, 2006^b).

Trata-se de explorar a ideia de uma prévia confiança, na interacção entre o profissional de saúde e o utente em que a responsabilidade, como princípio ético também é assimétrica, visto que ao profissional cabe a responsabilidade maior nesta relação, a responsabilidade do cuidado pelo utente que poderá ser quanto a nós, um obstáculo à assimetria e um alicerce à confiança nos de cuidados de saúde.

A confiança enquanto processo orquestrado compreende mecanismos (referenciais técnicos e jurídicos) que apoiam os contratos que se agregam em vias edificadas para delinear e enquadrar as relações de confiança, também a mediação “socioinstitucional” está presente nos registos da confiança fundada em valores e apoiada por dispositivos informais como as expectativas de papéis a determinados níveis, como o estabelecimento de “redes” como meio importante de fundamentar relações de confiança (Balsa, 2006, p.19).

Soulet (2006) sublinha a importância de interlocutores simbólicos ou “dispositivos de conversão”, podendo ser pessoas ou estruturas que ajudam a pensar a situação inquietante, avaliando-a e ajudando a encontrar explicações bem como a identificar consequências, constituindo-se em reservas de meios práticos ou simbólicos em que o actuante pode “beber” (p.44).

O plano da mediação permite uma adequação entre os registos da confiança disponíveis e as situações em que as relações se materializem (Balsa, 2006, p.20).

Neste sentido o plano da mediação “pode ser investido por dispositivos e actores especializados na configuração da forma e do modo das relações sociais que elas tentam tornar conformes aos seus sistemas normativos de referência” (ib.).

No sentido do autor, os dispositivos de mediação das relações de confiança divergem quanto às regras e recursos próprios, consoante o quadro ou registo da confiança que se considere, no entanto o seu resultado exige sempre investimento social implicando a mobilização ou produção de recursos bem como de um objectivo estratégico para os colocar em prática.

I.3.6 – O poder nas profissões

A análise do fenómeno do poder nas profissões tem como ponto de partida a divisão do trabalho, ou seja a análise dos procedimentos de distribuição social de actividades, e que numa perspectiva interaccionista, a divisão do trabalho é consequência de interações e processos de construção social, e a perspectiva funcionalista que tem subentendida uma visão naturalista do fenómeno, para esta corrente a divisão do trabalho é resultado da capacidade técnica de dar resposta a necessidades sociais.

O que em seguida expomos são duas compreensões de poder nas profissões, a de Johnson (1972) dentro de paradigma funcionalista e de Freidson (1994) numa perspectiva interaccionista.

I.3.6.1 – A perspectiva de poder nas profissões segundo o modelo de Johnson

A concepção de poder profissional de Johnson (1972) assenta sobre critérios de legitimidade social, em que o principal fundamento do poder profissional resulta da contribuição do grupo profissional para as “funções do capital”. Para Johnson, a posição de uma ocupação na divisão do trabalho é função da sua contribuição para as funções globais do capital, à produção do lucro, à realização do capital e à produção relações sociais que asseguram a manutenção do domínio de umas ocupações sobre outras ser analisada nos elos que a unem à classe dominante (citado em Rodrigues, 1997, p.50).

E o poder das profissões nos contextos oficiais advém da configuração como as suas actividades se relacionam e estruturam com a classe soberana, seja pela adaptação ou execução de funções com tal facto relacionadas. Em que qualquer forma de compreensão entre a estrutura do conhecimento profissional e a formação de classes sociais tem de ter consideração o efeito conjunto destes processos duais: “contribuição que não pode ser conceptualizada nem com base no modelo unidimensional da coordenação burocrática, nem pela simples dicotomia propriedade ou não propriedade da produção” (Johnson, 1980, citado em Rodrigues, 1997, p.50).

A perspectiva do autor aponta para uma observação das profissões sobretudo a partir das interações destas estabelecidas com universos exterior a elas, com estruturas de classe da sociedade envolvente e sobretudo e especialmente com o Estado. E considera que as ocupações na sua natureza resultam da geral divisão do trabalho e que a emergência em qualquer sociedade de saberes profissionais especializados na produção de bens ou serviços, cria relações de dependência socio-económicas e relações de afastamento social – à especialização da produção equivale a desprofissionalização dos clientes (ib.).

Essa distância social cria uma estrutura ou indeterminação na relação entre produção e consumo, da qual resulta uma “tensão” determinada pela potencial especulação.

A probabilidade de incerteza ou indeterminação é incerta, podendo ser atenuada com custos aplicáveis às profissões ou aos consumidores em função do contexto social e das relações de poder geradas, mas o nível de indeterminação tem consequências importantes para a relativa autonomia e recursos de que as ocupações dispõem para se interpor face a outras ocupações e para imporem as suas definições na relação os consumidores dos seus serviços (Rodrigues, 1997, p.49).

A incerteza não é totalmente cognitiva, possui um componente de complexidade do conhecimento, de exoterismo, mas também de mistificação propositadamente desenvolvida pelas profissões com a finalidade de aumentar a distância, a autonomia e o controlo sobre a prática ou actividade profissional.

O “profissionalismo” é defendido por Johnson (1972), como um particular tipo de controlo profissional, e identifica três tipos de controlo laboral:

- O “colegial” no qual se insere o profissionalismo, descrito pelo facto de profissional possuir capacidade de definir e resolver as necessidades do consumidor;
- O “patrocinato” caracterizado pelo facto de ser o próprio consumidor a as suas próprias necessidades bem como a forma de as resolver, concretizadas na sociedade de consumo pelas mega organizações com grande numero de trabalhadores;
- O “mediado” relacionado pelo facto de a relação produção-consumo ser mediada pelo Estado, podendo neste caso a forma de resolução das necessidades assumir diferentes modalidades (citado em Rodrigues, 1997, p.49).

I.3.6.2 – A perspectiva de poder nas profissões segundo o modelo de Freidson

A perspectiva de poder das profissões de Freidson (1994) repousa nas relações de negociação e conflito desenvolvidas pelas ocupações. E define profissionalização como um processo pelo qual uma organização – organizada formalmente ou não, através da definição das suas competências específicas de particularidade do seu trabalho e dos contributos para a sociedade – do que advém o direito singular de desempenhar determinado tipo de trabalho, bem como a exclusividade sob o controlo de formação e avaliação desse mesmo trabalho, e entende profissão como um “princípio ocupacional de organização do trabalho” (Freidson, 1994, citado em Rodrigues, 1997, p.51).

A sua análise de poder profissional centra-se no que denomina de vantagens:

A autonomia e poder sobre o próprio trabalho, assegurado pelo direito exclusivo sobre os conhecimentos “*expertise*” e as “credenciais” criando assim com esses recursos, em sua perspectiva uma das principais bases da maioria dos poderes profissionais em que o fundamental é o controlo sobre a forma de realização do trabalho;

A “autonomia” técnica que possibilita ao trabalhador individual ser soberano, ao invés da hierarquia e se ainda for reconhecido como “*expert*” permitir-lhe-á controlar informação indispensável que fará aumentar a dimensão do seu poder profissional;

Outro recurso apontado por Freidson o “gatekeeping” e que entende como a segunda maior fonte de poder profissional, advém do controlo organizacional sobre os recursos disputados, assumindo a forma de “credencialismo”, meio que permite às profissões deter posição e ter controlo sobre os domínios da interpretação, avaliação e resultado de problemas que os seus utentes pretendem resolver (ib.).

Estes pressupostos constituem-se no fundamento de outros enunciados:

O “princípio ocupacional” de organização do trabalho concretiza-se na acção de domínio sobre o próprio trabalho pelos membros das ocupações, com o aval do estado cabendo a este o consentimento através de licenças e competências exclusivas e distingue-se do princípio “administrativo” de controlo sobre o trabalho exercido por instituições burocráticas;

A autoridade para coordenar a divisão do trabalho, é atribuída ao “*expert*” o operário só, pode controlar o seu trabalho, e a sua competência só é reconhecida se os outros estiverem convencidos de que só ele as pode exercer;

A autonomia do “*expert*” é prevista em termos sociais e políticos e a autonomia na direcção do trabalho assegurada, tanto para assalariados como para independentes;

O conhecimento adquirido só existe quando tem uma aplicação concreta, é a parte essencial do princípio ocupacional de organização do trabalho, este não confere especiais poderes, mas antes a exclusividade transformada no controlo sobre a angariação, a formação e o trabalho de criação;

A principal condição para a reivindicação de privilégios (legalmente previstos pelo estado) é pela obtenção de conhecimento em “instituições formais de educação superior”, assim as profissões estão estreitamente ligadas com os processos políticos normalizados, bem como das profissões o continuo desenvolvimento pela actividade política;

A “dimensão ideológica” das profissões, o conjunto de convicções para a resolução de problemas, tendem a ser autoritárias e que pode ser analisada nos conflitos com outras profissões (Freidson, 1994, citado em Rodrigues, 1997, p.51-52).

Neste modelo, as particularidades fundamentais das profissões baseiam-se nas ligações entre “tarefas”, para as quais existe procura num mercado, formação fornecida pelo sistema de educação para a realização de tais tarefas e acesso privilegiado de trabalhadores formados para o desempenho de tais tarefas; ligação esta que institucionalizada a relação entre sistema de ensino superior e mercado de trabalho (Rodrigues, 1997, p.52).

O modelo proposto por Friedson comporta ainda outros pressupostos directamente relacionados:

- A divisão do trabalho resulta de processos de interacção social no decurso dos quais os participantes estão continuamente interessados na tentativa de definir, estabelecer, manter e renovar o trabalho que desenvolvem, bem como as relações de trabalho com outros grupos profissionais. E essas interacções não têm por fundo um quadro inteiramente livre, são balizadas pela organização social onde têm lugar;

- O conjunto dos membros das profissões não é homogéneo, antes diferenciado por especialidades, segmentos, circunstâncias da prática profissional e ainda por posições hierárquicas internas e ainda pelo relevo cultural, político e eventual projecção externa enquanto líderes;

- A descrição de uma profissão e reconhecimento como objecto empírico, satisfaz normas relacionados com o grau e a forma como as ocupações adquiriram poder organizado para controlar a sua actividade, para determinar os termos, as condições e o conteúdo do seu trabalho;

- A ênfase da observação é dirigida às circunstâncias pelas quais as profissões se constituem como grupos sociais, qualificando-os segundo a procedência, o tipo e o grau da sua organização, compreendendo a causa e o como a sua estruturação se materializa e pode ser continuada e ainda o tipo de consequências que tem para a divisão do trabalho produtivo de que faz parte.

I.3.7 – Cuidados Continuados Integrados: um contexto de interacção enfermeiro-utente no sistema de cuidados de saúde

A organização dos serviços de saúde em Portugal sofreu influência dos conceitos religiosos, políticos e sociais característicos de cada época histórica e foi-se materializando para dar resposta ao aparecimento das doenças.

Em 1899 o Drº Ricardo Jorge inicia a organização dos “Serviços de Saúde e Beneficência Pública” que foi regulamentada em 1901 e entrou em vigor em 1903. A prestação de cuidados de saúde na época era de índole privada, cabendo ao Estado apenas a assistência aos pobres.

Só em 1971 a reforma do sistema de saúde e assistência (conhecida como a reforma de Gonçalves Ferreira) surge o primeiro esboço de um Serviço Nacional de Saúde, no qual são explicitados princípios, como o reconhecimento do direito à saúde de todos os Portugueses, cabendo ao estado assegurar esse direito, através de política unitária emanada pelo Ministério da Saúde (Ferreira, 1975 p.28).

Em 1974, Portugal sofre modificações políticas e sociais radicais, que possibilitaram em 1979 a criação do Serviço Nacional de Saúde pelo qual o Estado assegura o direito à saúde de todos os cidadãos (a promoção, prevenção e vigilância).

Segundo o Decreto-Lei nº 212/2006 de 27 de Outubro, o Ministério da Saúde é o departamento governamental que tem por missão definir a Política Nacional de Saúde, exerce as funções normativas e promove a respectiva execução e avaliação de resultados.

Este ministério em relação ao Serviço Nacional de Saúde, exerce funções de regulamentação, planeamento, financiamento, orientação, acompanhamento, avaliação, auditoria e inspecção.

O Serviço Nacional de Saúde, é o órgão responsável pela prestação de cuidados de saúde, definidos como os “actos ou serviços prestados para manter, promover ou restaurar a saúde da população. Compreende os cuidados básicos e primários, e os cuidados diferenciados ou hospitalares” (Ferreira, 1978).

Importa referir que, Serviço Nacional de Saúde designa a totalidade dos serviços ou equipamentos que prestam cuidados de saúde, quer públicos quer privados ou sociais, e Sistema Nacional de Saúde designa o conjunto organizado de órgãos prestadores de cuidados de saúde, tutelado e financiado pelo estado, que garante a cobertura médico-hospitalar de todos os cidadãos em condições de igualdade e universalidade, ou seja o sector público (Arnaut, 2005).

A forma como estão organizados os cuidados de saúde e são prestados aos cidadãos caracteriza ou tipifica o modelo político do país, podendo ser, do tipo liberal ou estatal, em Portugal, considera-se do “tipo misto”, pois admite actividade complementar da medicina pública e privada, (Arnaut, 2005).

A Lei de Bases da Saúde nº48/90 no que se refere aos princípios gerais no seu artigo 4º enuncia: “Os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos”.

Em Portugal o direito à assistência médica foi consagrado em Lei Nacional, em 1975, pelos deputados da assembleia constituinte, que elaboraram o texto programático que consagrava “o direito à protecção da saúde como direito fundamental e impõe ao estado, como tarefa prioritária, a obrigação de o garantir através de uma rede pública de serviços e equipamentos que permita o acesso a todos os cidadãos, sem qualquer discriminação aos cuidados de saúde” (Arnaut 2005).

O Sistema Nacional de Saúde constitui o núcleo fundamental do Sistema de Saúde Português, a sua extensa interface entre os serviços de saúde e a sociedade produz uma infinidade de encontros entre os profissionais e os utentes.

A tendência de envelhecimento da sociedade, é um fenómeno comum à maioria dos países de todo o mundo, à qual Portugal não é excepção. Para este facto concorrem a confluência de diferentes factores, tais como: o declínio das taxas de natalidade (em Portugal); o decrescimento progressivo das taxas de mortalidade e o conseqüente aumento da esperança de vida, estima-se que em 2050 cerca de 32% da população portuguesa tenha mais de 65 anos, e que a percentagem da população mais idosa, com 80 anos ou mais, se situe em 10,2% (INE, 2005).

Neste panorama, perspectiva-se que na actualidade para além dos 65 anos, existem mais de 15 ou 20 anos de vida cuja qualidade é um dos desafios mais importantes para todos os governos do mundo, sendo esta também a faixa etária onde será esperado o maior consumo de recursos de saúde.

Em Portugal estima-se que as necessidades desta população aumentem consideravelmente, paralelamente a um aumento substancial do número de pessoas em situação de vulnerabilidade e potencial perda de capacidades, com doenças crónicas e potencialmente incapacitantes.

Ainda outras alterações da estrutura demográfica da sociedade tais como: as mudanças das condições laborais, a maior inserção das mulheres no mercado de trabalho; as mudanças na estrutura familiar, com evidente redução do tamanho das mesmas e o surgimento de novas configurações (famílias monoparentais e famílias sem filhos) e ainda as alterações nos estilos de vida actuais, resultam numa evidente dificuldade de

acompanhamento das pessoas idosas, cenários que apontam para uma necessidade de ajuste nas políticas sociais nomeadamente nas da saúde.

E neste sector o crescimento galopante dos gastos em meios terapêuticos, bem como a crescente e dispendiosa ocupação de camas hospitalares, obriga à necessidade de racionalização e eficiência de gastos, por outro lado a pressão social exige dos sistemas de cuidados de saúde um atendimento de maior proximidade e melhor qualidade.

É neste contexto, que em 2003 é levada a cabo pelo governo então vigente, uma reforma no sistema de saúde português, pelo Decreto-Lei nº281/2003 de 8 de Novembro que cria três redes de prestação de cuidados designados: A Rede de Cuidados Primários; A Rede de Cuidados Diferenciados e A Rede de Cuidados Continuados.

A articulação prevista e almejada entre estes sistemas de cuidados nem sempre se concretizou, logrando os objectivos a que inicialmente se propunha, no contexto da mesma reforma dos cuidados de saúde. É neste âmbito, que o actual Governo através do Dec. Lei 101/2006 de 6 de Junho cria e regulamenta a rede de Cuidados Continuados Integrados, com vista a reorientar o papel dos dispositivos sociais e de saúde nesta área.

O conceito de Rede Cuidados Continuados Integrados segundo o mesmo Decreto-Lei, é considerado o conjunto de intervenções sequenciais de saúde ou de apoio social decorrente da avaliação de uma equipa multidisciplinar, que visam promover a autonomia, melhorando a funcionalidade do indivíduo em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

Segundo a mesma lei, no seu artigo 5º, a Rede de Cuidados Continuados Integrados inclui-se no Serviço Nacional de Saúde e no Sistema de Segurança Social, assentando nos paradigmas de da recuperação global e da manutenção, compreendendo actos de reabilitação física e ou social, e a manutenção do conforto e qualidade de vida, em situações irreversíveis.

Esta rede cruza todo o sistema público de saúde e articula-se com outros sectores nomeadamente o social, o modelo de intervenção proposto assenta numa abordagem multidisciplinar e conseqüente articulação entre instituições locais de saúde e de solidariedade social, entidades privadas e autarquias, para dar resposta às necessidades em cuidados continuados integrados de saúde e apoio social.

E o modelo de cuidados constituído elege o cidadão como o centro das intervenções, em que o utente e a sua família e ou cuidadores são o foco da atenção. A

participação de todos eles no processo de cuidados é condição essencial para a prevenção das dependências, e a permanência no domicílio é prioritário (Ministério da Saúde, Cuidados de Saúde e de Longa Duração, Relatório Preliminar, 2005, p.10). Neste contexto de prestação de cuidados, os enfermeiros são agentes implicados a contribuir para que ocorram ganhos de saúde para os utentes e sociedade em geral.

Capítulo II: Metodologia

II.1 – Considerações epistemológicas e metodológicas

Analisar o sentido que os enfermeiros num determinado sistema de cuidados de saúde, possuem das suas práticas e das dinâmicas das interações estabelecidas com os utentes desse sistema de cuidados de saúde é um dos propósitos do presente estudo.

Tendo em conta as características do nosso objecto de estudo, os objectivos do mesmo, bem como a sua finalidade, propomo-nos antever e apresentar as considerações epistemológicas perante o fenómeno em estudo bem como as estratégias metodológicas desenvolvidas para melhor o conhecer e compreender (Guba e Lincoln 2000).

Como suporte epistemológico para análise do nosso objecto de pesquisa necessitámos convocar teorias sociológicas com o propósito de fornecer regras de interpretação dos factos e de especificação de definição de soluções provisoriamente dado ao problema (De Bruyne et al., 1991, p.35), para este movimento de conceptualização importou-nos reter algumas concepções nomeadamente, da acção social proposta por Max Weber; Berger & Luckmann (2004); Giddens (1996); Pais (2002) a teoria das representações sociais Moscovici (2003); as concepções de saúde e doença Herzlich (1994); a teoria de reconhecimento social (Honneth, 2003); o poder nas profissões segundo Johnson (1972) e Freidson (1994) entre outras temáticas emergentes no contexto dos cuidados de saúde.

O nosso foco de atenção converge para o “significado das coisas” porque este tem um papel organizador nos seres humanos, o que as “coisas” (fenómenos) representam, moldam a vida das pessoas, passando também a ser partilhados culturalmente e assim organizarem o grupo social em torno destas representações (Turato 2005).

Enquanto investigadores sociais, a nossa relação com o nosso objecto é de puro “conhecimento intuitivo”, o quotidiano da prática de cuidados é-nos familiar, mas não necessariamente conhecido, porque não conhecemos o ponto de vista dos diferentes actores que a ele dizem respeito, nem as regras que estão por detrás das suas interações, e que dão continuidade a esse sistema social (Costa, 2003). São os procedimentos de pesquisa que permitem descodificar o significado dos objectos, dos símbolos, dos acontecimentos ou formas de pensar.

Sendo a realidade dos cuidados continuados socialmente construída interessa-nos analisar não só os processos através dos quais ocorre essa construção, como também os processos através dos quais o conhecimento se objectiva, institucionaliza e legitima (Berger e Luckmann 2004; Vala e Monteiro, 1996). Esta construção tem lugar no decorrer da interacção social, sendo efectuada ao longo do processo de socialização.

A realidade social enquanto objecto sociológico é considerado em todos os seus níveis desde a crosta externa, passando pelas estruturas organizadas, pelas práticas quotidianas flexíveis, pelos valores e ideias colectivas e finalmente até à mentalidade social colectiva e individual, todas estas camadas interpenetram-se e formam um conjunto indissolúvel, é impossível compreender uma sociedade se não se apreenderem todas as instâncias ou patamares em profundidade. Assim as observações dos comportamentos e dos discursos, mais próximos das experiências vividas dos actores, permitem revelar melhor o que escapa à estrutura, aquilo que não é inteiramente determinado por ela (Boutin et al. 1990; Schnapper, 2000, p.28).

A necessidade de um guia orientador para a metodologia da nossa pesquisa remeteu-nos para um quadro de referência no sentido de fornecer à nossa investigação um contexto geral e facilitar o acesso a hipóteses (De Bruyne et al., 1991, p.134).

O objecto e a finalidade do nosso estudo encaminharam-nos para um quadro de referência interpretativo, face à pretensão de fornecer compreensão profunda do fenómeno social das interacções nos cuidados de saúde, apoiados no pressuposto da maior relevância do aspecto subjectivo da acção social, estabelecida entre enfermeiro e utente, e ainda procurar entender o processo pelo qual as pessoas constroem os significados das interacções sociais no âmbito dos cuidados de saúde e descrevem o que estes são (Bogdan e Biklen, 1994; Javeau, 1998; Haguete 1997, p.639).

Para as estratégias e os procedimentos metodológicos, tivemos subjacente o facto de algumas problemáticas constitutivas do nosso objecto de estudo serem privilegiadamente abordadas em obras cujos autores adoptaram metodologias qualitativas.

Salientamos alguns marcos importantes na pesquisa qualitativa tais como a denominada Escola de Chicago nos anos 20 e 30, tendo presente a importância e influência das metodologias usadas pelos seus precursores relevamos neste sentido, o interaccionismo simbólico que contribuiu para a conceptualização do cuidado de saúde centrado na pessoa (Amendoeira, 2006^c, p.312).

Outro marco importante situa-se na emergência do paradigma construtivista, para o qual contribuiu significativamente a problematização de Berger e Luckmann (2004), cujas premissas principais se baseiam no entendimento da ordem social como um produto da actividade humana, importando compreender e analisar a experiência subjectiva dos actores na vida quotidiana ou seja, o estatuto da construção que os indivíduos fazem acerca da realidade social.

Orientámos a nossa investigação na base de que o conhecimento resulta de um processo de construção, teoricamente orientado, em diálogo permanente com a realidade social, no início do trabalho de campo, não possuíamos categorias de observação específicas predeterminadas mas, é também verdade que quando chegámos ao campo, tínhamos já em mente um quadro conceptual e objectivos de pesquisa (...)” (Boutin et al., 1990, p.100).

A orientação de um paradigma compreensivo conduziu-nos à convocação de metodologias qualitativas, que passou essencialmente por estudar o nosso objecto a partir da interacção com os actores no seu terreno, através da sua linguagem sem recorrer a um distanciamento ou ao emprego de formas simbólicas estranhas ao seu meio.

Num primeiro sentido a objectividade na pesquisa qualitativa refere-se a uma causalidade externa, ligada à própria natureza e a uma verdade ainda por descobrir “tudo no universo pode, em princípio ser explicado em termos de causalidade” e em segundo sentido, a objectividade reporta-se à decisão de correr um risco intelectual, o risco de ser refutado” (Javeau, 1998, p.66).

O recurso a metodologias de cariz qualitativo, quando eficazmente desenvolvidos são mais eficazes, por nos darem melhor conta das múltiplas realidades interaccionantes, e pela particularidade de possibilitarem a revelação interpretativa do significado das várias manifestações do quotidiano, pela articulação contínua das estruturas de significado subjectivo que regem as maneiras de ser, de pensar e de agir dos indivíduos nos diferentes contextos sociais (Pais 2002, p.154).

E neste sentido questionar os enfermeiros, com o objectivo de perceber aquilo que eles experimentam, o modo como eles interpretam as suas experiências e o modo como eles próprios estruturam o mundo social em que vivem.

O nosso interesse volta-se para a procura do “significado” das coisas, porque este tem um “papel organizador” nos seres humanos. O que as “coisas” (fenómenos, manifestações, ocorrências, factos, eventos, vivências, ideias, sentimentos, assuntos)

representam, molda a vida das pessoas. Num outro nível, os significados que as “coisas” ganham, passam também a ser partilhados culturalmente e assim organizam o grupo social em torno destas representações e simbolismos (Bogdan e Biklen et al., 1994, pp.47-51).

Ao posicionarmo-nos como investigadores qualitativos, assumimo-nos também como actores implicados da nossa própria investigação com todas as nossas características pessoais. Afirma-se a não neutralidade da investigação, já que estas não estão destituídas dos valores do investigador “não se trata aqui de ser objectivo por meio da depuração das medidas e por acordo intersubjectivo, trata-se sobretudo de se ser objectivo pelo reconhecimento da subjectividade e pela objectivação dos efeitos dessa mesma subjectividade” (Van der Maren, 1987, citado em Boutin et al, 1990, p.67) e usar de sensibilidade para admitir pistas, caminhar seguindo vestígios, valorizar os pormenores.

Porque o foco da nossa atenção é dirigido ao significado individual das interacções no âmbito dos cuidados de saúde, definido com alguma precisão no tempo e num contexto particular da prática de cuidados de enfermagem, consideramos o nosso estudo de configuração de uma análise intensiva (Javeau, 1998, p.44-45).

Dado o seu carácter de fraca extensão, importa neste sentido fazer a descrição tão exaustiva quanto possível das interacções entre os actores, e das acções e reacções que o compõem (Vala 2003, p.105; Boudon, s.d, p.120).

Para o estudo das interacções e circunstâncias práticas desenvolvidas pelos actores no curso das suas actividades num contexto específico dos cuidados de saúde, suportamo-nos numa perspectiva de orientação etnometodológica enquanto metodologia adequada para estudos em profundidade de pequenas porções da vida social (Giddens, 2004, p.650). Nomeadamente para o estudo das actividades práticas desenvolvidas, as circunstâncias práticas e o raciocínio prático desenvolvido pelos actores no curso das suas actividades quotidianas e descobrir no senso comum os verdadeiros sentidos que os actores dão às suas acções e desvendar o raciocínio prático que orienta as acções sociais, (Coulon, 1995; Casal, 1996).

Os sentidos e as significações dos enfermeiros nos cuidados de saúde, constroem-se em interacção com os utentes, partir deste pressuposto, é reconhecer o papel central que as interacções sociais entre os enfermeiros e os utentes exercem na construção social da realidade.

Consideramos as práticas sociais, o que os enfermeiros sabem, compreendem e relatam cabendo-nos apreender a realidade através dos seus olhos, descrever e reinterpretar

as práticas e modos como constroem a estabilidade do seu mundo social (Coulon, 1995; Casal, 1996; Pais, 2002).

As expressões que os actores empregam nos seus actos interaccionais estão carregadas de individualidade ou seja, são formadas de expressões que somente ganham significado a partir do conhecimento do contexto local onde elas são produzidas. O que manifesta a ideia de existir um saber comum socialmente distribuído (Coulon, 1995, p.36).

Situamos o nosso estudo na orientação de uma etnografia particularista já que se refere a um grupo de enfermeiros que pertencem a uma cultura mais vasta, no entanto este foco mais restrito é descrito holisticamente ou seja dentro do contexto (Hughes, 1992, citado por Boyle, 2007, p.172).

Para o desenvolvimento deste estudo, foi essencial o termos sido aceites pelo grupo de enfermeiros, também o facto de partilharmos a mesma linguagem diminuiu o risco de equívocos de interpretação (Tavares et al., 1998).

E possibilitou apreender a realidade social através dos olhos dos enfermeiros, analisar as práticas e modos como estes constroem a estabilidade do seu mundo social, ao mesmo tempo que o fazem descritível e objectivável por meio da sua própria linguagem (Coulon, 1995, p.32).

II.2 – O Contexto da investigação e os informantes

Para a consecução do nosso estudo e os objectivos do mesmo impôs-se seleccionar informantes privilegiados, com experiência com o fenómeno das interacções no âmbito dos cuidados de saúde (Carpenter et al., 2002, p.25), tivemos então em consideração, locais, tempos, acontecimentos e pessoas a serem estudados (Burgess, 1997).

Na selecção do contexto, tivemos em conta o facto de pretendermos trabalhar na área a que nos temos dedicado ao longo da nossa actividade profissional – A pessoa adulta e idosa em situação de doença e também o nosso interesse pessoal e profissional pela prática de cuidados de enfermagem nos Cuidados Continuados, enquanto dimensão emergente e desafiadora no novo contexto das orientações das políticas de saúde decorrentes das alterações sociais da actual sociedade e a configuração relevante que assumem na formação dos novos enfermeiros.

Considerámos, então uma Rede de Cuidados Continuados Integrados, e por razões de acessibilidade e ligações protocolares com a Instituição onde trabalhamos, ponderámos

uma Rede do distrito de Santarém integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, nomeadamente a sua equipa de enfermeiros como um contexto com características ideais para desenvolvermos a observação do fenómeno das interacções entre os enfermeiros e os utentes nos cuidados de saúde, por neste contexto serem levadas a cabo uma multiplicidade de actos e interacções entre os enfermeiros e os utentes o que facilita a observação do fenómeno.

Neste sentido, iniciámos o processo de aproximação ao contexto dos participantes com uma conversa informal com a senhora enfermeira coordenadora desta equipa, para explorarmos o assentimento do desenvolvimento do nosso estudo naquele contexto, o que se verificou de imediato. Tendo verificado nesta altura, a relevância das funções profissionais desempenhadas pela mesma nesta equipa, considerámo-la testemunha privilegiada (Quivy e Campenhoudt, 1998) pelo que marcámos então a realização de uma entrevista de âmbito exploratório, a qual decorreu no início do mês de Junho de 2007. Para esta entrevista, considerámos os seguintes objectivos:

- Dar a conhecer o âmbito do presente estudo;
- Obter dados acerca da constituição da equipa e identificar possíveis participantes no estudo (enfermeiros a trabalhar no contexto dos cuidados continuados há mais de três anos);
- Descobrir aspectos acerca do nosso objecto de estudo, os quais não nos surgiram de forma espontânea (Quivy e Campenhoudt, 1998, p.69). Esta entrevista, foi gravada em formato áudio, teve a duração aproximada de 60 minutos.

Posteriormente e por sugestão da senhora enfermeira coordenadora da equipa, dirigimos um pedido por escrito ao Senhor Coordenador da Sub-Região de Saúde de Santarém, onde explicitámos os objectivos e a finalidade do nosso estudo e solicitámos a autorização para a observação à equipa dos enfermeiros em causa, e do qual obtivemos parecer positivo a 22 de Junho de 2007.

Consideraram-se assim todos os enfermeiros desta equipa de Cuidados Continuados Integrados, num total de catorze enfermeiros.

O nosso contacto com os enfermeiros ocorreu individual e pessoalmente, sempre após um primeiro contacto encetado pela senhora enfermeira coordenadora.

Após este processo, verificou-se que um dos senhores enfermeiros se mostrou indisponível para participar no estudo, relevando questões pessoais. A população do estudo

constituiu-se assim por 13 enfermeiros – amostragem intencional ou amostra teórica (Burguess, 1997; Streubert e Carpenter 2002). De referir que, os indivíduos não foram escolhidos em função da importância numérica da categoria que representam, mas antes pelo seu carácter exemplar, de experiência do fenómeno (Glaser e Strauss, 1967; Patton, 1980, citados em Streubert e Carpenter, 2002, p. 25).

II.3 – O Método e a técnica de pesquisa

Na investigação qualitativa independentemente da abordagem realizada, os achados da pesquisa são as experiências dos participantes, pelo que é relevante que estas experiências sejam narradas segundo a óptica dos actores que as viveram, cujo resultado será sempre a forma literária (Streubert e Carpenter, 2002, p.20).

Os factos sociais, no processo de cuidados, para o nosso estudo assumem um carácter privilegiado, porque na investigação qualitativa as experiências dos participantes se constituem os achados da mesma, e tendo em conta que a escolha dos instrumentos metodológicos não devem ser dissociados das referências teóricas do estudo bem como o tipo de dados que queremos estudar (Ruquoy, 1997, p.86) e porque nos situamos numa abordagem essencialmente interpretativa, impunha-se a utilização de uma técnica de recolha de dados, também ela por natureza qualitativa e compreensiva, como é a entrevista.

