



**UNIVERSIDADE
DE LISBOA**

***Enfermagem à Procura de Si: integrando modalidades
terapêuticas não convencionais no processo de cuidados.***

Maria Irene Mendes Pedro Santos

DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM

2011



**UNIVERSIDADE
DE LISBOA**

Com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



Enfermagem à Procura de Si: integrando modalidades terapêuticas não convencionais no processo de cuidados.

Maria Irene Mendes Pedro Santos

Tese orientada pela Professora Doutora Marta Hansen Lima Basto Correia
Frade

DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM

2011

OBRIGADA a todos – e foram muitos – os que, pela sua colaboração, tornaram possível a concretização deste projecto. Não é possível nomeá-los a todos, mas estou certa de que se reconhecerão neste agradecimento.

Em primeiro lugar, um grande “obrigada” à minha orientadora, Professora Doutora Marta Lima Basto, por ter acreditado neste projecto desde o seu início e ter percorrido comigo o longo e muito enriquecedor percurso, que marca apenas o fim de mais uma etapa.

Aos participantes do estudo que generosamente aceitaram expor-se: uns revelando práticas, sentidos e significados cuidadosamente ocultados – os enfermeiros entrevistados; outros acolhendo-nos no seu quotidiano de trabalho e de luta pela gestão de uma situação de doença indutora de enorme sofrimento - os enfermeiros e os doentes observados.

Aos juízes da análise do estudo, Professores Doutores Maria Antónia Botelho e José Amendoeira, pelo seu precioso contributo para o rigor do mesmo.

À *minha Escola*, incluindo aqui todos os colegas e amigos que, de diferentes modos, contribuíram para a construção de um percurso onde as dimensões pessoal e institucional se entrecruzam a cada momento.

Aos meus alunos de enfermagem, pela confiança do seu questionamento.

Aos colegas seminaristas da UI&DE, pela partilha de dúvidas e incertezas, pelas sugestões, pela interpelação e questionamento, o que sem dúvida permitiu um progresso mais reflectido e clarificado.

Às Professoras Doutoradas Cármen De La Cuesta e Pereira Lopes, pela gentileza e oportunidade da sua apreciação.

Por último – mas não seguramente o menos importante – um grande “obrigada” ao meu marido, *Tony*, e às minhas filhas, Sónia e Patrícia, pelo estímulo, pelo suporte afectivo incondicional, pela compreensão dos muitos e às vezes longos períodos de uma presença muito dividida, pela ajuda *individualizada* com que sempre pude contar: da Sónia, o suporte informático e linguístico/de tradução; da Patrícia, o suporte terapêutico e de companhia nas longas viagens pelo País; de ambas, um sentido crítico apurado na leitura da produção escrita que submetia à sua apreciação. Do meu marido, a criação de condições de trabalho facilitadoras, com um espaço praticamente privado e o *mundo à distância de um clique*, rapidamente traduzível em documento escrito.

Também *Aquela Presença*, tão subtil quanto real, que eu gosto de chamar de *Anjo da Guarda* ... uma enorme gratidão.

À memória dos meus pais,

Virgínia e Manuel.

Aceitámos o desafio de *Merlim*, o Mago:

Permitimos que a visão do futuro guiasse o nosso presente.

Visualizámos um percurso investigativo de abertura, de colaboração, de generosidade, de construção, de confiança... e de um resultado de Realização.

Pegámos *na memória desse futuro* e trouxemo-la, em cada dia, até ao presente. E o desafio de *Merlim* tornou-se realidade, no estudo que apresentamos.

Foi (É), de um modo notável, o futuro a criar o presente!

(Adaptado de Chopra, 2008)

RESUMO

A prática de modalidades terapêuticas não convencionais, por enfermeiros, foi-nos trazida e questionada pelos estudantes, na sequência do ensino clínico. A resposta legitimamente esperada conduziu-nos ao estudo científico desta realidade.

Foi nosso objectivo compreender o processo de integração deste tipo de modalidades terapêuticas na prática de enfermagem, delimitando as seguintes dimensões: a identificação das modalidades terapêuticas que os enfermeiros utilizam na sua prática; os significados que lhes atribuem; as estratégias que desenvolvem na sua utilização; a eficácia que avaliam, enfermeiros e doentes.

A investigação foi realizada em contexto hospitalar. Envolveu 15 enfermeiros que trabalham em 9 hospitais públicos, de níveis distrital e central, do norte, centro e sul do País, e uma equipa de 10 enfermeiros e 17 utentes de um serviço de dor, de um hospital oncológico.

O método utilizado foi a *Grounded Theory*, na perspectiva de Kathy Charmaz. As principais técnicas de colheita de dados foram a entrevista *intensiva* e a observação participante; subsidiariamente recorreu-se à análise documental.

Dos resultados salientamos:

Os enfermeiros utilizam modalidades terapêuticas não convencionais de natureza ambiental, manipulativa, mental-cognitiva, energética e de relação; constituem-se, também, como instrumentos terapêuticos, através de um tipo de presença e de toque particulares. O ambiente físico, social e normativo condicionam a prática destas modalidades; dos modos de acção evidencia-se: a importância que conferem aos aspectos éticos; a dissimulação/ocultação destas práticas face aos outros profissionais da equipa de saúde; e a desmontagem e recombinação de várias técnicas das modalidades praticadas, de que resulta a individualização dos cuidados. Os enfermeiros identificam um sentido de elevada coerência conceptual deste tipo de modalidades terapêuticas com a enfermagem, razão da sua abertura à integração das mesmas no processo de cuidados. Afirmam a importância do ensino destas modalidades terapêuticas como parte integrante da formação em enfermagem, cujos resultados avaliam de elevado interesse terapêutico, o que é amplamente corroborado pelos utentes. Evidenciam-se indicadores de resultados fisiológicos, comportamentais e de bem-estar.

Palavras-chave: modalidades terapêuticas não convencionais; processo de cuidados; avaliação de resultados; *Grounded Theory*; *Enfermagem à procura de si*.

ABSTRACT

The practice of unconventional therapeutic modalities by nurses was brought to us and questioned by students, following clinical learning. The answer, legitimately expected, led us to the scientific study of this reality.

Our goal was to understand the integration process of this type of therapeutic modalities in nursing practice, outlining the following dimensions: the identification of therapy modalities that nurses use in their practice; the meanings they attribute to it; the strategies they develop in their use; the assessment done by nurses and patients regarding its effectiveness.

The investigation was performed in a hospital context. It involved 15 nurses that work in 9 public hospitals, at district and central levels, in the north, central and south of the country; and a team of 10 nurses and 17 patients of a pain unity of an oncologic hospital.

The method used was Grounded Theory, as viewed by Kathy Charmaz. The main techniques of data collection were intensive interviews and participant observation, including also documental analysis.

Of the results obtained we highlight the following:

Nurses use unconventional therapeutic modalities of several types, namely environmental, manipulative, mental-cognitive, energetic and relationship-related. They also use themselves as therapeutic tools, through a particular type of presence and touch. The physical, social and legal/normative environments condition the practice of these modalities; of the modes of action, we highlight the importance they attach to the ethical aspects; the concealment / hiding of these practices from the other health team members; the disassembling and recombination of various techniques used, which results in the individualization of the care process. The nurses identify a sense of high conceptual coherence of this type of therapeutic modalities with nursing, which results in their openness to integrate them in the care process. They reiterate the importance of teaching these treatment modalities as an integral part of nurse training, as they assess its results as having high therapeutic interest, which is widely supported by users. We draw attention to indicators of physiological, behavioral and well-being results.

Key Words: Non conventional therapeutic modalities; care process; assessing results; *Grounded Theory; nursing looking for itself.*

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
1 - A CONSTRUÇÃO DO OBJECTO DE ESTUDO	8
2 - UM MODO DE OLHAR O OBJECTO	17
3 – O MODO DE CONHECER O OBJECTO: PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	28
PARTE II	49
CONSTRUINDO CONHECIMENTO: DA PRÁTICA À TEORIA.....	49
4 – INTEGRANDO MODALIDADES TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS NO PROCESSO DE CUIDADOS: CONSTRUINDO A TEORIA	50
4.1 - CARACTERIZANDO AS MODALIDADES TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS (código E).....	52
4.2 - MODOS DE ACÇÃO (código H)	60
4.3 – CONDIÇÕES DA ACÇÃO (código L)	69
4.4 - RAZÕES DA ACÇÃO (código M)	79
4.5 – PERSPECTIVANDO UMA PRÁTICA INFORMADA (código F).....	88
4.6 - ENCONTRANDO SENTIDOS (código A)	103
4.7 - TUDO ISTO É ENFERMAGEM (Código J)	113
4.8 - O ENFERMEIRO COMO INSTRUMENTO TERAPÊUTICO (código C)	124
4.9 - AVALIANDO O PROCESSO (código G)	137
PARTE III.....	153
O CONHECIMENTO RECONTEXTUALIZADO: EXPANDINDO A TEORIA.....	153
5 - UM OLHAR RECONTEXTUALIZADOR DA TEORIA A PARTIR DA CATEGORIA CENTRAL	154
5.2 – DA CATEGORIA CENTRAL AO ARGUMENTO DO ESTUDO	163
5.3 - CONTRIBUTOS DA INVESTIGAÇÃO	168
5.4 - AVALIANDO A INVESTIGAÇÃO PRODUZIDA	174
6 - CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO.....	182
BIBLIOGRAFIA.....	200
ANEXOS.....	220
Anexo I – Quadro nº 10: síntese dos estudos obtidos pela revisão sistemática de literatura	222
Anexo II – Carta de pedido de autorização para a observação.....	223
Anexo III – Carta de cedência de autorização para observação.....	225

Anexo IV – Modelo de consentimento informado.....	226
Anexo V - Guião de entrevista.....	227
Anexo VI – Guião de observação	229
Anexo VII – Notas de contextualização.....	233
Anexo VIII - Notas metodológicas e reflexivas (Excertos)	240
Anexo IX – Constituição da base de dados.....	247
Anexo X – Roteiro de análise: um exemplo dos procedimentos.....	248
Anexo XI - Excerto de <i>memorandum</i> inicial.....	259
Anexo XII – Quadro nº 14: categorias induzidas.....	261
Anexo XIII - Relatório do workshop de validação da análise dos dados.....	262
Anexo XIV - Documento orientador de ajuizamento científico da análise dos dados.....	264

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1 – Desenho do estudo	30
Figura nº 2 – Planta do serviço – Unidade de Dor	40

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 – Critérios de pertinência de estudo científico do problema	14
Quadro nº 2 – Evolução ontológica da estrutura filosófica de Watson	21
Quadro nº 3 - - Modelo multiparadigmático de Engebretson	25
Quadro nº 4 – Caracterização genérica dos participantes do estudo	35
Quadro nº 5 - Classificação das Modalidades Terapêuticas Não Convencionais.....	54
Quadro nº 6 - Indicadores de avaliação dos resultados dos cuidados de enfermagem	146
Quadro nº 7 - Síntese dos registos de enfermagem	152
Quadro nº 8 – Quadro multiparadigmático modificado	173
Quadro nº 9 - Critérios de rigor científico	176
Quadro nº 10 – Síntese dos estudos da Revisão Sistemática da Literatura (anexo I)..	222
Quadro nº 11 – Constituição da base de dados (anexo IX)	247
Quadro nº 12 – Enumeração das frases significativas: Anexo X – Um exemplo.....	258
Quadro nº 13 – Sistematização do desenvolvimento analítico: Anexo X – Um exemplo	258
Quadro nº 14 – Categoria Induzidas – Quadro final (anexo XII)	261

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama nº 1 – Representação global do movimento investigativo	6
Diagrama nº 2 - O modo de olhar o fenómeno	27
Diagrama nº 3 – Algoritmo do método da Grounded Theory	46
Diagrama nº 4 – Processo de indução categorial	49
Diagrama nº 5 - Elementos definidores da categoria “Caracterizando as Modalidades Terapêuticas Não Convencionais”	53
Diagrama nº 6 - Elementos definidores da categoria “Características do ambiente”..	62
Diagrama nº 7 - Elementos definidores da categoria “Modos de acção”	71
Diagrama nº 8 - Elementos definidores da categoria “Razões da acção”	81
Diagrama nº 9 - Elementos definidores da categoria “Perspectivando uma prática informada”	91
Diagrama nº 10 - Elementos definidores do conceito “Encontrando Sentidos”	105
Diagrama nº 11 - Elementos definidores do conceito “Tudo isto é enfermagem”	115
Diagrama nº 12 - Elementos definidores do conceito “o Enfermeiro Enquanto Instrumento Terapêutico”	127
Diagrama nº13 - Elementos definidores da categoria “Avaliando o Processo”	140
Diagrama nº 14 - Modelo Compreensivo: Construindo o Processo Social Básico	158
Diagrama nº 15 - Do Processo Social Básico ao Argumento Científico: um olhar integrador	168
Diagrama nº 16 - Níveis de implicação da investigação	195

INTRODUÇÃO

Este estudo é o resultado de um percurso de reflexão há muito iniciado, fruto de interesse pessoal pelo tema mas enormemente reforçado por questões de ordem profissional. Um olhar atento pelo assunto quer do ponto de vista teórico (disciplinar) quer do ponto de vista da prática profissional, trazido até nós sobretudo pelos estudantes de enfermagem, constituíram as condições iniciais de ponderação do estudo deste tema. Percorrido um longo, muito interessante e, acreditamos, profícuo percurso de trabalho, damos conta, neste documento, da génese, do desenvolvimento e dos resultados do mesmo, como sugere Herman (1988), relativamente ao processo de investigação.