Considerando os objectivos deste estudo, compreender o fenómeno das interacções a partir do sentido dos enfermeiros, baseado nas suas crenças, sentimentos, experiências e saberes, considerou-se a entrevista semi-estruturada, como o instrumento de colheita de dados adequado para recolher os dados descritivos na sua própria linguagem, permitindo-nos desenvolver intuitivamente uma ideia, sobre a maneira como estes interpretam e constroem a sua realidade (Bogdan e Biklen, 1997; Savoie-Zajec, 2003) e que combina uma certa liberdade do entrevistado com alguma orientação do entrevistador, constituindo-se na estratégia dominante de recolha de dados desta pesquisa.

Assim no âmbito de uma interacção humana e social, os enfermeiros descreveram-nos o mais ricamente possível as suas experiências, os seus saberes e competências específicas acerca do fenómeno das interacções, norteados por esta interacção, a situação de entrevista permitiu revelar-nos o que os enfermeiros pensam e que não pode ser observado: sentimentos, intenções e ainda comunicar comportamentos tidos em situações privadas, apresentando-se esta forma um acesso privilegiado às experiências humanas.

Para a realização das entrevistas junto destes actores trabalhámos com um guião base com questões amplas, às quais foram acrescentadas outras, suscitadas pelas circunstâncias, estas questões resultaram do quadro teórico geral de orientação e do estudo da situação da problemática, resultante da entrevista exploratória (Ghiglione e Matalon 1985, p. 92).

O guia de entrevista (Apêndice I) constituiu-se de quatro questões principais e de algumas “sub-questões”, que lançámos aos participantes, quando necessário no sentido de aprofundamento, explicitação dos conteúdos.

Um guião pouco estruturado, não significa que se tenha sido omissos ou desatentos na construção do mesmo, mas tão só por razões ligadas aos objectivos do estudo, a estrutura dos conceitos não está exactamente retratada no guião de entrevista, mas presente no nosso espírito quando da condução das entrevistas (Campenhoudt et al., 1998, p.183). Este guião serviu de roteiro mas, usado de forma flexível adaptando-o ao discurso de cada informador e ao caminho por cada um tomado.

Porque estivemos numa óptica semi-estruturada, no desenrolar das entrevistas o nosso papel foi o de seguir a linha de pensamento dos nossos interlocutores, mas ao mesmo tempo zelar pela pertinência das afirmações relacionadas com o nosso objecto de pesquisa, nomeadamente pelo estabelecimento de relação de confiança, quando verificámos que os entrevistados tivessem dificuldade em descrever as suas experiências deveríamos completar as perguntas com aspectos como: pode explicar melhor? o que quer dizer com?

Estes momentos constituíram-se em situações de comunicação que ultrapassaram a simples conversação, uma vez que os assuntos das entrevistas foram previstos e limitados (Savoie-Zajc, 2003, p.280).

Definimos os papéis de entrevistador e entrevistado, explicou-se da relevância do testemunho dos entrevistados para a realização do estudo, e que estes se centrassem na sua própria vivência de enfermeiro, de modo a que estes também se sentissem implicados na pesquisa; que iriam ser colocadas questões gerais e que interromperíamos o entrevistado quando entendêssemos necessário validar ou clarificar algum assunto.

No decorrer das entrevistas tentámos favorecer a expressão de sentimentos, escutando, respeitando os silêncios, observando. Procurámos manter uma atitude de imparcialidade, não indutora nem sugestiva de respostas promovendo que os entrevistados estruturassem o seu pensamento em torno do objecto perspectivado e que simultaneamente, consoante as questões propostas reflectissem acerca de aspectos não

explicitados (Albarello et al, 1997) e ao mesmo tempo demonstrando interesse e atenção para com as palavras dos entrevistados.

A realização das entrevistas foi precedida de explicitação aos informantes sobre o enquadramento da problemática, sendo efectuadas em meio privado e na presença exclusiva de entrevistador e entrevistado.

O consentimento informado de cada participante foi realizado e gravado, no início de cada entrevista, este incluiu um conjunto de aspectos comuns nomeadamente:

- Os dados obtidos seriam confidenciais, sendo salvaguardada a identidade do informante;
- A participação do informante seria voluntária, ressalvando o direito a desistir em qualquer fase do decurso da entrevista e do estudo;
- A participação no estudo não traria ao participante, em princípio benefícios de monta, mas também não lhe traria prejuízos;
- Para o esclarecimento de dúvidas, relacionadas com o estudo e com o seu processo, a identificação e contacto profissional da investigadora foram transmitidos;
- A possibilidade de acesso ao resultado do estudo junto da sede da Rede de Cuidados Continuados, ou junto da investigadora.

Todos estes procedimentos foram sempre precedidos de pedido de autorização para proceder à gravação da entrevista, este momento obviamente não foi gravado, mas foi prontamente aceite por todos os entrevistados.

Num total de 13 entrevistas efectuadas, estas foram realizadas progressivamente, com espaço de tempo entre as mesmas, variável. Após a audição e transcrição de cada uma, que nós próprios realizámos, permitiu-nos ir ficando elucidada sobre os resultados. Optámos por não realizar as entrevistas no primeiro contacto com os informantes, mas em momento posterior servindo o primeiro contacto para “quebrar o gelo” e estabelecer empatia com estes.

Este processo foi desenvolvido ao longo de cerca de sete meses, com algumas interrupções por motivos pessoais, que também contribuíram para sedimentar aspectos importantes para o nosso desenvolvimento enquanto investigadora.

O conjunto dos materiais obtidos pela gravação áudio das entrevistas, com duração média aproximada de 50 minutos, constituiu a nossa base de dados num total aproximado

de 11 horas, o qual sofreu um processo de tratamento que explicitaremos em subcapítulo subsequente.

Durante o processo de tratamento e análise dos materiais, ao conferir e ao questionar continuamente os dados, que pela sua riqueza de conteúdos, considerámos de forma subjectiva ter adquirido um sentido de encerramento e deter o processo de colheita de dados, por considerarmos que novos interlocutores não acrescentariam muito à compreensão do nosso problema (Javeau, 1998; Streubert e Carpenter, 2002).

II.4 – Tratamento e análise dos dados

Finalizada a transcrição integral das entrevistas que se constituiu no nosso *corpus*, entendido como o conjunto de documentos que é considerado para ser sujeito a procedimentos analíticos (Bardin, 1997) e de onde foram eliminadas todas as referências a pessoas reais pela atribuição de pseudónimos, seguiu-se a organização das mesmas as quais foram identificadas com sinalética de 1 (E1) a13 (E13).

A análise dos dados foi feita tendo por base o objecto de estudo, as questões de investigação, os objectivos da mesma e a opção metodológica, caracterizou-se por um processo cíclico, activo, reflexivo, sistemático e integrado a que se deu início desde a recolha dos dados e implicou uma contínua formulação de questões que permitiram proceder à focalização progressiva do tema em estudo e a sua interpretação (Spradley, 1980; Miles e Hurbeman, 1994, citados em Gomes, 2002, p.80).

Face à orientação etnometodológica procurámos compreender os fenómenos sociais segundo o sentido explícito e implícito no discurso dos sujeitos. Interessava sobretudo compreender no conteúdo narrado, os significados que dão forma e conteúdo aos processos de interacção entre os enfermeiros e os utentes no quotidiano dos cuidados continuados.

Utilizou-se a análise de conteúdo como técnica de análise de dados, visando a descrição do conteúdo das mensagens dos enfermeiros e obter indicadores que permitissem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção dessas mensagens (Bardin, 1997, p.42).

Para a elaboração de indicadores que facilitassem a exploração, inferência e interpretação do discurso definiram-se as unidades de análise: unidades de registo e unidades de contexto tendo em conta os objectivos do nosso trabalho (Bardin, 1997).

Como unidade de registo, considerou-se a frase significativa, que representa uma unidade de significação complexa, de comprimento variável, a sua validade não é de ordem linguística, mas antes de ordem psicológica e é usado regularmente para o estudo de opiniões, motivações, valores.

Para a compreensão e codificação da unidade de registo, considerou-se a unidade de contexto, a resposta, que corresponde ao segmento da mensagem de dimensões superiores às das unidades de registo, e ideal para que se possa compreender a significação (Bardín, 1997, p. 105-106).

A análise incidiu sobre a linguagem, veículo simbólico e cultural dos enfermeiros, em que os dados brutos foram os materiais de construção do sistema ao longo do processo de análise (Fortin, 2000, p.308), tomando o discurso dos enfermeiros como “receptáculos” e modos de expressão da sua realidade socialmente construída, importou nesta dinâmica de análise, perceber o que continham.

Os objectivos do trabalho foram definidos no âmbito da compreensão das assimetrias nas interações entre os enfermeiros e os utentes, se as mesmas são potenciadoras e/ou produtoras de desigualdades sociais, e como o enfermeiro faz uso do poder para gerir o processo de cuidados dos utentes tendo em conta essas assimetrias, que sendo dimensões que se encontram de um modo geral transversalmente presentes nas interações das diferentes esferas sociais, nem sempre são abordadas de forma explícita pelos actores implicados.

Para a análise de significação considerámos o conteúdo manifesto, o que foi dito explicitamente pelos enfermeiros, bem como o conteúdo latente dos dados, por referência ao implícito, ao não expresso, ao sentido oculto, os elementos simbólicos presentes nos dados, pois a interpretação do que não foi dito constitui uma forma de descobrir a significação real e profunda de todo o conteúdo manifesto (Landry, 2003, p.349).

Temos presente que a significação do sentido oculto, não anula e não substituiu nunca a significação do sentido do conteúdo manifesto (L'écuyer, 1990, citado em Landry, 2003, p.350).

Neste sentido procurou-se identificar as zonas do *corpus* com algum valor para traduzir o objecto que pretendíamos estudar, e assim nos ser possível caracterizar a acção dos enfermeiros no contexto específico dos cuidados continuados.

Releram-se e examinaram-se os dados das diferentes entrevistas e agruparam-se os dados para identificar semelhanças, diferenças, padrões, sequências, relações, temas que nos

direccionassem a padrões explicativos que foram gradualmente surgindo e afinados à medida que a análise decorria e tomava forma.

Procedeu-se à identificação gradual dos conteúdos expressos nos excertos significativos, confrontando-se as unidades de registo de cada entrevista, procurando as diferenças e as semelhanças entre elas e agrupando-as.

Estas unidades de registo foram identificadas pela comparação e o contraste dos elementos dos dados e codificadas no texto às quais foram atribuídos nomes de forma provisória até se tornarem definitivos.

Os códigos foram organizados e reorganizados em unidades maiores que permitiram a identificação de padrões e relações nas interacções entre os enfermeiros e os utentes no processo de cuidados de enfermagem no contexto dos cuidados continuados.

Uma das dimensões da análise foi a acção do enfermeiro cujos dados permitiram identificar diferentes sentidos, com diferentes características em termos de determinados elementos estruturais na interacção enfermeiro-utente.

Chegou-se a uma lógica de separação do sentido do conteúdo, embora que todos esses elementos resultem das práticas dos que nelas investiram o seu sentido. Transparecendo também o que é “menos voluntariamente confessado do que efectivamente praticado”, “ver” as coisas de uma certa maneira também implica, pender a “agir” a seu respeito da maneira correspondente (Hiernaux, 1997).

Os princípios desta descrição partem da ideia de que o sentido “está” em relações estabelecidas entre si pelos elementos que o material põe em acção, a base destas relações são de dois tipos:

- A disjunção (distinção) que dentro do mesmo género permite identificar como existentes e específicos relativamente a outros;
- A associação que estabelece uma relação entre as coisas identificadas pelas disjunções formando assim uma “rede” e os “atributos” de todas essas coisas (Hiernaux, 1997, p.163).

Tratou-se de “aderir” o mais possível à lógica expressa pelos enfermeiros considerada na totalidade da sua expressão e tentamos obter “moldes” ou “marcas” dessa lógica, por referência a várias manifestações concretas e comuns (Hiernaux, 1997, p.170).

Os procedimentos base passaram pela:

1. Inventariação do material sob observação, e desse material retirámos as unidades de sentido, que após leitura atenta e cuidada nos pareceram atrair-se mutuamente pelos sentidos do conteúdo;
2. Identificação das disjunções, separando-as do que elas não são, “o que é o inverso de quê”;
3. Averiguação das associações entre termos, o que se encontra associado a quê; do mesmo lado; (Hiernaux, 1997, p.166).

A lógica essencial passou por identificarmos as zonas do *corpus* com valor efectivamente significativo para qualificar as características das modalidades da prática de cuidados de enfermagem no contexto dos Cuidados Continuados, para a sua caracterização e compreensão construímos esquemas ainda que com algum grau de abstracção, mas comuns às várias manifestações concretas dos enfermeiros entrevistados.

O percurso realizado para a construção dos esquemas não foi linear, antes sofreu refinamento contínuo, através de idas e vindas dos materiais ao esboço e vice-versa, agrupando-se e elaborando-se gradualmente grupos de “enunciados” de generalizações com relevância para o fenómeno em estudo.

O utensílio usado foi o das isotopias, (Hiernaux, 1997, p.180) ou seja, pela aglutinação dos sentidos, pela ordenação das estruturas de sentido subjacente no material, cuja ordem não esteve na ordem discursiva, mas dispersas por diferentes locais do material, assim ao invés da análise do material pela ordem discursiva, procedeu-se à identificação de «locais estruturais comuns» relevantes para a caracterização das interacções entre os enfermeiros e os utentes no processo de cuidados de saúde dos Cuidados Continuados.

O tratamento dos dados permitiu identificar dois eixos em torno da interacção enfermeiro-utente, um por referência à modalidade de intervenção, e outro por referência o estatuto do utente destinatário dos cuidados.

As diferentes características identificadas apontam para a existência de duas posições opostas no eixo das modalidades de intervenção: uma que denominámos: «A prática nunca é a mesma» que se opõe a outra que corresponde a uma posição de «A prática é sempre a mesma». Um segundo eixo pôde ser constituído em torno da definição do estatuto do utente: onde pudemos distinguir um «Estatuto singular do utente» e «Estatuto indiferenciado do utente».

Exemplificamos em seguida a forma como a progressão no *corpus* nos permitiu chegar às isotopias (Hiernaux, 1997) ou eixos de análise, através da identificação progressiva de características, às quais atribuímos o estatuto de código de qualificação e que aparecem no nosso corpus seja na forma explícita, seja na oposta inferida a partir da primeira. Consideramos aqui o código da «força da rotina» em que se opõe uma posição de «certeza» a uma outra de «incerteza» que virão caracterizar, respectivamente uma posição de «prática padronizada» e uma posição de «prática artesanal». Os outros códigos são apresentados no (Apêndice II).

Quadro nº 2 – Exemplo de código de qualificação «força da rotina» apoiando o eixo das «modalidades da acção»

Força da rotina		
A prática nunca é a mesma	/	A prática é a mesma
Questionar as práticas	/	[Não questionar as práticas]
Não repetição	/	Repetição
Incerteza	/	Certeza

Cada uma das oposições resultam elas mesmas da condensação de vários excertos que foram agrupados por denotarem uma mesma orientação. Exemplificamos, a seguir com a apresentação das ocorrências que nos permitiram chegar à oposição entre «a prática nunca é a mesma» e a «prática é sempre a mesma» que apoiam, respectivamente, uma posição de «incerteza» e uma posição de «certeza».

Quadro nº 3 – Exemplificação de identificação de unidades de sentido no *corpus* para a qualificação da «certeza» «incerteza»

Não há uma estrutura	/	Sabemos exactamente o que fazer
<p>“(…) não há uma estrutura, não há nada delineado para fazermos isto assim ou daquela forma (…) se calhar vai precisar que eu venha cá esta semana duas ou três vezes, conversar com ela para ir falando aos poucos, (…) cada caso é um caso cada pessoa é única (...)”</p> <p> </p> <p>“As capacidades que ela tem de perceber aquilo que nós dizemos, temos de estar atentos a tudo, que recursos? Se tem família? Se não tem? Quem é que a pode ajudar, a que hora é que lá podem ir?” (E3 / p.3)</p> <p> </p> <p>“(…) Eu nunca vi (…) um inquérito de satisfação às famílias”. (E7 / p.10)</p> <p> </p> <p>“(…) avaliar (…) a forma como as pessoas sentem ao serem cuidadas em casa”. (E7 / p.10”</p> <p> </p> <p>“(…) para avaliarmos se estamos a trabalhar bem ou se devíamos trabalhar de maneira diferente”. (E7 / p.10)</p> <p> </p> <p>“Como é aquela família? O que é que vamos encontrar? (…) se a pessoa está consciente, se está inconsciente, se está orientada, se está desorientada?” (E11 / p.1)</p> <p> </p>	<p>/</p> <p>/</p> <p>/</p> <p>/</p> <p>/</p> <p>/</p> <p>/</p>	<p>“(…) a não ser que seja um doente cirúrgico, para tirar pontos e aí ao fim de três ou quatro visitas domiciliarias está pronto (...)” (E5 / p.4)</p> <p> </p> <p>“(…) nós temos uma ideia (…) nós sabemos exactamente aquilo que é preciso de fazer (…) sabemos onde se quer chegar”. (E2 / p.5)</p> <p> </p> <p>“(…) já estou instituída aqui no meio desta população, a relação já existe, (…) já os conheço a eles, já sei como é que posso agir com uns, com outros. É fácil, (...)” (E13 / p.1)</p> <p> </p> <p>“(…) não temos essa preocupação porque não é necessário, dois três dias e está pronto”. (E5 / p.5)</p> <p> </p>
<p>A prática nunca é a mesma</p>	<p>/</p>	<p>A prática é sempre a mesma</p>

Ao longo do tratamento e análise dos materiais usámos sinaléticas:

- “(...) texto – refere-se a uma citação de entrevista cujo início não coincide com o início de uma frase;
- “texto (...)” – refere-se a uma citação de entrevista cujo o fim não coincida com o fim da frase;
- (...) – quando omitimos excerto da transcrição original sem relevância para a análise ;
- [texto] – palavra ou frase que clarifica o significado da declaração;
- E – entrevista
- (letra, número) – identificação do participante;
- (|) – associação das unidades de sentido;
- (/) – disjunção das unidades de sentido.

II.5 – A produção das interacções enfermeiro-utente nos cuidados de saúde: reflexo da acção e da estrutura

Para a investigação realizada direccionada sobretudo para a abordagem de um contexto particular de cuidados de saúde, e para as relações sociais estabelecidas entre os enfermeiros e os utentes nesse mesmo contexto, partilhamos de uma reflexão não de dualismo entre indivíduo-sociedade, mas antes numa perspectiva de considerar que a estruturação dos sistemas sociais, assentam nas práticas dos actores que accionam regras e recursos (que constituem a própria estrutura) nos vários contextos de acção, se produz e reproduz em interacção (Giddens, 1996).

Giddens (1996) defende o princípio da existência de uma interacção dialéctica entre estrutura e a acção, assente numa dinâmica de reciprocidade mútua e historicamente construída, como conceito chave apresenta a “dualidade da estrutura”, no qual propõe que as propriedades estruturais dos sistemas de acção são, simultaneamente, um meio e um resultado das práticas dos actores. Pela prática, os actores reproduzem as condições estruturais que viabilizam a sua acção ou agência. O autor chama a atenção para o facto de as acções dos actores serem necessariamente, historicamente localizadas.

Reconhece-se o princípio da existência de uma interacção entre a estrutura e a acção assente na dinâmica de reciprocidade mútua e contextualmente constituída, assim pensa-se no processo de construção da cultura dos cuidados continuados como o reflexo das complexas relações de implicação mútua entre a estrutura e a acção social dos actores.

O entendimento destas interconexões passará pela perspectiva da acção humana quer como dependente da estrutura que o constrange, quer como produtoras de diferentes lógicas de acção e neste sentido o comportamento humano é concebido como revestido de margens relativas de autonomia relativamente às quais pode desenvolver criativamente diversas lógicas de acção. O que os seres humanos fazem na sociedade, não o fazem meramente sob as condições da sua própria escolha, contempla a ideia de produção da vida social com a de reprodução do social (Giddens, 1996, p.145).

Neste sentido o discurso e a linguagem dos enfermeiros, actores no processo social dos cuidados de saúde constituem-se em válidas pistas para a conceptualização dos

processos de produção e reprodução social no processo de cuidados de enfermagem (Giddens, 1996, p.145).

A linguagem, enquanto acto de geração de discursos e da realização do diálogo e também a consequência inesperada da produção do discurso e da realização do diálogo assume relevância fundamental nos processos de reprodução do social (ib.).

O essencial é que qualquer análise adequada da interacção enquanto produto das capacidades integrantes dos actores, reconheça que a sua “significância” é contínua e activamente negociada (Giddens, 1996, p.122).

Giddens valoriza três elementos básicos na produção de interacção: a sua constituição como «significante», toda a interacção envolve comunicação; a sua constituição como operação de poder, o poder é um elemento constitutivo e inerente à vida social; e a sua constituição como ordem moral. A abordagem do significante leva à compreensão de que a produção da interacção depende antes de tudo da captação mútua na intenção comunicativa, já que o mero conhecimento da linguagem não habilita o orador a conseguir. Toda a interacção comporta o interesse e a habilidade de quem se propõe falar comunicar.

A relação moral é a actualização de direitos e ordenação de obrigações. Tratando da ordem moral, Giddens considera: essa ordem moral nem sempre é obedecida, já que é direito de um participante numa determinada situação aparece como a obrigação de outro em responder de forma “apropriada” e vice-versa, mas esta ligação pode ser cortada se uma obrigação não é reconhecida ou respeitada, nenhuma sanção pode efectivamente ser-lhe imputada (1996, p.126).

Na produção da interacção (moral) todos os elementos normativos precisam ser considerados como reivindicações actualizadas e bem sucedidas das obrigações (respostas) dos participantes.

A interacção entendida como uma relação de poder implica a noção de acção, à qual está implicitamente ligada a de poder, pois esta envolve intimamente a aplicação de «meios» para alcançar resultados, tornados possíveis pela intervenção directa de um actor no decurso de fenómenos, sendo a «acção intencionada» subcategoria daquilo que o actor faz ou evita fazer, o poder representa a capacidade de um agente para mobilizar recursos que tornem possíveis esses «meios» (Giddens, 1996, p.128).

O poder é entendido como a capacidade transformadora da actividade humana, ou seja a capacidade de um actor intervir numa série de fenómenos de que altere o seu curso. Em sentido restrito e relacional o poder manifesta-se como uma propriedade da interacção,

definindo-se como a capacidade para assegurar resultados, cuja realização depende da actividade de outras pessoas. Essa visão de poder inclui recursos, que controlam o comportamento dessas pessoas e expressam-se através da posse de autoridade e uso de outras formas de força.

Tal como estes três elementos constituem a interacção de igual modo a significação, a dominação e a legitimação são propriedades desta. E as estruturas de significação podem ser analisadas como sistemas de regras semânticas, ou “convenções”; os sistemas de recursos referentes à dominação; e as regras morais referentes à legitimação. Em qualquer situação concreta de interacção, os membros da sociedade usam todos estes pressupostos como modalidades de produção e reprodução do social e sempre interligadas. “Quando relativas a uma totalidade das colectividades, como um sistema integrado de regras semânticas e morais, podemos falar da existência de uma cultura comum.” (Giddens, 1996, p.145).

Os sentidos da acção social são perceptíveis pela identificação dos modelos culturais assimilados e reconstruídos pelos actores, nos vários contextos de socialização e acção.

Ao afastar a possibilidade de pensar a cultura como o reflexo ou a tradução directa e imediata da estrutura, ou como o produto exclusivo das interacções humanas, aprofunda-se, alternativamente, o seu processo de construção, convocando para o efeito, as complexas relações de implicação mútua entre a estrutura e a acção.

O entendimento destas interconexões passará pela perspectivação da acção dos enfermeiros quer como dependente das estruturas que a constroem, quer como produtoras de novas lógicas e de novos sentidos que contribuem para a sua alteração, redefinição e modificação. E neste sentido, o seu comportamento humano passa a ser concebido como revestido de margens relativas de autonomia, relativamente às quais podem desenvolver criativamente diversas lógicas de acção.

Modalidade da acção: A prática nunca é a mesma

A apreciação do carácter único da experiência de saúde / doença de cada indivíduo, emerge como fundamental para que o enfermeiro na sua acção determinar as necessidades de cuidados a partir da experiência e situação tal como é vivida pela pessoa ou grupo.

Tal propósito, subentende que o enfermeiro na sua acção recorre sobretudo ao descobrimento e adapta-se às diferentes e múltiplas realidades complexas e dinâmicas que caracterizam a pessoa, família ou grupo o que tem implícito um movimento antropológico e heurístico sobre as situações, que tende a conferir à prática um caris de diferença de situação para situação.

As situações são perspectivadas como únicas, mas em interacção com tudo o que os rodeia. As mudanças ocorrem por estádios de organização e desorganização, mas sempre para níveis de organização superior. Um fenómeno é único, podendo ser definido por uma estrutura, um padrão único, é entendido como unidade global em interacção recíproca e simultânea com uma unidade global maior, o mundo que o rodeia, neste sentido um fenómeno nunca se parece totalmente com outro (Kérouac et al., 1996).

O papel do enfermeiro enquanto gestor no processo de cuidados é entendido como alguém que pode acompanhar a par e passo, os aspectos que interferem directa ou indirectamente no bem-estar dos mesmos (Queiroz, 2004).

Nesta dimensão, o poder do enfermeiro advém da sua reconhecida autonomia sobre o seu próprio trabalho, a capacidade de definir a forma como o trabalho se faz, cujos recursos são os seus conhecimentos de *expertise* e as suas credenciais (Freidson, 1994, citado em Rodrigues, 2002, p.51).

Modalidade da acção: A prática é sempre a mesma

Nesta modalidade da acção os enfermeiros na interacção com os utentes no processo de cuidados posicionam-se perante estes, com a certeza antecipada sobre as suas necessidades baseados essencialmente no seu conhecimento de especialista.

O poder do enfermeiro é assumido como um atributo com base no seu saber de especialista, o que torna o utente dependente do seu conhecimento “mistificado” deliberadamente com vista a aumentar a distância social entre este e o utente bem como a manter o controlo sobre a sua prática (Johnson, 1972 citado em Rodrigues, 2002, pp.48-

49). E o utente pode tornar-se à acção do enfermeiro objecto passivo de intervenção externa acentuando a assimetria.

Estatuto singular do utente

A pessoa embora sendo uma construção social, é sempre única, singular, ser humano e ser individual e cada um torna-se individual sob a influência dos padrões culturais, sistemas de significações historicamente construídas, em torno das quais dá forma, ordem, objectivo e direcção à sua vida (Geertz, 1989, p.64).

A modalidade de acção individualizada, no processo de cuidados de enfermagem perspectiva uma forma de intervenção orientada para a pessoa e para a sua individualidade, esta relação enquanto processo social constitui-se de mecanismos e de experiências individuais e colectivas (Dubet, 2003, p.23) e envolve critérios, habilidades, e competências normalmente em poder do profissional enquanto pertencente a um segmento social dominante (Boneti, 2006).

Nesta interacção avulta o facto do enfermeiro na sua condição humana, prestar ajuda a alguém que dele necessita também na sua condição humana, e assim considerado a partir das suas características individuais e particulares o que a torna singular.

No sentido desta forma de acção, o poder do enfermeiro no processo de interacção com o utente refere-se somente ao monopólio de conhecimentos e credenciais que lhe conferem autonomia para gerir o processo de cuidados de enfermagem dos utentes (Freidson, 1994, citado em Rodrigues, 2002, p.51) e não poderes especiais sobre os utentes desses cuidados, o que perspectiva a possibilidade de relações mais simétricas.

Estatuto indiferenciado do utente

Quando o enfermeiro transporta consigo uma linha de pensamento, que ignora a existência, os pontos de vista e interesses do utente no seu processo de cuidados, o enfermeiro anula ao utente a sua participação no seu processo de cuidados. Assume o comando e responsabilidade dos cuidados, impossibilitando que o utente intervenha e usufrua da sua autodeterminação enquanto utente de cuidados de saúde. Este contexto de interacção entre enfermeiro e utente, remete o utente para uma posição de inferioridade e de perda de poder, surgindo assim um paradigma de posições assimétricas.

Ao enfermeiro cabe resolver o problema do utente, o enfermeiro é actor activo e o utente espectador passivo, o enfermeiro possui capacidade de definir as necessidades dos utentes / famílias, bem como a forma de os resolver (Johnson, 1972 citado em Rodrigues, 2002, p. 49).

O enfermeiro aproxima-se de uma perspectiva de acção orientada para os fins, e poderá não ter escrúpulos em explorar outros actores para seu benefício último, Parsons (1937, citado em Turner, 2002, p.119).

Todavia as modalidades depreendidas da realidade cultural identificada não emergem enquanto deterministas, no sentido de que não existe uma lógica de acção exclusivamente padronizada ou exclusivamente não padronizada, ou o estatuto do utente é sempre valorizado como singular ou nunca valorizado como indiferenciado, então é possível considerar que existem figuras que medeiam estas lógicas de acção e que importa desocultar.

Capítulo III:

Descrição e análise compreensiva dos dados

III.1 – Interacção enfermeiro-utente uma aproximação à modalidade de intervenção: “A prática nunca é a mesma”

A pessoa embora sendo uma construção social, é sempre única, singular, ser humano e ser individual e cada um torna-se individual sob a influência dos padrões culturais, sistemas de significações historicamente construídas, em torno das quais dá forma, ordem, objectivo e direcção à sua vida (Geertz, 1989, p.64).

A modalidade de acção individualizada, no processo de cuidados de enfermagem perspectiva uma forma de intervenção orientada para a pessoa e para a sua individualidade, esta relação enquanto processo social constitui-se de mecanismos e de experiências individuais e colectivas (Dubet, 2003, p.23) e envolve critérios, habilidades, e competências normalmente em poder do profissional enquanto pertencente a um segmento social dominante (Boneti, 2006).

O encontro entre o enfermeiro e o utente constitui um “meio social” (Rocher, 1989, p.13) e esta relação tem uma estrutura mutável e aberta, enfermeiro e utente adaptam-se um ao outro e em que o segundo é o centro regulador da relação, sendo a partir das suas necessidades de cuidados de saúde que esta relação se constrói. As relações sociais entre estes actores surgem como factores interdependentes, cujas relações dinâmicas são ao mesmo tempo a causa e o produto da existência do processo de cuidados. Neste contexto, os enfermeiros desenvolvem um processo de interacção com os utentes, onde o centro de interesse é a pessoa e onde os enfermeiros possuem conhecimentos específicos que lhe permitem diagnosticar e planear intervenções que os próprios executam e controlam (Amendoeira, 1999).

Trata-se de uma relação mutuamente orientada, colocando em contacto enfermeiro e utente envolvendo significados e expectativas recíprocas em relação às acções mutuamente estabelecidas, neste universo dependem de símbolos partilhados e entendimentos comuns.

Weber afirma que todas as esferas de acção social são profundamente influenciadas por estruturas e relações de dominação (Parkim, 2000, p.53). E Dubet (2003, p.25) relembra que na actualidade as desigualdades justas provêm do *achievement*, da conquista de status e não da herança de estruturas sociais desiguais por seu princípio e todos os

contratos sociais colocam o princípio de uma igualdade inicial, as actuais sociedades são igualitárias na medida em que elas desdobram a igualdade de oportunidades em termos normativos e constitucionais, elas aceitam as desigualdades desde que não impeçam os indivíduos de concorrer nos desafios que competem à igualdade de oportunidades nas diferentes dimensões sociais. Por este prisma a igualdade é um valor.

Sempre que uma pessoa necessita e procura cuidados de enfermagem junto dos sistemas de saúde, assume o estatuto de utente desses cuidados e estabelece-se um “encontro” entre esse utente e o enfermeiro. Este encontro assume particular relevância porque, é directamente responsável pelos cuidados que o utente tem a expectativa de receber.

Neste encontro, a relação estabelecida entre o enfermeiro e o utente, avulta o facto de que do primeiro, prestar ajuda a alguém que dele necessita na sua condição humana. Considerando cada ser humano a partir das suas características específicas, estamos perante a noção de pessoa, pessoa com existência e trajecto de vida única

No quadro nº 4, apresentamos os enunciados de sentido que encorpam a modalidade de intervenção a que designamos «A prática nunca é a mesma».

Quadro nº 4 – Esquema da estrutura global das características da modalidade da acção «A prática nunca é a mesma» e os códigos referentes

CÓDIGO	CARACTERÍSTICAS
Probabilidade dos episódios de interacção intervirem na identificação das necessidades dos utentes	Interacção enfermeiro-utente em continuidade
Emoções auferidas na interacção enfermeiro-utente	Interacção enfermeiro-utente factor positivo
Peso da ilação	Identificação das necessidades a partir das expectativas do utente
Força da rotina	Incerteza
Probabilidade de partilha de saberes na acção	Interconhecimento
Plasticidade na acção	Imprevisibilidade

Probabilidade de mediar os processos de saúde / doença dos utentes	Dinâmica Sócio-Profissional
Possibilidade da intervenção de diferentes saberes e diferentes competências na resolução de problemas	Equipa multidisciplinar

Interacção enfermeiro-utente em continuidade

No processo de trabalho dos cuidados continuados existem diferentes racionalidades que podem interferir com a particularidade da interacção, a continuidade da interacção enfermeiro-utente, contribui para que enfermeiro e utente se descubram mutuamente *“Nós temos doentes de dois, três, quatro anos e cinco anos (...) acabamos por estar todos os dias naquela casa (...) a continuidade da nossa presença junto das pessoas e o facto de nós pouco a pouco passarmos a integrar o sistema de que as pessoas vivem, que faz toda a diferença nisso, porque não é, (...) assim num contacto ocasional (...)”* (E2 / p.7). A dimensão temporal é denunciada como factor contributivo, para que se apurem saberes, habilidades e competências de ambas as partes.

Também Patrik West (1979) coloca em evidência a evolução temporal das interacções entre os profissionais de saúde e os utentes de cuidados de saúde, ao observar que durante o primeiro encontro, o profissional monopoliza as iniciativas, controla a situação e os utentes são passivos, depois do terceiro encontro em compensação os utentes assumem um papel activo, orientam em larga medida os diálogos. Profissionais e utentes assumem então, posições igualmente fortes, *“(...) as decisões estão sempre do lado dos utentes e das famílias, são eles que têm de decidir por eles. O que a gente procura é sabendo o que é melhor ou pelo menos tendo a percepção do que é melhor para aquele utente ou para aquela família, procurar dar-lhes a entender alterações de hábitos, isto ou aquilo, de forma a que eles possam ter saúde melhor, viver melhor (...)”* (E7 / p.9).

O que permite que as relações se estabeleçam a partir das expectativas de ambas as partes, diminuindo a assimetria entre estes.

Visivelmente importante na dimensão da continuidade das interacções, é ainda o facto de nem todos os encontros ocorrerem em função da busca de tratamento ou da cura, *“(...) é muito na relação que se vai criando com as pessoas (...) porque eu noto que é isso que faz com que as pessoas fiquem de pedra e cal ao nosso lado, mesmo que muitas vezes, porque isto acontece sistematicamente no nosso trabalho, a maior parte das situações não evoluem para melhor, evoluem para*

pior, porque as pessoas estão acamadas, porque as pessoas vão piorando a situação de saúde, porque as situações complicam-se e se não fosse o facto de entretanto se ter criado essa confiança mútua, eu penso que as pessoas poderiam entender isso(...) como maus cuidados” (E2 / p.7).

Os episódios de interacção em continuidade entre actores no processo dos cuidados continuados parecem contribuir positivamente para o estabelecimento de relação de confiança que é valorizada pelo enfermeiro como forma de satisfação de necessidades individualizada, e para que enfermeiro e utente intervenham de forma mais igualitária nas decisões no âmbito processo de cuidados.

Interacção enfermeiro-utente factor positivo

Na lógica da acção «A prática nunca é a mesma», na interacção enfermeiro-utente há relevância para os sentimentos vivenciados pelos actores como positivos, neste contexto de cuidados de saúde em que os utentes alvo, são pessoas com afecções crónicas ou em período de reabilitação e convalescença, esses sentimentos são descritos como decorrentes do tipo e qualidade das interacções estabelecidas com os utentes e seus cuidadores.

Estes sentimentos parecem estar associados ao sentido que os cuidados assumem para quem os recebe na sua dimensão pessoa, na medida em que estes são sentidos pelos utentes como terapêuticos, no sentido que contribuem para aumentar o seu bem-estar e não tendo sentido restrito ao tratar ou à cura da doença “(...) *as nossas visitas funcionam como um dos factores mais positivos que lhe acontece (...) às vezes o tratamento é o menos importante, às vezes o importante é a companhia*” (E11 / p.2).

Parece emergir o essencial dos cuidados de enfermagem, Watson (2002) que decorre da relação interpessoal entre enfermeiro e utente com vista a produzir neste um estado terapêutico “*Para mim é ouro, porque eu gosto imenso de conversar com as pessoas, e sei que estou a fazer uma coisa boa (...)*”. (E4/ p.2) “(...) *a parte da interacção, o estabelecimento de uma relação de ajuda, de uma relação de confiança também é a base para isso, para que a família tenha confiança (...) e aqui convém dizer, não tem só a ver com a técnica em si, mas com todos esses aspectos relacionados com a interacção*”. (E6 / p.3) “*A nossa visita para essas pessoas, principalmente as que vivem sozinhas, (...) a nossa visita torna-se num factor positivo bastante importante. Isso é uma coisa que nós notamos, principalmente as pessoas que vivem sós*” (E11 / p.3).

A dimensão acessória dos cuidados Watson (2002) também emerge e não lhe é atribuída conotação redutora, uma vez que não lhe é atribuído um significado menos

importante, pois qualquer acto técnico, deve ser feito com todo o rigor, mas é a forma como um acto ou um gesto toma sentido para a pessoa que faz com que ele seja de ajuda e que contribua para o seu bem-estar, residindo nesta extensão a verdadeira complexidade da profissão de enfermagem, a de dar sentido, para uma pessoa individualmente, a um conexo de factores acessórios, que, enquanto tal, não dizem respeito senão aos indivíduos em geral. “*A gente vai com uma indicação de um penso, (...) e chegamos e isso acaba por ficar num plano secundário, isso é a última coisa que nós fazemos (...) porque é inevitável (...). São pessoas já que eu conheço muito bem, é a minha população e quando chego é estabelecido todo o resto primeiro, que é a relação pessoal primeiro, sem dúvida nenhuma e depois passamos ao resto*” (E13 / p.2), trata-se de um processo hermenêutico, consistindo na busca de compreensão das situações na sua singularidade, e cabe ao enfermeiro usar a sua competência para avaliar e compreender o que é essencial do que é acessório para cada pessoa e encetar a interacção a partir do que é mais valorizado individualmente por cada utente.

Avulta a autonomia técnica do enfermeiro (Freidson, 1994, citado em Rodrigues 2002, p.51) para avaliar e definir a forma como a sua intervenção deve ser realizada a partir do que é mais valorizado pela pessoa e diminuir a assimetria na relação.

Identificação das necessidades a partir das expectativas do utente

A forma como os enfermeiros experienciam e percebem a contribuição dos cuidados para a manutenção das pessoas no seu domicílio, revela uma orientação de cuidados que deriva do contexto cultural e no qual pode ser propiciado “*(...) sentem-se muito melhor no meio onde estão habituadas a estar inseridas e em família, do que propriamente no hospital, que é um meio estranho*” (E7 / p.5). E que pode desenvolver-se a partir dele “*(...) neste tipo de serviço, que nós podemos aprofundar muito os laços que temos com eles, (...) porque conseguimos entrar no sistema familiar e conseguimos perceber como é que a família se organiza (...) acabamos por fazer parte do sistema*” (E2 / p.1).

Este entendimento dos cuidados que tem por objectivo conservar, manter e estimular a continuidade da vida, leva a estabelecer um projecto de cuidados cuja decisão, coordenação podem passar normalmente pela responsabilidade do enfermeiro, mas pretendem não substituir os utentes ou os seus cuidadores na elaboração e implementação do mesmo “*(...) estando dentro do sistema, podemos actuar nele de forma diferente e somos ouvidos e somos percebidos pelas pessoas de forma completamente diferente (...)*” (E2 / p.2).

Os enfermeiros parecem apostados numa acção de prestação de cuidados não limitada à execução de tratamentos mas que pretende acompanhar e apoiar os utentes e quem os rodeiam “(...) é muito, muito importante que o enfermeiro (...) vá aos poucos criando os laços possíveis e necessários para que aquela família sinta segurança. E depois mostrar disponibilidade com contacto telefónico, mostrar disponibilidade para que a pessoa sempre que tiver dúvidas questionar, não ter medo dizer que também tem dúvidas nalgumas circunstâncias” (E2 / p.7).

A prestação de cuidados de enfermagem no contexto social e cultural do utente contribui para que a intervenção do enfermeiro não seja preconcebida e facilitar a identificação das necessidades dos utentes e famílias a partir do seu contexto de vida e assim a possibilidade de oferecer maior coerência entre uma forma de cuidado que é pretendida e a que é oferecida, e respectiva aproximação social entre quem produz o cuidado e quem o consome (Freidson, 1994, citado em Rodrigues 2002, p.48).

Incerteza

Incerteza no processo de cuidados de enfermagem significa para o enfermeiro que não sabe antecipadamente, do que é portador qualquer utente, família ou grupo que necessite dos seus cuidados, mas que ousa descobrir e conhecer e por outro lado o utente também desconhece quem é o cuidador (Collière 1989). Neste sentido existe uma complementaridade a encontrar que não se sabe à partida qual é? Em relação a quê? Porquê, e em que medida é necessária?

E são os utentes ou seus familiares que detêm o fio condutor que serve de guia ao enfermeiro, que possibilita descobrir a pessoa cuidada e tornar significativas as representações que consigo transportam trata-se de uma “situação antropológica”, isto é, diz respeito ao utente enquanto homem inserido no seu meio, composto por toda a espécie de laços simbólicos (Collière,1989, p.295).

A forma de estimativa da natureza dos problemas a partir da forma como se aprende a conhecer a pessoa e a sua relação com as limitações ou alterações provocadas pela doença, exige ao enfermeiro instrumentos simples que possibilitem reajustar continuamente a informação, organizá-la, completá-la à medida que os indícios se esclarecem.

Requer da parte de quem presta cuidados e de quem os recebe uma atitude criativa para a descoberta do que causa o problema à pessoa, família ou grupo, aprendendo a

conhecer os elementos indicadores e a encontrar o sentido do que são portadores, esses elementos são de três tipos: – Os que dizem respeito à pessoa; “*Como é que é a pessoa que vamos encontrar? (...)*” (E11 / p.1); – Os que dizem respeito ao seu ambiente; “*(...) como é que é a casa?, como é que é a família? (...)*” (E11 / p.1); – Os que se referem à limitação, afecção provocada pela doença ou handicap, (Collière, 1989, p.304). “*Se eu chego ali e vejo que aquela família não consegue, porque não consegue, seis euros pode parecer pouco, mas todas as semanas, todos os meses, é dinheiro e para aquela família é muito importante seis euros (...) tenbo que, (...) perguntar ao médico se não haverá outra solução (...) se não há outro, que nós possamos levar sem serem eles a comprar (...)*” (E4 / p.7).

Estes elementos servem para determinar a intervenção de enfermagem necessária para superar a dependência e aumentar ou restituir a autonomia dos utentes dos cuidados e servem igualmente de referência para avaliação e reavaliação do projecto de cuidados “*(...) não há uma estrutura, não há nada delineado para fazermos isto assim ou daquela forma, (...) e nós percebemos, olha esta pessoa se calhar vai precisar que eu venha cá esta semana duas ou três vezes, conversar com ela para ir falando aos poucos (...)*” (E3 / p.3). O enfermeiro não tem pleno controlo sobre as necessidades dos clientes e esta orientação prevê a acção participativa de cada um no mesmo projecto onde desempenham papéis diferentes, mas com funções complementares.

A estimativa das necessidades baseadas no problema construída a partir dos elementos da situação permite clarificação em relação à “função cuidado” e constitui “uma das fases fundamentais da função da gestão de cuidados” (Collière, 1989, p.306) “*(...) cada caso é um caso cada pessoa é única e tem de ser avaliada no seu todo.*” (E3 / p.3).

Neste sentido, cada fenómeno é único do ponto de vista de quem o vivencia, cabe ao enfermeiro avaliar e colher a informação e validá-la com o interactuante, para determinar a intervenção a empreender “*(...) depende muito de como é que as pessoas encaram as situações, e o nosso papel é trabalhar com as pessoas com as situações, sobretudo, cada caso é um caso...*” (E3 / p.13).

O resultado operado pela sua actuação, junto dos utentes é questionado, onde a opinião parece assim ser tida em conta como ponto de reflexão e a possibilidade da alteração da sua intervenção em função da opinião dos utentes é uma possibilidade. “*(...) haver um inquérito de satisfação às famílias*” (E7 / p.10), “*(...) se estamos a agir bem se estamos agir mal se aquilo está dar frutos se não está*” (E1 / p.7), “*(...) dava para avaliar (...) a forma como as pessoas sentem ao serem cuidadas (...)*” (E7 / p.10), “*(...) para avaliarmos se estamos a trabalhar bem ou se devíamos trabalhar de maneira diferente e procurar melhorar neste ou naquele ponto*” (E7 / p.10).

No discurso dos enfermeiros a expectativa do outro é tida em conta, a incerteza na actuação face à dos utentes requer ao enfermeiro um questionamento e uma (re)adaptação constantes perante cada situação diferente, “(...) nós às vezes temos muitas dúvidas, será que naquela situação, naquela família que estava assim, com aquele problema. Será que eu estive à altura? Será que ajudei alguma coisa?” (E2 / p.10).

Este cenário aponta para uma lógica de intervenção em que os actores em interacção influenciam e são influenciados, ou seja, prestadores de cuidados e pessoas utilizadoras influenciam-se mutuamente (Collière, 1989) e neste sentido a hegemonia social do enfermeiro tende a ser esbatida, porque o enfermeiro adapta-se às necessidades e expectativas dos utentes.

Interconhecimento

O enfermeiro aplica os seus conhecimentos e competências específicas na resolução de problemas, que lhe permitem ajudar as pessoas no seu processo de cuidados. Na modalidade de acção «A prática é sempre a mesma», os enfermeiros não se assumem como os únicos detentores de conhecimentos importantes para o processo de cuidados. Os conhecimentos técnico-científicos não são minimizados, no entanto parece ser relevante que os conhecimentos técnicos e biológicos não são suficientes para interagirem com os utentes numa perspectiva compreensiva pois, o utente é definido como um ser activo que tem percepções decorrentes do processo de saúde/doença e às quais atribui significados que estão relacionados com factores pessoais (sentido atribuído, aspectos culturais e atitudinais, estatuto económico, preparação e conhecimento, condições comunitárias e sociais), (Meleis et al. 2000, citado em Lopes, 2006).

A compreensão do utente enquanto pessoa que vivencia a seu estado de saúde/doença, visto como um fenómeno complexo, e para o qual concorrem várias dimensões que não só a biológica, o enfermeiro valoriza os seus conhecimentos fruto das suas representações individuais “(...) é um momento especial, de interacção de partilha, de partilha de saberes, porque eu sei algumas coisas, mas a família também me dá muita coisa (...) nós aprendemos muito (...)” (E8 / p.2). O que implica uma forma de acção individualizada e pode traduzir-se num padrão contributivo de reconhecimento mútuo entre parceiros de interacção, Honneth (2003, cf. p.35)

Honneth (2003) sublinha e identifica três formas de reconhecimento: o amor; o direito e a estima, tais ambientes têm a capacidade de criar condições sociais sob os quais

os sujeitos humanos podem chegar a uma atitude positiva para com eles mesmos, pois só graças à aquisição cumulativa de autoconfiança, auto-respeito e auto-estima, uma pessoa é capaz de se conceber de modo irrestrito como ser autónomo e individuado e de se identificar com os seus próprios objectivos e desejos (p.266).

Nesta fundamentação das interacções entre o enfermeiro e o utente em que o conhecimento do utente sobre si próprio, (senso comum, não científico, cheio de juízos de valor, sobre a forma de se cuidar, sobre os sentimentos e problemas que vivencia) as suas representações acerca de saúde/doença é valorizado para as necessidades vitais a fim de desencadear as acções que as pode satisfazer ou compensar, relaciona-se com uma atenção importante sobre o utente enquanto pessoa individual e da forma como interage no meio onde está inserido “(...) *uma pessoa que estava com um determinado tipo de tratamento (...) verifiquei que o tratamento não estava a ter o efeito desejado (...) expliquei-lhe (...) que iríamos mudar porque não estava a ter o efeito que nós pretendíamos expliquei-lhe que o que iria pôr e porquê () então vamos continuar com este tratamento? o que é que acha? E ele disse-me ah! Sim acho que sim (...) normalmente também pergunto o que é que acha, porque o enfermeiro não é detentor de tudo (...) temos que pedir a palavra também ao nosso doente que temos ali à frente, porque ele melhor do que ninguém sabe com o que é que se sentiu melhor ou com que é que se sentiu pior (...)*” (E1 / p.6). A utilização de um «saber» adaptado à singularidade da situação–problema e das pessoas com quem está em interacção, torna-se na única forma de conhecimento reconhecida e não dependente, (Amendoeira, 2006^a)

Aproxima-nos a um interesse e a uma forma de reconhecimento do seu valor e da sua importância enquanto pessoa individual. O enfermeiro usa o seu conhecimento de *expertise* em interacção enquanto actividade de criação humana (Freidson, 1994, citado em Rodrigues 2002, p.48).

Imprevisibilidade

O processo de cuidados de saúde, desenvolve-se em contextos de cuidados de saúde que se constituem nos quadros onde se produzem e reproduzem as interacções entre os utentes e os enfermeiros, onde se constituem as situações sociais, o contexto ambiental onde se encontram ao alcance perceptivo uns dos outros e submetidos a controlo mútuo (Goffman, cf. p.10). Neste quadro, enfermeiro e utente desempenham papéis típicos e assim há expectativas mútuas de personagens por possuírem atributos típicos.

Enfermeiro e utente desempenham uma actividade, usam o seu comportamento humano e atribuem-lhes um sentido subjectivo no desempenho de uma actividade social, pois segundo o sentido por eles usado, referem-se ao comportamento de outrem, relativamente ao qual a sua trajectória se orienta (Weber 1971, citado em Javeau, 1998, p.59).

Por conseguinte manifesta-se algum grau de estruturação e de regularidade nas relações e situações sociais no processo de cuidados, uma vez que, as situações vividas pelos actores apresentam-se-lhes de maneira típica e sabem que devem proceder nessas situações igualmente de maneira típica, existe uma série, ainda que limitada, de situações conhecidas para os actores, ao qual corresponde um conjunto também limitado de comportamentos apropriados.

Nas relações sociais, no processo de cuidados de saúde, existe um instituído, mas que pressupõe um social instituinte (Castoriadis, 1995, cf. p.15), pois as características do trabalho operado pelos enfermeiros sobressai o objecto do mesmo, os seres humanos, aos quais está sempre associado um grau maior de imprevisibilidade, devido à capacidade de reacção, física e psico-social do utente, *“Às vezes temos o dia planeado e surge (...) uma urgência, ou surge um novo doente que a família diz que é necessário (...). Além dos doentes que temos já planeado, surge ainda outros doentes, que dizem que têm isto que têm aquilo, às vezes trabalhamos um bocado no arame”* (E10 / p.3).

O que inviabiliza uma total previsibilidade e planeamento antecipado das actividades inerentes à gestão das situações a que têm de dar resposta, havendo lugar à necessidade de alguma flexibilidade e imprevisibilidade *“(...) às vezes dentro dos pequenos há urgências (...) mesmo dentro dos planeados para aquele dia surge uma necessidade (...) uma coisa que não esteja destinado a nós irmos, mas nós vamos, mesmo que não seja dentro do nosso horário”* (E10 / p.3) *“Após as 15 horas, não há cuidados continuados. (...) E já tem acontecido às 6, 7 horas da noite telefonarem porque “olhe, desalgaliou-se¹ ou se extubou² e preciso de lhe dar a alimentação” e eu vou lá a casa. Fora de horas de serviço mas, vou na mesma”* (E7 / p.8).

A natureza complexa do trabalho dos enfermeiros advém da forma a que é necessário dar resposta à natureza também complexa das situações com que se confronta na medida em que se constituem em múltiplos factores de natureza diversa *“É por isso que eu*

¹ – Significa provocar / não prevenir expulsão de algália.

² – Significa provocar / não prevenir expulsão de uma sonda nasogastrica.

digo, vêm com uma necessidade específica, mas às vezes atrás vem um grande problema (...) fazemos um bocadinho dos papéis todos (...).” (E13 / p.8).

Depreende-se assim uma perspectiva dinâmica e aberta (não determinista) da acção do enfermeiro na sua prática considerando que a mesma é portadora de alterações permanentes resultantes da natureza e objecto do seu trabalho.

Dinâmica sócio-Profissional

A prática de enfermagem repousa em lógicas de acção que implicam necessariamente colaborações, entre os enfermeiros e os utentes e colaborações entre os outros profissionais da equipa de saúde e essas colaborações e confrontações interpessoais assumem um dos aspectos mais importantes do processo de cuidados.

O enfermeiro valoriza a pessoa como o centro do processo de cuidados e utiliza o seu saber profissional em função da situação particular em que esta surja, “(...) *não somos nós que vamos decidir pelas pessoas, mas é sobretudo o nosso papel aqui é tentar ser um bocadinho, digamos o livro onde as pessoas vão procurar sobre este e sobre outro assunto para poderem depois elas decidir sobre o que é que querem fazer (...) é nesse sentido que nos sentimos gestor*”. (E2 / p.16).

A participação e responsabilidade do enfermeiro quer seja no domínio da prevenção, do tratamento ou da reabilitação envolve a partilha de conhecimentos com os pares, com os utentes, articula interesses assumindo o enfermeiro o papel de mediador dos interesses do utente porque conhece e tem relação privilegiada com os recursos humanos e materiais que a comunidade dispõe para dar resposta às necessidades dos utentes, negocia decisões, respeita vontades.

“Procuro gerir aquele conflito (...) não só mostrando, (...) levamo-lo a descobrir coisas positivas na filha ou no familiar, momentos bons que tiveram e depois procuro numa oportunidade falar também com o familiar a sós, claro abordando o assunto (...).” (E1 / p.3).

Tal entendimento deste movimento torna-se ainda mais relevante porque estas situações de interacção constituem-se num processo complexo no qual o enfermeiro surge enquanto mediador o que implica competências essencialmente relacionais e intervém no processo de cuidados numa perspectiva interdisciplinar e autónoma, caracterizada pela colaboração, constituindo-se numa qualidade dinâmica que está em “construção e co-construção” (Amendoeira, 2006^d). *“Funcionamos como elo de ligação, (...) somos um pivot (...)*

vamos a casa da de um utente e que se ele necessita de algo dos outros profissionais de saúde, da nossa equipa (...)” (E1 / p.7).

Para os enfermeiros dos cuidados continuados a existência de relação de confiança prévia é determinante no processo de mediação “*(...) a parte da interação, o estabelecimento de uma relação de ajuda, de uma relação de confiança também é a base para isso, para que a família tenha confiança (...), eles expressam muito por alguém em quem possam sentir confiança e aqui convém dizer, não tem só a ver com a técnica em si, mas com todos esses aspectos (...)*” (E6 / p.3). “*(...) o que é que eles esperam? Em primeiro lugar receber cuidados de saúde (...)* Mas depois também estabelecer uma relação de âmbito terapêutico, ao fim e ao cabo, em que estabelecem uma confiança connosco, e qualquer dívida que tenham para cuidar do idoso perguntam-nos a nós tanto a nível de cuidados de saúde, como qualquer grupo que nos pertença, qualquer parceria que nós tenhamos” (E12 / p.1)

A confiança compreende mecanismos que apoiam este contrato entre prestador e utilizador de cuidados de saúde sustentado na expectativa dos papéis a assumir por cada um dos actores que possibilita o estabelecimento de uma “rede” importante para a edificação e sustentação da relação de confiança (Balsa, 2006, cf. p.38), no sistema de cuidados de saúde, em que o utente se encontra normalmente fragilizado pela necessidade de cuidados de outrem. “*Às vezes dizem o médico prescreveu este medicamento, custa 50 euros, eu não consigo, o que é que faço? Tento falar com o médico: «olhe veja lá se não há outra forma de conseguir que o utente faça a medicação que tem necessidade», mas conseguindo de outra forma ou mais barato ou outro tipo de medicamento e que o ajude*”. E12 / p.3.

Os enfermeiros surgem como interlocutores que ajudam os utentes e família a pensar as situações inquietantes, avaliando-as e ajudando-os a encontrar soluções, bem como a identificar as consequências (Soulet, 2006, cf. p.39) *nós pretendemos estar naquele momento presentes, penso que é importante porque é connosco que eles têm mais confiança e portanto o simples facto de nós irmos com o outro profissional faz com que eles se sintam mais seguros e que tenham, que aumentando também a confiança em nós e no profissional novo que vai connosco (...)*” (E1 / p.7). A relação de confiança que estabelecem com os utentes é valorizada pelos enfermeiros como mediadora na redução da assimetria entre estes e os utentes e que os potencia também a serem mediadores da assimetria entre os utentes e os outros profissionais.

O enfermeiro no processo de cuidados no contexto estudado emerge como central nas relações sociais daquele contexto, o que o torna o seu papel de mediador importante na gestão de lógicas de acção diferentes ou contraditórias, o que constitui uma fonte de poder (Crozier, 1977 citado em Lopes, 2001, p.47), no entanto este não se assume como tendo o

monopólio do mesmo, existem outros actores importantes que restringem o poder individual uns dos outros e que remete para um equilíbrio de forças (Abbott, 1998, citado em Rodrigues, 2002, p.102).

Equipa multiprofissional

A gestão do processo de cuidados de saúde dos utentes depende da conexão e complementaridade de acções conjuntas e interdisciplinares, estabelecidas com outros actores da equipa de saúde “(...) não dá para funcionar umas coisas sem as outras, é preciso que a família esteja lá, é preciso que os cuidados de enfermagem estejam lá e este apoio que estas estruturas têm de cuidar da pessoa, na higiene, na alimentação são importantíssimas (...)” (E3 / p.9).

O exercício profissional do enfermeiro tem assim grande enfoque interdisciplinar, considerando a necessidade dos diversos olhares e saberes dos outros profissionais com vista a uma abordagem integral e dinâmica do processo de cuidados dos utentes na sua dimensão individual, económica, social e cultural

A finalidade, o propósito dos enfermeiros é ajudar os utentes nas suas necessidades mas, pela sua complexidade inerente ao ser humano, implica uma configuração de saberes e práticas que poucas vezes são da exclusiva responsabilidade de um profissional da equipa de saúde isoladamente, Amendoeira (1998) “(...) temos o apoio por parte da psicóloga, temos o apoio da parte da assistente social, temos das IPSS, temos a Santa Casa, portanto temos um apoio diverso (...) nós encaminhamos e que se desenvolve (...) nesse sentido” (E1 / p.6). Para cada tipo de doença a sequência de diferentes intervenções impõe-se alguma divisão das tarefas entre as pessoas a que este trabalho diz respeito (Strauss et al., 1992)

A prestação de cuidados de enfermagem em relação com outras disciplinas diz respeito aos cuidados de saúde da pessoa, da família ou do grupo mais global. As diferentes disciplinas envolvidas na prestação de cuidados de saúde repartem a responsabilidade de prestar para a comunidade um serviço de qualidade (Chavigny, 1988; Steel, 1986; Webster, 1985, referidos em Kérouac et al., 1996, p.92). “(...) ele não está só dependente dos meus cuidados, as necessidades dele são muito maiores que isso, portanto eu tenho que envolver a família (...) tenho que envolver a comunidade, (...) um apoio social (...)” (E1 / p.1).

Trata-se do reconhecimento das capacidades e competências e dos limites de cada um no contexto de uma relação entre pessoas que buscam a compreensão das experiências

de saúde e a partilha de uma acção de interdependência, “(...) *acabamos por funcionar como um todo*” (E3 / p.9).

A interdependência não significa ganhar ou perder autonomia, mas sobretudo que um e outro juntos podem encontrar um potencial de desenvolvimento e de enriquecimento não só por si individualmente, mas para todos colectivamente Cooper (1989) (citado em Kérouac et al., 1996, p.93).

O contexto societal actual, sinónimo de mudanças cada vez mais rápidas e de propósitos complexos, e da busca de qualidade óptima necessita da capacidade de cada um. A capacidade, a autonomia e a responsabilidade, são factores que caracterizam qualquer profissão e requerem colaboração por parte de todos os profissionais, a vontade de contribuir nos cuidados de saúde significa o reconhecimento de zonas de intercessão nos papéis, (Kérouac et al., 1996, p.93). Significa que os cuidados de saúde são prestados segundo um modelo em que todos os intervenientes, incluindo os utentes repartem o poder (Chamberlin, 1986 citado em Kérouac et al., 1996, p.95).

A interdisciplinaridade recorre a uma prática de colaboração “(...) *temos a (...) Assistente Social, terapeuta ocupacional (...) a Segurança social, (...) o Apoio Domiciliário (...) temos Psicóloga (...) conseguimos consultas mesmo de outras áreas (...)*” (E8 / p.5). Exige o reconhecimento da identidade profissional de cada disciplina implicada nos cuidados de saúde aos utentes, a autonomia dos profissionais é essencial para um intercâmbio recíproco e criador que leve ao desenvolvimento do potencial dos que recebem os cuidados de saúde.

O reconhecimento profissional do enfermeiro através de credenciais (Freidson, 1994, citado em Rodrigues, 2002, p.51) confere-lhe poderes para que actue na equipa de saúde quer enquanto parceiro, quer autonomamente através dos seus conhecimentos específicos.

Para melhor percepção da análise que desenvolvemos relativamente à modalidade de intervenção «A prática nunca é a mesma» apresentamos uma síntese dos principais sentidos emergentes na mesma no quadro nº 5.

Quadro nº 5 – Síntese da modalidade da acção «A prática nunca é a mesma»

CARACTERÍSTICAS	SÍNTESE
<p>Interacção enfermeiro/utente em continuidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Os episódios de interacção em continuidade entre actores no processo dos cuidados continuados contribuem positivamente para o estabelecimento de relação de confiança que é valorizada pelo enfermeiro como forma de satisfação de necessidades individualizada, e para que enfermeiro e utente intervenham de forma mais igualitária nas decisões processo de cuidados. • A continuidade de interacção entre os mesmos enfermeiros e os mesmos utentes é relevado como factor facilitador e contributivo para que estes se conheçam e se descubram. • É valorizada a dimensão espaço das interacções por estas ocorrerem no seu sistema, o que parece aludir à valorização do referencial cultural do utente para o processo de cuidados.
<p>Interacção enfermeiro/utente factor positivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avulta a autonomia técnica do enfermeiro para avaliar e definir a forma como a sua intervenção deve ser realizada a partir do que é mais valorizado pela pessoa e diminuir a assimetria na relação. • É dada relevância aos sentimentos vivenciados na interacção enfermeiro-utente enunciados como positivos por estes. • A reciprocidade das interacções descritas como positivas parecem ter influência positiva no bem-estar intersubjectivo dos enfermeiros e dos utentes. • O significado que os utentes atribuem aos sentimentos vivenciados durante as suas interacções assume um carácter essencial para os enfermeiros. • É reconhecido que para os utentes que vivem sós, para estes as interacções com os enfermeiros mediadas por um cuidado de saúde, assumem um carácter relevante e que tende a ser mais valorizado na sua dimensão social.
<p>Identificação das necessidades a partir das expectativas do utente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A prestação de cuidados no meio social e cultural do utente contribui para a diminuição da assimetria na interacção enfermeiro-utente. • A prestação de cuidados no ambiente sócio cultural da pessoa parece favorecer uma orientação de cuidados sensíveis à cultura do utente. • Conhecer o sistema sócio-cultural do utente viabiliza um processo de cuidados de maior coerência entre quem presta e quem recebe cuidados de saúde.
<p>Incerteza</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O enfermeiro não tem pleno controlo sobre as necessidades dos seus utentes, a hegemonia social do enfermeiro tende a ser

	<p>esbatida quando se adapta às necessidades dos utentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Na interacção enfermeiro-utente existe uma complementaridade a encontrar entre estes, que não se sabe à partida qual é. • O utente detém o fio condutor que serve de guia ao enfermeiro para a descoberta deste e possibilita ainda tornar significativas para o processo de cuidados os representações que consigo transporta. • O papel do enfermeiro é trabalhar com o utente / família conforme estes encarem as situações. • Cada caso/ situação é encarado(a) como único(a). • O resultado do trabalho nem sempre é previamente conhecido pelo enfermeiro e procura melhorar a sua intervenção tendo em consideração as expectativas dos utentes. • O enfermeiro readapta-se a cada situação. • A acção não é determinada por uma estrutura rígida • A natureza dos problemas são abordados a partir das significações da pessoa / família que a vive, perante a sua relação com as limitações ou alterações provocadas pela doença. • O enfermeiro reajusta, organiza e completa a informação continuamente.
<p>Interconhecimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O enfermeiro não é o único detentor de conhecimentos relevantes para o processo de cuidados. • As percepções que o utente vivencia no seu processo de saúde / doença e aos quais atribui significados são os seus saberes que ao serem valorizados pelo enfermeiro aproxima-se de num padrão contributivo de reconhecimento mútuo pela partilha de saberes. • Os enfermeiros reconhecem ser para os utentes / famílias uma fonte de conhecimentos importante, para ajudar os utentes a lidarem com os seus processos de saúde / doença. • O enfermeiro usa o seu conhecimento de <i>expertise</i> em interacção enquanto actividade de criação humana.
<p>Imprevisibilidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • As necessidades do utente não são totalmente previsíveis sendo mesmo bastante mutáveis o que implica uma readaptação constante do enfermeiro. • Do objecto de trabalho e acção do enfermeiro sobressai a sua capacidade de reacção física, psíquica e social que inviabiliza um planeamento antecipado muito estruturado das intervenções. • Na gestão das situações há lugar à flexibilidade e imprevisibilidade.