O estudo tem como objecto *a integração de modalidades terapêuticas não convencionais no processo de cuidados*. Trata-se de um estudo qualitativo, através do método da Grounded Theory, de acordo com Charmaz (2006/2008). Foi realizado em contexto hospitalar, envolvendo enfermeiros que trabalhavam em 9 hospitais públicos, de níveis distrital e central, do norte, centro e sul do País, através de entrevistas em profundidade. Envolveu também uma equipa de enfermeiros e utentes de um serviço de dor, de uma unidade oncológica que faz parte do Instituto Português de Oncologia, através de observação.

São várias as designações da pessoa enquanto *alvo* dos cuidados de enfermagem. Porque a discussão da pluralidade de designações ultrapassa o âmbito desta pesquisa, justificamos apenas a adoptada por nós.

As várias teóricas de enfermagem mobilizadas ao longo da pesquisa não assumem uma designação homogénea, nem entre si nem cada uma delas, *per si*. Termos como: cliente, paciente, pessoa, doente, utente, indivíduo... aparecem como sinónimos, na extensa bibliografia consultada. A Ordem dos Enfermeiros (portuguesa) utiliza maioritariamente o termo “cliente”.

Dada a profusão de nomenclaturas que assinalámos decidimos pela adopção preferencial da designação “utente”, pela abrangência da mesma e pela sua utilização frequente pelos enfermeiros participantes; embora na maioria dos casos neste estudo a pessoa *alvo* dos cuidados de enfermagem viva uma situação de doença, dado este ter-se realizado em contexto hospitalar, há também situações de transição (Meleis, 2005/2010): “de desenvolvimento” (para o papel parental), vividas por pessoas saudáveis, ou de mudanças positivas no estado de saúde, no sentido do empoderamento para uma gestão tão

autónoma quanto possível do processo da saúde/doença. Contudo, respeitaremos a designação mais frequente dos enfermeiros – doente – sempre que os citarmos e usá-las também quando o contexto do discurso a tornar mais apropriada.

Importa clarificar que, independentemente da designação, o conceito subjacente é sempre o de pessoa enquanto ser único e total, multidimensional, co-actor do processo de cuidados. Este é também, aliás, o conceito que perpassa pelas assumpções teóricas das autoras que referenciamos, nomeadamente Watson, Engebretson, Swanson, Carper e Meleis, apesar da diversidade de designações assinalada.

Foi nosso objectivo compreender o processo de integração deste tipo de modalidades terapêuticas na prática de enfermagem, tendo como finalidade contribuir para a desocultação destas práticas, enquanto condição primeira da sua integração efectiva no processo de cuidados. Desocultar as práticas permite avaliar de um modo mais sistemático os seus efeitos terapêuticas, desenvolver estratégias de apropriação dos saberes específicos em que se fundamentam, conferir coerência conceptual à prática das mesmas, enfim, legitimá-las, dos pontos de vista disciplinar e profissional. Esta desocultação pretende ser um contributo para o processo de construção da auto-identidade da enfermagem.

Impõe-se, desde já, definir o tema e explicitar a designação que lhe atribuímos. As definições mais comuns encontradas na literatura genérica, transversal ao campo da saúde, falham por se referir a esta área como “medicinas”, sendo que a maioria das modalidades existentes não se enquadra neste conceito, uma vez que não apresentam as características de um sistema de medicina, nomeadamente: a capacidade de formular um diagnóstico e implementar as correspondentes medidas terapêuticas; são exemplos de sistemas médicos “completos”, entre outros, a medicina chinesa, a homeopatia, a medicina ayurvédica e a naturopatia. Porém, a maioria das modalidades que comumente são enquadradas nesta designação corresponde a terapias ou técnicas terapêuticas parcelares, frequentemente tiradas dos sistemas médicos como os anteriormente referidos, e de que são exemplo a acupunctura, a acupressão e o shiatsu, entre muitas outras.

Das organizações que no campo da saúde se têm interessado por esta área de cuidados merecem-nos especial referência a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM); esta organização, dos Estados Unidos da América, tem como missão a pesquisa científica de sistemas de cuidados de saúde e de práticas desta natureza.

A Organização Mundial de Saúde pronuncia-se, desde 1962, sobre estas *terapias* (que designava, nessa data, de *medicina alternativa*, e actualmente de *medicina tradicional*);

definia-as como uma prática tecnologicamente despojada, aliada a um conjunto de saberes tradicionais, normalmente fora do sector oficial da saúde (In Madel, 2005); em 1978 alarga esta concepção, referindo-se-lhe como *sistemas holísticos*, que vêem o homem na sua totalidade, no âmbito de um espectro ecológico mais alargado, considerando que a saúde precária ou a doença surgem através de um desequilíbrio no sistema ecológico global e não apenas através de um agente causador (Sousa, 1998). Por sua vez, o National Center for Complementary and Alternative Medicine designa esta de Complementary and Alternative Medicines or *Modalities* (CAM), e define-a como um conjunto de “filosofias e abordagens de cura que a medicina ocidental comumente não usa, não aceita, não estuda e não compreende” (Frisch, 2001).

No que se refere à designação adoptada neste estudo, passamos a clarificá-la, dada a profusão da nomenclatura existente - para além da já mencionada - aliada à falta de rigor da mesma; efectivamente, apesar de falarmos especificamente de enfermagem, continuamos a encontrar como uma das designações relativamente frequentes, o termo “medicinas”. Esta é uma designação que questionamos, na medida em que não faz sentido quando aplicada à enfermagem: os enfermeiros, na sua prática profissional, fazem enfermagem, não fazem medicina ou medicinas. Terapias, terapêuticas, técnicas terapêuticas, também elas designações habituais, são possibilidades mais consentâneas com a prática de enfermagem. Contudo, o epíteto que mais frequentemente as qualifica – alternativas, complementares e não farmacológicas - também nos merece questionamento: A primeira destas asserções (alternativas) baseia-se no facto de algumas modalidades parecerem oferecer efectivamente uma *alternativa* terapêutica autónoma, implicando autonomia de diagnóstico e terapêutica, constituindo-se por isso como “medicinas” – como é o caso das mencionadas anteriormente, não correspondendo à prática dos enfermeiros e, por essa razão não considerada, como anteriormente assumimos. A segunda asserção (complementar) veicula a ideia de que estas modalidades oferecem um efeito de *complementaridade* relativamente às medidas terapêuticas da medicina ocidental, de que são exemplo, entre muitas outras, a reflexologia, o reiki, a acupressão, a massagem terapêutica, etc., (Madel, 2005); esta designação não nos parece adequada porque não discrimina: efectivamente, todas as actividades terapêuticas são, em última análise, complementares umas das outras. Consideramos igualmente não apropriada a designação de *não farmacológicas*, na medida em que algumas modalidades terapêuticas incluem princípios activos, ainda que *naturais*, como é o caso da aromaterapia e de algumas formas de fitoterapia.

Por estas razões, mas também por consonância com a legislação nacional (Lei nº 45/2003, de 22 de Agosto: lei do enquadramento das *terapêuticas não convencionais*, de que se aguarda regulamentação), e por uma questão de coerência teórica, adoptámos a designação “não convencionais”. Efectivamente, alguma literatura mais recente do âmbito da enfermagem, nomeadamente da autoria de Jean Watson (1999/2002/2007/2009), autora que constitui a nossa principal referência teórica neste estudo, utiliza esta nomenclatura. Alargamos também a designação a *modalidades* terapêuticas - e não terapias ou terapêuticas - no sentido de incluir quaisquer práticas não formais, incluindo as oriundas do saber leigo; este último aspecto foi clarificado e consolidado em discussão pessoal com Jean Watson (2007), na fase de construção do projecto de investigação.

O termo *terapêutica(s)* é aqui utilizado como adjectivante das modalidades em estudo; significa que faz bem, que é benéfico para a pessoa, que “faz sorrir por dentro” (Infopedia – dicionário da língua portuguesa), o que transmite uma ideia de bem-estar. Quando utilizado com outro sentido esclarecê-lo-emos oportunamente.

As várias modalidades encontradas no terreno de pesquisa foram sistematizadas tendo em conta o proposto por Watson (1999/2002) e Snyder e Linquist (2006), cuja classificação é baseada no National Center for Complementary and Alternative Medicine, retirando deste os sistemas médicos *completos*. É a seguinte:

- Modalidades ambientais, sendo de assinalar: a utilização da música e de aromas; a luminosidade e a temperatura; o uso da cor.

- Modalidades manipulativas, em sentido lato, o que compreende: os vários tipos de massagem, nomeadamente: massagem terapêutica, reflexologia; shiatsu.

- Modalidades de natureza energética: reiki, “toque terapêutico”, acupressão.

- Modalidades mentais-cognitivas, de que relevamos: a hipnoterapia; técnicas de distração da dor; o uso do humor; as várias técnicas de relaxamento (guiado por voz; yoga); a oração; leitura guiada.

- Modalidades “de relação”, nomeadamente: a comunicação; o uso e/ou estímulo intencionais do silêncio e da conversação; o tom de voz; *o aconchego*; o uso terapêutico do *Self* – presença transpessoal e toque cuidativo.

Dotadas de uma racionalidade própria, estas modalidades terapêuticas constituem um amplo reportório que reúne: técnicas oriundas de sistemas médicos e de cura orientais; técnicas tradicionais ocidentais, relacionadas com a saúde e que, à custa do progresso tecnológico da medicina moderna entretanto se foram perdendo, mas cujo potencial terapêutico está a suscitar o seu ressurgimento; mas também modalidades de cuidar que

constituíram alguns dos alicerces da enfermagem moderna, através de Nightingale (Watson, 1999/2002; Dossey et al, 2005), algumas das quais só actualmente estão a ser cabalmente compreendidas e nessa medida resgatadas para a disciplina que lhe deu origem, como é o caso das modalidades de natureza ambiental.

Como sugere Luz (2005), as modalidades terapêuticas não convencionais, com a sua racionalidade específica, inovam, em termos de paradigma, nos seguintes aspectos:

Na centralidade conferida ao doente; na importância que atribuem à relação enquanto elemento terapêutico fundamental; no privilegiar a autonomia, em vez da dependência (do doente); na concessão da primazia à saúde e não à doença.

Estas características encontram um eco profundo na enfermagem, constituindo alguns dos seus pressupostos mais fundamentais - quer para a disciplina académica quer para a componente profissional, as quais assumem ter em conta a totalidade da pessoa. Frisch, (2001) refere que é porque a enfermagem é uma disciplina holística que as enfermeiras demonstram tão grande entusiasmo por técnicas e modalidades associadas com o campo dos cuidados *alternativos/complementares*, dado que estas técnicas ajudam a atender as dimensões física, mental, emocional e espiritual dos cuidados.

A eficácia destas modalidades terapêuticas parece amplamente corroborada por uma evidência empírica sustentada e por uma evidência científica que, revelando ainda algumas fragilidades sobretudo devidas à qualidade da investigação desenvolvida, aponta contudo potencialidades a explorar e a ter em conta, quer no âmbito da prevenção e tratamento da doença e desequilíbrios da saúde, em geral, quer na promoção de bem-estar.

Apresentando a investigação desenvolvida, este relatório está estruturado em 3 partes:

Na 1ª, que designamos “o conhecimento em projecto: encontrando referenciais”, damos conta da construção do objecto de estudo bem como das perspectivas teórica e metodológica de abordagem, percorrendo as instâncias epistemológica, ontológica e metodológica da pesquisa.

A 2ª parte, “construindo conhecimento: da prática à teoria”, constitui o corpo da pesquisa e, nessa medida, responde às questões de investigação colocadas (cf. “a construção do objecto de estudo”, capítulo 1). É construída com base no desenvolvimento teórico das teorias induzidas, o que no método utilizado (Grounded Theory: Charmaz, 2006/2008), se traduz nos *memoranda* analíticos.

A 3ª parte, “o conhecimento recontextualizado: expandindo a teoria”, constitui o contributo desta investigação para a produção de novo conhecimento, finalidade essencial a todo o

processo investigativo. Consubstancia-se: na identificação e explicitação da categoria central – “Enfermagem à procura de si”, permitindo uma compreensão ampla, profunda e integradora do fenómeno, nas várias dimensões do mesmo, tal como nos propúnhamos; na explicitação e fundamentação do argumento científico deste estudo - o de que, no processo de procura de si, as modalidades terapêuticas não convencionais constituem-se em possibilidades de auto-definição e de auto-afirmação da enfermagem; e na identificação do contributo do estudo na produção de novo conhecimento científico. Inclui ainda a apresentação dos critérios que presidiram ao desenvolvimento da investigação, conferindo-lhe rigor científico.

O esquema seguinte apresenta globalmente o movimento de investigação, apontando as principais coordenadas epistemológicas, ontológicas e metodológicas, cada uma das quais será recortada e aprofundada no capítulo respectivo. A teoria enraizada nos dados será o produto final de todo este processo.