	<ul style="list-style-type: none">• Mesmo dentro das situações previamente planeadas ocorre imprevisibilidades.• A natureza complexa da actividade de enfermagem advém da imprevisibilidade e da multicausalidade das situações problemáticas que os utentes/ famílias vivenciam.• O enfermeiro gere as situações imprevistas, baseado sobretudo nas significações que estas assumem para o utente / família.
Dinâmica sócio-profissional	<ul style="list-style-type: none">• A relação de confiança entre os utentes e os enfermeiros é valorizada pelos últimos como mediadora na redução da assimetria entre estes e os utentes.• O enfermeiro no processo de cuidados no contexto estudado emerge como mediador importante na gestão das diferentes lógicas de acção dos diferentes actores da equipa de saúde.• O processo de cuidados emerge como um processo social complexo onde o enfermeiro pode assumir diferentes papéis.• A gestão do processo de cuidados integra uma multiplicidade de aspectos que envolve a partilha de conhecimentos com outros actores da equipa de saúde tendo como regulador as necessidades dos utentes / família.• Os enfermeiros no processo de cuidados são interlocutores que ajudam os utentes / famílias a vivenciar as situações inquietantes ajudando-os a encontrar soluções para as mesmas.
Equipa multiprofissional	<ul style="list-style-type: none">• A existência de equipa multidisciplinar como recurso para a resolução de problemas dos utentes / famílias surge como preponderante.• Surgem valorizadas as estratégias adoptadas no processo de cuidados pela equipa que se enquadrem na pluri e na interdisciplinaridade.• O utente é visto como um ser complexo enquanto ser humano o que implica uma configuração de saberes e práticas que não são exclusivamente do domínio e responsabilidade do enfermeiro.• A independência de competências no processo de cuidados refere-se ao reconhecimento da identidade profissional de cada disciplina implicada nos cuidados de saúde ao utente.• A via da interdisciplinaridade no processo de cuidados recorre a uma prática de colaboração que exige o reconhecimento da identidade profissional de cada profissão implicada.• Os cuidados de saúde são prestados segundo um modelo em que todos os intervenientes, incluindo os utentes repartem o poder.

III.2 – Modalidade da acção “A prática é sempre a mesma”.

Na rede complexa das relações sociais estabelecidas entre enfermeiros e utentes, no processo de cuidados (os sistemas de interacções) cujo prepositivo em enfermagem é um processo terapêutico, estes sistemas sociais de interacção caracterizam-se por:

- A troca social, ser a estrutura do sistema de interacção e nela existir processos de comunicação complexos e relações de poder;

- Ser um sistema de interdependência. Os actores interdependem uns dos outros decidem individualmente; a conjugação das suas decisões pode produzir efeitos alheios tanto no quadro de interacção como no contexto, (M. Crozier e E. Friedberg 1977; E. Friedberg 1995, citado em Costa, 2004, p.65).

As interacções face a face têm grande influência sobre a estrutura social do comportamento humano, mas tais acções sociais sofrem constrangimentos e têm lugar em contextos sócio-históricos que as influenciam.

Os fundamentos da orientação da acção, são compreendidos como referência à lógica das acções individuais, mas tendo em conta o contexto em que acontecem, por referência a Durkheim, o carácter social da acção é-lhe conferido pelo facto de obedecer a maneiras colectivas de agir, de pensar e de sentir que são exteriores às pessoas e que têm um poder de constrangimento sobre a sua conduta, O comportamento individual ou colectivo, inspira-se, ainda que de modo inconsciente em normas ou guias que servem de modelos, (Rocher, 1999, p.38-39).

Sob esta perspectiva pouco pertence à individualidade do actor, pois advém de “maneiras de agir” a que recorre para a sua acção, orientações mais apropriadas na sociedade a que pertence.

As maneiras de agir, de pensar e de sentir exercem “constrangimentos” porque se apresentam aos indivíduos sob a forma de regras, normas e modelos em que se devem inspirar para guiar e orientar a sua acção, para que seja aceitável perante a sociedade, traduzindo-se numa “orientação normativa da acção”.

As relações interpessoais supõem um consenso, uma certa forma de unanimidade que implica pelo menos um mínimo de regras comuns, a que cada indivíduo aceita

conformar a orientação da sua conduta. De outra maneira, as relações humanas seriam incoerência, anarquia e caos (Rocher, 1999, p.40).

As profissões de saúde, nomeadamente a de enfermagem, baseiam-se num grupo de ciências que não apenas as da área da biologia, mas também nas áreas das ciências sociais e humanas e também nesta área encontramos um paralelismo com a orientação normativa da acção e o modelo biomédico que tem o seu fundamento no raciocínio analítico de Descartes (cf. p.18) a partir do século XVI e XVII, que deu origem a uma nova forma de buscar conhecimentos e de interpretar os fenómenos patológicos. O ser humano é visto e estudado em partes que possam ser medidas e quantificadas, aspectos não mensuráveis têm menor importância, e como tal não são relevantes para conhecer a pessoa doente.

Também do discurso dos enfermeiros emergem conteúdos de sentidos, ainda que por vezes de forma lapidar, de orientação para a acção de postura aproximada ao paradigma da categorização que agrupamos no quadro nº 6 e a que denominamos de modalidade de intervenção «a prática é sempre a mesma». Esta constatação parece dar sentido e ir ao encontro do afirmado por Kérouac et al., (1996) de que na actualidade e na prática dos enfermeiros pode haver a existência simultânea de ideias e valores de diversos paradigmas.

Quadro nº 6 – Esquema da estrutura global das características da modalidade da acção «A prática é sempre a mesma» e respectivos códigos

CÓDIGO	CARACTERÍSTICAS
Probabilidade dos episódios de interacção intervirem na identificação das necessidades das necessidades dos utentes	Interacção enfermeiro-utente ocasional
Emoções auferidas na interacção enfermeiro-utente	Interacção enfermeiro-utente factor negativo
Peso da ilação	Identificação das necessidades do utente a partir das expectativas do enfermeiro
Força da rotina	Previsibilidade
Probabilidade de partilha de saberes na acção	Saber centralizado
Plasticidade na acção	Certeza

Probabilidade de mediar os processos de saúde / doença dos utentes	Inércia
Possibilidade da intervenção de diferentes saberes e diferentes competências na resolução de problemas	Equipa monodisciplinar

Interacção enfermeiro-utente ocasional

No sentido das verbalizações dos enfermeiros, a interacção ocasional ou descontínua entre o enfermeiro e o utente surge como factor que interfere nas características da relação “(...) no serviço de internamento, porque as pessoas vão-se embora antes de se ver alguma evolução, alguma. (...) a gente nunca vê o que vai acontecer ou porque (...) vai, (...) a gente perde-lhe o contacto” (E4 / p.8).

Quando a interacção é ocasional a cooperação parece dificultada pela falta de expectativas futuras do enfermeiro “(...) quando volta cá, a maior parte dos doentes que deixou cá, já cá não está, não chega a ver se o ensino que foi feito chegou a fazer efeito e às vezes não sabemos muito bem se chegou a ver ensino ou não, porque as coisas são muito rápida” (E5 / p.4). Assim como descrevem Gutek et al. (2000) podem ocorrer «pseudo-relações» quando os utentes recorrem em diferentes momentos aos mesmos serviços e são atendidos por diferentes profissionais, nesse caso o utente não estabelece uma relação de proximidade com um profissional, mas estabelece uma familiaridade com a organização de saúde “(...) em termos hospitalares, embora as pessoas desabafem, é muito baseado nas rotinas, a higiene, a medicação (...) E não damos por vezes cem por cento de atenção, para onde é que ele vai, que espaço é que ele vai ter em casa, que ambiente é que tem, se tem tecto se não tem, se chove, se não chove lá dentro? Muitas vezes nem percebemos para onde é que ele vai. Já tem aparecido situações de pessoas que vivem em carros na rua e que fizeram, meteram uma prótese na perna, e vão para casa, que não é casa (...)” (E3 / p.4).

Nas interacções ocasionais com os utentes o enfermeiro recorre sobretudo ao domínio sobre a sua actividade para definir e resolver as necessidades dos utentes (Johnson, 1972 citado em Rodrigues 2002, p.49) aumentando assim a assimetria entre o conteúdo da oferta e o conteúdo da procura nos cuidados de enfermagem.

Interacção enfermeiro-utente factor negativo

A gestão das emoções e sentimentos por parte dos enfermeiros integra-se num verdadeiro trabalho emocional que se exerce na interacção e à distância da mesma, dentro das instituições de prestação de cuidados ou fora destas.

As regras emocionais e sociais partilhadas pelos profissionais de saúde (Mercadier, 2004, p.214) do que é ser-se um bom profissional dificilmente comportam a emergência de sentimentos ou emoções negativas, pelo que a emergência de sentimentos positivos acerca do trabalho e objecto do mesmo são socialmente melhor aceites e também mais facilmente relatados e assumidos, talvez porque como refere Molinier (1999) “os principais modelos científicos que presidem à organização do trabalho ignoram a dimensão sensível da experiência (...)” (citado em Mercadier, 2004, p.330).

E no processo de cuidados em cuidados continuados os sentimentos vivenciados como negativos pelos enfermeiros resultam de, entre outros factores, de um quadro de acção técnico que assume uma importância em termos dos cuidados globais para além do expectável “*Em parte, porque nós chegamos a uma certa altura também desmotivamo-nos, porque nós estamos a perder o nosso tempo (...) muitas das vezes só fazemos tratamentos. É isso que é cuidados continuados?*” (E9 / p.2). E também do impacto do trabalho relacional “*Às vezes também há outros utentes que se fartam de nós e nós fartamo-nos deles «risos», faz parte das relações humanas. Às vezes há utentes que nós precisamos de descansar deles e eles de nós (...)*”. (E11 / p.3).

Neste sentido a acção do enfermeiro adquire para si um carácter sobretudo de obrigação social de exercer a sua profissão e que se repercute no surgimento de tensão e afastamento entre este e os utentes, aumentando a assimetria entre os mesmos.

Identificação de necessidades a partir expectativas do enfermeiro

Quando o processo é regulado por formas de interacção cujo centro regulador é o desempenho de tarefas. “*(...) eu entro ali e sei que tenho mais dez ou oito tratamentos para fazer. Se eu for nestas horas que me pagam eu tenho que dividir aquilo pelos tratamentos todos*” (E9 / p.1), ao “*(...) da[r-]mos mais visibilidade à parte física, à parte da evolução da doença física (...)*” E6 / p.7, oculta-se o sentido da acção do cuidado, e avulta a possibilidade de exclusão das expectativas e reais necessidades do(s) utente(s) / família(s), porque “*Há pessoas [enfermeiros] (...) muito afastadas do doente, estão muito afastadas, ligam muito ao processo, à parte burocrática, à parte do computador (...)*.” (E8 / p.5).

Os enfermeiros negam-se assim a tomarem um poder que lhe é reconhecido, não por atributo, mas “baseado na relação interpessoal que lhes permite «conhecer» melhor os doentes, isto através da elaboração de diagnóstico de enfermagem” (Amendoeira, 1999, p.295) “*Nós, não estabelecemos no fundo, no fundo, nós não estabelecemos uma interação com a pessoa/família e muitas vezes até mesmo com o próprio doente*”. (E9 / p.7).

Neste sentido os enfermeiros não se excluem apenas de afirmar o seu poder na equipa de saúde, como também se negam a usar a sua competência que lhe é socialmente reconhecida “*(...) já se perdeu muito, o saber ouvir, o estar ao pé da pessoa, às vezes só dar a mão e esperar que ela nos diga alguma coisa, (...)*” (E8 / p.5). O distanciamento social entre enfermeiro e utente acentua-se, já que a relação do enfermeiro com o utente é sobretudo estática por acreditar que os seus serviços técnicos lhe são exclusivos e o utente os aceitará sem os colocar em causa (Wilensky, 1964, citado em Rodrigues 2002, p.20).

Mas, para cuidar de alguém, é necessário saber muitas coisas: quem é o outro, quais as suas potencialidades e limitações, e conhecer as suas necessidades, para lhes poder responder, caracteriza-se por um conhecimento simultaneamente geral e específico, (Mayerhoff, 1971, citado por Watson, 1979, p. 56).

Os dados encontrados possibilitam-nos afirmar que o caminho encetado pelos enfermeiros para a identificação das necessidades dos utentes é complexa e contempla diversos aspectos, apontando na óptica dos enfermeiros que existem contextos mais propícios à adopção de formas de proceder mais distanciadas do utente e das suas necessidades subjectivas “*(...) no hospital é diferente, é um pouco diferente de qualquer das formas é diferente, é um relacionamento mais institucionalizado, mais o enfermeiro com a farda, com a sua farda do hospital (...) mesmo a forma como falamos, não é tão familiar com os próprios utente (...)*” (E11 / p.9).

A intervenção do enfermeiro e a contribuição do seu trabalho inscreve-se sobretudo para a contribuição de funções globais de produção que lhe asseguram a manutenção do seu trabalho (Johnson, 1972 citado em Rodrigues 2002, p.49) o modelo de produção prevalece sobre o modelo de bem-estar, a assimetria patenteia-se porque o enfermeiro parte sobretudo dos seus critérios para promover a adesão do utente à sua intervenção.

Saber centralizado

Os enfermeiros na posse de informação, conhecimentos técnicos e científicos exigem obediência, por parte dos utentes, para as suas prescrições e orientações, visando a alteração de hábitos como aparente pré-requisito para melhorar ou assegurar a saúde. Assumindo frequentemente um papel de avaliadores face a determinados conteúdos ou recomendações dadas. A legitimidade para recorrer a esta função parece relacionar-se com a experiência e os saberes diferenciados que supostamente detêm, e o enfermeiro socorre-se dos seus saberes para estabelecer as bases da relação, o seu domínio sobre os conteúdos é a sua maior arma, de tal modo que distancia o utente para uma posição de «ter» de fazer o que «deve» fazer “(...) *eles não sabem avaliar se aquele penso está numa boa fase de cicatrização (...) eu faço a gestão do meu trabalho no aspecto técnico (...)*”. (E12 / p.10).

O estabelecimento de uma interacção terapêutica pode ser dificultada pelo preconceito, muito valorizado pelos profissionais de saúde, de que o único conhecimento cientificamente válido é o objectivo e passível de ser quantificado, reproduzido e previsível. E as informações subjectivas, e frequentemente as mais importantes para o utente, são consideradas não-científicas e de menos relevância, podendo ser desprezadas. “*O acto, a técnica que nós desenvolvemos, eles não sabem se é a correcta (...) eles nem sabem avaliar, se foi bem ou mal feito, se a técnica foi correcta. Não sabem e nem têm que avaliar*” (E3 / p.7).

O enfermeiro amplia assim a assimetria com o utente, baseado no poder que os seus conhecimentos lhe conferem, que tende a colocar o utente num pólo afastado desta relação.

A luta por reconhecimento nem sempre decorre de questões ligadas a necessidades económicas. Estas lutas muitas vezes nascem ligadas a questões relacionadas com a procura de reconhecimento por parte do outro. E as experiências individuais de desrespeito são interpretadas como experiências de crucial importância para um grupo inteiro de indivíduos, o que pode levar uma colectividade a reivindicar um maior reconhecimento de relações justas pois “as experiências pessoais de desrespeito podem ser interpretadas e apresentadas como algo capaz de afectar potencialmente também outros sujeitos”. (Honneth, 2003, p.256).

Previsibilidade

Se o mais importante para o enfermeiro quando interage com o utente no processo de cuidados são os conhecimentos de anatomia, biologia e fisiologia, quando presta cuidados a qualquer pessoa com uma determinada afecção que bem conhece dos compêndios e da sua experiência empírica, independentemente da pessoa portadora dessa afecção tenderá a aplicar o mesmo tipo de tratamento instituído ou prescrito sem o questionar, “(...) nós já sabemos o que o doente necessita, mesmo que não seja nosso conhecido (...)” (E5 / p.7).

Assim a sua intervenção poderá ser apenas dirigida aos sintomas mensuráveis e tradução à luz de uma causalidade localizada e limitada ao seu corpo biológico e portanto passíveis de serem tratados e curados através de um procedimento que adopte rotineiramente. “É um doente com uma necessidade nesta área ou naquela e nós a partir daí, temos obrigatoriamente de fazer a nossa gestão (...)” (E5 / p.7).

Assim o enfermeiro sabe que perante uma pessoa com determinada sintomatologia e independentemente da relação que os sintomas tenham no seu bem-estar individual, conclui antecipadamente qual a intervenção a adoptar. “Esses, não nos trazem grandes preocupações, porque nós sabemos que é uma situação tão rápida (...) nós sabemos que só lá vamos duas ou três visitas domiciliárias (...) estes não nos trazem preocupação nenhuma (...) não estamos preocupados com grandes empatias (...)” (E5 / p.5).

Neste sentido a acção pode ser ditada por costumes (Weber cf. p.13) e não por conceber um valor, nem de ser agitada por uma emoção, obedece sobretudo a reflexos enraizados por meio da prática, “(...) nós à terça e à quinta-feira (...) fazemos avaliações, de BM Testes e de tensões arteriais e tudo o que é diário, ou pensos diários ou injectáveis, antibióticos e outros. À segunda, quarta e sexta-feira (...) porque é aí que geralmente fazemos pensos e outros” (E7 / p.2).

O que regula a acção do enfermeiro é o seu estatuto de especialista (Rodrigues, 2002, p.41) que lhe confere controlo sobre as necessidades dos utentes que lhe surgem sobretudo generalizadas e normalizadas.

Certeza

Na actuação do enfermeiro no processo de cuidados, o encontro deste com o utente pode ocorrer unicamente na medida em que o último é portador de uma afecção no seu corpo, num órgão, que identifica a partir da sua percepção.

Importando apenas a informação capaz de ser compreendida, valorizada e transformada em diagnóstico médico “(...) *um doente cirúrgico, para tirar pontos e aí ao fim de três ou quatro visitas domiciliárias está pronto (...)*”. (E5 / p.4).

A relação ocorre entre o profissional e a doença da pessoa, independentemente do sujeito da doença, “(...) *nós temos uma ideia (...) nós sabemos exactamente aquilo que é preciso de fazer(...)*” (E2 / p.5), “(...) *quando dizemos é porque é (...)*” (E1 / p.8). Relativamente a esta postura Clareu (1983) refere que nesta perspectiva de acção o profissional de saúde se coloca sobretudo enquanto porta-voz da instituição de saúde que representa (citado em Fernandes, 1993, p.23).

Também a existência de uma prévia relação com os utentes lhe confere algum grau no controlo das necessidades dos utentes “*À partida as pessoas já me conhecem, portanto há uma relação que já está estabelecida antes, pronto eu já estou instituída aqui no meio desta população, a relação já existe, (...) já os conheço a eles, já sei como é que posso agir com uns, com outros. É fácil (...)*” (E13 / p.1).

A intervenção do enfermeiro traduz-se no facto de definir unilateralmente as necessidades do utente, bem como a forma de as resolver, potenciando a assimetria pela distância social na relação com os utentes.

Inércia

O caminho para a resolução de problemas sugere quase sempre um rumo positivo. Mas também o enfermeiro emerge enquanto interlocutor passivo no processo de cuidados “(...) *para mim é um bocado difícil estar a prever necessidades em termos de saúde e as necessidades em termos sociais (...) e muitas vezes não consigo distinguir as coisas e eu não sei se a minha interacção, claro que é sobretudo em termos de saúde mas também nas outras necessidades que a pessoa tem que a família tem (...)*” (E2/ p.1).

O profissional que se mostra embaraçado e manietado numa posição subjectiva de incapacidade, conformismo e assim marcada pela passividade “(...) *eu com certeza não chego a casa de uma pessoa e vejo olha, aquela pessoa precisa de acompanhamento psicológico, não sou eu a pessoa certa para reconhecer isso. Provavelmente só conhecerei na minha área e pouco mais*” (E2 / p.12).

O enfermeiro exclui-se de usar a sua competência e posição privilegiada junto do utente e fazer o elo de ligação com os outros profissionais para que estes também possam tomar decisões e continuar o seu trabalho, nega-se a usar os diferentes recursos e enquanto

gestor no processo de cuidados, condiciona o acesso do utente a ter melhores cuidados de saúde. O enfermeiro pode expor o utente a uma forma de desigualdade por via da atitude de inércia no processo de cuidados.

Equipa monoprofissional

O agir profissionalmente de forma isolada no processo de cuidados, parece reduzir a eficácia e potenciar constrangimentos aos propósitos do enfermeiro nos cuidados continuados, de qual é compreensível que possam ocorrer dificuldades, o processo de intervenção é menos gratificante *“E é isso que a nós, se calhar aquilo que nos faz sentir mais frustrados nisto é isso, estarmos sozinhos e não podermos garantir às pessoas aquilo que efectivamente elas deveriam ter, porque sozinhos não conseguimos”*. (E2 / p.13), em falta de recurso a uma fonte de energia para realimentar as relações entre os actores; o êxito global dos cuidados pode ser limitado; bem como comprometida a formação (directa e indirecta) pela partilha de experiências pessoais e ou profissionais (Clarke & Ross, 2006; Graham et al., 2005); fica dificultado o reconhecimento e o apoio mútuo na partilha de decisões difíceis (Dunn & Schmitz, 2005, citados em Sapeta, 2006) *“Nós vamos (...) aguentando assim um bocadinho as coisas, mas estamos sozinhos, nós enfermeiros estamos sozinhos, estamos praticamente sozinhos”* (E2 / p.13). *“O enfermeiro vai a casa duma família, tem preocupações com aquela família, não só em prestar cuidados conforme as necessidades, não só em termos de feridas, mas tem outras preocupações com aquela família, que não apenas as curativas, mas depois quando necessita do técnico, que à partida deveria fazer parte da equipa e não está lá, as coisas não funcionam, continuamos nós enfermeiros a [...] parece o D. Quixote, lutamos, lutamos, as coisas no terreno melhoram qualquer coisa, mas não vamos conseguir levar o barco a bom porto, um rema para um lado o outro rema para o outro”* (E5 / p.9).

A ausência de trabalho em equipa multidisciplinar, distancia-se assim de um trabalho de equipa que se centre e dirija para as necessidades dos utentes.

Relativamente à modalidade de intervenção «A prática é sempre a mesma» terminamos apresentando uma síntese no quadro nº7 das principais características emergentes, no sentido de possibilitar uma melhor compreensão do mesmo.

Quadro nº 7 – Síntese da modalidade da acção «A prática é sempre a mesma»

CARACTERÍSTICAS	SÍNTESE
Interação enfermeiro-utente ocasional	<ul style="list-style-type: none"> • Nas interações ocasionais com os utentes o enfermeiro recorre sobretudo ao seu domínio sobre a sua actividade para definir e resolver as necessidades dos utentes. • A assimetria entre o conteúdo da oferta e o conteúdo da procura nos cuidados de enfermagem é acentuada pela relevância da subjectividade do enfermeiro na acção. • A interação enfermeiro-utente ocasional surge como factor adverso na qualidade do processo relacional entre ambos. • A eventualidade na interação com o utente é impeditiva para que o enfermeiro conheça os resultados do seu trabalho, o que remete para uma orientação centrada no enfermeiro.
Interação enfermeiro-utente factor negativo	<ul style="list-style-type: none"> • O impacto físico e emocional da prestação de cuidados possibilita a emergência de estados emocionais negativos. • A acção do enfermeiro assume para si um carácter sobretudo de obrigação social que provoca tensão e afastamento entre este e os utentes.
Peso da ilação	<ul style="list-style-type: none"> • O modelo de produção prevalece sobre o modelo de bem-estar, a assimetria patenteia-se porque o enfermeiro parte sobretudo dos seus critérios para a adesão do utente à sua intervenção. • As instituições de saúde afiguram-se hostis ao utente / família. • O hospital é conotado como espaço pertencente ao enfermeiro. • A experiência de internamento intervém negativamente no processo de saúde / doença na sua dimensão de bem-estar.
Saber centralizado	<ul style="list-style-type: none"> • A assimetria na relação é ampliada pelo enfermeiro baseado no poder que os seus conhecimentos lhe conferem. • O utente aparece como destituído de saber valorizável para o seu processo de saúde / doença. • O enfermeiro emerge como perito porque detém o conhecimento cientificamente válido. • Nesta interação o enfermeiro é o capacitado para tratar, porque detém o conhecimento científico.
Certeza	<ul style="list-style-type: none"> • O domínio sobre a sua actividade profissional confere ao enfermeiro grande grau de certeza sobre as necessidades dos utentes, as quais define unilateralmente, bem como a forma de as resolver. • O enfermeiro potencia a assimetria e a distância social na relação com os utentes baseado na certeza que os seus conhecimentos lhe conferem para decidir sobre o seu trabalho de forma

	<p>unilateral.</p> <ul style="list-style-type: none"> • O diagnóstico médico é o centro regulador para a acção do enfermeiro, que orienta para a tarefa. • Ênfase nos conhecimentos específicos da disciplina. • Pensamento orientado para o factor causal da doença ou para os sintomas. • As relações interpessoais supõem um consenso ao ditado pelo enfermeiro. • O enfermeiro pressupõe à partida ter certeza sobre o resultado da sua intervenção no utente / família.
Previsibilidade	<ul style="list-style-type: none"> • A acção do enfermeiro é regulada pelo seu o profissionalismo que lhe confere elevado controlo sobre as necessidades dos utentes que lhe surgem sobretudo generalizadas e normalizadas. • Ênfase para a orientação enraizada nos costumes. • O enfermeiro crê saber baseado no seu ponto de vista o que o utente necessita. • O investimento no processo relacional enfermeiro-utente nas interacções ocasionais não é aparentemente tão valorizado pelo enfermeiro, baseado na imediaticidade da mesma. • Os resultados esperados no processo de cuidados centram-se nas expectativas do enfermeiro.
Inércia	<ul style="list-style-type: none"> • O caminho para a resolução de problemas no processo de cuidados nem sempre sugere um rumo positivo, quando o enfermeiro se assume como interlocutor passivo na equipa de saúde. • O enfermeiro exclui-se de usar a sua competência e posição privilegiada junto do utente e fazer o elo de ligação com os outros profissionais. • O enfermeiro pode condicionar o acesso do utente a ter melhores cuidados de saúde. • O enfermeiro pode expor o utente a uma de forma de desigualdade por via da atitude de inércia no processo de cuidados.
Equipa monoprofissional	<ul style="list-style-type: none"> • Agir isoladamente no processo de cuidados reduz a eficácia e potencia constrangimentos, comprometendo o resultado terapêutico dos cuidados. • A falta de análise interdisciplinar das situações / problemas no processo de cuidados identifica-se como um constrangimento para o resultado final dos cuidados.

III.3 – Interação enfermeiro-utente: “Estatuto singular do utente”

A pessoa embora sendo uma construção social, é sempre única, singular, ser humano e ser individual e cada um torna-se individual sob a influência dos padrões culturais, sistemas de significações historicamente construídas, em torno das quais dá forma, ordem, objectivo e direcção à sua vida (Geertz, 1989, p.64).

A interacção enfermeiro-utente que confere ao utente um estatuto singular no processo de cuidados de enfermagem perspectiva uma forma de intervenção orientada para a pessoa e para a sua individualidade, esta relação enquanto processo social constitui-se de mecanismos e de experiências individuais e colectivas (Dubet, 2003, p.23) e envolve critérios, habilidades, e competências normalmente em poder do profissional enquanto pertencente a um segmento social dominante (Boneti, 2006).

Nesta interacção avulta o facto do enfermeiro na sua condição humana, prestar ajuda a alguém que dele necessita também na sua condição humana, e assim considerado a partir das suas características individuais e particulares o que a torna singular.

A acção apresenta características que emergiram do processo de cuidados no contexto estudado, configurando teoricamente num estatuto de pessoa singular, no quadro nº 8 apresentamos as características que emergiram neste sentido.

Quadro nº 8 – Esquema da estrutura global das características do “Estatuto singular do utente” e códigos correspondentes

CÓDIGOS	CARACTERÍSTICAS
Probabilidade de influir na interacção	Utente activo no processo de cuidados
Probabilidade das significações subjectivas intervirem na interacção	Descoberta
Orientação para a distinção da situação de outras	Enfoque no processo
Margem de ajuste de vontades	Negociação
Possibilidade de escolha do ambiente para a morte	Morte acompanhada

Influência da afinidade com o espaço da interacção	Domicílio como contexto dos cuidados de saúde
Probabilidade de conciliar a esperança mútua numa interacção	Harmonização

Utente activo no processo de cuidados

O meio social do processo dos Cuidados Continuados é produzido pela acção dos actores, que interagem no interior das práticas banais da vida quotidiana, nestas interacções constroem o “tecido social” do processo de cuidados, “produzem-no” e “reproduzem-no” (Javeau 1998, cf. p. 10).

Neste entendimento da realidade social, os enfermeiros e os utilizadores dos cuidados de saúde, desenvolvem acções entendidas como “toda a maneira de pensar, de sentir e de agir, cuja orientação se estrutura segundo modelos que são colectivos, quer dizer que são partilhados pelos membros de uma qualquer colectividade de pessoas” (Rocher, 1999, p.43).

Entendemos a acção social, como o facto elementar do social, a percepção que os actores têm do significado da sua acção e dos outros (Rocher, 1999, p.3) e será encetada uma interacção por pelo menos uma acção, ou uma actividade orientada para outrem e será completa se outrem responder a esta acção por uma acção da mesma natureza, orientada para o primeiro actor, (Javeau, 1998, p.154).

Mas, entendemos ainda que a realidade social não é exclusivamente interna aos sujeitos que a vivem, nem exclusivamente exterior a eles, é vivida em perspectiva, em situação, pelas pessoas em causa, a quem se impõem do exterior simultaneamente constrangimentos e limitações (Rocher, 1999, p.31).

A relação social entre o enfermeiro e o utente é um fenómeno emergente de sujeitos em interacção, mediada pela sociedade (ou pela cultura, os estilos de vida, interesses e identidades). Em que a sociedade oferece o que é necessário para a mediação (valores, símbolos, regras, recursos materiais) a relação pode assumir modalidades muito diversas, Gómez (2000).

A relação social no processo de cuidados de saúde constitui-se entre actores quando por uma referência simbólica e intencional que os ligue os mesmos actores expressem acções recíprocas, Gómez (2000, cf. p.11).

Tal como no tecido social do processo de cuidados de saúde a interacção que ocorre entre o enfermeiro e o utente é estruturada de forma que ambos se conheçam bem, assim o enfermeiro interage com o utente de forma, a que ambos possam sair beneficiados, edificando-se uma relação de cooperação em que os papéis, competências e expectativas sejam reconhecidas e possibilitadas. Enfermeiro e utente reconhecem-se como pessoas singulares, existe o princípio de uma acção mútua recíproca “(...) *ter em conta também a expectativa da pessoa em relação àquilo que eu lhe vou fazer, ter em conta aquilo que a pessoa deseja que lhe seja feito, ter em conta as necessidades da pessoa e não apenas aquilo que eu acho (...)*” (E2 / p.3).

Esta interacção tem por base uma relação humana entre a pessoa que necessita de cuidados e um enfermeiro com formação específica para avaliar, reconhecer e responder a essa necessidade de ajuda. “(...) *o respeito acima de tudo, é o chegar a casa a primeira vez apresentar-me, apresentar-me a mim pedir que a pessoa diga como se sente, para perceber a pessoa, não só nos aspectos físicos, mas como é que ela se sente, é quando voltar a casa da pessoa voltar a cumprimentá-la (...) é tratar a pessoa, chamá-la pelo nome (...) também não invadirmos (...) o espaço delas, esperarmos, dar espaço para nós entrarmos (...) não invadir assim o espaço, ter em conta todas essas pequeninas coisas, (...) que faz diferença a nível da interacção.*” (E6 / p.7).

O enfermeiro interage com um ser humano, numa situação de saúde/doença, o qual é parte integrante do seu contexto sócio-cultural e o qual está em alguma espécie de transição, a interacção do enfermeiro-utente está organizada em redor de um propósito, e os enfermeiros usam algumas acções (intervenções terapêuticas), para aumentar ou facilitar o bem-estar dos utentes (Amendoeira, 2006^c, p.229) “(...) *há atitudes que o enfermeiro deve ter, porque vai invadir o espaço da outra, (...) [a] forma como nós entramos, a forma como nós nos posicionamos, é fundamental para que a pessoa não sinta o seu espaço invadido, portanto entrar dentro do espaço dela, dentro do espaço da família (...)*”. (E6 / p.4)

Neste encontro entre o enfermeiro-utente o segundo tem a expectativa da mudança de alguma coisa, esta afectará sempre a sua vida, o seu bem-estar geral, seja pela positiva, seja pela negativa, mas será tanto mais terapêutica quanto mais se aproximar do alcançar dos objectivos pelos quais foi encetada.

Esta interacção é regulada por um modelo “aberto” em que o profissional de saúde e o utente são parceiros com capacidade e poder para se influenciarem mutuamente, neste modelo a competência técnica do profissional não é colocada em causa, cabendo a este sobretudo o papel crucial de estruturar a interacção e orientar o diálogo (A. Strauss, 1992, cf. p.7). “(...) *muito importante (...) é deixar que as pessoas tenham sempre a última palavra a dizer*

sobre a forma como as coisas se devem resolver, ou da forma como se deve organizar mesmo em termos dos cuidados (...) se possível deixar que sejam eles ou a família a dar a sugestão de como é que aquilo se resolve e não nós. Porque assim temos com certeza mais aderência da parte das pessoas.” (E2 / p.6).

A adopção deste modelo torna a dominação e o controlo do utente pouco provável aproximando-se de quadro de igualdade complexa, por reconhecer e respeitar os direitos de utente de cuidados de saúde, independentemente da sua situação noutra esfera ou com respeito a outro bem social (Walzer, 1998, p.35).

Neste sentido ao valorizar o centro de interesses do utente, atribuir-lhe um papel activo no processo de cuidados “(...) *deve passar por aí, pelo respeito que se tem de ter, por aquilo que as pessoas desejam que lhe faça e não por aquilo que nós achamos que deve ser feito*” (E2 / p.5) possibilita uma modalidade de acção não impositiva de intervenção sobre o utente.

Até há poucos anos os utentes de cuidados de saúde eram sobretudo considerados como consumidores e seres passivos, desprovidos de direitos, e as relações estabelecidas entre os utentes e os profissionais de saúde muito desiguais, caracterizando-se essencialmente por um modelo de relação paternalista (Serrão, 1996) em que os profissionais de saúde substituíam os utentes na sua determinação do que era melhor para eles, ainda que dificilmente ambos partilhassem das mesmas crenças e valores.

Com a Declaração Universal dos Direitos dos Homens e entre nós pela Constituição da República Portuguesa, o sentido do valor e dignidade humana foram evidenciados e introduzido o conceito de pessoa como ser livre e autónomo “(...) *é reconhecer na outra pessoa uma pessoa que independente de estar doente, de estar a morrer, de estar completamente dependente, é uma pessoa com tanto valor como outra que acabou de nascer ou jovem cheia de saúde e dar exactamente o mesmo valor! Muitas vezes até têm histórias de vida fantásticas e coisas que nos ensinam muito (...)*” (E2 / p.10).

O utente nos Sistemas de Cuidados de Saúde passa a ser encarado como tal, deixando de se submeter ao profissional de saúde, passando a poder participar nas decisões que lhe são propostas, podendo-as aceitar ou recusar depois de devidamente informado (Serrão, 1996). “(...) *o pedir, o perguntar (...) pedir autorização para fazer o penso em si (...) continuando a estabelecer essa interacção e dar espaço para a doente se exprimir, dizer como é que se sente (...)* necessidade de dizerem [o] como (...)”. (E6 / p.2).

No enquadramento conceptual com vista à qualidade do exercício profissional a Ordem dos Enfermeiros (2003) define a Pessoa como um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nas crenças e nos desejos, individuais o que o torna num ser

único, com dignidade e direito a autoderterminar-se (...) a pessoa pode sentir-se saudável quando transforma e integra as alterações da sua vida quotidiana no seu projecto de vida, podendo não ser feita a mesma apreciação desse estado pelo próprio e pelos outros.

Assim a perspectiva de saúde / doença e de bem-estar para utente e enfermeiro, pode não ser sinónima “(...) nós fomos ver um senhor (...) que vive há 10 anos num anexo minúsculo de um centro de dia (...) eu vi que o senhor estava num anexo que não tem janela e que agora no Inverno provavelmente não é a pior altura, mas no verão imagino que aquilo seja super quente (...) claro que à partida toda a gente questiona que aquele não é lugar para o senhor estar. (...) Mas independentemente disso quando lhe foi proposto, que eu propus-lhe, que podíamos tentar internamento noutra unidade da rede, ele simplesmente diz que recusa, está ali há 10 anos e é ali que quer ficar. É esta vontade dele (...) (E2 / p.3). E “(...) quem somos nós que vamos entrar no seio daquela família para lhe dizer que não senhor, que não vai ser assim”. (E12 / p.4).

Tal como refere Amendoeira (1998) os utentes são capazes de gerir a sua própria saúde, quando são potencializadas as suas capacidades, mas tal só é possível pela competência de profissionais capazes de avaliar, analisar os problemas e as dificuldades e tomar as decisões adequadas.

Nesta perspectiva ao profissional competente corresponde a capacidade humana de não só agir, mas de agir em conjunto (Arendt, 1986), trata-se da dissociação do poder que implica a ideia de reciprocidade na relação e o poder do profissional é sobretudo “potencial” mais do que “efectivo”.

Ao considerar e favorecer a autonomia do utente no seu processo de cuidados o enfermeiro demonstra que não pretende o controlo sobre este o que concorre para o estabelecimento de uma interacção entre parceiros sociais.

Descoberta

Tal como tem acontecido com outras profissões a evolução na enfermagem tem ocorrido em contextos de várias mudanças sociais, culturais, políticas, económicas e tecnológicas, influenciada pelas grandes correntes de pensamento e pelo mundo em transformação e de uma base aparentemente simples tornou-se complexa e diversificada.

O enfermeiro para prestar cuidados culturalmente sensíveis e individualizados necessita descobrir e determinar as necessidades de cuidados a partir da experiência actual de saúde, ou seja da situação tal como é vivida pela pessoa, o grupo ou a comunidade,

como entidades únicas, “ (...) *aos poucos falando com a pessoa, conversando vamos conhecendo o seu historial, consoante aquilo que a pessoa vai confiando ou não em nós é um processo moroso e que depende sempre de pessoa para pessoa*” (E3 / p.11). Esta apreciação do carácter único da experiência de saúde é fundamental para o acto de cuidar.

Na sua intervenção o enfermeiro inclui todos os parâmetros de uma situação relacionados com o desenvolvimento humano no sentido que façam parte da evolução da experiência de saúde / doença (Kérouac, 1996, p.69) “(...) *tento saber como é que foi nas subsequentes, (...) como é que tem estado, se a família tem visitado, como é que passou o seu tempo e daí começa a decorrer uma conversa normal, as pessoas dizem-nos, falam-nos tudo*” (E10 / p.4).

Este tipo de intervenção supõe a adaptação de um processo heurístico perante as situações, que avalia e perante as quais é esperado que intervenha. Nesse sentido uma gestão de cuidados que recorra à criatividade, ao descobrimento e à transformação, para a avaliação e reconhecimento das necessidades de ajuda. A gestão individualizada ajusta-se adapta-se às diferentes e múltiplas realidades complexas e dinâmicas da pessoa, família ou grupo.

O enfermeiro não usa o seu poder de autonomia para controlar as necessidades dos utentes e ditar à partida o que estes necessitam, usa-a antes para avaliar e coordenar a sua intervenção baseado no que a situação significa para quem a vive.

Enfoque no processo

O homem não existe como parte isolada e restrita a si mesmo, vive na dependência e interacção de muitos factores, alguns que lhe são próprios e outros que advêm do meio em que se encontra inserido e com os qual interage.

O enfermeiro disponível e aberto para conhecer a experiência de saúde da pessoa, recolhe os dados e valida a sua compreensão, não cessa de aprender a conhecer a pessoa que está em permanente mudança “(...) *vamos sempre questionando a família, acha que aquilo que lhe foi transmitido é suficiente? Tem alguma dúvida? (...) e a pouco e pouco, nós vamo-nos apercebendo, qual é, de tudo isto, qual é a área em que a família está mais insegura, a família ou a pessoa que cuida, qual é a insegurança que existe ali, onde é que nós temos de intervir mais, a partir daí, nós vamos intervindo* (E5 / p.5).

Neste sentido a gestão do Processo de Cuidados, é um processo dinâmico caracterizado pela circularidade e pela retroacção, mais do que linear, “*E esta interacção não*

tem um momento específico “(...) interação tem de ser desenvolvida ao longo dos cuidados.” (E6 / p.1) por exemplo (...) nós (...) na primeira interação entre o enfermeiro e a pessoa que cuidamos, procuramos não dar muita informação no primeiro dia, depois no próximo dia que regressamos àquela família, na próxima visita familiar, nós voltamos a fazer a mesma coisa e a pouco e pouco vamos puxando as pessoas para nós, numa próxima vez será essa pessoa a fazer com a nossa ajuda e vamos fazendo, até que deixamos a pessoa sozinha (...)” (E5 / p.4). Com essa abordagem gradual da pessoa bem como a lógica de cooperação entre o enfermeiro e utentes remete para a diminuição de assimetria.

A abordagem das situações tem um carácter processual e relacional e o enfermeiro usa a sua formação como um meio, “(...) temos a parte da avaliação, o traçar acções como é que se vai intervir, aquele quadro todo que nós temos de seguir, não é? Temos de fazer a colheita de dados, perceber o que é que há, depois fazer o levantamento dos focos onde nós poderemos intervir, como é que vamos actuar que objectivos queremos atingir” (E3 / p.5) que lhe confere autonomia e capacidade para avaliar e definir a forma como o trabalho é realizado, que emerge enquanto recurso (Rodrigues, 2002, p.17).

Negociação

Um dos trunfos do modelo de interação de “ordem negociada” Strauss (1992, cf. p.22) entre profissional de saúde e utente de cuidados, caracteriza-se por dar ao utente de cuidados a oportunidade de conhecer as bases que suportam o seu diagnóstico e propostas terapêuticas. Abre caminho ao utente de participar no seu processo de cuidados com as significações pessoais que faz sobre o seu próprio estado de saúde. As representações sociais sustentadas pelas influências sociais da comunicação constituem realidades da nossa vida quotidiana e servem como principal meio para estabelecer as associações com as quais nós nos ligamos uns aos outros, (Moscovici, 2003, p.8).

A representação social da saúde / doença, refere-se ao acto de pensamento pelo qual os indivíduos se relacionam com os processos referentes a estas. E as significações leigas dos utentes e podem divergir em larga medida das significações dos profissionais de saúde, (Herzeliçh, 1969; 1973). Tais como a avaliação subjectiva sobre os sintomas, as interpretações da significação sobre a influência de determinada afecção na sua individualidade de vida, a adesão ou modificação de estilos de vida, ou às propostas terapêuticas, porque as significações pessoais sobre como cada um vive o seu processo de saúde / doença estão directamente relacionadas com significações mais vastas sobre eles

próprios, sobre o mundo e o meio envolvente tal como os sistemas culturais *“Procuro não tomar decisões sem negociar com os familiares (...) a última decisão cabe aos familiares, quando a pessoa não está consciente, quando a pessoa está consciente, quando tem autonomia suficiente para decidir, é o próprio utente a decidir. Mas normalmente nessa gestão de cuidados tento envolver a família e tento que a última decisão seja da família”*. (E11/ p.7).

Nesta perspectiva é possível que o enfermeiro no processo de cuidados, possa ver a pessoa como sujeito autónomo e esteja atento ao ponto de vista do outro e viabilizar acordos entre ambos sobre a melhor forma de prosseguir uma intervenção *“ Mas, nessas decisões importantes, tem de haver sempre uma negociação em três vértices, o enfermeiro, a família e o utente (...) A última decisão nesse aspecto é da família, tem de ser os familiares os principais os cuidadores a serem os principais gestores de cuidados porque aquele utente está ao cargo daquela pessoa, ela é que, nós só tentamos orientar”* (E11 / p.7).

Para compreender os discursos, das representações do utente o enfermeiro necessita sempre de reportá-los às necessidades quotidianas do seu modo de vida e às características das suas relações sociais. Os elementos da estrutura social, bem como os sistemas de valor e as suas referências culturais também têm uma função no cuidar em enfermagem, (Herzeliçh, 1994, p.86) *“E estivemos a negociar, eu (...) a senhora e o marido (...) houve também uma negociação com o marido, que era ele que preparava os alimentos, eu sugeri que preparasse alimentos mais ao gosto da senhora, sempre com ela presente, para preparar alimentos que a senhora gostasse mais, para não a pressionar a comer, ela tinha de comer por sua iniciativa (...)”* (E 11 / p.8).

Emerge o conhecimento do enfermeiro não como poder atributo, mas na sua capacidade de comunicação relacional, neste sentido os processos de troca negociada introduzem na relação e fazem com ela comporte sempre um elemento de criação humana (Freidson, 1994, citado em Rodrigues, 2002, p.52) e à não ênfase na assimetria entre profissional e utente.

No processo de cuidados a actividade profissional do enfermeiro centra-se na intervenção com o utente ou um grupo de pessoas (família ou comunidade). Quer os enfermeiros, quer os utentes possuem quadros de valores, referências e expectativas individuais relacionadas com as suas referências culturais.

No exercício profissional do enfermeiro dada a sua formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros, procurando abster-se de fazer juízos de valor

relativamente ao(s) utente(s) dos seus cuidados, Ordem dos Enfermeiros (1995). “(...) é deixar que as pessoas dêem elas próprias a sugestão e a ideia para resolver as coisas. (...)” (E2 / p.6).

A relação estabelecida com os utentes caracteriza-se pela parceria no respeito pelas capacidades destes, e várias podem ser as circunstâncias em que a parceria pode ser estabelecida envolvendo as pessoas de referência significativa para o utente. Constituindo-se e alargando-se o conceito de parceria à família, cuidador ou outros. “Porque muitas das vezes as famílias em si têm a solução para a maior parte das dificuldades e dos problemas. (...) se nós ajudarmos, claro, a organizar e a pensar e lhes dissermos quais são de facto os recursos, elas por si só chegam na maioria das vezes à solução certa para o caso, porque sabem com que recursos elas próprias podem contar (...)” (E2 / p.6).

Dado a população alvo dos cuidados continuados se caracterizar essencialmente por pessoas idosas e maioritariamente em situação de dependência, a intervenção do enfermeiro estende-se à família e/ou cuidadores “(...) por norma, a interacção que nós temos com as pessoas, é uma interacção de parceria (...) porque as pessoas que estão em casa, não é exactamente como se estivessem no hospital, nós não estamos em permanência junto delas nem há um técnico de saúde em permanência junto delas. (...) não se esgota na nossa visita a necessidade toda que a pessoa tem que a outra pessoa tem (...) é para a orientação da família, a orientação da pessoa para que ela depois possa por ela própria dar continuidade àquilo” (E2 / p.3).

O conceito de parceria, nos cuidados de enfermagem tem implícito vários atributos de quais algumas investigações empíricas Hook (2006), Gallant et al. (2002) destacam: a decisão partilhada; relacionamento; competência profissional; partilha de conhecimento; autonomia; comunicação; participação e partilha de poder, citados em (Gomes 2007, p.73).

Ao conceito de parceria encontra-se implícito o de equidade na relação entre enfermeiro e utente, família ou grupo devem ter oportunidade de se envolver nos processos de decisão para melhorar ou manter o seu bem-estar, implica o reconhecimento que todos devem ter uma oportunidade justa para atingir o seu potencial de saúde. Emerge o princípio de justiça aplicada às interacções estabelecidas entre enfermeiro e utente(s) Rawls (1997).

Avulta a intervenção do enfermeiro orientado para a situação singular da pessoa (família, comunidade), para as suas expectativas, para os seus recursos, sobre o seu bem-estar, o que quer para si “(...) se possível deixar que sejam eles ou a família a dar a sugestão de como é que aquilo se resolve, e não nós. Porque assim temos com certeza mais aderência da parte das pessoas (...)”

se chegamos lá a sugerirmos, é melhor fazer assim, é melhor mandar para ali, digamos, que nem sempre é a melhor solução". (E2 / p.6).

Neste processo o poder do enfermeiro não é um estado de situação, mas resultante da sua autonomia e competência que lhe permitem coordenar as situações de cuidados estabelecendo parcerias com os utentes / famílias, o que resulta numa partilha de poder, e na medida em que cada parceiro sente que também tem poder tanto mais se sentem implicados no seu processo de cuidados. A edificação de parceria neste processo pode contribuir para a redução de assimetria.

Morte acompanhada

Durante séculos o mais esperado era que a nossa morte ocorresse em casa, mas principalmente a partir da década de sessenta, muito por via dos avanços técnico-científicos aplicados às ciências da saúde levaram a um considerável aumento da esperança de vida, e a morte passa a ocorrer sobretudo no hospital.

Emerge o mito compensador da sobrevivência biológica, a morte é deslocada de algo natural para a esfera da responsabilidade humana (Barbosa, 2003), e aos profissionais de saúde colocam-se as questões do acompanhamento da pessoa na fase derradeira da vida, e o conceito de “doente terminal” surge em consequência das alterações sociais da ocorrência da morte e embora assumido como um conceito impreciso, (França, 2000) considera doente terminal “aquele que a evolução da sua doença, não responde mais a nenhuma medida terapêutica conhecida e aplicada, sem condições de cura (...) necessitando apenas de cuidados que facultem o máximo de conforto e bem-estar”.

Não obstante a estas linhas de orientação na actualidade a maior parte dos doentes que são assistidos nos hospitais não recebem cuidados compatíveis com a necessidade de cuidados individualizados inerentes à qualidade de cuidados nesta fase “(...) é aquela situação de que, olhe ele não consegue comer, temos de o entubar, entubar para quê? Vamos entubar para quê? Prolongar o quê? Conforto em quê?” (E3 / p.7) e continuam a ser tratados como doentes curáveis sendo submetidos ao «encarniçamento terapêutico» continuando a ser alvo da ideia, de que quanto maior a tecnologia aplicada maior a qualidade dos cuidados, (Medely & Castanheira, 1996 citados em Soares, 2004).

Actualmente a possibilidade de morrer em casa volta a fazer parte do desejo individual do ser humano (...) *a maioria das pessoas mais velhas pede para morrer em casa (...)*”

(E2 / p.14), e a emergência e desenvolvimento de cuidados no domicílio quer de associações abrem a possibilidade de permitir ao indivíduo que deseje morrer junto aos seus e no seu ambiente social “(...) é o que se preconiza hoje em dia, que a pessoa morra em casa, eu já tenho tido situações de pessoas que entram numa fase terminal (...) em que sabemos que a situação é irreversível e que vai acontecer o óbito daquela pessoa e tentamos que a família aceite o facto e de não correr logo para o hospital, porque o indivíduo piorou um bocadinho”. E3 / p.7. “Claro que a gente tem de entender uma pessoa que leva um pai idoso para o hospital porque está com «falta de ar» ainda que se saiba, ainda que nós saibamos que não se pode fazer nada, mas para aquela pessoa é importante por um lado saber que fez tudo até ao fim, mas depois por outro fica com esse ressentimento que é, não fez aquilo que o meu pai ou a minha mãe me tinha pedido “caramba” que era ter morrido em casa (...)” (E2 / p.14).

Morrer é um rito por natureza íntimo “ (...) têm de lhe dar conforto, têm de lhe dar carinho, é o que ele precisa agora, precisa de vocês ao pé dele, do vosso carinho, da vossa ajuda, não precisa de mais nada, (...) e o senhor vai piorando (...)” (E3 / p.7). Os ritos na morte são importantes por possibilitarem a passagem da realidade ao simbólico e ajudam a superar a violência do acontecimento e a ultrapassar a angústia de quem fica vivo, e estes surgiram sobretudo associados à morte doméstica.

A morte em casa possibilita que os rituais familiares sejam cumpridos, e são esses rituais que permitem a cada um encontrar no seu ambiente sócio cultural, os gestos que servirão para exprimir as emoções de sofrimento, e vulgarmente o termo “má morte” surge associado quando o ritual não pode ser cumprido na sua totalidade (Cabete et. al., 2000, p.49).

Ajudar os familiares a possibilitarem que os utentes possam morrer em casa “A senhora percebeu e até ao fim ficou com ele e nessa noite morreu, elas ao lado dele e sentiram-se, a filha e tudo, sentiram-se bem com a situação de o acompanharem até ao último momento (...)” (E3 / p.7) aparece conotado pelos enfermeiros à ideia de que possibilitar uma «melhor morte» aos utentes.

As mudanças sociais ocorridas na morte parecem contribuir para uma diminuição do mito do controlo da ciência e tecnologia, bem como dos profissionais sobre a vida e consequentemente sobre a morte.

Domicílio como contexto de cuidados de saúde

O contexto dos Cuidados Continuados constitui-se no sistema social de ocorrência do fenómeno das interações entre enfermeiros e utentes. Simmel diz-nos que há uma sociedade por toda a parte onde há acção recíproca entre indivíduos e a essência do social consiste nos relacionamentos que os humanos estabelecem entre si (citado em Javeau, 1999, pp. 105-111). *“Nós estamos na casa deles (...) a pessoa sente que pode confiar naquilo que a gente diz, a gente também não está ali só para fazer o tratamento, é muito mais do que isso”* (E4 / p.4). *“E o facto de estarem ali em casa, serem cuidados num ambiente onde eles são tratados, (...) isso ajuda muito”* (E7 / p.5).

Este tipo de abordagem permite tornar consciente o facto de, na actividade extra hospitalar e onde podemos incluir o domicílio da pessoa, o profissional de saúde raramente é directamente totalmente responsável pelo tratamento do utente, cabendo ao utente uma decisão real sobre os procedimentos terapêuticos. *“(...) o principal gestor dos cuidados daquela (...) deve ser o cuidador. Ou seja o que está mais próximo dele”* (E11 / p.7). Este aspecto conduz certamente, a um lugar de poder diferenciado do utente de cuidados continuados em relação ao utente hospitalar, bem como um aspecto favorecedor da sua autonomia.

No âmbito alargado dos cuidados domiciliários, os profissionais de saúde dificilmente controlam o envolvimento das pessoas, antes são recursos para as suas escolhas, para a gestão do seu processo de cuidados de saúde (Rifkin, citado em Fernandes, 1993).

Receber cuidados de saúde pelo utente no seu local de residência emerge como factor favorecedor para o seu bem-estar, famílias ou cuidadores, bem como para a facilitação de relação de confiança entre enfermeiros e utentes, famílias ou cuidadores *“(...) eles se sentirem agradecidos de terem este serviço em casa (...) e isso dá logo mais confiança e mais conforto principalmente às famílias pelo facto de poderem estar a cuidar dos familiares em casa e ter enfermeiros que lá não a casa tratar deles”*. (E7 / p.5). Presume-se que a prestação de cuidados no domicílio abre caminho a relações mais simétricas entre os profissionais e os utentes.

Harmonização

A primeira característica que se encontra numa situação em que um indivíduo procura cuidados de saúde e o profissional que os presta, é a esperança mútua (Freidson, 1978, p.264) *“(...) a pessoa que recorre aos cuidados de enfermagem necessita de alguma ajuda. Ou de*

informação, ou de tratamento, há sempre alguma coisa que ela necessita, de promoção da saúde, e no fundo é isso, é dar resposta àquilo que a pessoa pretende”. (E3 / p.1).

O utente recorre à ajuda do profissional por acreditar que este pode fazer algo por si e este acredita que o pode ajudar, ambos confiam numa transição no bem-estar do utente para a melhoria ou para a cura e ambos interpretam a sua experiência individual na base dessa expectativa. “(...) a gente segue-os do princípio até ao fim, (...) e ficamos todos contentes quando nos encontramos, e dizemos, já terminou, já demos alta, por exemplo hoje cheguei e disse, já dei alta ao Sr. João. Então estava tudo bem? Está ótimo, ficou todo contente. Tentamos logo encontrarmo-nos uns aos outros para dizer, porque ficamos todos contentes, tanto eu como eu, como os meus colegas” (E4 / p.8). Existe um ajuste entre as motivações dos profissionais e as do utente.

Apresentamos no quadro nº 9 uma síntese dos principais sentidos emergentes referentes ao “Estatuto singular do utente” para melhor integração do mesmo.

Quadro nº 9 – Síntese das características do “Estatuto singular do utente”

CARACTERÍSTICAS	SÍNTESE
Utente activo no processo de cuidados	<ul style="list-style-type: none">• O reconhecimento da autonomia do utente no seu processo de cuidados torna a dominação e o controlo do utente pouco provável aproximando-se de quadro de igualdade complexa.• A realidade social é vivida em perspectiva de quem a vive.• A intervenção do enfermeiro tende a ser tanto mais terapêutica quanto mais se aproximar da expectativa / propósito do utente.• A interacção enfermeiro-utente tende a ser caracterizada por um sistema aberto que possibilita a interinfluência entre os mesmos.• O respeito pela vontade do utente é relevante para a não usurpação da sua autodeterminação.• Avulta a valorização da pessoa enquanto fonte de conhecimentos baseados na sua própria significação de bem-estar.• O domicílio do utente como contexto dos cuidados é valorizado enquanto meio sócio-cultural da pessoa que o enfermeiro tende a não corromper valorizando os seus valores e espaço.• É reconhecido que pode haver diferença de expectativas pelo enfermeiro e pelo utente face aos resultados dos cuidados, no entanto o enfermeiro tende a não impor os seus valores.• Relevância para o consentimento informado ao utente.• O enfermeiro competente corresponde à capacidade humana de

	<p>não só agir, mas de agir em conjunto com o utente no seu processo de cuidados, emerge a dissociação do poder entre estes o que implica a ideia de reciprocidade na relação e o poder do profissional mais do que efectivo.</p>
Descoberta	<ul style="list-style-type: none">• A interacção enfermeiro-utente no processo de cuidados é vista como um processo heurístico que visa a descoberta das situações perante as quais é esperado que intervenha.• O utente / família é que detém o fio condutor para a orientação da acção do enfermeiro.• As experiências são vistas e abordadas do ponto de vista de quem as vive.• O enfermeiro não detém à partida o controlo sobre as necessidades dos utentes e as suas credenciais não lhe dão poder absoluto sobre a sua intervenção.
Enfoque no processo	<ul style="list-style-type: none">• A diminuição de assimetria ocorre numa lógica de abordagem gradual da pessoa.• A abordagem das situações tem um carácter processual e relacional e o enfermeiro usa a sua formação como um meio, que lhe confere autonomia e capacidade para avaliar e definir a forma como o trabalho é realizado.• Subjaz ao processo de cuidados que o utente não existe como parte isolada e restrita a si próprio, vive na interdependência de factores que advêm do meio cultural com os quais interage.• O enfermeiro que quer conhecer o utente, usa de habilidades para ir ao encontro das necessidades do utente, as quais necessita valorizar continuamente, porque estas estão em constante mudança.• Avaliar as necessidades do utente, a partir das suas representações, auspicia o respeito pelo ser humano global.
Negociação	<ul style="list-style-type: none">• O enfermeiro investe na sua capacidade de partilha com os parceiros de interacção e quanto mais estes sintam que têm poder nesta relação, tanto mais se sentem implicados no seu processo de cuidados.• A edificação de parceria no processo de cuidados pode contribuir para a redução de assimetria na relação entre o enfermeiro e o utente.• O utente / família são reconhecidos como parceiros no processo de cuidados.• Os utentes ou os seus cuidadores assumem o papel central no processo de cuidados já que a continuidade dos cuidados depende quase exclusivamente destes.• O enfermeiro não se vê o actor fundamental no processo de cuidados do utente, a si cabe o papel de preceptor, cabendo ao utente o papel decisório sobre o trajecto e metas a atingir no

	processo de cuidados.
Morte acompanhada	<ul style="list-style-type: none">• As mudanças sociais ocorridas acerca da morte contribuem para uma diminuição do mito do controlo dos profissionais sobre a vida e sobre a morte.• O ambiente social e cultural do utente é identificado como o local mais apropriado para oferecer à pessoa uma morte digna.• É valorizado o papel do enfermeiro na preparação da família para que a morte ocorra em casa.• Perante os utentes em fim de vida, as intervenções relacionadas com actividades de manutenção parecem ser aquelas que melhor servem os interesses dos utentes, para as quais os familiares são competentes.• Os utentes preferem morrer em casa, quando o familiar lhe consegue propiciar tal, parece favorecer o processo de luto dos mesmos.
Domicílio como contexto de cuidados de saúde	<ul style="list-style-type: none">• Receber cuidados de saúde pelo utente no seu local de residência emerge como factor favorecedor para o seu bem-estar bem como das famílias ou cuidadores.• Facilita a relação de confiança entre enfermeiros e utentes, famílias ou cuidadores.• A prestação de cuidados no domicílio abre caminho a relações mais simétricas entre os profissionais e os utentes.
Harmonização	<ul style="list-style-type: none">• Realce para as características da relação de confiança estabelecida entre enfermeiro e utente podem potenciar o consenso no processo de cuidados.

III.4 – Interação enfermeiro-utente: “Estatuto indiferenciado do utente”

Quando o enfermeiro transporta consigo uma linha de pensamento que ignora a existência dos pontos de vista e interesses do utente, no seu processo de cuidados, o enfermeiro anula ao utente a sua participação no seu processo de cuidados e assume o comando dos cuidados, impossibilitando que o utente intervenha e usufrua da sua autodeterminação enquanto utente de cuidados de saúde. Este contexto de interação entre enfermeiro e utente, remete o segundo para uma posição de inferioridade e para que não tenha poder. Surgindo assim um paradigma de posições assimétricas, ao enfermeiro cabe resolver o problema do utente, o enfermeiro é actor activo e o utente espectador passivo Herzlich, (1994, p.90).

O enfermeiro aproxima-se de uma perspectiva de acção orientada para os fins, e poderá não ter escrúpulos em explorar outros actores para seu benefício último, (Parsons, 1937, citado em Turner, 2002, p.119).

Quadro nº 10 – Esquema da estrutura global das características do “Estatuto indiferenciado do utente” e códigos correspondentes

CÓDIGOS	CARACTERÍSTICAS
Probabilidade de influir na interação	Utente passivo no processo de cuidados
Probabilidade das significações subjectivas intervirem na interação	Causalidade linear
Orientação para a distinção da sua situação das outras	Enfoque nos resultados
Margem de ajuste de vontades	Imposição
Possibilidade de escolha do ambiente para a morte	Distanciar a morte
Influência da afinidade com o espaço da interação	Receber cuidados de saúde fora do domicílio
Probabilidade de conciliar a esperança mútua numa interação	Conflito

Utente passivo no processo de cuidados

Ainda que num plano discursivo ao utente seja dado a centralidade na estrutura e na organização dos cuidados de saúde, múltiplas vezes esse protagonismo é difícil de reconhecer ao utente, “(...) *vamos lá para resolver os problemas todos do nosso ponto de vista e deixar de fazer esquecer o ponto de vista das pessoas*” (E2 / p.3).

No “trabalho sobre a trajectória da doença” A. Strauss et al. (1985) observa que nem sempre é possível observar uma participação activa dos doentes para além da reacção ao próprio tratamento, bem como colaborar com os profissionais prestadores de cuidados para garantir o seu conforto e para os profissionais dificilmente os doentes são vistos como promotores de um trabalho efectivo (citado em Herzlich, 2001, p.117).

Também no seu discurso, dos enfermeiros emerge a noção da dependência do utente sob a sua intervenção, (...) *a nossa ideia é chegar ali e mudar o esquema todo. Porque aquele não é o nosso esquema e achamos que chegamos ali a casa das pessoas e organizar, organizar (...)*” (E2 / p.3).

Serra (2005) refere que perante a crescente especialização do conhecimento técnico e o uso de técnicas e tecnologias bastante especializadas, os utentes vêem-se consumidores de serviços que não conhecem, mas que são compelidos a consumir de forma pouco criteriosa, tendo para tal que se sujeitar aos mesmos, tornando-se em objecto passivo de intervenção externa (p.159).

O bem-estar dos utentes parece escravo da intervenção dos profissionais, onde a sua autonomia e poder de intervenção parece omissa, “*muitas vezes a nível da medicação também, muitas vezes eles dizem que os médicos prescrevem determinados medicamentos que eles não têm hipóteses de a comprar, porque não têm hipótese de comprar (...)*” (E12 / p.3).

A assimetria na relação é acentuada por tornar o utente dependente da sua intervenção e patenteia-se um controlo ocupacional (Johnson, 1972, cf. p.41) que relega o utente para uma relação de dependência perante a intervenção dos profissionais de saúde.

Serra (2005) aponta alguns comportamentos que podem ser adoptados por alguns utentes aquando da sua entrada nos sistemas de cuidados de saúde e essencialmente no hospital, destacando comportamentos de timidez, obediência, submissão a práticas ritualistas que enquadra em estratégias de sobrevivência às instituições de prestação de cuidados de saúde.