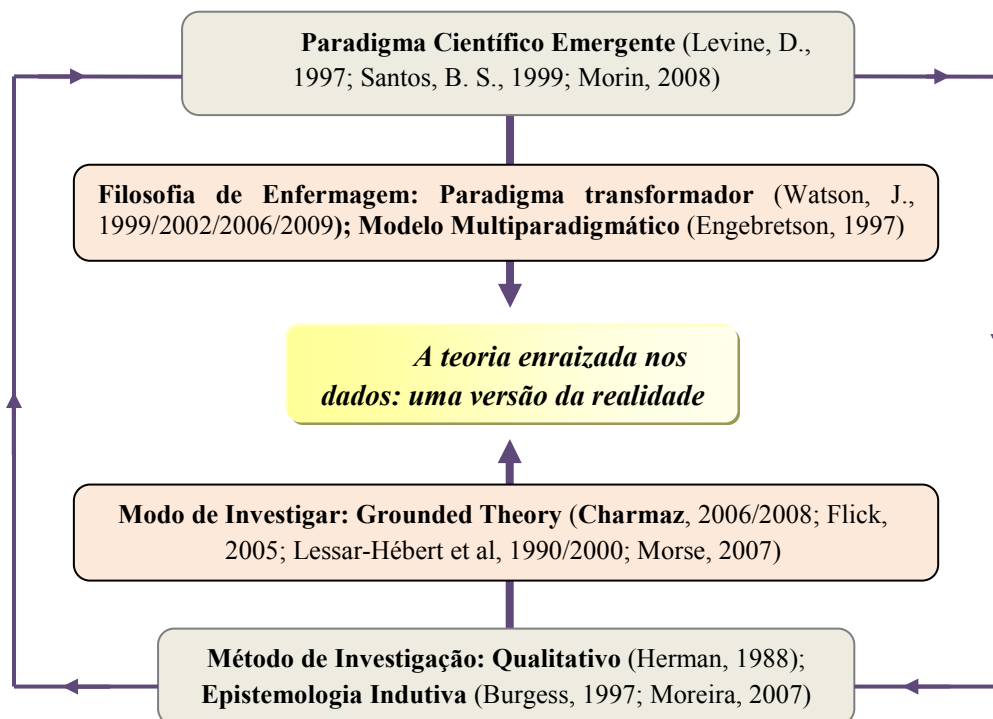


Diagrama n° 1 – Representação global do movimento investigativo

PARTE I

O CONHECIMENTO EM PROJECTO: ENCONTRANDO REFERENCIAIS

1 - A CONSTRUÇÃO DO OBJECTO DE ESTUDO

Qualquer via é apenas uma via ... Olha para cada caminho atenta e empenhadamente. Experimenta-o tantas vezes quantas achares necessárias. Depois põe a ti próprio ... uma questão: esta via tem alma? Se tem, a via é boa; se não tem, não serve.

(Carlos Castañeda)

Na investigação existem várias vias através das quais o conhecimento da realidade se torna acessível, sendo que cada uma dessas vias permite conhecer apenas uma parte da complexa realidade.

A escolha da via a seguir, neste estudo, constitui um ponto de demarcação com o *cientificamente estabelecido*, na medida em que traz para a cena investigativa um objecto que, apesar de socialmente parecer encontrar uma ampla e crescente aceitação, do ponto de vista científico começa apenas a ser olhado, entre nós, mais com curiosidade intelectual do que com real interesse epistemológico. Porém, o auto-questionamento sugerido por Castañeda mostrou que esta via “tem alma”, na medida em que a ressonância que provoca em nós ultrapassa a mera curiosidade: implica entusiasmo, envolvimento, compromisso, disposição para correr riscos... todos eles requisitos indispensáveis ao empreendimento científico.

A investigação não surge do nada; frequentemente tem raízes na história pessoal, profissional e científica do seu autor (ou autores), como também nota Flick (2005). A decisão acerca duma questão específica a investigar depende, em grande parte, de interesses práticos do quotidiano e do envolvimento num determinado contexto histórico e social.

Dar conta da construção do objecto de estudo é, assim, em grande parte, assinalar alguns aspectos do nosso percurso biográfico suscitadores do questionamento à realidade, que, como diz Almeida e Pinto (1976, p.10) “no seu estado natural é silenciosa”. Contudo, quando intencionalmente questionada produz respostas, num registo de conhecimento idêntico ao das questões formuladas; até porque, como afirma Sousa Santos (1999, p. 48) “a realidade responde na língua em que é perguntada”.

Para além do interesse pessoal que desde há muito sentimos pelo assunto, realçamos alguns aspectos de cariz profissional enquanto catalisadores do interesse que nos levou a abraçar este tema para investigação.

Como docentes de enfermagem temos sido frequentemente interpeladas por estudantes, que, em ensino clínico em diversos contextos de cuidados, se confrontam com a realização de *práticas*, que desconhecem, por alguns enfermeiros dos respectivos contextos; estes parecem ter dificuldade em falar sobre essas práticas, que não nomeiam, reconhecendo-lhes, contudo, uma significativa utilidade terapêutica; ainda assim, invariavelmente advertem os estudantes a não falar sobre o assunto, sobretudo na escola.

Por outro lado, o nosso olhar atento sobre o tema tem revelado um interesse crescente dos enfermeiros sobre o mesmo, manifestado de diversas formas, das quais salientamos a frequente referência, na literatura científica recente do âmbito das ciências da saúde e em particular da enfermagem, a modalidades de cuidados de saúde *holísticos* (Watson, 2002; Malta *et al*, 2003; Honoré, 1996; Frisch, 2005). Apesar disso, ao nível das práticas parece verificar-se com frequência uma disjunção entre os modelos expostos e os modelos em uso (Paiva, 2007), traduzindo-se frequentemente na assumpção de referenciais de enfermagem, em termos teóricos, mas na adopção do modelo biomédico como guia da prática (Engebretson, 1997).

Este aspecto tem conduzido a uma espécie de *dissonância cognitiva* entre a disciplina e a profissão: afirmando teoricamente o interesse pela *pessoa total*, e propondo-se abraçar, deste modo, as várias dimensões da mesma, nas diferentes transições do seu processo de viver (Meleis, 2010), na prática os enfermeiros carecem de instrumentos de intervenção apropriados para dar uma resposta efectiva – consciente, informada e intencional - à pessoa, enquanto ser complexo.

Esta tomada de consciência por parte dos enfermeiros parece ser o *leitmotiv* da formação que procuram na área das modalidades terapêuticas não convencionais; reconhecem-lhes, naturalmente, uma grande sintonia com a teoria de enfermagem, mas também uma utilidade prática no contributo que dão para o bem-estar das pessoas de quem cuidam, que frequentemente supera as intervenções clássicas. Por outro lado, sentem este tipo de intervenções como suas, na medida em que, não dependendo de uma prescrição de outro profissional (nomeadamente do médico), as inscrevem naturalmente na sua área de intervenção *autónoma* (REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem, 1996; Ordem dos Enfermeiros – competências do enfermeiro de cuidados gerais, 2003). Contudo, as intervenções *autónomas* estão, elas próprias, pouco clarificadas e sistematizadas, e sem o necessário conteúdo que permita uma prática fundamentada e assumida.

A par destes aspectos de ordem mais prática, é notório um certo clima científico actual, a que diversos autores de vários quadrantes científicos chamam de transição paradigmática (Levine, 1997; Sousa Santos, 1999; Capra, 2009), não só ao nível da saúde, mas perpassando o campo do conhecimento de num modo transversal, e que começa a questionar a realidade de um outro modo.

No campo das ciências sociais e humanas assinalamos Boaventura de Sousa Santos (1999), na sua apreciação sobre o que designa de uma *nova ordem científica emergente*; nesta transição paradigmática identifica como pólo catalisador as ciências sociais, sendo no sentido destas que a mudança parece estar a operar-se. Neste movimento, à medida que as ciências naturais se aproximam das ciências sociais, estas aproximam-se das humanidades, que têm a seu favor o facto de terem resistido à separação sujeito-objecto e o terem preservado a compreensão, em vez da explicação e manipulação do mundo.

Outro aspecto deste movimento científico, como o caracteriza Sousa Santos (1999), é o carácter simultaneamente local e total do conhecimento, significando com isto que os conceitos e teoria desenvolvidos localmente são incentivados a *emigrarem* para outros lugares cognitivos, reforçando o carácter analógico da ciência pós-moderna. É um tipo de conhecimento que “concebe através da imaginação e generaliza através da qualidade e da exemplaridade” (idem, p. 48).

Aceita-se também, neste paradigma emergente, a introdução da consciência no acto e no objecto do conhecimento, o que significa reconhecer-lhe um carácter autobiográfico; os pressupostos metafísicos, os sistemas de crenças, os juízos de valor, fazem parte integrante e de um modo assumido (mas controlado), da explicação científica. É também o que defendem Wallerstein et al (1996, p.127), na afirmação de que “os dados da investigação são sempre selecções da realidade, baseadas nas mundividências ou nos modelos teóricos do seu tempo e filtradas pelas perspectivas de certos grupos específicos de cada época”.

Nesta aproximação *sujeito-objecto* a ciência pós-moderna questiona a utilidade do conhecimento; a sua apropriação, traduzida em saber prático, é condição desta utilidade, tanto mais quanto esse conhecimento integrar o domínio do quotidiano. Como afirma Sousa Santos (1999) o senso comum faz coincidir causa e intenção; interpenetrado pelo conhecimento científico, o conhecimento do senso comum pode estar na origem duma nova racionalidade, sendo necessário, para isso, inverter a ruptura epistemológica; neste sentido, a ciência pós-moderna tende a *sensocomunizar-se*, ou seja: construindo-se a partir do senso comum, devolve à sociedade esse conhecimento, transformado pelo contributo do método científico.

Recuperando o objecto em construção, damo-nos conta que as premissas em que assenta o seu conhecimento se fundam numa racionalidade mais consonante com a mundivisão para que aponta o paradigma emergente. Contudo, contrariamente a este, que traduz uma evolução científica despoletada pela incapacidade do paradigma moderno em dar resposta a novas questões da complexa realidade, a generalidade das modalidades terapêuticas não convencionais assenta num conhecimento antigo, por vezes milenar, oriundo do mundo oriental. Este tipo de conhecimento adequa-se particularmente bem às características do paradigma emergente, tal como Sousa Santos o apresenta.

Fritjof Capra, físico austríaco, tem assinalado na sua vasta obra a ressonância que encontra entre as novas correntes da física, nomeadamente da física quântica, e o pensamento oriental, que designa de misticismo ou “filosofia perene”. E acrescenta que “a teoria quântica implica claramente que a ideia clássica de objectividade científica não pode continuar a ser mantida, e do mesmo modo a física moderna desafia o mito duma ciência valorativamente neutra” (Capra, 2009, p.16). Estes princípios levantam a questão da necessidade de estabelecer novos modos de construção do conhecimento e da sua validade, que não passem necessariamente pela medição e pela análise no sentido clássico do mesmo. Isto equivale a aceitar uma *expansão epistemológica*, capaz de reconhecer o estatuto de cientificidade ao estudo de áreas do conhecimento até recentemente consideradas fora da alçada da ciência.

Falamos aqui de uma concepção lata da ciência (Wilber, 2005), a qual diz respeito aos seres humanos e aos seus estados interiores. Como afirma este autor (p.124), “existirá certamente uma ciência (...) que procura entender não apenas as rochas e as árvores, mas também os seres humanos e a mente”. A cientificidade, nesta nova epistemologia, é conferida pelo rigor do estudo dos seus objectos, pela objectivação dos saberes e métodos empregados, através da explicitação dos procedimentos, pela honestidade intelectual do investigador e pela capacidade de comunicar os resultados, submetendo-os a escrutínio científico. Como afirma Carvalho, (2009, p.33) “no fundo, o que conta como conhecimento científico é a parte de consenso da comunidade científica”.

A ciência pós-moderna, como sugere Bittes Júnior (2003), resgata o humano e, neste contexto, abre às ciências humanas a possibilidade de assumir um estatuto epistemológico que, apesar da sua especificidade, figura em pé de igualdade no elenco das ciências estabelecidas. A enfermagem reencontra, neste contexto, a sua competência histórica de cuidar, despontando e assumindo-se como ciência da humanidade, o que significa a legitimidade epistemológica do estudo de todas as dimensões do ser humano, seu objecto

teórico e empírico. Para isso, mune-se dos instrumentos conceptuais e metodológicos existentes, ciente de que o conhecimento científico está em constante devir e que tanto o irrefutável como o inverosímil constituem assumpções histórica e socialmente construídas, em função do acervo de conhecimentos disponível em cada época (Carvalho, 2009; Charmaz, 2008).

A dificuldade semântica que algumas modalidades terapêuticas não convencionais representam para o ocidente, sobretudo as de natureza energética, documenta bem a enorme distância conceptual entre um raciocínio analógico (oriental), que tende para a interrelação e para a natureza intrinsecamente dinâmica do universo (Capra, 2009), e o raciocínio analítico (ocidental) que, em termos gerais, procede à separação e manipulação, como modos de acesso legítimo ao conhecimento científico.

Contudo, não é no antagonismo paradigmático que radica o potencial epistemológico da ciência pós-moderna; Capra (2009 p.13, citando Heisenberg), afirma que “na história do pensamento humano os desenvolvimentos mais fecundos ocorrem, de um modo geral, quando duas correntes totalmente distintas se encontram. Estas correntes podem radicar em zonas bastante diferentes da cultura humana, em tempos ou meios culturais diferentes (...); se de facto se chegam a encontrar, (...) e que uma verdadeira relação possa ter lugar, só se pode esperar que novos e estimulantes progressos se sigam”.

A profusão de práticas deste tipo no mundo ocidental e a aceitação que encontram nos mais diversos meios sociais dizem bem da sua ressonância com o paradigma emergente, apresentando a enorme vantagem de se “saberem dizer e fazer”- porque dotadas duma racionalidade própria - a que acresce uma prova de eficácia amplamente testada, em termos empíricos, ao longo de centenas e mesmo milhares de anos.

Apresentando-se como holísticas, as modalidades terapêuticas não convencionais abarcam necessariamente a multidimensionalidade da pessoa, a um nível que a ciência ocidental começa a considerar, mas ainda apenas ou essencialmente ao nível do discurso; exemplificando, é genericamente aceite que os factores emocionais podem constituir-se como factores etiológicos de doença (em sentido amplo); contudo, a dificuldade na sua identificação e resposta terapêutica com os meios científicos actualmente disponíveis, leva frequentemente a que sejam, no campo das ciências da saúde, fracamente valorizados no seu potencial patogénico e também na correspondente resposta terapêutica, em detrimento de outros factores de natureza biológica ou bioquímica, mais facilmente entendíveis e manipuláveis.

As reflexões anteriores, apesar de constituírem motivações e razões legítimas de pesquisa, são, contudo, insuficientes enquanto fundamento de estudo de índole científica. A este propósito, sustentamo-nos em Lenoir (1996), na consideração que este autor apresenta face aos requisitos que um dado assunto deve reunir para que o seu estudo científico seja pertinente, sistematizando-os em dois critérios essenciais: um, de ordem conceptual - a legitimação; o outro, de ordem social - o reconhecimento público. Com base nestes pressupostos empreendemos um trabalho de pesquisa e leituras diversas, de âmbito temático e disciplinar, bem como entrevistas de carácter exploratório, no sentido de identificar estes critérios no tema que apresentamos, legitimando assim a sua construção enquanto objecto de estudo científico. Os resultados desse trabalho de pesquisa estão sistematizados no quadro nº 1.

A nível nacional não se conhecem dados estatísticos relativos ao uso deste tipo de modalidades terapêuticas na população em geral. Contudo, um estudo efectuado na universidade de Coimbra, no âmbito de um curso de mestrado e envolvendo 20 pessoas que frequentavam clínicas de terapias não convencionais, revela que as terapias mais procuradas são a acupunctura, a homeopatia, o reiki e a osteopatia (Ribeiro, 2010).

A revisão sistemática da literatura (cujas principais fontes de pesquisa foram as bases de dados e bibliotecas electrónicas: Cochrane Library, MEDLINE, DARE, CINAHL, PubMed, EBSCO e biblioteca do conhecimento B-ON) constituiu um recurso da maior importância neste processo, na medida em que revelou uma proliferação e diversidade de estudos relativos a estas práticas que superou substancialmente o que esperávamos encontrar (embora apenas a nível internacional). Para além da importância clínica que os estudos, de um modo geral, testemunham, mostrou também a relevância social do tema, dando conta da aceitação destas modalidades por enfermeiros, revelando abertura, interesse em aprender e referência dos utentes para este tipo de abordagem (anexo I).

A revisão sistemática da literatura deu, assim, um forte contributo para o estabelecimento da pertinência científica deste estudo, permitindo: precisar e orientar a questão de investigação, tendo em conta os critérios de oportunidade, relevância, viabilidade e exequibilidade (Carvalho, 2009); traçar um desenho do estudo mais informado, primando pela coerência epistemológica, ontológica e metodológica, como a seguir explicitaremos.

Quadro nº1 - Critérios de pertinência de estudo científico do problema e respectiva justificação

Legitimação disciplinar	Justificação
Coerência disciplinar (conceptual)	<p>As modalidades terapêuticas não convencionais e a enfermagem partilham características comuns, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assumem-se como holísticas; - Privilegiam a importância das potencialidades <i>curativas</i> da pessoa; - Valorizam e personalizam a relação entre o <i>terapeuta</i> e a pessoa, atribuindo-lhe um elevado potencial terapêutico.
A crescente oferta: Formativa e de cuidados	<p><u>Oferta formativa:</u> acções de formação diversas ocorridas em Lisboa, Porto, Coimbra, sobretudo a partir do ano 2000;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vários cursos (de shiatsu, massagem terapêutica, etc.) organizados por instituições ligadas à enfermagem (ex: o IFE – Instituto de Formação em Enfermagem); <p><u>Oferta de cuidados</u> crescente, a partir do final da década de 80 do século passado, até à actualidade; registamos neste período, a título de exemplo, uma proliferação de clínicas de acupunctura ligadas à formação da escola Pedro Choy, sendo neste momento de 55.</p>
Evidência científica de eficácia	<p>Com base em estudos primários e de meta-análise, analisados através da revisão sistemática da literatura, de acordo com os seguintes critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Serem (co)realizados por enfermeiros - Serem relativos a <i>diagnósticos</i> e intervenções de enfermagem; - Contemplarem razões para o uso das terapias estudadas; - Todos os tipos de estudos; - Terem sido realizados a partir de 1990.
Reconhecimento público	Justificação
Evidência anedótica de eficácia	<p>A ideia comum e comumente partilhada de “se dar bem” com estes tratamentos, e que se divulga nos círculos sociais mais restritos, como a família, os vizinhos e os amigos.</p>
A crescente procura	<p>Estudos realizados a partir da década de 90 do século passado, em:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estados Unidos da América (Freeman e Landis, 1997); - Brasil (Madel, 2005); - Europa – principalmente Reino Unido (Royal College of Nursing, 2003) e Países Escandinavos (Hanssen <i>et al</i>, 1999), dão conta dum incremento considerável da procura;
O quadro legislativo nacional	<p>Lei-quadro nº 45/2003, de 22 de Agosto, de que (ainda) se aguarda a regulamentação; enquadra juridicamente as seguintes “terapêuticas”: homeopatia, osteopatia, fitoterapia, acupunctura, naturopatia e quiropráxia.</p>

Também nesta linha, a informação obtida na fase exploratória através de entrevistas a enfermeiros que assumem integrar algumas modalidades terapêuticas não convencionais, em “cuidados formais”, constituiu um factor adicional de pertinência do estudo deste tema. Falamos de práticas que, apesar da utilidade terapêutica reconhecida, acontecem, em grande medida, num espectro de invisibilidade que não contribui nem para a construção do conhecimento nem para a melhoria da prática. Como refere uma entrevistada a propósito do *modus operandi* actual, relativamente a este aspecto, “há já bastantes pessoas (enfermeiros) que têm feito *shiatsu*, *reiki*, *acupunctura*, *tuiná* ... e outros ... só que ... «bico calado», não se pode dizer nada, não se escreve ... é o nosso «tendão de Aquiles» ... fazemos muito, mas não mostramos o que fazemos ...” (EE1).

Esta é, aliás, a finalidade desta pesquisa: desocultar as práticas *invisíveis*, porque não conformes aos *saberes*, *fazer* e *dizer* formais e, com os enfermeiros, neste empreendimento de explicitação de significados e estratégias, torná-las *dizíveis* e utilizáveis numa forma coerente, enriquecendo, assim, a disciplina e a profissão.

Na sequência de todo este trabalho de refinamento e de reflexão que apresentámos, a **questão de investigação** foi estabilizada do seguinte modo:

Como é que os enfermeiros integram, no processo de cuidados, em contexto hospitalar, modalidades terapêuticas não convencionais?

A heterodoxia e o carácter processual da questão de investigação orientaram-nos para uma abordagem qualitativa de pesquisa, baseada numa epistemologia indutiva; neste sentido, colocámos várias outras questões secundárias, enquanto interpeladoras numa realidade que se nos afigurava complexa e de difícil acesso, até porque intencionalmente ocultada no aspecto que dela nos propúnhamos revelar. São as seguintes, as questões secundárias:

- Que modalidades terapêuticas não convencionais utilizam os enfermeiros na sua prática?
- Que significados atribuem os enfermeiros à integração de modalidades terapêuticas não convencionais, no processo de cuidados?
- Que estratégias utilizam os enfermeiros na prática de modalidades terapêuticas não convencionais?
- Como avaliam – enfermeiros e doentes – a eficácia das modalidades terapêuticas não convencionais?

A opção pelo contexto hospitalar deve-se a critérios de acessibilidade e *simplicidade* (Burgess, 1997), na medida em que o contexto mais fechado e apresentando maior estabilidade da situação de cuidados facilita a selecção das situações a *observar*; por outro lado, o nosso conhecimento empírico da situação, quer através das interpelações dos estudantes quer pelas entrevistas exploratórias que efectuámos, remetem-nos para este contexto como aquele em que provavelmente o problema em estudo é mais expressivo.

No que se refere ao *processo de cuidados*, entendemo-lo, de acordo com Amendoeira (2000), como um processo de interacção entre o enfermeiro e o doente, em que o profissional possui os conhecimentos específicos que lhe permitem diagnosticar, planear, executar e avaliar o seu próprio trabalho.

De acordo com a linha que tempos vindo a apresentar, de coerência global da investigação, assumimos um posicionamento paradigmático que prima pela coerência dos seus elementos, concordando com a afirmação de Morin (2008, p. 162), de que um paradigma privilegia certas relações lógicas e semânticas em detrimento de outras; funcionando como “totalidades erráticas não saturadas”, orientam (sem predeterminar), os investigadores, nas suas escolhas epistemológicas, ontológicas e metodológicas (Herman, 1988, p.8).

As reflexões anteriores acerca do paradigma emergente posicionam claramente esta investigação num espectro científico qualitativo, centrado na descoberta dos fenómenos, através da captação e da reconstrução de significados, apresentando como principais características as seguintes: Visa o estudo dos significados intersubjectivos, construídos e situados num determinado contexto; elege formas flexíveis de captar a informação, e recorre a uma linguagem conceptual e frequentemente metafórica; estuda a vida social no seu quadro natural, sem a controlar ou modificar; elege a descrição densa e os conceitos compreensivos da linguagem simbólica; reconhece a participação do investigador na investigação (Streubert e Carpenter, 2002; Moreira, 2007. Charmaz, 2006/2008).

Apresentado e legitimado o objecto de estudo, seguidamente daremos conta da construção do processo da investigação. Assim, o capítulo seguinte apresenta o modo de olhar o objecto, mostrando os aspectos conceptuais e filosóficos que, do ponto de vista de enfermagem, constituíram os nossos referenciais *em campo*, num movimento investigativo da prática à teoria.

2 - UM MODO DE OLHAR O OBJECTO

*E que tal um modelo que inspira?
Que nos mostra aquilo que gostaríamos de ser (fazer),
Que nos infunde as ideias e a força necessária?*

(Smith, 1982; in: Watson, 1999/2002)

Apresentámos anteriormente o objecto de estudo destacando a natureza processual do mesmo. A noção de processo remete para construção, descoberta, síntese. Neste processo, e tendo em conta o caminho metodológico que apontámos, partimos com uma bagagem teórica *exígua*, deixando que a teoria vá tomando forma a partir da realidade empírica em estudo, constituindo-se mais como o ponto de chegada do que como o ponto de partida da investigação (Charmaz, 2006). Ainda assim, são necessários referenciais que permitam olhar o fenómeno *de uma certa forma*, atribuir significados, fazer escolhas, encontrar uma *linguagem* onde caibam os conceitos emergentes... enfim, dar um sentido de coerência global ao conhecimento que através do processo de investigação se vai construindo.

Elegemos Jean Watson como a teórica de enfermagem através de cujas *lentes* melhor podemos vislumbrar o fenómeno em estudo, dada a abertura que oferece face a situações diversas em natureza e em proveniência intelectual e contextual. Assumimos a sua perspectiva como uma Filosofia, tal como a própria autora (1999/2002; 2007, 2009) a define; esta perspectiva ampla oferece um referencial genérico, da enfermagem, que permite abarcar a complexidade empírica, conceptual e terminológica da situação em estudo, ao mesmo tempo que orienta o nosso olhar e o nosso raciocínio nas tomadas de decisão necessárias.

Não se trata de elaborar um quadro teórico sistematizado, a partir do qual se faça a leitura da realidade a investigar. Trata-se, tão-somente, de apontar caminhos conceptuais com potencial de orientação genérica, como sugerem Lessard-Hébert et al (1990/2000, p.21), falando em “função preparatória da investigação qualitativa”, a qual consiste em “preparar e orientar a recolha de dados, ao suscitar questões mais específicas, ao delimitar conceitos, operando uma redução que irá permitir a selecção das informações”, na medida em que cada olhar investigativo permite apenas seleccionar uma parte da realidade.

Este aspecto é tão mais importante quanto, convém lembrar, o objecto de estudo se inscreve num território de transição paradigmática, que já caracterizámos. Neste território proliferam, com é habitual acontecer em situações de mudança, uma diversidade enorme

de conteúdos, afirmações e posicionamentos que, se investigados em jeito de *tabula rasa* podem levar a caminhos estéreis, do ponto de vista da construção científica. É neste sentido, aliás, que Charmaz (2006/2008) legitima a utilização de conceitos disciplinares estabelecidos, como ponto de partida da investigação; adverte, no entanto, para o carácter eminentemente construtivista e indutivo da investigação qualitativa, tal como a defende, nomeadamente no que se refere ao método da *Grounded Theory* – método que adoptamos neste estudo.

Partindo destas reflexões apresentamos sumariamente os princípios orientadores que assumimos, da complexa obra de Jean Watson, e que nos permitem apreender e compreender o fenómeno em estudo dos pontos de vista empírico e conceptual. Apresentamos ainda a perspectiva de outros autores, nomeadamente Engebretson, Swanson, Meleis e Carper, relativamente a aspectos específicos, os quais nos permitem articular um posicionamento mais abstracto (Filosofia de Watson) com uma leitura mais concreta da realidade da enfermagem.

Watson assume uma perspectiva humanista da enfermagem, base da sua teoria do cuidar humano, apresentando os pressupostos em que se fundamenta (2002, p.p.32-33): “*uma filosofia de liberdade humana, escolha e responsabilidade; uma biologia e psicologia holísticas (...); uma epistemologia que permite, para além do empirismo, a estética, valores éticos, intuição e processo de descoberta; uma ontologia de tempo e de espaço; um contexto de acontecimentos inter-humanos, processos e relações; uma visão científica aberta*”.

Assumindo o cuidar como o cerne e o ideal moral da enfermagem, Watson apresenta uma evolução notável no seu pensamento (desde 1979, data da edição do seu 1º livro, até à actualidade), integrando as ideias do Todo, do Infinito, do Sagrado, do Amor, da Singularidade e da Dignidade do Ser Humano, implícitas nas seguintes assumpções: Uma concepção do Ser Humano na sua totalidade corpo-mente-espírito, em relação consigo próprio, com os outros seres humanos e com o universo; uma ontologia da singularidade do Ser; um campo fenomenológico que honra o mundo interior da vida subjectiva e intersubjectiva; o cuidar como uma competência ontológica, um modo de ser.