Carvalho (2007) conclui que uma das formas de participação do utente no seu processo de cuidados, decorre de cumprir ordens, e assunção de uma atitude de submissão e passividade, de conformismo, de medo e ainda a obrigação de ter de fazer a vontade às enfermeiras, não havendo assim qualquer participação do utente no seu processo de cuidados mas, e para tal ocorrência, concorre o facto de a interacção enfermeiro-utente não ser facilitadora desse processo partilhado (p.60), *“Muitas vezes neste trabalho tem-se a ideia que aquela pessoa está assim que tem menos valor do que outras”* (E2 / p.10). *“E nós muitas vezes, sobretudo nestas pessoas mais velhas, temos, às vezes até um pouco involuntariamente aliamos-nos aos filhos porque achamos que seria melhor, aquela opção, de que fosse para ali, de que ficasse noutra local (...) de facto não temos muito em conta de facto aquilo que as pessoas querem, mas muitas vezes aquilo que lhes dá qualidade de vida e que lhes faz feliz, efectivamente não é aquilo que julgamos que as faz”* (E2 / p.4).

O utente submete-se assim à vontade e parecer de outros, ainda que o que esteja a ser apreciado sejam os seus interesses individuais, e é submetido a um papel passivo e destituído de poder no seu próprio processo de cuidados, o que o pode coarctar a uma relação de dependência do enfermeiro e por outro lado conduz a um distanciamento na relação e acentuação da assimetria entre estes.

Causalidade linear

A perspectiva da orientação do enfermeiro no processo de cuidados pode ser para a doença, baseada na associação de sintomas observáveis a partir dos achados biológicos, em que a saúde é concebida como a ausência de doença e a origem da doença reduz-se a uma causa única. *“É um doente com uma necessidade nesta área ou naquela e nós a partir daí, temos obrigatoriamente de fazer a nossa gestão do tempo (...)”* (E5 / p.7).

O factor causal orienta o tratamento e não são considerados outros factores individuais ou ambientais, segundo esta orientação o cuidado de enfermagem está focalizado para os problemas, para os deficits ou para as incapacidades da pessoa. *“(...) em termos hospitalares, embora as pessoas desabafem é muito baseado nas rotinas, a higiene, a medicação (...) E não damos por vezes cem por cento de atenção, para onde é que ele vai, que espaço é que ele vai ter em casa, Que ambiente é que tem? Se tem tecto se não tem? Se chove, se não chove lá dentro? Muitas vezes nem percebemos para onde é que ele vai. (...)”* (E3 / p.4).

O enfermeiro delimita as zonas problemáticas que são da sua acção e competência, a sua intervenção consiste em eliminar os problemas, compensar os deficits, a sua intervenção significa «fazer para» as pessoas *“(...) o problema em princípio que os doentes que nós*

prestamos cuidados em casa, no domicílio, os problemas que estão, são aqueles que nós vamos tratar ou porque estão algaliados, ou porque estão entubados ou porque têm, ou porque têm escaras ou úlceras ou porque são diabéticos ou são hipertensos, (...)” (E7 / p.2). “ (...) *só vemos a parte que está visível, não vemos a parte que está por detrás*”. (E2 / p.17). Os profissionais são considerados os peritos que possuem os conhecimentos sobre os agentes nocivos para a saúde “(...) *muitas vezes nós fazemos julgamentos que não estão correctos (...)*” (E2 / p.17). E podem decidir que a pessoa não participa nos seus próprios cuidados.

É valorizado a suposição de homeostasia, sobrevalorizando-se os elementos de equilíbrio e estabilidade social, desprezando ou esquecendo outros factores que ela contempla como o desequilíbrio e as tensões que a mesma comporta, (Marques, 1995, p.231). “(...) *somos muitas vezes levados por um impulso, sem conhecermos primeiro o «terreno» sem sabermos efectivamente o que ali se passa (...)* fazemos (...) *julgamentos um bocado à primeira vista e sem perceber o que é que está por detrás (...)*” (E2 / p.17).

O conhecimento profissional é usado essencialmente como atributo para poder julgar as necessidades do utente e manter o desequilíbrio entre o enfermeiro e o utente.

Enfoque nos resultados

As alterações demográficas e os novos perfis de necessidades de saúde da sociedade, ocorridas sobretudo a partir dos anos 70, em que a eficácia, a rentabilidade, a produtividade e a estabilidade económica passam a fazer parte dos objectivos prioritários das orientações políticas actuais “(...) *para quem está à frente desses ficheiros muitas vezes não contam com a qualidade dos cuidados que se prestam mas, sim com a quantidade, porque isso é que faz mover os projectos e as coisas para a frente (...)* quem está à frente destes projectos *preocupa-se é em haver muitos doentes a cuidar, muitos pensos para fazer e não tanto com a qualidade*” (E7 / p.10). Parecem fornecer aos actores sociais conjunturas de regras normativas para a acção, regras que passam por uma força moral. Parsons, ancora estas forças na qualidade dos valores que justificam fins comuns à sociedade, (citado em Turner, 2002, p.119).

A responsabilidade do enfermeiro enquanto gestor de cuidados de saúde na equipa de saúde, é complexa e enfrenta diferentes desafios “(...) *o que conta é números, quantas visitas domiciliárias foram feitas, quantas altas houve no ano tal, enfim, é números que contam. Não contam, não é pelos números (...)* a gente pode cuidar de 100 utentes num mês e serem mal cuidados e se cuidarmos de 20 ou 30 serem muito bem cuidados, não é a pressa que faz bem (...)” (E7 / p.10) e que representam um afastamento de um foco de intervenção dirigido à pessoa e antes dirigido

para a rotinização e execução de técnicas em cadeia “(...) os estudos que vejo feitos é sempre aquela relação, no ano tivemos tantos doentes, tantos de úlceras de pressão, tantos de úlceras varicosas, tantas avaliações, é sempre números, nunca se vê nada relativa à qualidade ou à satisfação das pessoas”. (E7 / p.10).

Uma das características essenciais da prestação de cuidados de enfermagem está inteiramente baseada no desempenho de tarefas para as quais existe procura pela sociedade, com quem cria relações de dependência social e económica e relações de distancia social (Johnson, 1972, citado em Rodrigues, 2002, p.48) e assimetria potenciada pela distancia social entre os profissionais e os consumidores.

Imposição

A imposição de um processo terapêutico por parte do enfermeiro pode ser uma situação em que o utente é visto à mercê do cuidado dos profissionais “(...) temos meios de justificar aquilo que queremos fazer para além da vontade da pessoa (...)” (E13 / p.2). O utente é visto de forma generalizada e abordado como mais um caso por parte do enfermeiro e/ou equipa ao abster-se de não ter em conta a decisão do utente em aceitar ou não tal(is) procedimento(s) “(...) digamos que muitas vezes aquilo que é nossa ideia do que é bom para as pessoas, eu cheguei lá e disse não é aquilo que as pessoas acham que é bom para eles” (E2 / p.4).

Pode estar implícita a crença de que o profissional de saúde sabe mais, e logo sabe escolher o que é melhor para a pessoa “(...) o que é bom para este homem não é isto certamente” (E2 / p.3).

Tendendo assim para uma orientação da acção para o bem comum, baseado em valores universalistas como é o “bem do paciente” (Terry Mizrahi 1986, citado em Herzlich, 1994, p.95). “(...) conseguimos que as pessoas façam aquilo que nós queremos que seja feito para bem do utente” (E5 / p.4).

Não existem cuidados de enfermagem sem um mínimo de intromissão, de influência exclusiva sobre a pessoa, cuidar não é uma atitude passiva é um acto que implica tomar do outro “um pequeno pedaço” que este nem sempre poderá estar disposto a ceder. A forma de aproximação é que influenciará significativamente o estado de angústia sentida pelo outro e a sua confiança futura, (Petit, 2004, p.93).

A dominação é um dos aspectos mais relevantes da acção social e em muitos casos assume um papel importante, ainda que não óbvia à primeira vista, e é profundamente

marcada por estruturas de dominação (Weber, citado em Cruz, 1989, p.594) e se tomarmos como sentido de dominação a probabilidade do enfermeiro ter influência no comportamento dos utentes, as relações interpessoais no processo de cuidados podem ser marcadas pelas representações que os profissionais de saúde têm do poder, os profissionais detentores de saber decidem pelos outros (Carapinheiro, 1993; Gândara, 1997). *“Eles estão todos avisados, que eu não quero (...) têm essa obrigação comigo (...) não há desculpas é tempo que eu gasto agora (...)”* (E13 / p.4).

Na interacção enfermeiro-utente, existe uma desigual distribuição de poder (Sheets 2001; Maes, 2003 citadas em Lopes 2006, p.329), a desvantagem do utente advém do facto de à partida se encontrar numa situação de vulnerabilidade ou transição no seu bem-estar intersubjectivo, e da própria estrutura organizativa das instituições, ainda que nos seus discursos lhe atribuam a centralidade.

Mas, a não consideração da autonomia do utente, pela capacidade de decisão sobre si próprio, pelas representações acerca da sua própria vida, do que quer ou não quer para si próprio, traduz-se numa forma de não reconhecimento do utente enquanto sujeito em plenitude e o sentido do cuidado é exercido unilateralmente (...) *eu entro e tenho muita regra, eu entro na casa das pessoas com muita regra uma casa que não é minha (...)*” (E13 / p.10).

A intervenção do enfermeiro surge enquanto forma impositiva sobre o utente e este situa-se numa posição de subordinação ao enfermeiro. A assimetria de poder evidencia-se pela imposição da perspectiva do enfermeiro de forma unilateral. A autonomia profissional do enfermeiro é usada como forma de poder sobre o utente (Johnson, 1972, citado em Rodrigues, 2002, p.48)

Distanciar a morte

Na contemporaneidade do mundo ocidental o processo de morte tem sido radicalmente deslocado para fora da família e da comunidade para as instituições de saúde onde ocorrem cerca de 70 a 90% destas, Field (1993) *“(...) o que acontece de facto é que as famílias se desorientam e em vez de darem às pessoas a possibilidade de morrerem tranquilamente em casa acabam por as levar para o hospital e as pessoas morrem muitas vezes no caminho, e são situações que depois fazem os maus lutos que é outra situação que é outra situação que a gente não se pode esquecer que existe que é “ele tinha-me pedido para morrer em casa e eu levei-o para o hospital, ele acabou por morrer lá” porque muitas vezes as pessoas o que lamentam mesmo no fim, sobretudo os filhos, claro! É que não tenham dado a possibilidade aos pais de eles terem morrido em casa com eles, porque a maioria das pessoas*

mais velhas pede para morrer em casa, só que isso não é possível e são essas situações que eu digo que nós não conseguimos dar resposta, não conseguimos dar resposta, nem conseguimos evitar que as pessoas fiquem com esse peso” (E2 / p.14).

Martins (1975) revela que algumas temáticas essenciais acerca das profundas transformações deste fenómeno social que é a morte reenviando para a noção de ausência do sentido da morte na actualidade e cita Weber (1979) “a ciência como vocação” ao descrever o processo de desencanto e da magicalização em que “nenhuma força incalculável e misteriosa (...) assume qualquer papel, mas onde, pelo contrário, se pode, em princípio, dominar qualquer coisa através do cálculo (...) e porque a morte não tem sentido, a vida civilizada, é ela própria, desprovida de sentido. O próprio “progressismo” (infinito progresso) da vida civilizada concede à morte a marca da ausência de sentido” (citado em Barbosa, 2003, p.37) na sociedade onde os valores do êxito, do sucesso, da produtividade, da eficácia, se sobrepõem à ineficácia, ao fracasso, também o sofrimento e a dor são mal tolerados.

A desumanização e despersonalização da morte são uma efectiva realidade na actual sociedade, mas o problema poderá não residir na tecnologia e cientificidade da mesma, mas no uso que a sociedade lhe reconhece e no valor com que a glorifica e prestigia.

Neste contexto a morte e o morrer tendem a ser afastados de um contexto de maior proximidade, a casa, para um horizonte mais longínquo que é o hospital, onde por um lado repousa a necessidade e a esperança do prolongamento da vida biológica, mas onde a pessoa é arredada do que lhe é significativo, e é condenada a morrer isolado, “(...) *o que podia fazer melhor por ele era morrer acompanhado, do que morrer num corredor do hospital (...) E sozinho*” (E3 / p.7), os enfermeiros reconhecem que morrer no hospital tradicional desliza mais para uma “oficina de tratamentos” do que para um local acolhedor “(...) *a pessoa está nos últimos dias com uma doença grave que se sabe que não vai de facto melhorar, devia morrer em casa junto com os seus (...).*” (E2 / p.11). O risco do anonimato, da solidão e de desapropriação substitui-se à compaixão, à solidariedade precisa nos momentos difíceis da vida (Barbosa, 2003).

A emergência da persuasão na inevitabilidade do cuidado técnico tornou-se em compulsão social de ir morrer ao hospital.

Receber cuidados de saúde fora do domicílio

Recorrer a cuidados de saúde fora do domicílio, numa instituição de saúde aparece conotado a uma menor satisfação por parte dos utentes no que se refere sobretudo à qualidade no atendimento “(...) não é como ir ao Centro de Saúde e não é falar mal, estou a dizer como no Centro há muita gente, não é, são atendidos mais rapidamente, não há aquele tempo que deveria haver, ali não (E4 / p.4) o que vai de encontro ao que é apontado como sendo a cultura hospitalar, cujos princípios são maioritariamente centrados no curar e desajustados para os utentes e suas famílias “Porque se tivessem que pegar no familiar que está acamado com oitenta anos para o levar ao Centro de Saúde para fazer o tratamento (...) a complicação que não era.” (E7 / p.5). A primazia é a técnica e subestimação da qualidade de vida, diminuindo a qualidade dos cuidados prestados, “(...) há uma falha e quando há acamados (...) quando eles descompensam e vêem para o hospital, normalmente é que é pior porque eles vão sempre pior (...) Em termos de úlceras nós às vezes mandamos as coisas já muito boas e eles descompensam por qualquer coisa a nível cardíaco, qualquer insuficiência e depois saem daqui muito mal, que a gente até tem pena de dizer, mas é a realidade (E10 / p.7).

Ainda que os enfermeiros reconheçam “(...) normalmente no meio hospitalar (...) nós estamos no nosso ambiente” (E11 / p.1) receber cuidados de saúde fora domicílio, em instituições de saúde distancia-se das representações dos enfermeiros do ser bem cuidado.

Conflito

Conforme Freidson (1978) na interacção entre prestador de cuidados de saúde e o utilizador desses mesmos cuidados, existe sempre um conflito latente entre perspectivas, ainda que em graus variados “(...) não temos ligação possível. (...) as pessoas tentam fugir ou não querem receber ordens, não querem conselhos, fazem o trabalho delas e fogem” (E9 / p.4).

Ainda que o utente dos cuidados dificilmente seja excluído por completo na interacção, este pode ser mais ou menos excluído de assumir um papel activo, mas de igual modo nunca é totalmente colaborador dadas as diferenças dos pontos de vista dos universos de ambos, o leigo e o profissional dificilmente serão sinónimos “(...) o familiar aceita, mas com certas reticências. Porque pensa que nós estamos a querer metermos na vida deles. Como é que eles hão-de gerir a vida” (E9 / p.8).

Estes conflitos em perspectiva e interesses tendem a estar presentes até certo ponto em todas as situações “As pessoas estão sempre revoltadas com os internamentos (...) pessoa (...) seja

um bocadinho mais ríspida (...) As famílias aqui vêm sempre com duas pedras na mão, parece que vêm já para refilar, com queixas, enfim. Em casa, não é bem assim.” (E7 / p.3).

A diferença de perspectivas estão na essência da interacção e reflectem as características estruturais gerais da doença e do seu tratamento profissional como uma função das relações entre dois mundos distintos, ordenados pelas normas profissionais Freidson (1978) “ *A filha do outro lado responde isto «era só o que havia de faltar agora as pessoas chegarem aqui e tentarem mandar naquilo que é nosso» E vim-me embora disse «agora, a senhora faça como entender»* ” (E9 / p.8).

De acordo com os sentidos dos dados emergentes, os enfermeiros vivenciam na sua prática de cuidados, situações conflituantes com os utentes e ou família que podem assumir uma forma mais ou menos latente, ou mais ou menos explícita tal como refere Freidson (1978) a interacção no âmbito dos cuidados de saúde comportará sempre uma ordem de negociação e uma ordem de conflito.

O utente ainda que necessite dos serviços profissionais do enfermeiro nem sempre aceita que este seja exercido sob a forma de controlo, surgindo a tensão, por vezes o conflito e assimetria na relação aumentada.

Para o término desta dimensão e no sentido de uma melhor compreensão da análise que desenvolvemos relativamente à modalidade de acção «Estatuto indiferenciado do utente»: apresentamos no quadro nº11 uma síntese das principais características que o caracterizam.

Quadro nº 11 – Síntese da modalidade de intervenção «Estatuto indiferenciado do utente»

CARACTERÍSTICAS	SÍNTESE
Utente passivo no processo de cuidados	<ul style="list-style-type: none">• O controlo do serviço por parte do enfermeiro relega o utente para uma relação de dependência da sua intervenção.• O utente emerge como elemento passivo e submisso à vontade de outros.• Os cuidados têm em vista a normalização de normas e procedimentos.• Tendência para que o utente não se reveja e não adira aos cuidados impostos, ou que não tenham em conta a sua singularidade de vida.• O utente é submetido a um papel passivo e destituído de poder

	<p>no seu próprio processo de cuidados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • O enfermeiro coage o utente a uma relação de dependência de si próprio o que conduz a uma relação de distância e de acentuação da assimetria. • As significações subjectivas de bem-estar para o utente e para o enfermeiro não são sinónimas.
Causalidade linear	<ul style="list-style-type: none"> • O conhecimento profissional é usado essencialmente como atributo para poder julgar as necessidades do utente e manter o desequilíbrio entre quem produz e quem procura os cuidados. • A acção é focalizada para a compensação dos deficits físicos apresentados pela pessoa. • Evidencia-se superficialidade na apreciação das necessidades e problemas dos utentes.
Enfoque nos resultados	<ul style="list-style-type: none"> • A prestação de cuidados de enfermagem é sobretudo baseada no desempenho de tarefas. • A assimetria é potenciada pela distância social entre os profissionais e os consumidores. • Crítica para a avaliação sobretudo quantitativa dos cuidados de enfermagem e para a valorização do «trabalho por tarefa». • As orientações político-económicas de rentabilidade económica podem assumir um carácter de constrangimento à operacionalização de cuidados com base ideológica no cuidar enfermagem.
Imposição	<ul style="list-style-type: none"> • A intervenção do enfermeiro surge enquanto forma impositiva sobre o utente e este situa-se numa posição de subordinação a este. • A assimetria de poder evidencia-se pela imposição da perspectiva do enfermeiro de forma unilateral. • Emerge a directividade na orientação da acção do enfermeiro na interacção com o utente / família. • O enfermeiro crê-se perito, detentor de saber científico, logo sabe melhor o que é preferível para o utente / família o(s) qual(is) têm a obrigação moral de aderir às orientações dadas. • A vulnerabilidade da situação do utente / família pode ser aproveitada pelo enfermeiro para exercer as suas representações subjectivas de poder. • Prestar cuidados de enfermagem implica sempre algum grau de intromissão, mas a directividade nos mesmos por parte do enfermeiro, potencia as assimetrias de poder tidas como desnecessárias no âmbito dos cuidados de saúde.
Distanciar a morte	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de constrangimentos, nomeadamente a escassez de recursos humanos para possibilitar acompanhar o utente /

	<p>família na morte em casa.</p> <ul style="list-style-type: none">• Morrer no hospital confere à morte uma dimensão desumanizada.
Receber cuidados de saúde fora do domicílio	<ul style="list-style-type: none">• Recorrer a cuidados de saúde fora do domicílio numa instituição de saúde aparece conotado a uma menor satisfação por parte dos utentes no que se refere sobretudo à qualidade no atendimento.• Receber cuidados em instituições de saúde distancia-se das representações dos enfermeiros do ser bem cuidado.
Conflito	<ul style="list-style-type: none">• O utente nem sempre aceita que a intervenção do enfermeiro seja exercida sob forma de controlo, surgindo a tensão, por vezes o conflito e assimetria na relação aumentada.• O domicílio enquanto contexto de cuidados de enfermagem parece ser menos propenso à ocorrência de conflitos entre enfermeiro e utente / família.• O conflito entre actores no processo de cuidados, emerge decorrente das diferenças ou da falta de consenso entre as perspectivas de gestão dos cuidados ao utente por parte do enfermeiro e do familiar / cuidador.

III.5 – Características da interacção enfermeiro-utente no processo de cuidados dos cuidados continuados

Considerando os objectivos e as questões orientadoras de investigação do presente estudo, a análise dos dados e pelas coerências possibilitadas ao quadro teórico, e a existência de regularidades sociais naquela que foi a dimensão indutiva da realidade estudada, foi-nos possível caracterizar lógicas da acção na prática de cuidados de enfermagem através da perspectiva dos enfermeiros.

Tendo como eixo central a acção do enfermeiro e o foco nas interacções estabelecidas entre este e os utentes na sua prática quotidiana, constituíram-se diferentes formas de implicação profissional na prática de cuidados de enfermagem, cujas características face ao significado implícito das mesmas apontam para modalidades de intervenção diferentes, bem como o estatuto atribuído ao destinatário dos cuidados.

As relações sociais entre o enfermeiro e o utente no contexto dos cuidados continuados configuram-se por relações assimétricas e por relações expressivas de poder, no entanto as modalidades pelas quais estes elementos se manifestam, diferem consoante as características implicadas na acção do enfermeiro para diminuir ou ampliar a assimetria implícita nesta relação e pelas formas de poder usadas pelo enfermeiro.

III.5.1 – Características da modalidade de intervenção: “A prática nunca é sempre a mesma”

Na modalidade de intervenção cada “A prática nunca é sempre a mesma” emergem características que apontam para o esbatimento da assimetria entre o enfermeiro e o utente e que destacam uma forma de interesse e reconhecimento de direitos individuais de cada pessoa enquanto ser social. Algumas das características emergentes que nos permite entender esta possibilidade como tal são: o estatuto que o enfermeiro atribui ao seu saber enquanto ferramenta que tende a utilizar no processo de cuidados para se adaptar à particularidade, de cada pessoa e de cada situação, valoriza a sua opinião pela sua posição de *expert* (Freidson 1994), no entanto esta não é a última podendo o utente e/ou família intervir, através das suas representações subjectivas de experiência de viver a saúde / doença;

A não imposição de perspectivas por parte do enfermeiro e ter em conta as expectativas do utente aponta para uma probabilidade forte de se poderem influenciar e terem influência na interacção. Neste jogo de possibilidade de influência entre quem procura e quem presta cuidados de saúde, os lugares não são constantes porque existe a possibilidade de troca de interinfluência;

Pela valorização da imprevisibilidade e da incerteza, o enfermeiro assume uma perspectiva indutiva sobre cada situação e assim cada situação tende a ser construída a partir do encadeamento dos elementos envolvidos e específicos à mesma e que o enfermeiro avalia e o utente clarifica;

A interacção enfermeiro-utente tende a não ser considerada pela realidade exclusivamente vivida pelo utente ou pela realidade exclusivamente vivida pelo enfermeiro, assume mediante tal, um carácter dinâmico de acções recíprocas de cooperação, em que cabe ao enfermeiro identificar as expectativas do utente bem como identificar e clarificar a transição no seu bem-estar através das suas competências técnicas, assumindo o papel crucial de estruturar a interacção (Strauss, 1992).

A continuidade da interacção e consequente socialização entre enfermeiro e utente, no sistema social e cultural do último é contributivo para que o enfermeiro perca o monopólio e controle exclusivamente as iniciativas, assumindo assim, ambas posições igualmente fortes no que se refere à legitimidade das tomadas de decisão no processo de cuidados.

Pela assunção de uma atitude dinâmica do enfermeiro enquanto interlocutor (Soulet, 2006) com os outros elementos da equipa de saúde, o enfermeiro faz uso essencialmente de competências transversais na valorização da autonomia profissional na equipa interdisciplinar, a possibilidade de intercâmbio recíproco de saberes e competências oferece um universo com maiores probabilidades da resolução dos problemas dos utentes baseado no saber específico de cada profissional.

No processo de cuidados estudado identificam-se zonas de intercessão nos papéis dos diferentes profissionais da equipa de saúde, cujo modelo significa que nos cuidados de saúde prestados aos utentes todos os profissionais intervêm com os seus capitais respectivos e partilham poderes inclusive os utentes.

O papel de mediador pelo enfermeiro dos cuidados continuados emerge como central nas relações sociais neste contexto, na gestão de diferentes, e mesmo contraditórias lógicas de acção, o que constitui uma fonte de poder (Crozier, 1977 citado em Lopes, 2001, p.47). No entanto o enfermeiro não se assume como tendo o monopólio do poder na

equipa de saúde, existem outros actores importantes nomeadamente o próprio utente e a sua família, que restringem o poder individual, um dos outros e que remete para um equilíbrio de forças (Abbott, 1998, citado em Rodrigues, 2002, p.102).

Neste quadro complexo, onde o utente emerge quase sempre fragilizado pela situação impulsionadora da procura de cuidados de saúde, o enfermeiro constitui uma salvaguarda prática de segurança no processo social de cuidados para fazer face às inquietudes e fragilidades decorrentes da situação impulsionadora de procura de cuidados de saúde.

As fragilidades do utente tendem a não ser banalizadas (frequentes neste quadro de acção), mas em que não há um profissional que por si só que detenha competências para a resolução das situações, mas antes no estabelecimento de uma rede que congregue os diferentes profissionais e competências complementares. O enfermeiro por ser o profissional que mais contacta e melhor conhece o utente e conseqüentemente os seus problemas surge como mediador entre a rede constituída pelos outros membros da equipa de saúde e o utente. É na medida que consiga mobilizar e por a funcionar essa rede que pode oferecer ao utente uma maior probabilidade de resolução de problemas, baseado na complementaridade de competências dos diferentes profissionais.

Estas características tendem a ser perpassadas por uma lógica de poder partilhado e relacional entre o enfermeiro e o utente, emergente sobretudo das características da interacção, o poder do enfermeiro advém do conhecimento específico que detém e lhe confere autonomia para coordenar o processo de cuidados de enfermagem, no entanto não usa esses conhecimentos para dirigir a pessoa, mas antes para o apoiar e elucidar nas suas tomadas de decisão, não a tornando dependente da sua intervenção e sugere a sua valorização para tomar as suas próprias decisões assente na igualdade.

III.5.2 – Características da modalidade de intervenção: “A prática é sempre a mesma”

Na modalidade de intervenção “A prática é sempre a mesma” as relações sociais mantidas entre os enfermeiros e os utentes tendem a produzir impacto constrangedor nas escolhas e possibilidades dos utentes participarem no seu próprio processo de cuidados, e incremento da assimetria entre quem necessita de cuidados de saúde e quem os presta, o enfermeiro arroga o poder sobre o utente na relação como adquirido à partida pela sua

posição de especialista, tal parece-nos evidenciado em algumas características de actuação do enfermeiro.

A rotinização das práticas confere ao enfermeiro capacidade para saber prever antecipadamente as necessidades dos utentes, com base nos seus sintomas físicos ou diagnóstico médico, assim resulta uma acção bastante estruturada e estabilizada à partida, e a dinâmica entre o que a pessoa tem expectativa de receber e o que o enfermeiro tem para lhe oferecer é sobretudo estática, prevalecendo uma lógica de acção de cuidados unidireccional ditada por costumes.

Como o enfermeiro crê saber de antemão o que deve ser feito e o que a pessoa espera da sua intervenção, remete-o para um quadro de actuação de elevado grau de certeza dando pouco espaço a que se ajuste às condições do utente.

O suporte nos conhecimentos técnicos e científicos por parte do enfermeiro habilitam-no a prescrever, orientar e estabelecer as bases da interacção. O utente é destituído de saberes capazes para avaliar a intervenção do enfermeiro pois não sabe mais do que descrever os sintomas e a este resta a adesão à intervenção de “quem sabe” para melhorar ou restituir a saúde.

A legitimação de apenas um tipo de saber no processo de cuidados, aquele que se baseia no conhecimento científico, centraliza o conhecimento válido no enfermeiro e estabelece-se assim a separação entre os que detêm o saber e os que o procuram e dependem desse saber. Potencia-se a assimetria porque, o lugar social do utente no processo de cuidados é desqualificado baseado no seu conhecimento não útil ao seu processo de cuidados.

A transição do utente para um estado superior de bem-estar emerge como escrava da intervenção do enfermeiro e para isso é necessário que se submeta às suas perspectivas e valores, neste sentido a probabilidade do utente tomar parte activa no seu processo de cuidados é anulada e a trajectória da intervenção é linear tendo em vista unicamente os propósitos do enfermeiro.

A descontinuidade na interacção e os encontros entre o enfermeiro e o utente quando esporádicos, interferem negativamente nas expectativas do enfermeiro face ao carácter que esse mesmo encontro possa ter para si, o que parece determinar que invista nos mesmos regulado pelo desempenho de tarefas e não regulados pela pessoa.

O enfermeiro parece relegar as suas competências que o devem habilitar a prestar cuidados com sentido para a pessoa independentemente de ser uma situação esporádica.

Nesta forma de acção, o interesse do utente fica arredado bem como o seu direito de autodeterminação pela expressão da sua vontade.

A resolução de problemas por parte do enfermeiro no processo de cuidados exige uma intervenção essencialmente prática, que enquanto tal se identifica através da sua acção efectiva e específica e que se desdobra em diferentes planos, implicando uma estreita articulação entre dos diferentes actores da equipa de saúde. Tal implica uma avaliação permanente da necessidade de readaptação de papéis e tarefas por parte do enfermeiro na equipa de saúde, quando tal não acontece o enfermeiro nega-se a assumir a centralidade estratégica de participação que lhe é reconhecida no processo de cuidados (Lopes, 2001, p.76) e que parece emergir na característica inércia.

O enfermeiro exclui-se de usar a sua competência e posição privilegiada junto do utente e fazer o elo de ligação com os outros profissionais para que estes também possam tomar decisões e continuar o seu trabalho, nega-se a usar os diferentes recursos e enquanto gestor no processo de cuidados, condicionando o acesso do utente a ter melhores cuidados de saúde.

Nesta modalidade da acção emergiram características cujo sentido aponta para uma prática que vê os utentes como dependentes dos enfermeiros, necessitando portanto de serem integrados num papel de dependentes da intervenção do enfermeiro, parece prevalecer o controlo sobre as necessidades e decisões dos utentes, já que o enfermeiro toma o seu poder na relação com os utentes como atribuído pela sua especialização e os utentes dependentes dessa especialização.

III.5.3 – Estatuto singular do utente no processo de cuidados

Pela posição estratégica que ocupa no processo de cuidados, de proximidade e contacto com o utente, o enfermeiro surge como mediador entre o utente e os restantes membros da equipa de saúde. É na intersecção e gestão das lógicas de acção diferentes e por vezes contraditórias desses actores (Crozier, 1977, citado em Lopes, 2001) o enfermeiro se assume ligado à responsabilidade de proteger e acautelar o bem-estar dos utentes, nomeadamente pela defesa da sua autodeterminação enquanto pessoa individual, neste sentido valoriza o papel activo do utente no seu processo de cuidados; a relação de confiança que estabelece com os utentes emerge e como mediadora na redução da assimetria entre estes e os utentes e que potencia os enfermeiros a serem mediadores da assimetria entre os utentes e outros profissionais.

A negociação no processo de cuidados aponta para um caminho que possibilita que os pensamentos e os actos pelos quais os utentes se relacionam com o seu processo de saúde / doença intervenham no processo de cuidados e viabilize acordos entre o que é pretendido pelo utente e o que é oferecido pelo enfermeiro e ser possível encontrar um ponto de equilíbrio entre o mundo do profissional e o mundo do utente (Freidson, 1979)

Em que a intervenção necessária seja ajustada e possa implicar lógicas de intervenção distintas para diferentes representações (Strauss, 1992; Moscovici, 2003).

A parceria destaca os níveis de participação que o utente e família podem assumir no seu próprio processo de cuidados. A potenciação da sua autonomia e co-responsabilização do utente, não substitui a responsabilidade do enfermeiro enquanto interventor e supervisor, antes valoriza as suas sugestões como forma de tornar as intervenções mais coerentes à realidade dos utentes e assegurar uma intervenção dirigida às suas expectativas. O que remete para uma partilha de poder decisório (Gomes, 2007).

O papel do enfermeiro no acompanhamento das pessoas em fim de vida surge enquanto mediador junto dos familiares na gestão das decisões de por um lado querem proporcionar a morte aos seus familiares em casa, mas por outro lado se o fizerem e não recorram a cuidados hospitalares possam estar descuring as possibilidades do seu familiar sobreviver, mas quase sempre à custa de meios interventivos associados a maior sofrimento e por vezes despropositados face à situação.

Os enfermeiros parecem querer ajudar as famílias e a respeitar a vontade dos utentes que querem morrer num local menos hostil que os mantenha ligados ao seu meio social e familiar até ao fim.

Deste intento parece emergir um benefício recíproco, uma vez que os enfermeiros sentem que se fizerem respeitar a vontade dos utentes estarão a desempenhar melhor o seu papel de velar pelos interesses destes, o mesmo parece ser sentido pelos familiares o que os ajudará a melhor fazer o processo de luto.