Tendo por base este contexto filosófico abrangente, a Teoria do Cuidado Humano apresenta-se estruturalmente construída em torno de 3 elementos major (Watson, 2007/2009; Cara, 2003), a saber: Os *Carative Factors/Caritas Processes*, a Relação de Cuidar Transpessoal e a Ocasão de Cuidar/Momento de Cuidar.

O *core* da sua Teoria é constituído pelos Factores de Cuidar (*Carative Factors*), cuja intenção foi a de estabelecer um contraponto com a abordagem médica, vocacionada para o

curativo (to cure) e proporcionar à enfermagem um conceito que transcendesse os diagnósticos médicos, a doença e a tecnologia (Watson, 2007). Estes factores evoluíram filosoficamente para *Clinical Caritas Processes*, o que proporcionou uma maior e mais explicitada abertura às ideias do paradigma emergente. Como afirma a autora, “in moving from the concept of Carative, to *Caritas*, I was making an overt evocation of love and caring to merge for an expanded paradigm to connect with the existential-spiritual dimensions and living processes of human experience” (Watson, 2007, p.132).

Ironicamente, continua a autora, esta perspectiva ontológica coloca a enfermagem no seu paradigma “mais maduro”, ao reconectá-la com a sua herança espiritual, legada por Nightingale. Os *Caritas Processes* explicitados conferem uma ligação mais formal entre o cuidado e a cura (healing), e situam a Teoria numa ligação ética e ontológica que relaciona mais claramente a enfermagem enquanto ciência e enquanto missão social, na sua vertente prática.

O termo “curar” (to heal) utilizado por Watson não tem a conotação biomédica que uma tradução literal para a língua portuguesa faria supor, e cujo termo correspondente em inglês é “to cure”; to heal, sem tradução adequada na língua portuguesa, refere-se a uma cura mais ampla, mais integral, muitas vezes traduzida por “reconstituição, repadronização, cicatrização”. O sentido é o de promover a integralidade da pessoa total, a *inteireza*. “To care” significa cuidar e, associado ao termo curar (to heal), remete para a noção de cuidado transpessoal, na perspectiva ontológica mais avançada da autora (2007/ 2009). Sempre que usarmos o termo *cura* sem qualquer explicitação adicional, neste estudo, é com o sentido de “to heal” que o utilizamos.

Apresentamos no quadro seguinte uma sistematização dos *Carative Factors/Caritas Processes*, evidenciando a evolução deste elemento estrutural, como assinalada por Watson (2007/2009).

Quadro nº 2 - Evolução ontológica da estrutura filosófica de Watson

<i>Carative Factors</i>	<i>Caritas Processes</i>
(1) Valores humanistas-altruístas.	(1) Praticar o amor generoso e a equanimidade, consigo próprio e com o outro.
(2) Instilar fé e esperança.	(2) Estar autenticamente presente e sustentar as crenças profundas e o mundo subjectivo do outro.
(3) Cultivar a sensibilidade consigo próprio e com o outro.	(3) Cultivar práticas espirituais, aprofundando o sentido de interconexão e auto consciência para além do <i>Eu</i> .
(4) Desenvolver uma relação de cuidar, de ajuda e de confiança.	(4) Desenvolver e sustentar uma relação de cuidar autêntica, consigo e com o outro.
(5) Promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos.	(5) Estar presente e dar suporte à expressão de sentimentos positivos e negativos como uma conexão espiritual profunda com o eu e com o outro.
(6) Uso sistemático do processo científico e criativo de resolução de problemas.	(6) Uso criativo da presença e dos diferentes modos de saber, ser e fazer, como parte do processo de cuidados, envolvendo práticas de cuidar-curar.
(7) Promoção de ensino e aprendizagem transpessoal.	(7) Comprometer-se numa genuína experiência de ensino-aprendizagem que tem em conta a totalidade da pessoa, no seu quadro de referência.
(8) Prover um ambiente mental, social e espiritual de suporte, protector e correctivo.	(8) Criar e sustentar um ambiente <i>curativo</i> , aos níveis físico e de consciência energética, promotor de conforto, paz e dignidade.
(9) Assistir às necessidades humanas.	(9) Ajudar nas necessidades humanas básicas, com uma consciência intencional de cuidar que honra a unidade corpo-mente-espírito (o Todo) e a Integralidade, em todos os aspectos do cuidar.
(10) Aceitar as dimensões existenciais, fenomenológicas e espirituais.	(10) Estar aberto e atento ao mistério, ao sagrado, às dimensões existenciais desconhecidas, da vida e da morte, e ao cuidado espiritual de si e do outro.

Como ideias principais dos *Carative Factors/Caritas Processes*, salientamos (Watson, 2007/2009): Estar autenticamente presente, o que significa mais do que presença física: incorpora centração, intencionalidade, abertura, conexão; pode traduzir-se por presença transpessoal, e é considerada, em si mesma, uma modalidade terapêutica não convencional. Criar ambientes curativos, recuperando o legado de Nightingale no reconhecimento das potencialidades terapêuticas da qualidade física, emocional, estética, sensorial e energética, entre outras dimensões, do ambiente; ajudar nas necessidades humanas básicas, assumindo a importância atribuída à dimensão física, enquanto suporte indispensável das dimensões mentais e espirituais; consubstanciando esta ideia, Watson (2002, p.133) afirma que a pessoa é um “espírito corporizado”. A abertura ao novo, ao sagrado, ao desconhecido, numa clara alusão ao espiritual.

Os *Carative Factors/Caritas Processes* relacionam-se estreitamente com os dois outros elementos fundamentais desta ontologia pós-moderna, a que já nos referimos, nomeadamente:

- A Relação de Cuidar Transpessoal ou de cuidar-curar, a qual implica a subjectividade do enfermeiro e a *do outro* (utente/doente), numa relação de intersubjectividade que transcende o individual; reconhecendo o poder do amor e da compaixão, dá acesso a uma *fonte de energia profunda*, com potencial de cura tão importante como o são as abordagens convencionais, e potencialmente mais poderosas, a longo prazo. (Watson, 2002/2007/2009; Cara, 2003).

- A Ocasão de Cuidar/Momento de Cuidar, sendo que a primeira contextualiza o segundo, na medida em que permite que o enfermeiro e o utente possam intencional e conscientemente criar e experienciar esse encontro, entrando na experiência um do outro, numa dimensão espiritual profunda, mobilizadora dos recursos de cura. A consciência e a intencionalidade são os dois grandes construtores do momento de cuidar (Watson, 2002/2007/2009; Cara, 2003).

A espiritualidade é o elemento ontológico da Filosofia de Watson que contextualiza a transcendência, não apenas individual mas da própria relação de cuidar, permitindo a conexão da pessoa consigo própria, enquanto Ser complexo, e com os outros. A transcendência de si e da relação cuidativa é um importante recurso de cura, na medida em que dá sentido à vida e ao sofrimento, através dum sistema de crenças, não necessariamente teísta (embora também o permita).

Como afirma Delgado (2005), a espiritualidade é a crença da extensão do *Self* para além de si próprio, a intuição de que “há mais”, como se o *Eu* não comportasse o sentimento de *grandeza* de se Ser humano. Ancora-se na apreciação da natureza da vida e no reconhecimento dos outros e do universo; requer que se abrace a totalidade da existência, conferindo um sentimento de paz interior, de bem-estar e de adaptação bem sucedida. É deste sentido de espiritualidade e de transcendência que nos fala Watson, apresentando-o como parte integrante da sua Teoria do Cuidar Humano.

A Teoria de Watson é simultaneamente densa e de elevado nível de abstracção. Os conceitos sobre os quais é construída apelam a uma notável abertura de espírito e capacidade de acolher o novo; privilegiam a intuição como um modo de conhecer e aceder ao outro, na sua singularidade. Sem negar os aspectos da saúde relacionados com a dimensão física, como deixa claro através dos *Carative Factors/Caritas Processes*,

focaliza-se, contudo, nas dimensões mental e espiritual. É nestas que reconhece um enorme potencial de cura, em grande parte ainda inexplorado.

As potencialidades deste modo de olhar a pessoa e a enfermagem encerram possibilidades de expandir a natureza e a extensão do cuidar, bem como de fazer evoluir a enfermagem, enquanto disciplina científica e enquanto profissão, a um nível que provavelmente não conseguimos sequer imaginar. Mas, como afirma Sousa Santos (1999, p.36) “a coerência global das nossas verdades físicas e metafísicas só se conhece retrospectivamente”.

Vários autores para além de Watson reflectem e fazem-nos reflectir sobre conceitos tão fundamentais que, ultrapassando as fronteiras disciplinares, ancoram onde quer que possam lançar alguma luz, dada a universalidade dos mesmos. É assim que colhemos de Savater (2002) a sua reflexão sobre o amor e o sagrado, conceitos fundamentais da filosofia de Watson, sobretudo na sua forma evolucionada.

Sobre o amor, Savater (2002, p.110, citando Scheler) refere-se-lhe como “o acto que se ocupa a conduzir cada coisa à perfeição que lhe é peculiar”. Podemos ler nesta definição a *repadronização/integralidade* humana, a que a cura, na perspectiva de Watson, deve necessariamente conduzir. O amor é a afirmação incondicional da existência do outro. O outro pode ser qualquer outro, mas *singular*, irrepitível, encontrando um eco perfeito com o conceito de singularidade enquanto elemento ontológico fundamental da Filosofia de Watson.

Identificamos, no cuidar transpessoal, elementos do conceito de amor, como Savater (2002) o apresenta, tais como: o valor do outro; a singularidade irrepitível, afirmada sem reservas; a confirmação de si próprio no outro – projectando a relação para além do inter-individual e transformando-a em parte significativa do complexo processo de viver.

Esta concepção de amor, veiculada necessariamente a uma relação profissional, encontra uma sólida ancoragem na ética, através do reconhecimento no outro, enquanto assumpção básica da igualdade essencial dos Homens, condição do cuidado ético e transpessoal.

Ao reconhecer-me no outro, reconheço nele, como em mim, uma capacidade criadora que metamorfoseia toda a forma, uma sagrada maturidade inacabada, uma permanente disposição para o novo... (Savater, 2002), o que transforma a relação de cuidar transpessoal num momento de cuidar que transcende o tempo, o espaço e a dimensão física. Neste sentido cuidar não é apenas “fazer”, mas envolve um modo informado, consciente e intencional de ser.

A ideia de sagrado apela a um sentido de reverência que honra a pessoa e a vida, na sua complexidade, o que equivale a dizer naquilo que é conhecido mas também no desconhecido, o que Watson chama de mistério. Savater (2002, p.120) define o sagrado como “estranheza em estado puro”. E acrescenta que tudo aquilo em que “o autenticamente outro se revela”, o que escapa às nossas categorias ou à nossa vontade, o inumano, o imprevisto, o incontrolável, têm qualquer coisa de sagrado: seja a doença ou o inexplicável, o acaso ou a morte.

Vemos assim o sagrado essencialmente como um campo de possibilidades (de cura, diria Jean Watson), também de acção ética, como sugere Savater (2002), segundo o qual a ética recomenda que ajamos como se o possível permanecesse sempre em aberto, uma vez que o seu campo é o querer e não o saber.

A Teoria do Cuidado Humano, apesar do elevado nível de abstracção que a caracteriza, tem-se aproximado da prática, constituindo-se como um guia para a mesma, através de indicadores e programas de cuidado, os quais constituem a “caring-theory-in-action” (Watson, 2009). Estes têm sido desenvolvidos em *settings* de saúde de vanguarda, nomeadamente nos *magnet hospitals*¹, com a finalidade de elevar o nível de cuidados, através duma enfermagem transformada e transformadora. As modalidades terapêuticas não convencionais constituem a base destes programas, e compreendem, para além dos cuidados aos utentes/doentes, diversas práticas de cura dos próprios enfermeiros (como meditação e relaxamento, entre outras), enquanto condição de *Ser*, como preparação para o cuidado transpessoal.

Neste mapeamento de referenciais teóricos introduzimos uma perspectiva multiparadigmática, proposta por Engebretson (1997), a qual, sistematizando várias práticas de cuidados, situadas em paradigmas reciprocamente afins, oferece uma estrutura útil para a integração de modalidades terapêuticas não convencionais, nas práticas mais ortodoxas.

Ao percorrer um duplo *continuum* de modalidades e paradigmas de cuidar (ilustrado no quadro seguinte) este formato é um convite ao diálogo entre paradigmas, cujas potencialidades principais são: contribuir para o desenvolvimento da teoria de enfermagem, holística por natureza; sustentar e clarificar a prática profissional na sua

¹ Os *Magnet Hospitals* são instituições hospitalares credenciadas pela American Nurses Credentialing Center (ANCC), relativamente a numerosos *standarts* quantitativos e qualitativos, definidores da (alta) qualidade da prática de enfermagem. Caracterizam-se por apresentar: altos níveis de satisfação dos utentes e dos profissionais; níveis elevados de procura (pelos clientes); elevada taxa de fixação de enfermeiros (decorrente do nível de satisfação profissional); e taxas de mortalidade mais baixas, para situações nosológicas similares. É considerado uma honra para a instituição aceder ao estatuto *Magnet*.

relação com a disciplina teórica; incrementar a compreensão transcultural de práticas e sistemas de cura, melhorando a comunicação na relação de cuidar e interprofissional; e expandir as intervenções de enfermagem, com base sobretudo nos paradigmas de Equilíbrio e Supranormal, contextualizadores de um grande leque de modalidades terapêuticas não convencionais, não saturados no quadro apresentado, como a própria autora reconhece.

O quadro seguinte apresenta, em síntese, essa perspectiva.

Quadro nº 3 - Modelo Multiparadigmático de Engebretson (1997)

Paradigmas	Mecânico	Purificação	Equilíbrio	Supranormal
Modalidades				
Físicas/Manipulação	Posicionamento; Terapia por exercício	Banho	Promoção de exercício	Trabalho corporal intuitivo
Aplicação e Ingestão de substâncias	Administração de medicamentos	Irrigação de feridas	Aconselhamento nutricional	Remédios homeopáticos
Energia	Precauções com laser	Fototerapia	Acupressão; Acupuntura	Toque terapêutico
Psicológico	Reestruturação cognitiva	Escuta activa	Aconselhamento	Visualização Guiada
Espiritual	Terapia pela actividade	Perdão; Rituais de purificação	Meditação	Suporte espiritual

Engebretson (1997) chama a atenção para a falta de especificação do ambiente, variável fundamental não só porque é um conceito central na enfermagem, como porque constitui, em si mesmo, um grupo importante de modalidades terapêuticas não convencionais. E sugere o seu acréscimo ao esquema proposto, mesmo que a título meramente de leitura, num compromisso de o tornar presente sempre que se fale de, ou faça enfermagem.

Assumindo a característica holística do modelo multiparadigmático, Engebretson (1997) reconhece a impossibilidade da sua aplicação por uma única disciplina; contudo, afirma a visão abrangente que proporciona, face a um *plano de cuidados* participado por vários profissionais – incluindo, naturalmente, os de sistemas de medicina não convencionais - bem como a referência para estas áreas de cuidados, pelos enfermeiros.

Na sistematização de referenciais teóricos de abordagem ao mundo empírico, mobilizamos também o pensamento de Swanson (1993), o qual é concordante com os

posicionamentos anteriormente apresentados. Influenciada pelas ideias de Watson (Basto, 2009) e com base em estudos fenomenológicos revela uma notável capacidade de aproximação conceptual ao mundo empírico, através dos processos de cuidar. Estes resumem-se nas ideias de: “manter a crença; conhecer; estar com; fazer por e possibilitar”, e constituem a estrutura do processo de cuidados. Outras ideias que consideramos importantes do pensamento de Swanson é a sua concepção simultaneamente simples e complexa de enfermagem, enquanto “cuidado informado para o bem-estar dos outros” (1993, p. 352); a autora precisa que é a combinação do conhecimento - de enfermagem, de ciências relacionadas, das humanidades, bem como *insights* pessoais e conhecimento experiencial - e o objectivo da prática, que constituem a marca distintiva da enfermagem. No que se refere em particular ao conhecimento em enfermagem mobilizamos Carper (1978), na sistematização que a autora faz do mesmo, a saber: conhecimento empírico ou a ciência da enfermagem; conhecimento estético ou a arte da enfermagem; conhecimento ético, ou a capacidade de decidir sobre “o que deve ser feito” (p. 17); e o “conhecimento de si”, que orienta a relação consigo próprio e com o outro.

Meleis (2005) dá-nos também o seu contributo através das características definidoras da enfermagem, que considera do seguinte modo: É uma ciência humana, sendo de assinalar o seu foco no ser humano como um todo e advogando a compreensão do particular por referência ao todo; é uma disciplina orientada para a prática, cujo mandato social consiste em prestar cuidados de enfermagem a pessoas doentes ou com potenciais problemas de saúde, ou vivendo situações de transição, em condições de doença ou desenvolvimento saudável; utiliza, no cumprimento desse mandato, tanto conhecimento básico como conhecimento aplicado; é uma disciplina do cuidar, que define como um imperativo moral e como a essência da enfermagem, na preservação da dignidade da pessoa, em linha com a concepção de Watson (1999/2002); realça ainda os aspectos emocionais e afectivos, a empatia e os sentimentos como fundamentais na relação de cuidar. Finalmente, a autora considera a enfermagem como uma disciplina orientada para a saúde e bem-estar das pessoas, o que inclui necessariamente o cuidado em situação de doença, promovendo o potencial de saúde, numa concepção abrangente deste conceito.

Os autores mencionados confirmam-se nas principais linhas orientadoras e definidoras da enfermagem, as quais encontram fundamento na perspectiva Filosófica, mais ampla, de Jean Watson. Com base nos princípios apresentados e partindo desse olhar plural, porém congruente, sistematizamos, na figura seguinte, o modo de olhar o fenómeno em estudo.

WATSON - Paradigma Transformador
(1999/2002/2007/2009):

- Perspectiva humanista
- Ser Humano: totalidade corpo-mente-espírito
- Cuidar, como competência ontológica
- Princípio holístico/holográfico.

Modelo de Cuidar/Curar - elementos estruturais:

- Carative Factors/Caritas Processes
- Relação de Cuidar Transpessoal
- Ocasião de Cuidar/Momento de Cuidar

Savater (2002) - Um contributo para a compreensão dos conceitos de:

- **AMOR**: “conduzir cada coisa à perfeição que lhe é peculiar”; singularidade irrepetível; reconhecimento de si no outro.
- **SAGRADO**: “estranheza em estado puro”; campo de possibilidades; o que escapa às nossas categorias e à nossa vontade

O MODO DE OLHAR O OBJECTO

- A pessoa enquanto ser holístico, com liberdade humana, escolha e responsabilidade, numa visão científica aberta (Watson, filosofia humanista), que acolhe a diversidade de recursos terapêuticos disponíveis (Engebretson, modelo multiparadigmático) - as modalidades terapêuticas não convencionais.
- O cuidado transpessoal enquanto relação intersubjectiva dá fundamento à intencionalidade, ao amor, ao sagrado, como recursos terapêuticos em enfermagem (Watson).
- A enfermagem enquanto cuidado orientado para a saúde e o bem-estar dos utentes (Watson; Meleis), mobilizando vários tipos de saberes (Carper), traduzidos na prática através dos processos de cuidar (Swanson).

Engebretson (1997) - Abordagem Multiparadigmática:

Duplo continuum: paradigmas/modalidades terapêuticas;

- Convite ao diálogo interparadigmático: enfermagem holística
- Aproximação *modelos expostos/modelos em uso*.

Swanson (1993) - Processos de Cuidar:

Manter a Crença. Conhecer. Estar com. Fazer por. Possibilitar

Meleis (2005) - Características definidoras da enfermagem:

Ciência Humana. Orientada para a prática. Disciplina do cuidado. Orientada para a saúde e bem-estar

Carper (1978):

Padrões de conhecimento em enfermagem:

- **EMPÍRICO**: a ciência da enfermagem;
- **ESTÉTICO**: a arte da enfermagem;
- **ÉTICO**: a componente moral;
- **CONHECIMENTO DE SI**: o auto-conhecimento no uso terapêutico de *Self*.

Diagrama nº 2 - O modo de olhar o objecto e respectivos contributos teóricos

O potencial de descoberta que este quadro de referência permite, pela abertura, fluidez e mobilidade conceptuais, constitui o seu real interesse para a investigação; como afirmámos inicialmente, não se trata de um enquadramento teórico construído “*à priori*”, mas de um caminho conceptual capaz de mapear o desenvolvimento teórico que constitui o método de pesquisa em si mesmo. É deste processo que damos conta no capítulo seguinte, na apresentação do modo como esse conhecimento se constrói.

3 – O MODO DE CONHECER O OBJECTO: PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

*Caminhante, não há caminho: o caminho
Faz-se ao caminhar!*

(António Machado)

No processo de investigação, um caminho “que se faz ao caminhar” sugere um movimento ascendente na produção do conhecimento. Este movimento, que parte do mais concreto para o mais abstracto, configura a abordagem indutiva da investigação, a qual “tem como programa construir o discurso da ciência a partir dos factos observados” (Carvalho, 2009, p.86).

A inexistência de um caminho *a priori* não significa, contudo, ausência de referenciais; sem estes, o investigador correria o risco de se perder, encontrando respostas erradas para as questões colocadas ou, ainda pior, colocando as questões erradas (Lessard-Hébert et al, 1990/2000), passível de o conduzir a uma meta não desejável nem reconhecida.

Fazer o caminho ao caminhar significa partir com um objecto de estudo informado (mas não formado, no sentido de acabado), com um conjunto de questões pertinentes (como mostrou a revisão sistemática da literatura), mas com total abertura para acolher as respostas da realidade interpelada. Significa, também, uma entrada em campo com uma bagagem teórica disciplinar ampla, essencialmente ao nível da filosofia, que permita englobar e dar corpo aos significados das práticas em estudo, na lógica dos próprios actores que as produzem. Significa, ainda, que a Teoria, enquanto modo de inteligibilidade compreensiva do real, se coloca muito mais como ponto de chegada do que como ponto de partida, constituindo a mais-valia da própria investigação. Significa, finalmente, uma prática de pesquisa baseada num tipo de interacção investigador-participantes, em si mesmo gerador da compreensão do fenómeno social em estudo e, neste sentido, a disposição para precisar o próprio objecto, à medida que se constrói o processo de investigação; é o que sugere Burgess (1997), ao afirmar que a pesquisa qualitativa não é um processo decidido de uma vez por todas, no seu início, mas que se vai precisando, à medida que os dados sugerem aspectos de particular interesse para a investigação em curso.

Partindo destes pressupostos passamos a apresentar, neste capítulo, a “arte prática da pesquisa”, com base na *Grounded Theory*, na perspectiva de Charmaz (2006/2008). A opção por este método de estudo fundamenta-se no carácter processual da questão de

investigação bem como na pertinência da teorização das práticas, face ao estágio de desenvolvimento da enfermagem (Lessard-Hébert, M., 1990/2000; Monti, E. e Tinggen, M., 1999; Charmaz, K., 2006). Este aspecto exige um grau de interpretação que vai além da simples descrição do fenómeno.

A figura seguinte apresenta as várias fases do processo de investigação, numa lógica que articula a cronologia e as actividades do mesmo; perspectiva ainda a continuidade no terreno de pesquisa, através da divulgação dos resultados da mesma, como resposta à solicitação reiterada dos actores da hierarquia institucional e dos enfermeiros participantes.

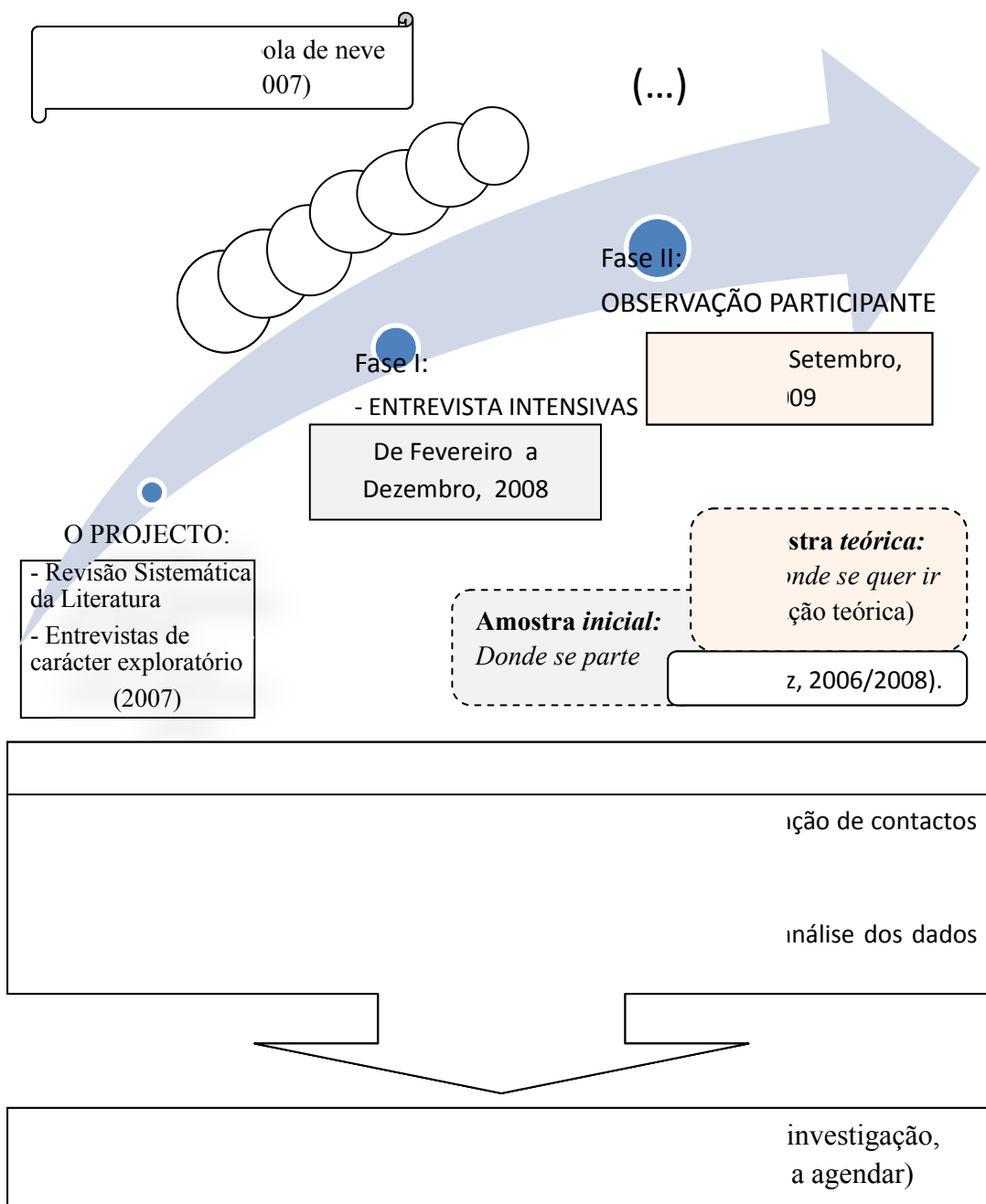


Figura nº 1 – Desenho do estudo

Grounded Theory: uma breve apresentação

O método da *Grounded Theory* insere-se no paradigma qualitativo de investigação; surgiu com os estudos sociológicos de Glaser e Strauss durante a década de sessenta do século XX, no âmbito da corrente sociológica – Interaccionismo Simbólico. Esta importante corrente de pensamento teve origem na psicologia social, com Herbert Mead (finais do séc. XIX), e na sociologia, com Herbert Blumer (1969), constituindo-se como reacção ao paradigma positivista então dominante. Assenta nos seguintes pressupostos, afirmados por Blumer (1969): O comportamento humano fundamenta-se nos significados que as pessoas atribuem reciprocamente às acções desenvolvidas. A fonte dos significados é a interacção social. A utilização dos significados ocorre através de um processo de interpretação.