O domicílio do utente enquanto contexto de cuidados surge como forma aparentemente competente e compreensiva para solucionar as necessidades de cuidados de saúde dos utentes de cuidados continuados. Os objectivos terapêuticos não estão apontados predominantemente para os sofrimentos físicos, mas também para o enquadramento familiar e social e nesse contexto, ao utente e família é reconhecido um poder diferenciado na gestão do seu próprio processo de cuidados.

O estatuto de pessoa singular, atribuído ao utente viabiliza a sua participação activa no seu processo de cuidados e de usar o poder que lhe provém de membro da equipa de saúde, emerge uma dissociação do poder por todos os elementos da equipa de saúde.

III.5.4 – Estatuto indiferenciado do utente no processo de cuidados

Na gestão dos processos de cuidados de saúde dos utentes, o enfermeiro pode assumir uma perspectiva centrada numa lógica de racionalidade baseado em modelos que valem para todos visando a universalização, mas que colide com as necessidades particulares subjectivas do utente e o confronto entre a lógica universalista e a dos interesses / necessidades individuais, produz o mérito que tende a reduzir os utentes e seres humanos ao estatuto de objecto da sua prática.

A orientação da prática do enfermeiro tende a intervir de forma objectiva de acordo com os sintomas identificáveis e a prestação de cuidados normalizados / rígidos por parte dos especialistas treinados para o efeito e delimita zonas problemáticas que são alvo da sua intervenção que consiste em eliminar problemas e compensar deficits sobrevalorizando os elementos de equilíbrio e estabilidade social, negligenciando outros elementos que a mesma comporta (Marques, 1995).

A representação subjectiva do enfermeiro como perito, por deter conhecimentos técnicos e científicos surge como justificativa do utente de ter a obrigação de aderir às orientações do enfermeiro, assumindo a acção do enfermeiro um carácter impositivo na sua forma de intervenção. O enfermeiro exerce autoridade sobre o utente baseado na suposta legitimidade decorrente das suas prescrições ou de outros profissionais de saúde e melhor assim melhor saber o que é melhor para o utente.

Esta forma de imposição sobre o outro tem implícita uma forma do enfermeiro assegurar resultados baseado no seu estatuto de perito.

O conhecimento profissional é usado essencialmente como atributo para poder julgar as necessidades do utente e manter o desequilíbrio entre o enfermeiro e o utente.

Uma das características essenciais da prestação de cuidados de enfermagem está inteiramente baseada no desempenho de tarefas para as quais existe procura pela sociedade, com quem cria relações de dependência social e económica e relações de distância social (Johnson, 1972, citado em Rodrigues, 2002, p.48) e assimetria potenciada pela distância social entre os profissionais e os consumidores.

O estabelecimento de alianças entre o enfermeiro e as pessoas significativas para o utente, surgem como estratégias de aproximação de resolução das necessidades individuais de cada utente, mas controversas por o excluïrem enquanto verdadeiro implicado e interessado.

Na organização do trabalho no processo de cuidados, a não existência de outros profissionais para além dos enfermeiros ou a não articulação entre os existentes, impossibilita a resolução de problemas que não dependam da área de competência do enfermeiro.

A impossibilidade de garantir aos utentes em fim de vida um acompanhamento mais tranquilizador para os familiares com recursos humanos e materiais em suas casas, impele os familiares a levarem os seus familiares a morrem longe do seu espaço familiar e social ainda que isso signifique desrespeitar a vontade do indivíduo e dificulte o processo de luto dos familiares.

Receber cuidados de saúde fora do domicílio expõe os utentes e famílias a estruturas organizativas de prestação de cuidados cujos princípios organizativos e culturais são sobretudo centrados na atenção da cura do órgão / corpo doente e descentrados do bem-estar individual associado à satisfação de outras necessidades complementares da vida humana.

As características essenciais da atribuição ao utente de um estatuto indiferenciado, parecem estar sobretudo baseadas no desempenho de tarefas para as quais existe procura pela sociedade, com quem o enfermeiro cria relações de dependência social e económica e relações de distância social (Johnson, 1972, citado em Rodrigues, 2002, p.48) e a assimetria potenciada pela distância social entre os profissionais e os consumidores.

TIPOLOGIA DA ACÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE CUIDADOS EM CONTEXTO DE CUIDADOS CONTINUADOS E SUAS CARACTERÍSTICAS

Quadro nº 12 – Tipologias da acção do enfermeiro e suas principais características no processo de cuidados em contexto de cuidados continuados

Tipologia de acção	Principais Características
Modalidade da acção: “A prática nunca é a mesma”	<ul style="list-style-type: none"> - Interacção enfermeiro-utente em continuidade - Interacção enfermeiro-utente factor positivo - Identificação das necessidades a partir das expectativas do utente - Incerteza - Interconhecimento - Imprevisibilidade - Dinâmica Sócio-Profissional - Equipa multidisciplinar
Modalidade da acção: “A prática é sempre a mesma”	<ul style="list-style-type: none"> - Interacção enfermeiro-utente ocasional - Interacção enfermeiro-utente factor negativo - Identificação das necessidades a partir das expectativas do enfermeiro - Certeza - Saber centralizado no enfermeiro - Previsibilidade - Inércia - Equipa monodisciplinar
“Estatuto singular do utente”	<ul style="list-style-type: none"> - Utente activo no processo de cuidados - Descoberta - Enfoque no processo - Negociação - Morte acompanhada - Domicílio como contexto dos cuidados - Harmonia
“Estatuto	<ul style="list-style-type: none"> - Utente passivo no processo de cuidados

indiferenciado do utente”	<ul style="list-style-type: none">- Causalidade linear- Enfoque nos resultados- Imposição- Distanciar a morte- Receber cuidados de saúde fora do domicílio- Conflito
--------------------------------------	---

IV – SÍNTESE

As características de intervenção que atrás descrevemos tipificam os modelos de acção do enfermeiro no processo de cuidados de enfermagem, em contexto de cuidados continuados.

Sendo o presente estudo descritivo e compreensivo, não procuramos compreender esta realidade da prática de enfermagem pela dicotomia, mas pela integração do conhecimento por referência a quem o (re)produz, e assim integrar e não dicotomizar as diversas características emergentes do processo de cuidados estudado.

Estando neste raciocínio e com base nos dados recolhidos e na análise a que foram sujeitos, percebemos o processo de cuidados em torno de dois eixos: a modalidade de acção e o estatuto do utente, cujos grupos de características próprias se opõem, mas sem fronteiras claras entre si, procurámos a sua sistematização para melhor compreensão pela integração das mesmas, não pela dicotomia, em que a opção analítica teve como organizador a valorização das características na acção, que por confronto com o nosso quadro teórico, reenviam à valorização da singularidade do utente na acção do enfermeiro.

Porque a prestação de cuidados de enfermagem, ou se quisermos o cuidar, orientador da ideologia dos enfermeiros na actualidade, passa essencialmente por valorizar e querer compreender a uma pessoa como entidade única, que vive uma situação que lhe é exclusiva e por isso esta dimensão da prática de cuidados tem mais a ver com a especificidade, singularidade do que com a generalidade ou indiferenciação.

Pela integração das características do eixo da modalidade de intervenção: “A prática nunca é a mesma”, com as características do eixo “Estatuto singular do utente”, e das características da modalidade de acção, “A prática é sempre a mesma”, com as características do “Estatuto indiferenciado do utente”, a análise é feita a partir da acção do enfermeiro, para a qual encontramos duas modalidades, agrupando cada um dos conjuntos das características que se opõem entre si, permite-nos sistematizar, procurando compreender melhor essas modalidades de acção que surgem em torno dos dois eixos.

Um pré-requisito essencial para se agir socialmente e se encetarem acções claramente orientadas a outrem, é a relação de confiança, compreendida como determinado nível de probabilidade subjectiva, estimada por um actor de que outro actor,

ou grupo, empreenderá uma acção específica, nesse sentido a relação de confiança ajuda a estruturar as posições dos actores, dando conta do sentido ou dinâmica das suas interacções (Balsa, cf. p.38).

A interacção terapêutica no processo de cuidados depende em última instância da relação de confiança que se estabelece entre o enfermeiro e o utente ou seja, que estes admitam um determinado nível de probabilidade subjectiva de que outro empreenderá uma acção específica.

No processo de cuidados em contexto de cuidados continuados, os episódios de interacção entre os enfermeiros e os utentes em continuidade contribuem para a constituição de relação de confiança, da mesma forma que concorrem para a diminuição da assimetria entre estes, e essa mesma relação de confiança é mediadora da assimetria entre o utentes e o enfermeiro e entre o utente e os outros profissionais da equipa de saúde, contribuindo para a harmonização da interpretação das situações de cuidados entre o enfermeiro e o utente.

O processo de mediação está presente nos registos de confiança fundada em valores e apoiada por dispositivos informais como a expectativa de papéis (Balsa, cf. p.38). Soulet (2006, cf. p.39) sublinha a importância de interlocutores simbólicos ou mecanismos de transformação podendo ser pessoas ou estruturas que ajudam a pensar a situação inquietante, avaliando-a e ajudando a encontrar explicações bem como a identificar consequências

No processo de cuidados, a mediação entre actores serve para melhorar a adequação das situações tendo em consideração as expectativas do utente, o enfermeiro valoriza a incerteza na interacção com este, e ainda que existam diferenças nas expectativas entre um e o outro, face aos resultados dos cuidados, o enfermeiro tende a não impor os seus valores ao utente porque assegura que este tome parte activa no seu processo de cuidados.

A dinâmica sócio-profissional no processo de cuidados atribui ao enfermeiro o papel de interlocutor que coopera com os utentes a vivenciar as situações de instabilidade e transições ajudando-os a encontrar soluções para as mesmas (Soulet, cf. p.39) e a capacidade de mediação entre actores do processo de cuidados surge como característica importante na gestão das diferentes lógicas de acção e interpretação na equipa de saúde (entre o utente e a sua família, entre o utente e o seu médico e entre o utente e outros

profissionais da equipa de saúde) a mediação surge como característica que possibilita a defesa dos interesses do utente.

Nos actuais contextos sociais, a solidariedade liga-se ao pressuposto de estima simétrica entre actores individualizados e autónomos (Honneth, cf. p.35) no processo de cuidados em contexto de cuidados continuados a ocasião dos cuidados de saúde, sobretudo para os utentes que vivem isolados assume um carácter relevante e que tende a ser mais valorizado pela sua dimensão social, pela descoberta nas experiências permite que as experiências de saúde / doença sejam abordadas do ponto de vista de quem as vive.

Estas relações podem chamar-se “solidárias” porque elas não despertam somente a tolerância para com a individualidade da outra pessoa, mas também o interesse efectivo por essa particularidade (Honneth, cf. p.37), no processo de cuidados a descoberta, coloca em acção habilidades e saberes do enfermeiro para ir ao encontro das necessidades do utente as quais são valorizadas e actualizadas permanentemente e são avaliadas a partir das representações individuais de quem as vive. A descoberta atribui importância ao respeito pela sua autonomia e situação vivida pelo utente / família, revela-se como forma de diferenciar as situações de cuidados.

É na medida em que se assegure que as particularidades do utente que são estranhas ao enfermeiro e possam manifestar-se efectivamente na interacção entre estes, que a finalidade dos cuidados pode ser realizada (Honneth, cf. p.37), no processo de cuidados a incerteza na interacção, atribui a esta, uma estrutura não muito rígida entre enfermeiro e utente, sendo o último que detém o fio condutor para se encontrar a complementaridade na acção, que não se sabe à partida qual é.

Relações simétricas significam que todos os sujeitos têm a oportunidade sem diferenças, que as suas capacidades e realizações sejam relevantes para a sociedade (Honneth, cf. p.37), no processo de cuidados as percepções e saberes que o utente vivencia são valorizados e contribuem para a viabilização que o utente tenha um papel activo neste processo.

A intervenção do enfermeiro é tão mais terapêutica quanto mais se aproximar das expectativas que o utente transporta para a interacção de cuidados, também a descoberta viabiliza que as experiências no processo de cuidados sejam vistas e abordadas do ponto de vista de quem as vive, e o estabelecimento de parceria pelo enfermeiro, seja com o utente seja com a família deste, presume que o enfermeiro não é o actor fundamental no processo

de cuidados, cabendo-lhe o papel de preceptor e ao utente o papel decisório sobre o trajecto e metas a atingir no processo de cuidados.

O modelo de interacção entre o profissional de saúde e os utentes da “participação mútua” caracteriza-se por o profissional não declarar saber exactamente o que é melhor para o utente, e faz dessa procura a base da interacção terapêutica (Freidson, cf. p.21).

No processo de cuidados, a valorização da imprevisibilidade e da incerteza significa que o enfermeiro não tem pleno controlo sobre as necessidades dos utentes, o enfermeiro toma o utente como um ser em transição permanente consigo próprio e com o meio envolvente. A incerteza na intervenção advém de uma perspectiva indutiva sobre cada situação e assim cada situação tende a ser construída a partir do encadeamento dos elementos envolvidos que o enfermeiro avalia e o utente clarifica.

Conhecer o sistema sociocultural do utente, viabiliza um processo de cuidados com maior coerência entre quem presta e entre quem recebe e a interacção entre ambos tende a ser caracterizado por um sistema aberto, que possibilita a interinfluência entre enfermeiro e utente. Avulta a valorização da pessoa enquanto fonte de conhecimentos baseados na sua própria significação de bem-estar.

No modelo da ordem negociada o encontro entre o utente e o profissional de saúde é considerado “aberto”, cada actor é considerado como parceiro e pode ter influência nos resultados a atingir (Strauss, cf. p.22).

No processo de cuidados do contexto estudado, pela via da incerteza na interacção, os problemas são abordados a partir das significações da pessoa / família, e a valorização da flexibilidade e da imprevisibilidade significa que as situações são geridas baseadas sobretudo nas significações que estes assumem para o utente e família.

O factor tempo é considerado essencial no modelo da negociação, pois à medida que o número de contactos aumenta, o utente e a família assumem um papel mais interventivo, em contrapartida o profissional perde o monopólio na acção (Strauss, cf. p.22).

No processo de cuidados em contexto de cuidados continuados, a interacção entre o enfermeiro e o utente, a continuidade dos episódios de interacção entre estes é factor facilitador e contributivo para que se descubram e conheçam melhor, e a consequente socialização entre estes é contributiva para que o enfermeiro perca o monopólio e controle exclusivamente as iniciativas, assumindo ambos posições igualmente fortes no que se refere à legitimidade das tomadas de decisão no processo de cuidados.

O enfermeiro enquanto gestor dos cuidados de saúde dos utentes é visto como o profissional, que pela via interactiva, cooperativa e interdisciplinar coopera com estes e com os outros profissionais da equipa de saúde, passo a passo na regulação dos aspectos que intervêm directa ou indirectamente no bem-estar dos utentes de cuidados de enfermagem (Amendoeira, 2006^d; Queiroz, 2004).

No processo de cuidados em contexto de cuidados continuados, existem características que parecem corresponder a este desígnio: a valorização do contexto de prestação dos cuidados, que ocorre no domicílio do utente é favorecedor do bem-estar dos utentes e seus familiares; neste propósito o enfermeiro faz uso das suas competências técnicas e relacionais para agir em conjunto com o utente ou família; o utente ao ser um participante activo, no seu processo de cuidados, determina que o princípio da reciprocidade esteja presente, e o enfermeiro usa de algumas acções, como o respeito, pela pessoa do utente e o seu meio para aumentar ou facilitar o seu bem-estar.

Pela dinâmica sócio-profissional, o enfermeiro privilegia a sua proximidade com o utente para ser mediador das diferentes lógicas de acção dos diferentes actores da equipa de saúde (família, médico, assistente social e outros profissionais), pela presença desta característica o enfermeiro assume diferentes papéis no processo de cuidados tendo em conta a multiplicidade de aspectos que a gestão do processo de cuidados contempla, nomeadamente o papel de interlocutor que ajuda os utentes / famílias a vivenciar as situações inquietantes, onde assume um papel autónomo, mas de cooperação na equipa de saúde multi e interdisciplinar, a qual é preponderante para a resolução de problemas dos utentes.

A emergência de tais características no processo de cuidados e ao relaciona-las com as concepções de Honnet (2003), as mesmas apontam para a possibilidade de reconhecer e assegurar os direitos dos utentes não de forma desigual, baseado no status, mas de maneira igualitária como seres livres, de direito individual assegurando uma dimensão igualitária das relações sociais, neste contexto. De algum modo os utentes ao depositarem o controlo das suas situações de saúde / doença nas mãos dos enfermeiros e independentemente do seu estado de vulnerabilidade os seus direitos de cidadãos são assegurados.

Pelo percurso efectuado compreendemos que as relações sociais entre os enfermeiros e os utentes no processo dos cuidados de saúde em contexto de cuidados continuados se configuram com relações de poder, porque as mesmas são dinâmicas e por vezes imprevisíveis, as características das diferentes modalidades de acção envolvem uso do poder profissional de forma diferenciada que importa sistematizar e articular de forma

integrada na modalidade de acção «A prática nunca é a mesma» com o «Estatuto singular do utente».

O poder profissional dos enfermeiros repousa nas relações de negociação e conflito desenvolvidas na prática de cuidados, a sua profissionalização, advém do processo pelo qual enquanto organização formalmente reconhecida lhe foram atribuídas competências específicas relacionadas com a particularidade do seu trabalho e dos seus contributos para a sociedade – do que advém o direito singular de desempenhar a sua actividade (Freidson, cf. p.21).

A “autonomia” técnica possibilita ao enfermeiro individualmente ser soberano, na sua actividade (Freidson, cf. p.42).

A incerteza, no âmbito do processo de cuidados caracteriza-se por o enfermeiro não ter pleno controlo sobre as necessidades dos utentes, e o poder não é unilateral ao profissional, mas resultante da situação indeterminada e particular, a avaliar e coordenar consoante as necessidades dos utentes surgidas em situação; a prestação de cuidados no domicílio do utente confere a este poder diferenciado para aderir, gerir e direccionar o seu processo de cuidados, existindo uma maior coerência entre quem produz os cuidados e quem os consome (Freidson, 1994, citado em Rodrigues, 2002, p.48); na interacção enfermeiro-utente como factor positivo, o enfermeiro usa a sua autonomia técnica para avaliar e definir a forma como a sua intervenção deve ser realizada a partir do que é mais valorizado pelo utente.

Na negociação, no âmbito das interacções no processo de cuidados, o enfermeiro faz uso do seu conhecimento específico não como um poder atribuído, mas como capacidade de comunicação relacional, emergindo processos de troca negociada entre os intervenientes que fazem com que esta relação, comporte sempre um elemento de criação humana.

Outra fonte de poder dos profissionais de enfermagem é o direito exclusivo sobre os conhecimentos “*expertise*” e as “credenciais”, em que o fundamental é o controlo sobre a forma de realização do trabalho (Freidson, cf. p.42).

O reconhecimento profissional do enfermeiro através de credenciais (Freidson, 1994, citado em Rodrigues, 2002, p.51) confere-lhe poderes para que actue na equipa de saúde quer enquanto parceiro, quer autonomamente através dos seus conhecimentos específicos.

A valorização da partilha de conhecimentos entre o enfermeiro e o utente no processo de cuidados, valoriza as crenças, valores, e emoções e outros aspectos que

afectam a dignidade da pessoa e possibilita a divisão do monopólio do poder sobre o conhecimento; a suposição da imprevisibilidade no processo de cuidados, retira ao enfermeiro o poder de controlo sobre as necessidades do seu cliente, às quais se adapta e readapta em situação.

Na dinâmica sócio-profissional do processo de cuidados, o enfermeiro usa o seu papel de *expertise* e das suas credenciais para mediar e gerir as relações sociais e profissionais diferentes ou contraditórias entre actores na equipa de saúde, o que se constitui uma fonte de poder (Crozier, 1977 citado em Lopes, 2001, p.47), no entanto o enfermeiro não se assume como tendo o monopólio do mesmo, existem outros actores importantes que restringem o poder individual uns dos outros, o que remete para um equilíbrio de forças entre actores no processo de cuidados (Abbott, 1998, citado em Rodrigues, 2002, p.102).

A autonomia e competência do enfermeiro no processo de cuidados permitem-lhe que coordene as situações de cuidados, e o estabelecimento de parcerias com os utentes / famílias, resulta numa partilha de poder, e estes sentem-se tão mais implicados no seu processo de cuidados quanto o seu poder lhe seja reconhecido.

De igual modo do que fizemos para a síntese das modalidades de acção anteriores, também pela lógica de análise de dados que usámos, pela aglutinação de sentidos expressos, emergiram características na modalidade de acção: «A prática é sempre a mesma» e «Estatuto indiferenciado do utente» onde emergem características cuja intersecção de princípios apontam para uma lógica de acção, normativa e genérica na interacção enfermeiro-utente.

No processo de cuidados, a certeza do enfermeiro na interacção com o utente determina a orientação da sua acção seja sobretudo para o factor causal da doença em que o centro regulador é o diagnóstico médico e o objectivo para a sua intervenção, o suprimento dos deficits físicos apresentados pela pessoa. O enfermeiro pressupõe à partida ter certeza sobre o resultado da sua intervenção sobre o utente / família, baseado nos conhecimentos específicos da fisiopatologia, bem como nas rotinas de cuidados. A previsibilidade na acção confere ao enfermeiro a capacidade de presumir antecipadamente baseado no seu ponto de vista o que o utente necessita, os resultados esperados no processo de cuidados centram-se nas expectativas do enfermeiro, ainda que as significações subjectivas de bem-estar para o utente e para o enfermeiro não sejam sinónimas, o enfermeiro tende a impor o seu ponto de vista.

A descura da autonomia do utente no seu processo de cuidados e das suas representações sobre o seu estado de saúde / doença, parece ter por base o modelo biomédico, alicerçado na orientação científica do sec. XVII aplicada ao diagnóstico e tratamento médico (Giddens; Oliveira e Albuquerque, cf. p.18), também no processo de cuidados estudado, o mesmo parece representado em características da acção do enfermeiro, em que as necessidades do utente não são identificadas tendo por base o seu estatuto de pessoa particular, mas tendo em conta o modelo de produção cuidados padronizado. A intervenção do enfermeiro surge enquanto forma impositiva sobre o utente e este situa-se numa posição de subordinação ao primeiro.

Emerge a directividade na orientação da acção do enfermeiro na interacção com o utente / família, o enfermeiro, detentor de saber científico, sabe o que é melhor para o utente / família dos quais espera adesão não contestada á sua intervenção.

O conflito entre o profissional de saúde e o utente, pode ocorrer quando o primeiro vê o segundo e as suas necessidades a partir das categorias da sua especialidade, firmado na sua autonomia profissional, e quando pretende ser ele a definir o conteúdo e a forma do serviço a prestar Freidson (1978), neste contexto de cuidados continuados, o conflito entre o enfermeiro e o utente / família emerge em consequência das divergências ou da falta de acordo entre as perspectivas entre estes, para a gestão do processo de cuidados dos utentes.

Uma desigualdade social refere-se às diferentes capacidades de exercício do poder ou da cidadania, refere-se a mecanismos de tipo social que condicionam os destinos individuais (Ferreira et al. 1995, p.325). No processo de cuidados de saúde estudado, a certeza na acção do enfermeiro potencia a assimetria e a distância social na relação com os utentes baseado na certeza que os seus conhecimentos lhe conferem para decidir sobre o seu trabalho de forma unilateral. Também quando relega ao utente um estatuto passivo no seu processo de cuidados sob o seu controlo, relega o utente para uma relação de dependência da sua intervenção, destituído de poder e submisso à sua vontade.

De igual forma, a inércia pode condicionar o acesso do utente a ter melhores cuidados de saúde, bem como a imposição, nos cuidados de saúde por parte do enfermeiro, potencia a assimetria de poder tida como desnecessárias no âmbito dos cuidados de saúde.

A presença de tais características na acção do enfermeiro poderá tender a submeter o utente a uma posição tão desigual, que poderá condicionar o seu acesso a cuidados de saúde que enquanto cidadão lhe estão conferidos por direito.

Importa também analisar a intersecção das características das modalidades de acção que atrás descrevemos e que caracterizam as interações enfermeiro-utente no processo de cuidados em contexto de cuidados continuados nas modalidades de acção: «A prática é sempre a mesma» e «Estatuto indiferenciado do utente» relativamente à emergência do poder no processo de cuidados.

A concepção de poder profissional numa perspectiva funcionalista assenta sobre critérios de legitimidade social, em que o principal fundamento do poder profissional resulta da contribuição do grupo profissional para as “funções do capital” (Johnson, cf. p.41).

No processo de cuidados de saúde estudado, nas interações ocasionais com os utentes, o enfermeiro recorre sobretudo ao domínio sobre a sua actividade para definir e resolver as necessidades dos utentes; o enfermeiro identifica as necessidades do utente a partir da sua expectativa, a sua intervenção e a contribuição do seu trabalho inscreve-se sobretudo para a contribuição de funções globais de produção que lhe asseguram a manutenção do seu trabalho; o enfermeiro relega o utente a um papel passivo, submetendo-o à sua vontade, e destitui-o de poder no seu próprio processo de cuidados, o que pode delinear uma relação de dependência do utente sobre a acção do enfermeiro; a certeza no processo de cuidados, traduz-se no facto de ser o enfermeiro a definir unilateralmente as necessidades do utente, bem como a forma de as resolver.

O profissionalismo é considerado por Johnson (cf. p.41) como um peculiar tipo de controlo ocupacional, no processo de cuidados estudado, em algumas características da sua forma de acção, também o enfermeiro aprecia as necessidades dos utentes a partir de uma causalidade linear, usa a sua autonomia profissional essencialmente como atributo para poder julgar as necessidades do utente e manter o desequilíbrio entre quem produz e quem procura os cuidados.

O saber é centralizado no enfermeiro, e usado como um saber ocupacional especializado na produção de cuidados de saúde; o conflito na interacção entre o enfermeiro e o utente / família, pode resultar da distância social criada pelo primeiro (produtor) por uma relação de incerteza, sobre o controlo para resolver as situações que escapam ao utente (consumidor), de que resulta uma tensão entre a produção e o consumo dos cuidados de saúde, os utentes ficam na dependência do enfermeiro e da sua idoneidade para fazerem opções que não lhe são reconhecidas.

V – CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Na contemporaneidade o orientador ideológico da disciplina e da prática de enfermagem visa essencialmente dar resposta às necessidades da pessoa, tendo em conta a sua experiência e existência particular. Esta dimensão tem subjacente um princípio em que o que está em causa é a interpretação do que é vivido pela pessoa e os seus condicionalismos, num plano que tem mais a ver com especificidade do que com generalidade. Estes pressupostos implicam que a prática do enfermeiro tem implícito um movimento antropológico e heurístico sobre as situações, que tende a conferir à sua prática um cariz mais diferenciado do que estandardizado.

A interpretação do discurso de tal paradigma parece ainda não consonante com as práticas, pois conclusões de estudos empíricos reflectem que as relações entre os enfermeiros e os utentes se caracterizam muito mais pela assimetria na relação do que pela simetria.

Quisemos compreender se as assimetrias nas interacções entre o enfermeiro e o utente no sistema de cuidados de saúde, dos cuidados continuados são produtoras de desigualdades sociais e também compreender de que forma o enfermeiro usa o poder no processo dos cuidados de saúde em cuidados continuados.

Esta investigação teve como propósito trazer alguma luz acerca da célula social dos cuidados de saúde, as interacções estabelecidas entre os utentes e os enfermeiros tendo como objecto as práticas dos últimos, enquanto protagonistas nos sistemas de prestação de cuidados de saúde e elementos de mediação entre as estruturas e as práticas.

Tendo em conta os propósitos epistemológicos e a natureza do objecto de estudo, consideramos que as opções metodológicas foram adequadas, nomeadamente o interaccionismo simbólico como guia teórico que possibilitou conhecer o significado das interacções para os enfermeiros a partir da sua própria interpretação. Consideramos ainda relevante a selecção do contexto pela facilidade de acesso ao fenómeno bem como à riqueza dos dados possibilitada, que só foi possível pela abertura e disponibilidade dos participantes para desvendar a sua realidade.

Assumindo o processo social dos cuidados continuados a partir das interacções entre enfermeiros e utentes e a construção das representações dos enfermeiros a partir

desses encontros, querer perceber como é que esses encontros se caracterizam conduziu-nos à aplicação dos princípios orientadores da etnometodologia para captar e apreender o quotidiano social dos cuidados continuados, enquanto esfera de actividade e cultura representativa de uma cultura mais vasta da prática de enfermagem.

Através de algumas orientações conceptuais orientadoras, mobilizando com isso aquela que é a realidade social e a dimensão indutiva dessa mesma realidade possibilitou-nos caracterizar a cultura da prática de cuidados de enfermagem num contexto de cuidados continuados. E fizemo-lo a partir da análise das entrevistas semi-estruturadas efectuadas aos enfermeiros com recurso à técnica da análise de conteúdo e estrutural, relevando a segunda por ser uma técnica não de exclusão, mas antes de inclusão das diferentes perspectivas dos participantes através das diferentes oposições de sentido.

A identificação progressiva de conjuntos de características presentes nas interacções sociais entre os enfermeiros e os utentes, reveladoras de um quadro de actuação subjacente aos comportamentos da acção dos enfermeiros no processo de cuidados, possibilitaram chegar a dois eixos de análise: a «Modalidades da acção» e «Estatuto do utente».

Por este processo chegou-se a conjuntos de características que identificam tipologias de acção, duas por referência à modalidade de acção: «A prática nunca é a mesma» e «A prática é sempre a mesma» e duas por referência ao estatuto do utente: «Estatuto singular do utente» e «Estatuto indiferenciado do utente» com atributos de sentidos opostos entre si.

Pela intersecção do conjunto de características dos semi-eixos “A prática nunca é a mesma” e “Estatuto singular do indivíduo”, as mesmas apontam para características na actuação do enfermeiro, que possibilita a edificação de relações que embora por princípio sejam assimétricas, por colocarem em relação seres humanos que embora semelhantes, não se podem sobrepor inteiramente (Tavares, 1996, p.57) mas, realçando a conjugação destas características geradas no processo de cuidados pela acção do enfermeiro, afasta a possibilidade da ocorrência de uma desigualdade com princípio nas interacções com os utentes neste contexto de cuidados continuados.

Também pela intersecção das características de poder identificado e descritas, o reconhecimento social do enfermeiro e das suas competências, confere-lhe autonomia para gerir os processos de cuidados dos utentes e o seu conhecimento é parte essencial do seu reconhecimento profissional, mas a mais-valia do mesmo, advém do seu uso para dar resposta às situações do seu quotidiano da prática de cuidados, e esse mesmo

conhecimento não lhe confere poderes especiais sobre os utentes, antes o seu conhecimento de especialista é transformado em saber-fazer para se adaptar à singularidade de cada situação.

Pelo cruzamento das características de poder presentes, na modalidade de acção «A prática é sempre a mesma» e «Estatuto indiferenciado do utente», as mesmas podem ter implícitos cenários de poder de controlo, hierarquia e assimetria entre o enfermeiro (que detém o poder) e o utente (que é coagido a submeter a este). A acção do enfermeiro torna-se numa relação de dominação quando não mobiliza nem desenvolve as capacidades, interpretações do utente limitando a sua autodeterminação.

Neste sentido, a um nível ainda que restrito, não deixa de ser possível que sejam objectivadas desigualdades sociais, nas interacções condicionadas pela acção do enfermeiro baseado na desigualdade posição do utente na equipa de saúde.

O poder veiculado aos enfermeiros é um poder que o coloca perante uma diversidade de alternativas opcionais, mas como refere o seu Código Deontológico, as suas intervenções são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 1998), o que tem implícito a adequação da norma à particularidade de cada situação.

A opção por uma determinada tipologia de acção é sempre individual, mas aprofundar o conhecimento sobre as conjunturas e aspectos próprios que as mesmas admitem pode intervir sobre as situações, ajudando ao agir pessoal.

Os resultados deste estudo, pelas suas características teórico-metodológicas, não podem ser extrapolados à generalidade da prática de cuidados de enfermagem, todavia os actores seleccionados forneceram-nos informações válidas e sérias decorrentes do seu saber e experiência para alcançar os objectivos a que nos propusemos com o mesmo.

A importância deste estudo advém da contribuição para um maior conhecimento da realidade prática de uma sub cultura da profissão de enfermagem, por referência às características subjacentes às tipologias de acção do enfermeiro que no processo de cuidados influenciam a eventualidade de desigualdades a partir das interacções com os utentes.