Como afirma Baszanger (1992), o Interaccionismo Simbólico, enquanto corrente de pensamento, não constitui propriamente uma forma de pensar homogénea e estável. Assente nos pressupostos que enunciámos anteriormente, configura, antes, um modo de olhar o indivíduo e a sociedade que, desde o seu início, concede um amplo grau de liberdade no desenvolvimento de olhares mais específicos e dinâmicos², sendo Charmaz protagonista de um desses olhares, o qual a própria designa de construtivista (2006/2008).

Charmaz (2008) afirma a sua perspectiva construtivista do método nos seguintes fundamentos: A relatividade epistemológica da perspectiva do investigador, o que significa que as suas ideias, crenças e valores fazem parte da pesquisa. A reflexividade do investigador enquanto princípio fundamental da pesquisa. As representações das construções sociais fazem parte do processo de compreensão do mundo e do processo de investigação. A realidade é complexa, processual e construída, mas sob particulares condições. O foco na acção e as práticas de pesquisa como construções sociais constituem princípios igualmente importantes da sua perspectiva da *Grounded Theory*.

Propõe, como elementos de operacionalização do método: os vários níveis de codificação - inicial, focalizado e teórico, conduzindo este último à identificação da

² Após o estudo inaugural - *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, (1967), Glaser e Strauss separam-se e continuaram a desenvolver o método, embora de um modo diferente entre si. (Glaser fê-lo sozinho, enquanto Strauss iniciou um percurso de investigação, com Juliet Corbin) - (Morse, 2007).

Kathy Charmaz, aluna de ambos os criadores da *Grounded Theory*, demarcou-se da linha que estes tomaram e, como a própria afirma (2006a), regressou às origens do método, a partir das quais desenvolveu a sua própria perspectiva, que assume como construtivista. Apesar da controvérsia sobre se outros investigadores, nomeadamente Strauss e Corbin, são ou não (também) construtivistas, a verdade é que a generalidade dos autores concorda que, se Charmaz não tem a exclusividade dessa característica é, contudo, a investigadora que, de um modo mais claro e mais coerente a assume e a divulga, através da investigação que desenvolve. (Ratner, C., 2002; Mills, J. et al (2006).

categoria central (ou do processo social básico); os memorandos, elementos fundamentais de análise, sustentam, através dos vários níveis de abstracção, o desenvolvimento teórico; e a amostragem teórica, essencialmente enquanto *amostragem de conceitos* (Charmaz, 2006b, p.14), na medida em que o que se procura com a colheita de mais dados é a densificação e a saturação conceptuais. Estes elementos, caracterizando-se pela flexibilidade, fornecem aos investigadores “linhas orientadoras” que direccionam os seus estudos, e não regras de aplicação rígida.

A SELECÇÃO DO CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

Na selecção do campo de pesquisa seguimos o que sugere Burgess (1997), de que devem ser escolhidos “locais onde a situação é conveniente para o investigador”, o que entendemos por: locais que nos fossem acessíveis; onde os enfermeiros utilizassem alguma (qualquer) modalidade terapêutica não convencional na sua prática de cuidados e que aceitassem participar na pesquisa. O contexto hospitalar foi o seleccionado, não só porque reúne as condições apontadas como porque, tratando-se de um contexto (mais) fechado, apresenta maior estabilidade da situação de cuidados, o que é facilitador de um trabalho de pesquisa de longa duração, com frequentes entradas e saídas.

O acesso ao campo

Seleccionado o campo, em sentido lato, havia que definir os actores concretos e decidir por onde começar. O trabalho de construção do objecto tinha revelado, a um nível mais expressivo do que o esperado, que a ocultação e a dissimulação destas práticas constituíam as estratégias de acção mais frequentes dos enfermeiros; por outro lado, o processo de amostragem inicial, do tipo *bola de neve*³ (Moreira, 2007), revelava uma enorme dispersão dos potenciais participantes pela generalidade dos serviços hospitalares, com fraca representação em cada um, sendo o mais frequente que apenas 1 enfermeiro em cada *setting* de cuidados assinalado utilizasse modalidades terapêuticas não convencionais. Para além destes aspectos de ordem prática colocava-se-nos sobretudo uma questão ética, na medida em que iniciar a pesquisa pela observação nos levaria a desocultar uma prática que os participantes, pelo menos por enquanto, deliberadamente queriam manter oculta.

³ O tipo de amostra em “bola de neve” consiste em identificar participantes a partir de outros previamente inquiridos que, por sua vez, indicam outros. É particularmente útil quando se estudam fenómenos relativamente pouco numerosos, *clandestinos* e dispersos no território, como é o caso, nesta investigação (Moreira, 2007).

Assim, decidimos entrar em campo através da entrevista em profundidade; os participantes foram previamente contactados por telefone.

Um segundo critério amostral, ligado ao método, levou-nos a uma amostragem em *dois tempos*: a inicial - onde se começa, e a teórica - para onde se quer ir (Charmaz, 2006). A amostra inicial constituiu-se por enfermeiros que em vários contextos da prática desenvolviam este tipo de modalidades terapêuticas – assinalados, numa 1ª fase, pelos informantes privilegiados aquando das entrevistas exploratórias e, numa 2ª fase, pelos participantes sucessivamente entrevistados, pelo processo de *bola de neve* já referido. Procurámos, com a amostra inicial, cobrir um leque amplo de settings de cuidados e de modalidades terapêuticas praticadas, no sentido de abarcar a máxima variabilidade. A heterogeneidade amostral (Moreira, 2007) permitiu conhecer genericamente o fenómeno, dada a natureza das questões com que acedemos ao campo: os *quê* e os *como*, que constituem o objecto de estudo.

Tendo em conta o processo da *Grounded Theory*, que tem na comparação constante o método analítico fundamental, é difícil precisar em que momento se passa da amostragem inicial para a amostragem teórica. Charmaz (2006) afirma que, no movimento de abstracção das categorias induzidas através da análise, a amostragem teórica tem como papel fundamental estabilizar, densificar e saturar as mesmas. Para isso, o investigador procura novos participantes e/ou novos *settings*, para colher novos dados. Esta forma de amostragem permite decidir a cada momento quem, onde, como (através de que técnicas) é mais proveitoso conduzir a colheita de dados. Como afirma Charmaz (2006, p. 108), “consistent with the logic of grounded theory, theoretical sampling is emergent”. O algoritmo do método (diagrama nº 3) ilustra este aspecto, ao inclui-la, através da colheita de dados, ao longo de todo o processo de pesquisa.

Nesse sentido, podemos afirmar que, neste estudo, a observação participante cumpriu esta função, pelo que a assumimos como uma estratégia de amostragem teórica. Com efeito, os dados colhidos através da observação permitiram: consolidar categorias apenas parcialmente desenvolvidas através dos dados colhidos por entrevista, pela inclusão dos doentes como participantes da investigação (de que é exemplo a categoria “avaliando o processo”); estabilizar e afirmar categorias relativamente às quais tínhamos dúvidas quanto a manter ou integrar noutras (de que é exemplo a categoria “enfermeiro como instrumento terapêutico”); e saturar a generalidade das categorias.

Distinguimos dois níveis de acesso no campo de pesquisa:

- Por um lado, um acesso indirecto, através do relato dos entrevistados, aos vários *micro contextos* que constituíam os seus locais de trabalho. Estamos a falar de hospitais públicos, de níveis distrital e central, do norte, centro e sul do País. Os serviços de origem dos participantes cobrem a generalidade das áreas de cuidados hospitalares, desde os de atendimento geral, como os serviços de medicina e de cirurgia gerais, até aos de atendimento especializado, como os serviços de pediatria, obstetrícia, cirurgia cardio-torácica, entre outros.

- Por outro lado, um acesso directo, por via da observação, a uma Unidade de Dor de um Hospital Oncológico (trata-se do Instituto Oncológico de Coimbra. Estamos autorizadas, pela Sr^a Enf^a Directora, a identificar a Instituição) que faz parte do Instituto Português de Oncologia, e que caracterizaremos mais à frente. Também a este nível funcionou a amostragem do tipo *bola de neve*, na medida em que foi através de alguns enfermeiros entrevistados que acedemos a este contexto particular (cartas de pedido e de concessão de autorização, respectivamente anexos II e III).

OS PARTICIPANTES

Os participantes deste estudo são 15 enfermeiros entrevistados, uma equipa de 10 enfermeiros observados, e 17 doentes também observados, nos contextos assinalados anteriormente. O quadro seguinte (nº 4) sistematiza os principais elementos de caracterização dos participantes.

Das características demográficas dos enfermeiros notamos a relação de sexo, que nos participantes deste estudo não segue a tendência habitual, verificando-se uma percentagem de indivíduos do sexo masculino (24%) superior à representatividade relativa no grupo profissional (19%), de acordo com dados da Ordem dos Enfermeiros, 2010). A média de idades (apesar de para o grupo de enfermeiros entrevistados ser um pouco elevada à conta de uma participante com 74 anos, já aposentada) é semelhante entre os dois grupos de enfermeiros, correspondendo também à moda, que se situa para ambos os grupos na *década* de 30 anos.

Relativamente aos doentes, notamos a diversidade de situações de saúde, apesar da unidade de dor observada ser vocacionada para o doente oncológico; no entanto, todos os doentes seguidos apresentam em comum a característica de sofrerem de dor crónica severa, cujo controlo torna necessário o recurso a terapêutica opióide habitual, e que limita seriamente a sua vida pessoal, social e profissional, nos casos em que ainda trabalham.

Outro aspecto a merecer referência é a longa distância que os doentes têm frequentemente de percorrer, da sua residência à unidade hospitalar, o que reflecte bem o valor que atribuem aos cuidados de enfermagem a que acedem nesta unidade.

Quadro nº 4 - Caracterização genérica dos participantes

Enfermeiros entrevistados				
Sexo		Idade	Serviço	Modalidade praticada
M	F			
5	10	Média: 38 anos (> 27, < 74)	Bloco Operatório Medicina Obstetria Psiquiatria Cirurgia Geral Cirurgia cardio- torácica Unidade de cuidados intermédios Serviço de urgência Bloco de Partos	Hipnose clínica Massagem: terapêutica; shiatsu; reflexologia; tuiná; ayurvédica Utilização de aromas Utilização de música Reiki Técnicas de relaxamento Oração Leitura guiada Acupressão Toque Humor
Enfermeiros observados				
Sexo		Idade	Serviço de origem	Modalidade (formalmente) praticada
M	F			
1	9	Média: 34 anos (> 29, < 44)	Unidade de dor Cirurgia Gastroenterologia Unidade cuidados intermédios Unidade cuidados paliativos Radioterapia e medicina	Massagem – vários tipos: Terapêutica, shiatsu, reflexologia, desportiva, drenagem linfática; Reiki Técnicas de controlo da dor Técnicas de relaxamento Aromaterapia
Utentes/Doentes observados				
Sexo		Idade	Situação de saúde	Residência
M	F			
2	15	Média: 53 anos (> 35, < 68)	Doença oncológica Doença reumática Hérnias discais Dor neuropática	Aveiro Coimbra Ílhavo Seia Ilha da Madeira

PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS

Assumimos a entrevista intensiva ou em profundidade (Charmaz, 2006; Polit et al, 2004) – na modalidade de “estrutura fraca” (Blanchet e Gotman, 1992) - como uma das técnicas preferenciais de colheita de dados. Recorremos ainda à observação participante, tentando compreender do interior o processo social em estudo; a observação permitiu-nos também aceder a um outro grupo de participantes – os doentes, bem como à situação de interacção que caracteriza esta prática particular de cuidados.

A entrevista

A entrevista enquanto instrumento de investigação é uma conversa orientada pelos objectivos da mesma, suscitada pelo investigador, que procura obter dos entrevistados informação relevante (Charmaz, 2006). Implica uma relação social que põe em interacção entrevistadora e entrevistados, com o objectivo de apreender opiniões, intenções e sentidos que estes atribuem às suas práticas. Trata-se, no âmbito da investigação qualitativa, de recolher informação subjectivada, porque integrada na experiência de vida, pondo em evidência a racionalidade das práticas, tendo em conta a situação do actor na sua relação intersubjectiva com o mundo social em que vive (Blanchet e Gotman (1992).

Assumimos a “entrevista intensiva” como a que melhor cumpre estes propósitos, como propõe Charmaz (2006, p.25), na medida em que *“permits an in-depth exploration of a particular topic with a person who has had the relevant experiences”*. A modalidade de entrevista de “estrutura fraca” (Blanchet e Gotman, 1992), caracterizando-se por conceder liberdade ao entrevistado para estruturar o seu pensamento segundo o seu quadro de referências, revela-se em linha com este conceito. Nesta concepção, o valor heurístico da entrevista assenta na articulação do discurso do entrevistado ao seu contexto experiencial: não se trata, apenas, de “descrever”, mas de “falar sobre”. Sobretudo quando se fala de práticas cujos significados ultrapassam frequentemente o reportório habitualmente disponível na linguagem profissional, e quando nos propomos estimular o entrevistado a falar sobre o que pretende ocultar. Neste sentido, como afirma Grawitz (1990), a entrevista é mais uma arte do que uma técnica.