As características encontradas identificam tipologias de acção, e perante as quais se compreende que os enfermeiros se posicionam em relação às mesmas usando diferentes

formas de poder e isso implica a sugestão da continuidade do processo investigativo no sentido de a partir desta problemática encontrar tipologias de profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXANDRE, M. (2004). *Representação social: uma genealogia do conceito – Comum* – Rio de Janeiro; vol.10 – nº23 pp.122-138.
- AMARAL, A. F.; MARGATO, Carlos (2008). *A Rede de Cuidados Continuados Integrados* in: Sinais Vitais, nº 79 (pp.5-10).
- AMENDOEIRA, J. (1998) – *O Estatuto dos Cuidados de Enfermagem – Pensar Enfermagem*. Vol. nº2, pp. 18-22
- AMENDOEIRA, J. (1999) – *A Formação em Enfermagem, Que conhecimentos? Que contextos? Estudo estudo etnometodológico*. Tese de Mestrado. Manuscrito não publicado.
- AMENDOEIRA, José (2006^a) – *Cuidado de Enfermagem – Intenção ou Acção o que pensam os Estudantes? Nursing*. nº 146. (pp. 8-14).
- AMENDOEIRA, J. (2006^b) *Da necessidade de protecção à confiança nos profissionais de saúde*. In: Balsa, Casimiro (org.) – *Confiança e Laço Social* (pp.229-237). Lisboa: Edições Colibri.
- AMENDOEIRA, José (2006^c) – *Uma Biografia Partilhada da Enfermagem, A Segunda Metade do Século XX*. Coimbra: Formasau.
- AMENDOEIRA, J. (2006^d) – *Enfermagem, disciplina do conhecimento*. Sinais Vitais, nº67, pp.19-27.
- ARNAUT, A. (2005) – *História do serviço nacional de saúde*. Estudos do sec.XX, nº5, pp.107-114.
- ARON, R. (1994) – *As etapas do pensamento sociológico*. (3^a ed.) Lisboa: Dom Quixote.
- BARATA, O. S. (2004, p.37). *Introdução às Ciências Sociais*. (vol. 1). Viseu: Bertrand
- BARBOSA, A. (2003) – *Pensar a morte nos cuidados de saúde*. Análise Social, nº 166, vol. XXXVIII, pp.35-49.
- BENZIES, K.M; ALLEN, M.N. (2001) – *Symbolic interactionism as a theoretical perspective for multiple method research*. Journal of Advanced Nursing. Vol. 33, nº44, pp.541-547.
- BOGDAN R.; BILKLEN S.; (1998) - *Investigação Qualitativa em Educação, uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

- BONETTI, L. W.(2006). *Políticas Públicas por Dentro*. Ijuí: Unijuí
- BOYLE J. S. (2007). – *Estilos de Etnografia*. In: Morse J. M. Aspectos essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa (pp.161 - 209). Coimbra: Formasau.
- BOUDON, R. (s.d.) – *Os Métodos em Sociologia*. Rolim: Lisboa.
- BERGER, P. L; LUCKMANN, T. (2004) - *A Construção Social Da Realidade*. Um livro sobre a sociologia do conhecimento. Lisboa: Dinalivro.
- BULE, M. J. (2006) – *Representações Sociais de Saúde e Doença*. Enfermagem e Sociedade. nº1.
- BURGUESS, R. G. (1997) – *A pesquisa de Terreno, Uma introdução*. Oeiras: Celta.
- CABRAL, M. V. et al. (2002) – *Saúde e doença em Portugal*. Lisboa: Imprensa de ciências Sociais.
- CAMPENHOUDT, L. V. (2003) – *Introdução à Análise dos Fenómenos Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- CANAVARRO, M. C. S. (1999) – *Relações Afectivas e Saúde Mental*. Coimbra: Quarteto.
- CARDOSO, C. F. (1985) – *A Cidade Estado Antiga*. São Paulo: Ática
- CARPENITO, L. J. (2000). *Os Enfermeiros Sempre Presentes*. Servir, Novembro/Dezembro. Lisboa, 48 (6), pp 8-279
- CARVALHO, M. R. S. (2007) *A participação do doente no Processo de Cuidados de Enfermagem*. In: Gomes I. (coord.) *Parceria e Cuidados de Enfermagem*. (pp. 21 – 66) Coimbra: Formasau.
- CASAL, A. Y. (1996). *Para Uma Epistemologia do Discurso e da Prática Antropológica*. Cosmos: Lisboa.
- CASTORIADIS, C. (1995) – *A Instituição Imaginária da Sociedade*. São Paulo: Paz e Terra.
- RAMOS, E.; BENTO, Sandra (2006). *As competências: quando e como surgiram*. In Ceitil, Mário (org.) – *Gestão e Desenvolvimento de Competências*. Lisboa: Edições Sílabo.
- CHÂTEL, V. (2006). *A responsabilidade-pelo-outro: um preliminar à confiança*. In Balsa Casimiro (coord.) – *Confiança e Laço Social* (pp. 49-60). Lisboa: Edições Colibri.
- COELHO, M. T. A. D. (2002). *História ciências saúde – Manguinhos vol.9 (2)*, pp. 351-333.
- COLLIÉRRE, M-F. (1989) – *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

- COSTA, A. F. (2001). *Sociologia* (3ª ed.). Coimbra: Quimera
- COSTA, M. A. (2004). *Relação Enfermeiro-Doente*. In: Pacheco, S.; Neves, M. C. Para uma Ética da enfermagem Desafios (pp.63 - 80). Coimbra: Gráfica de Coimbra
- COULON, A. 1998 – LA Etnometodologia. Madrid: Cátedra.
- DE BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. (1991) *Dinâmica da pesquisa em ciências sociais - os pólos da prática metodológica*, Rio de Janeiro, Francisco Alves Editora.
- DIXON M; SWEENEY K. (2000) - *The Human Effect in Medicine: Theory, Research and Practice*. Radcliffe Medical Press, Oxford.
- DONALDSON, S. K.; CROWLEY, D. M. (1997). *The discipline of nursing* pp.235-245 in: Nicoll, Leslie H. (1997). *Perspectives on nursing theory*. Philadelphia, Lippincott.
- DUARTE, S. (2002) - *Saberes de Saúde e de Doença: Porque Vão as Pessoas ao Médico?* Coimbra: Quarteto Editora.
- DUBET, F. (2003). *As desigualdades multiplicadas*. Rio Grande do Sul: Unijuí
- Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura. (1963) - 5ª ed. Lisboa: Editorial Verbo.
- FALLOWFIELD, L. J.; A. Hall; G. P. Maguire; M. Baum (1990) - *Psychological outcomes of different policies in women with early breast cancer outside a clinical trial*. BMJ n° 301.
- FERNANDES, J. C. L. (1993) – *A quem interessa a relação médico paciente?* Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro. Janeiro/ Março. N°9, vol, n°1, pp.21-23.
- FORTIN, M-F. (2003) – *O processo de investigação*, Loures: Lusociência.
- FRANÇA, Genival V. (2000) – *O paciente que vai morrer: direito á verdade*. In: <http://www.filosofiyderecho>.
- FRADIQUE, F.; REIS, J. (2004) - *Significações leigas de saúde e de doença em adultos*. Análise Psicológica n°3 série XXII, pp.475-485E.
- FREIDSON, Elliot. (1978) - *La profesion Médica*. Barcelona Península
- GÂNDARA MARIA, Manuela (1997) – *O Poder na Relação Enfermeiro-utente*. Pensar Enfermagem. Vol.1, n° 0. Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende.
- GAUTHIER, B. (dir.) (2003). *Investigação Social – da problemática à colheita de dados*. Loures, Lusodidáctica.
- GEERTZ, C. (1989) – *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara.

- GEORGE, J. B. (1993). *Madeleine M. Leininger*. In George, J. B. e col. Teorias de enfermagem. Os fundamentos à prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas.
- GHIGLIONE, R. e MATALON, B. (1993), *O Inquérito - Teoria e Prática*. Oeiras, Celta.
- GIDDENS, A. (1996) – *Novas Regras do Método Sociológico*. Lisboa: Gradiva
- GIDDENS, A. (2004) – *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- GIDDENS, A. (2005) – *As Consequências da Modernidade*. Oeiras: Celta.
- GIOVANELLA, L. et al. (1996) – *Equidade em la Saúde no Brasil Saúde em Debate*. Londrina: Cebes.
- GOMES, I. (2007). *O conceito de parceria na interação enfermeiro/ doente idoso, da submissão à ordem negociada* (pp.67-113), in: Gomes, Idalina (coord.) (2007) *Parceria e Cuidado de Enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- GÓMEZ, M. H. (2000) – *La Relación Social Como Categoría De Las Ciencias Sociales*, *Reis*, nº 90, pp. 37-98.
- GUBA, E.; LINCOLN, Y. (2000) – *Competeting paradigms in qualitative research*. In: Denzin, Norman; Lincoln, Yvonna. *Handbook of qualitative research* (2ª ed.). Thousand Oaks CA : Sage Publications.
- GUTEK, et al. (2000). *Features of service. Relationships and encounters*. *Work and Occupations*. Vol. 2, nº2, pp. 319-351.
- HAGUETE, T. M. F. (1997) – *Metodologias qualitativas na sociologia*. (5ª ed.) Vozes: Petrópolis.
- HERZLICH, C.; ADAM, P. (2001) – *Sociologia da doença e da medicina*. Bauru, São Paulo: Edusc.
- HESBEEN, W. (1996) – *Cuidar No Hospital – Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva de Cuidar*. Paris: Lusociência.
- HIERNAUX, Jean-Pierre. (1997). *A análise estrutural de conteúdos e modelos culturais: aplicação a materiais volumosos*. In Albarello, L.; Digneffe, F.; Hiernaux, J-P.; Maroy, Ruquoy, D.; Saint-Georges P. (1997). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa : Gradiva (Trajectos)
- HONNETH, A. (2003) – *Luta por Reconhecimento, A gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Editora 34.

- HONORÉ, B. (2001) – *Cuidar*. Luso Ciência: Loures.
- INE (2005) *Actualidades do INE*. http://alea.ine.pt/html/actual/pdf/actualidades_46.pdf
- INGLEBY, D. (1982) – *A Construção social da doença mental*. Revista de ciências sociais, nº9, pp. 89-113.
- JAVEAU, C. J. (1998). *Lições de Sociologia*. Oeiras: Celta.
- KEROUAC, S. ; PEPIN, J. ; DUCHARME F.; DUQUETTE, A. ; MAJOR, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona : Masson.
- LANDRY, R. (2003). *A Análise de Conteúdo*. In: Gauthier, Benoît (dir.) (2003). *A investigação Social da Problemática à Colheita de Dados*. Loures: Lusociência.
- LESSARD-HÉRBET, M., G. G; & BOUTIN, G. (1990). *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- LOCK, M. et al. (1988) - *Biomedicine Examined*. Dordrecht, klumer academic publishers, pp.3-10.
- LOPES, C. H. A. F; JORGE, M. S. B. (2005) – *Interaccionismo Simbólico e a Possibilidade do Cuidado Interactivo em Enfermagem*. Revista da Escola de Enfermagem USP, nº 39, pp.103-108.
- LOPES, M. J. (2006) – *A relação Enfermeiro-Doente, Como Intervenção Terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- LOPES, N. M. (2001) – *Recomposição Profissional da Enfermagem, Estudo Sociológico em contexto hospitalar*. Coimbra: Quarteto.
- MARQUES, R. ; FERREIRA, J.M.C.; PEIXOTO, J.; CARVALHO, A. S.; RAPOSO, R.; GRAÇA, J.C. (1995). *Sociologia*. Lousã: McGRAW-HILL.
- MELEIS, A. I. et al. (2000)- *Experiencing transitions: anemerging middle-range theory*. Advances – Nursing Science. Vol.23, nº1, pp. 12-28.
- MERCADIER, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar*. Lusociência: Loures.
- Ministério da Saúde (2006) – *Plano Nacional de Saúde* – Portal da Saúde. Retirado em Fevereiro 2007 do web.site: <http://www.dgsaude.pt>.
- MIGUEL, J. P.; BUGALHO, M (2002) – *Economia da saúde: novos modelos*. Análise Social vol. XXXVIII, nº166, pp. 51-75.

- MONTEIRO, C. (2002) – *O hospital enquanto organização complexa e instituição total: A relação entre médico e paciente numa perspectiva sociológica*. Direito e cidadania, nº14, pp. 119-136.
- MONTEIRO, M. B.; VALA, J.; (coords) (1996) – *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- MOORE, S. (2002) – *Sociologia*. Mem Martins: Publicações Europa América.
- MOSCOVICI, S. (2003). *Representações Sociais Investigações em psicologia social*. (4ª ed.). Pétropolis : Vozes.
- NUNES, E. D. (2003) – *A sociologia da saúde nos Estados Unidos, Grã-Bretanha, e França: Panorama Geral*. Ciência e Saúde Colectiva, nº8, vol.1, pp.79-95.
- NUNES, D. E; CASTELLANOS, M. E. P (2005) – *A Sociologia da Saúde*. Physis: Saúde Colectiva, nº15, pp.353-371.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2006) – *Um ano de governação em saúde: sentidos e significados*. Coimbra: (CEIS-UC).
- OMS (1978) – *Alma Ata*. Genebra: OMS
- OLIVEIRA, C.P.F; ALBUQUERQUE, C. M. S. (2002) – *Saúde e doença: Significações e Perspectivas em Mudança*. Millenium on Line, Revista do Instituto Superior de Viseu, nº 25, Janeiro.
- Ordem dos Enfermeiros (2001) – Divulgar. *Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Conselho de Enfermagem.
- PACHECO, S. (2004) – *Objecção de consciência*. In: In:, Neves, M. C. P.; S.; Pacheco. Para Uma Ética da Enfermagem, Desafios (pp.173-184). Coimbra: Gráfica de Coimbra
- PAIS, J. M. (2002) – *Sociologia da Vida Quotidiana*. Viseu: ICS.
- PARENTE, P. (2004) – *Veracidade e finalidade*. In Pacheco et al. (org.) – Para Uma Ética da Enfermagem Desafios (pp.337-374) Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- PARKIM, F. (2000). *Max Weber* (2ª ed.) Oeiras: Celta
- PETIT, C. (2004). *Cuidar neste mundo: uma exigência da humanidade*. In: Hesbeen, W. Cuidar neste mundo (pp. 87 - 102) . Loures: Lusociência.
- PORTUGAL – Ministério da Saúde (1998). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. [Anexo ao Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril]

- PORTUGAL – Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, - 2004. vol.II – Orientações estratégicas.
- PORTUGAL – Ministério da Saúde (1996). “DL n.º 161/96 – Aprova o REPE”, DR, Lisboa, I série A (205), 4 Set. 1996, pp. 2959-2962.
- PORTUGAL – Ministério da Saúde (1998). “DL n.º 104/98 – Cria a OE e aprova o respectivo estatuto”, DR, Lisboa, I série A (205), 21 Abril. 1998, pp. 1739-1757.
- PORTUGAL – Ministério da Saúde (2005). Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social – Cuidados de Saúde e Cuidados de Longa Duração – Relatório Preliminar.
- PORTUGAL – Ministério da Saúde (2006). ”DL nº 101/ 2006 – Cria Rede de Cuidados Continuados Integrados” DR, I série – (109), 6 Junho 2006, pp. 3856-3865.
- QUEIROZ, A. A. (2004). *Perspectiva Histórica da Construção da Profissão* –. In:, Neves, M. C. P.; S.; Pacheco. Para Uma Ética da Enfermagem, Desafios (pp.19 - 32). Coimbra: Gráfica de Coimbra
- QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L. (1998), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva.
- RAMOS, M. N. (2001) – *Da Qualificação à Competência: deslocamento conceitual na relação trabalho-educação*. Tese de doutoramento Faculdade de Educação, Universidade Federal Fluminense, Niteroi.
- REIS, E. P. (2004) – *A Desigualdade na Visão das Elites e do Povo Brasileiro*. In: Celi Scalon (org.) *Imagens da Desigualdade*. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- RAWLS, J.(1997) – *Uma Teoria da Justiça*. São Paulo: Martins Fontes.
- RIBEIRO, L. F. (1995) – *Cuidar e Tratar: Formação em Enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Lisboa: Educa e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- ROCHER, G. (1999) – *Sociologia Geral – A Acção Social*. Lisboa, Editorial Presença.
- RODRIGUES J. L.; CAPRARA, A. (2004) – *A Relação Assimétrica Médico-paciente: Repensando o Vínculo Terapêutico*. Ciências e Saúde Colectiva, nº9 p. 139.
- RUQUOY, D. – *Situação de entrevista e estratégia do entrevistador*. In: Albarello, L.; Digneffe, F.; Hiernaux, J-P.; Maroy, Ruquoy, D.; Saint-Georges P. (1997). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa : Gradiva (Trajectos)

- RODRIGUES, M. L. (1997) – *Sociologia das Profissões*. Oeiras: Celta Editora
- SANTOS, S.; J. Madureira Pinto (org.) (1986). *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto:Afrontamento.
- SANTOS, M. I. M. P.(2001) – *O Trabalho de Risco na Construção da Saúde em Contexto Hospitalar um Estudo Sociológico*. Tese de Mestrado, Manuscrito não publicado Vol.I.
- SAPETA, A. P. G. A. (2006). *Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interação enfermeiro-doente*. Metassíntese.
- SAVOIE-ZAJC, L. (2003). *A entrevista semidirigida*. in: Gauthier, Benoît (dir.) (2003). *A investigação Social da Problemática à Colheita de Dados*. Loures: Lusociência.
- SCHNAPPER, D. (2000) *A Compreensão Sociológica*. Lisboa: Gradiva
- SCHURMANS, M-N. (2004). *O corpo social, metáfora do corpo humano – de uma perspectiva explicativa uma perspectiva compreensiva*. In: Hesbeen, W. *Cuidar neste mundo* (pp. 187 - 204). Loures: Lusociência.
- SERRA, M. N. (2005) – *Aprender a ser doente*. Loures: Lusociência.
- SERRÃO, D. (1996). *Relações entre os profissionais de saúde e o paciente*. Comissões de ética das Bases Teóricas à Actividade Quotidiana. Região Autónoma dos Açores: Centro de Estudos de Bioética pp. 59-69
- SERRÃO, D. (2004) *Saúde e Doença*. In: Pacheco, S.; Neves, M. *Para Uma Ética da Enfermagem, Desafios* (pp.337 - 351). Coimbra: Gráfica de Coimbra
- SILVA, Augusto, S. (2003). *A Ruptura Com o Senso Comum nas Ciências Sociais Silva*. in Pinto, J. Madureira, (org.) – *Metodologia Das Ciências Sociais* (pp.29-53). Santa Maria da Feira: Afrontamento.
- SILVA, I.; NOGUEIRA C. (2001) - *Cidadania Construção de novas práticas em contexto educativo*. Lisboa: ed. ASA.
- SOARES, M. I. (1997). *Da Blusa de Brim à Touca Branca*. Lisboa: Educa.
- SOARES, N. V. ; LUNARDI, V. L. (2003) – *La Problematización de los Derechos del Cliente Enzalados com la Problematización de los Derechos de los Profesionales de Enfermaria*. Ciência e Enfermeria, nº9 série I, pp.65-76.
- SILVA, A. S. ; PINTO, J. Madureira. (org.) (2003) – *Metodologia Das Ciências Sociais*. (12ª ed.) Santa Maria da Feira: Afrontamento.

- SOARES, O. M. (2004) – *A Pessoa no estado Terminal Como Problema Bioético* – Sinais Vitais, Nov. nº57, pp.21 a 29
- SOULET, M-H. (2006). *Confiança e Capacidade de Ação. Agir em contexto de inquietude*. In Balsa C. (coord.) – *Confiança e Laço Social* (pp.25-47). Lisboa: Edições Colibri.
- STREUBERT, H.; CARPENTER, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- TAVARES, J. (1996) – *Uma Sociedade Que Aprende e se Desenvolve – Relações Interpessoais*. Porto: Porto Editora
- TURATO, E. R. (2005) – *Métodos Qualitativos e Quantitativos na Área da Saúde: Definições, Diferenças e Seus Objectivos de Pesquisa*. Revista de Saúde Pública, nº 39, vol.3, pp.507-514.
- TURNER, S. B. (2002) *Teoria Social*. Algés: Difel.
- WHITE, K. L (1992) – *Investigaciones sobre servicios de salud: una antologia*. OPAS Washington nº534.
- WATSON, J. (1999) – *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- WATSON, J. (2002) – *Enfermagem Pós-moderna e Futura – um novo paradigma da enfermagem*. Loures: Lusociência.
- WALZER, M. (1999). *As Esferas da Justiça*, em defesa do pluralismo e da igualdade. Editorial Presença

LISTA DE QUADROS

	p.
Quadro nº 1 – Comparação da enfermagem tradicional e da enfermagem actual	25
Quadro nº 2 – Exemplo de código de qualificação «força da rotina» apoiando o eixo das modalidades de acção	63
Quadro nº 3 – Exemplificação de identificação de unidades de sentido no <i>corpus</i> para a qualificação da «certeza» «incerteza»	64
Quadro nº 4 – Esquema da estrutura global das características da modalidade da acção «A prática nunca é a mesma» e os códigos referentes	74
Quadro nº 5 – Síntese da modalidade de intervenção «A prática nunca é a mesma»	87
Quadro nº 6 – Esquema da estrutura global das características da modalidade da acção «A prática é sempre a mesma» e respectivos códigos	91
Quadro nº 7 – Síntese da modalidade da acção «A prática é sempre a mesma»	99
Quadro nº 8 – Esquema da estrutura global das características do «Estatuto singular do utente» e códigos correspondentes	101
Quadro nº 9 – Síntese das características do «Estatuto singular do utente»	113
Quadro nº 10 – Esquema da estrutura global das características do «Estatuto indiferenciado do utente»	116
Quadro nº 11 – Síntese da modalidade de intervenção «Estatuto indiferenciado do Indivíduo»	124
Quadro nº 12 – Tipologias de acção do enfermeiro e suas principais características no processo de cuidados em contexto de cuidados continuados	135

Apêndice A: Guião de entrevista aos participantes no estudo

GUIÃO DE ENTREVISTA

Duração prevista: ± 1 hora

TEMA	OBJECTIVOS	QUESTÕES
<ul style="list-style-type: none">• Formalização da entrevista	<ul style="list-style-type: none">•	<ul style="list-style-type: none">• Transmitir a relevância do testemunho do entrevistado para a realização do estudo;• Explicação ao informante sobre o enquadramento da problemática.• Pedir autorização para proceder à gravação da entrevista, para evitar perder ou adulterar informações.• Comunicar que os dados obtidos serão confidenciais, sendo salvaguardada a sua identidade.• A participação é voluntária, ressalvando o direito a desistir em qualquer fase do decurso da entrevista e do estudo;• A participação no estudo não lhe trará em princípio benefícios de monta, mas também não lhe trará prejuízos;• Facultar a nossa identificação e contacto profissional para o esclarecimento de dúvidas, relacionadas com o estudo e com o seu processo;• A possibilidade de acesso ao resultado do estudo junto da sede da Rede de Cuidados Continuados, ou junto de nós.
<ul style="list-style-type: none">• As interacções	<ul style="list-style-type: none">• Identificar características na	1- Que significado atribui à sua intervenção com a pessoa que necessita dos seus cuidados

<p>enfermeiro/ utente no contexto dos cuidados de saúde dos cuidados continuados.</p>	<p>interacção entre os enfermeiros e os utentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perceber se na interacção enfermeiro-utente no âmbito dos cuidados de saúde são veiculadas assimetrias. • Identificar se as assimetrias nos cuidados de saúde são promotoras de desigualdade social. 	<p>para resolver as suas necessidades de saúde / doença?</p> <p>1.a) – como caracteriza a interacção que estabelece com os cidadãos a quem presta cuidados de saúde?</p> <p>Embora se trate de um tema abrangente gostava que me falasse o que é que considera ser organizador para si nesta interacção? Como vê o seu papel e o do utente? Se lhe for facilitador pense numa situação que tenha vivido numa situação de prestação de cuidados e fale-me sobre ela.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • A mediação de actores nas relações sociais estabelecidas no contexto de cuidados de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar actores / dispositivos de mediação das interacções sociais estabelecidas entre o cidadão e os diferentes profissionais do sistema de cuidados que permitem a adequação de registos de confiança nas relações de interdependência com outros actores no sistema de cuidados. 	<p>2 - Quando interage, presta cuidados a um utente, como assegura que este se sinta subjectivamente seguro dos actos que desenvolve com ele?</p> <p>Mais uma vez se quiser reportar-se a uma situação real esteja à vontade.</p> <p>3 – Na sua opinião / da sua experiência, nos Cuidados Continuados existem pessoas, situações, estruturas que ajudem os utentes a vivenciar situações de inquietude num sentimento de confiança?</p> <p>Gostaria que me falasse um pouco desses intervenientes.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • O enfermeiro gestor dos processos de saúde dos utentes dos cuidados continuados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar/ conhecer o papel do enfermeiro enquanto gestor dos processos de saúde dos utentes no sentido da prevenção da desigualdade social. 	<p>4 - Sente-se gestor dos processos de saúde dos utentes, no sentido de que estes se sintam dignamente considerados nos seus direitos e deveres de cidadãos nos cuidados continuados?</p> <p>Que aspectos é que caracterizam esse processo?</p> <p>Ao reflectir sobre a sua prática/experiência considera que em que situações é que isso se torna mais evidente?</p>

GUIÃO DE ENTREVISTA

Duração prevista: ± 1 hora

TEMA	OBJECTIVOS	QUESTÕES
<ul style="list-style-type: none"> • Formalização da entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Transmitir a relevância do testemunho do entrevistado para a realização do estudo; • Explicação ao informante sobre o enquadramento da problemática. • Pedir autorização para proceder à gravação da entrevista, para evitar perder ou adulterar informações. • Comunicar que os dados obtidos serão confidenciais, sendo salvaguardada a sua identidade. • A participação é voluntária, ressalvando o direito a desistir em qualquer fase do decurso da entrevista e do estudo; • A participação no estudo não lhe trará em princípio benefícios de monta, mas também não lhe trará prejuízos; • Facultar a nossa identificação e contacto profissional para o esclarecimento de dúvidas, relacionadas com o estudo e com o seu processo; • A possibilidade de acesso ao resultado do estudo junto da sede da Rede de Cuidados Continuados, ou junto de nós.
<ul style="list-style-type: none"> • As interacções 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar características na 	1- Que significado atribui à sua intervenção com a pessoa que necessita dos seus cuidados

<p>enfermeiro/ utente no contexto dos cuidados de saúde dos cuidados continuados.</p>	<p>interacção entre os enfermeiros e os utentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perceber se na interacção enfermeiro-utente no âmbito dos cuidados de saúde são veiculadas assimetrias. • Identificar se as assimetrias nos cuidados de saúde são promotoras de desigualdade social. 	<p>para resolver as suas necessidades de saúde / doença?</p> <p>1.a) – como caracteriza a interacção que estabelece com os cidadãos a quem presta cuidados de saúde?</p> <p>Embora se trate de um tema abrangente gostava que me falasse o que é que considera ser organizador para si nesta interacção? Como vê o seu papel e o do utente? Se lhe for facilitador pense numa situação que tenha vivido numa situação de prestação de cuidados e fale-me sobre ela.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • A mediação de actores nas relações sociais estabelecidas no contexto de cuidados de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar actores / dispositivos de mediação das interacções sociais estabelecidas entre o cidadão e os diferentes profissionais do sistema de cuidados que permitem a adequação de registos de confiança nas relações de interdependência com outros actores no sistema de cuidados. 	<p>2 - Quando interage, presta cuidados a um utente, como assegura que este se sinta subjectivamente seguro dos actos que desenvolve com ele?</p> <p>Mais uma vez se quiser reportar-se a uma situação real esteja à vontade.</p> <p>3 – Na sua opinião / da sua experiência, nos Cuidados Continuados existem pessoas, situações, estruturas que ajudem os utentes a vivenciar situações de inquietude num sentimento de confiança?</p> <p>Gostaria que me falasse um pouco desses intervenientes.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • O enfermeiro gestor dos processos de saúde dos utentes dos cuidados continuados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar/ conhecer o papel do enfermeiro enquanto gestor dos processos de saúde dos utentes no sentido da prevenção da desigualdade social. 	<p>4 - Sente-se gestor dos processos de saúde dos utentes, no sentido de que estes se sintam dignamente considerados nos seus direitos e deveres de cidadãos nos cuidados continuados?</p> <p>Que aspectos é que caracterizam esse processo?</p> <p>Ao reflectir sobre a sua prática/experiência considera que em que situações é que isso se torna mais evidente?</p>

Apêndice B: Codificação das disjunções e associações na análise do *corpus*

EIXO: MODALIDADES DA ACÇÃO

Probabilidade dos episódios de interacção intervirem na identificação das necessidades das necessidades dos utentes	
[descontinuidade da interacção não é factor adverso]	/ Descontinuidade da interacção é factor adverso
Interacção influenciada pelo meio social e cultural do utente	/ Interacção baseada em rotinas
Construção de relação de confiança	/ [Não construção de relação de confiança]
Expectativa de interacções futuras	/ Não expectativa de interacções futuras
Interacção em continuidade	/ Interacção ocasional

Peso da ilação	
Valorização da dimensão subjectiva do utente	/ [Não valorização da dimensão subjectiva do utente]
Não imposição de perspectivas	/ Imposição das perspectivas do enfermeiro
Adesão do utente	/ Não adesão do utente
Identificação das necessidades a partir das expectativas do utente	/ Identificação das necessidades a partir das expectativas do enfermeiro

Probabilidade de partilha de saberes na acção	
Valor ao conhecimento do utente	/ [Desvalorização do conhecimento do utente]
[O utente tem capacidade para avaliar o conhecimento do enfermeiro]	/ O utente não tem capacidade para avaliar o conhecimento do enfermeiro
Interconhecimento	/ Saber centralizado

Plasticidade na acção	
Acção pouco estruturada	/ Acção estruturada
Abertura ao inesperado	/ Não abertura ao inesperado
Imprevisibilidade	/ Previsibilidade

Emoções auferidas na interacção	
Agrado	/ [Desagrado]
Motivação	/ Desmotivação
Interacção enfermeiro-utente factor positivo	/ Interacção enfermeiro-utente factor negativo

Força da rotina	
A prática nunca é a mesma	/ A prática é a mesma
Questionar as práticas	/ [Não questionar as práticas]
Não repetição	/ Repetição
Incerteza	/ Certeza

Probabilidade de mediar os processos de saúde / doença dos utentes	
Interlocutor activo	/ Interlocutor passivo
Processo social complexo	/ [Processo social não complexo]
Possibilidade da assunção de papéis diferentes no processo de cuidados	/ [Dificuldade na assunção de papéis diferentes no processo de cuidados]
Dinâmica sócio-profissional	/ Inércia

Possibilidade da intervenção de diferentes saberes e diferentes competências na resolução de problemas	
Necessidades complexas	/ [Necessidades não complexas]
Rede de diferentes actores e diferentes competências	/ Inexistência de rede diferentes actores
Equipa multidisciplinar	/ Equipa monodisciplinar

EIXO: ESTATUTO DO UTENTE

Probabilidade de influir na interacção	
Percepção do significado de uma acção a partir da expectativa de ambos	Percepção do significado de uma acção a partir das expectativas do enfermeiro
Poder recíproco para influir numa acção	Poder unilateral do enfermeiro para influir na acção
Não submissão à vontade de outrem	Submissão à vontade de outrem
Utente consumidor activo	Utente consumidor passivo
Utente activo no processo de cuidados	Utente passivo no processo de cuidados

Probabilidade das significações subjectivas intervirem na interacção	
Indagação das necessidades a partir do específico	Indagação das necessidades a partir do geral
Processo heurístico	Processo linear
Descoberta	Causalidade linear

Orientação para a distinção da sua situação das outras	
Não consideração apenas dos aspectos objectivos	Consideração apenas dos aspectos objectivos
Consideração da situação a partir da experiência de vida do utente	Consideração da situação a partir dos sintomas observáveis
Influência das circunstâncias	Não influência das circunstâncias
Enfoque no processo	Enfoque nos resultados

Margem de ajuste de vontades	
Decisão partilhada	Decisão imposta
Atender às expectativas do utente	Não atender às expectativas do utente
Orientação para valores individuais	Orientação para os valores universais
Negociação	Imposição

Possibilidade de escolha do Ambiente para a morte	
Ritual da morte num contexto de proximidade ao ambiente social e cultural	Morte num ambiente inóspito

 Facilitar o luto Acompanhar a morte	/	 Dificultar o luto Distanciar a morte
--	---	---

Influência da afinidade com o espaço da interacção		
Ambiente não hostil Utente tem autonomia para intervir no seu processo de cuidados [Conforto] Domicílio como contexto de cuidados	/	Ambiente hostil Utente não tem autonomia para intervir no seu processo de cuidados Desconforto Receber cuidados de saúde fora do domicílio

Probabilidade de conciliar a esperança mútua numa interacção		
Estabelecimento de objectivos a partir da expectativa de ambos os actores Possibilidade de ajustes entre a motivação do enfermeiro e do utente Harmonização	/	Estabelecimento de objectivos a partir da expectativa de um só actor Dificuldade no ajuste entre a motivação do enfermeiro e do utente Conflito