Com estes princípios em mente elaborámos o guião de entrevista (anexo V) não como fio condutor a ser rigidamente seguido, mas como *aide-memoire* que permitisse, em situação, uma exploração adequada dos temas sobre os quais era nosso objectivo que os entrevistados se pronunciassem, minimizando a margem de incerteza quanto ao grau de amplitude das respostas pretendidas (Flick, 2005). Tratava-se, na sua maioria, de

enfermeiros que não conhecíamos e que não nos conheciam, e tratava-se de questões cujas respostas inevitavelmente colocariam a descoberto significados, emoções e práticas em muitas situações cuidadosamente ocultadas ou dissimuladas, pelo que o guião se revelou um instrumento muito útil. Na linha de como Charmaz (2006) caracteriza a entrevista intensiva, cuja estrutura pode variar de uma livre exploração de tópicos a um questionamento *fracamente estruturado*, conduzimos as entrevistas de um modo flexível, ajustando-nos ao discurso dos entrevistados, à maior ou menor facilidade com que se expunham, ao falar dum quotidiano de práticas tão significativas quanto difíceis de dizer. Procurámos a exaustividade, concedendo um amplo grau de liberdade nas respostas, respeitando o quadro de referência dos entrevistados (Ghiglione e Matalon, 1993).

Moreira (2007, p.158) lembra que “como em toda a prática de pesquisa, as entrevistas não começam simplesmente quando a primeira pergunta é feita”. Para além do trabalho preparatório da investigação, em sentido amplo, e que conduz à decisão pelo tipo de entrevista e das questões a colocar, no que se refere à técnica propriamente dita há igualmente um trabalho preparatório a fazer, o qual tem repercussões sobre a qualidade dos dados por esta via obtidos.

Tendo em conta estes aspectos, a preparação das entrevistas mereceu-nos especial atenção, desde logo, na formulação do pedido de entrevista; a “apresentação de si” (da investigadora) - que incluiu o modo pelo qual tomáramos conhecimento dos potenciais participantes - e dos objectivos da entrevista, foram o primeiro passo; deixámos aos participantes a escolha da data e do local mais favoráveis, tendo em conta a sua disponibilidade; assegurámos, desde logo, a confidencialidade da informação: para além de ser um procedimento habitual na investigação, colocava-se aqui com particular acuidade, na medida em que se tratava de práticas cuja exposição podia colocar a questão da “perda da face”, do ponto de vista institucional e social, dada a heterodoxia das mesmas. A construção duma relação de confiança, crucial desde o início deste processo, passou em grande parte pela clareza na contextualização da investigação, pelo sublinhar da importância da informação pretendida, pelo respeito que uma “voz confiável”, como dizia um entrevistado, conseguia transmitir por telefone, aquando do contacto inicial.

Não tivemos recusas neste processo; todos os enfermeiros contactados aceitaram a entrevista e cumpriram a agenda previamente acordada. A entrevista, enquanto relação social, é muito mais do que o que se diz; a comunicação não verbal é extremamente rica na tradução de sentimentos e receios que nalgumas situações sociais não parece adequado verbalizar. Alguns participantes *davam a ideia*, à chegada, de um misto de curiosidade,

interesse pelo estudo e receio de se exporem; esta ideia era corroborada pela sua negação (na fase inicial da entrevista) da prática de outras modalidades terapêuticas não convencionais, para além daquelas de que tínhamos conhecimento *a priori* (e que lhes comunicámos aquando do pedido de entrevista), através dos enfermeiros que os haviam referenciado. Várias vezes, porém, no decorrer da entrevista, os enfermeiros acrescentavam o seu reportório das modalidades praticadas, com base na empatia e na confiança entretanto estabelecidas. Uma atitude de genuíno interesse, respeito e abertura que deliberadamente demonstrávamos, para além do sublinhar da importância da informação fornecida para a investigação em curso, parece-nos terem sido fundamentais no estimular da capacidade de “falar sobre”, que os entrevistados desenvolviam ao longo da entrevista.

A escolha do local não é indiferente; os sentidos atribuídos a uma determinada prática poderão ser melhor objectivados quando verbalizados numa situação afim àquela em que são produzidos (Blanchet e Gotman, 1992). Os locais de realização das entrevistas, sugeridos pelos entrevistados, foram essencialmente escolas de enfermagem e serviços de saúde na proximidade geográfica dos hospitais onde os mesmos trabalhavam. Aparentemente pretendendo demarcar-se da Instituição laboral, face ao carácter relativamente clandestino das suas práticas, mas aproximando-se de outra Instituição da qual revelaram esperar a legitimação dessas mesmas práticas, como os dados mostram de um modo inequívoco.

A duração da entrevista foi, em média de 1h e 30 m (variando entre 1 a 2 horas); as entrevistas foram gravadas em registo “áudio”, após autorização dos entrevistados, e o seu conteúdo integralmente transcrito (como a seguir explicitaremos).

As *técnicas de incitamento* com que conduzimos a entrevista caracterizaram-se pela flexibilidade na adequação ao discurso dos entrevistados (Ruquoy, 1997; Charmaz, 2006): o respeito pelos silêncios, permitindo a reflexão e a elaboração do pensamento, na procura das palavras que melhor traduzissem as práticas reveladas e os sentimentos experienciados; o encorajamento a prosseguir, através de expressões breves, indiciadoras do interesse pelo que era dito; reformulações de pequenas partes do discurso, permitindo o aprofundamento das ideias expressadas; o convite mais directo a prosseguir o discurso, afirmando o interesse pelo mesmo; o aprofundamento, solicitando a explicitação de determinado tópico menos clarificado, num primeiro momento; e, acima de tudo, uma atitude reveladora de genuíno interesse pelo entrevistado e da importância da sua informação para a realização do estudo.

O *banco* de potenciais entrevistados, sucessivamente construído, em *bola de neve*, não foi esgotado; a saturação teórica conseguida através das entrevistas revelava-se insuficiente, tal como prevíamos, enquanto critério de saturação para a investigação. A amostragem teórica conduziu-nos, assim, à observação (com a possibilidade de incluir outro grupo de actores - os doentes), a qual apresentaremos a seguir.

A observação

A observação permite ao investigador colher dados em situações “naturais”, em tempo real, onde, como e quando a acção social se constrói (Flick, 2005; Arborio e Fournier, 1999). Supõe, para isso, vários procedimentos de acesso, que legitimem a entrada e a presença mais ou menos prolongada do investigador no terreno, permitindo-lhe a construção de uma relação social com o meio que pretende estudar, para nele encontrar um lugar (Peretz, 2000). Remetemos para anexo os procedimentos de carácter administrativo que nos permitiram aceder ao campo de observação.

Como situação social complexa, a observação supõe, de acordo com Spradley (1980), 2 fases principais, que o autor classifica como observação de “Grande Volta” e observação de “Pequena Volta”. A primeira diz respeito aos referenciais mais genéricos da situação, servindo sobretudo para o investigador se orientar no *terreno*; a segunda refere-se aos aspectos particulares e específicos da situação social a observar, direccionada ao objecto de estudo.

Charmaz (2006) concede a primazia ao segundo aspecto – o estudo do fenómeno ou processo, mais do que ao contexto em si mesmo; nesta linha, faremos um breve e genérica apresentação do contexto - espaço, actividades e actores, remetendo para Anexos informação mais detalhada sobre o mesmo; deter-nos-emos seguidamente sobre o processo de cuidados, baseado na prática de modalidades terapêuticas não convencionais, com o objectivo de o compreender, na lógica dos actores que o constroem.

A figura seguinte apresenta a planta da unidade onde decorreu a observação.

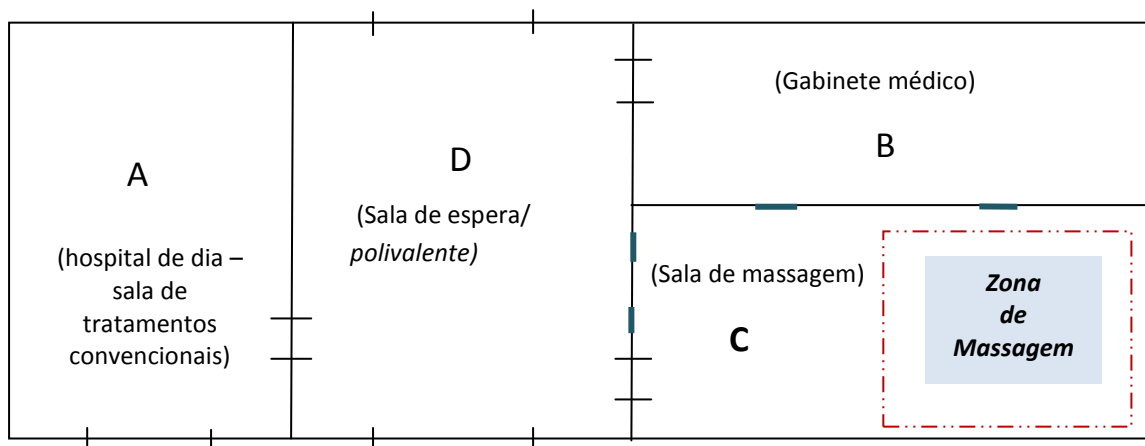


Figura nº 2 - Planta da Unidade da Dor

Numa breve *visita guiada* sobressai a sala de massagem, palco principal da acção social observada. A demarcação da zona de massagem é feita pela marquesa, à volta da qual se dispõe o restante equipamento: uma pequena mesa de apoio com cremes e óleos de massagem, um pequeno armário onde se guardam toalhas e lençóis, bem como uma prateleira fixa na parede, com uma *aparelhagem* de som e vários *cd^{as}* de música clássica e de relaxamento guiado por voz.

O ambiente é acolhedor: paredes de cor branca, decoradas com dois quadros representando cenas da natureza (mar e flores) e pequenos posters com informação diversa, salientando-se uma escala analógica de avaliação da dor e 1 grande poster representativo das zonas reflexas do pé; temperatura agradável (variável em função da *definição* de conforto do doente e do enfermeiro), através de ar condicionado e/ou aquecedor a óleo; semi-obscuridade, através de persianas em relação à janela para o exterior e através de estores, em relação às clarabóias interiores. A porta permanece fechada durante o tempo de prestação de cuidados e as interrupções só são permitidas em situações excepcionais e/ou urgentes, assegurando assim a privacidade dos cuidados.

As actividades aqui desenvolvidas podem classificar-se em dois grupos: As relativas à organização e arrumação do espaço, desenvolvidas nos intervalos dos diferentes episódios de prestação de cuidados e cujo objectivo é proporcionar um ambiente agradável, funcional e seguro; e as que se referem à prestação de cuidados de enfermagem, traduzidos formalmente na realização de massagem terapêutica, mas abrangendo uma diversidade de outras modalidades, como: a utilização da música e de aromas, a aplicação de agentes

físicos – calor e frio, relaxamento guiado por voz, massagem reflexa dos pés, drenagem linfática, entre outros.

Os actores *observados* foram os doentes e os enfermeiros que, nesta situação de cuidados, constituíam uma díade. Nalgumas situações também o familiar acompanhante era alvo da nossa atenção, embora essa situação se revelasse pouco frequente, na medida em que os doentes vinham sozinhos aos tratamentos, na maioria das vezes.

Apresentado o contexto, é sobretudo o processo que nos interessa. Entrámos em campo com as questões de investigação iniciais, procurando as respostas que, numa lógica de amostragem teórica, “nos conduzissem onde queríamos ir” (Charmaz, 2006): à compreensão tão completa quanto possível do fenómeno em estudo, nas suas várias dimensões. Para isso, havia que decidir sobre o modo de observação, o qual está intrinsecamente ligado à escolha do papel social a desenvolver na situação. Esta decisão deriva, em parte, das características do campo, mas também dos objectivos da investigação, a que não é alheia a postura epistemológica adoptada pelo investigador. (Arborio e Fournier, 1999).

Os vários níveis de implicação do observador na acção vão desde a mera observação à participação total. No nosso caso, adoptámos o papel de “observador participante”, o que implica um grau reduzido de participação (Peretz, 2000; May, 2004; Flick, 2005; Spradley, 1980), permitindo, contudo, a proximidade necessária para “compreender o mundo social do interior” (Lessard-Hébert et al, 1990), nomeadamente no que se refere aos sentimentos, emoções e significados, captados através dos aspectos simbólicos da acção, os quais ultrapassam frequentemente a competência discursiva dos actores.

A entrada em campo constitui um acontecimento de particular importância. Adoptámos algumas estratégias de construção do papel de investigadora, facilitadoras da nossa aceitação em campo, seguindo as sugestões de Arborio e Fournier (1999), nomeadamente: A “apresentação de si” e a explicitação dos objectivos da pesquisa aos vários actores envolvidos; a obtenção do consentimento informado dos utentes (através da sua leitura e assinatura de documento apropriado – anexo IV); a garantia do anonimato; a neutralidade valorativa face à acção social observada. Um elemento simbólico igualmente importante foi o uso da bata branca, reforçando a nossa pertença profissional – dado que nos apresentávamos como investigadoras e enfermeiras - logo, alguém confiável, o que nos parece ter sido deveras importante na pronta e total aceitação que sentimos, por parte dos doentes.

O guião de observação (anexo VI), com a flexibilidade e fluidez que caracteriza o processo da Grounded Theory, na perspectiva adoptada (Charmaz, 2006), foi um elemento importante nas necessárias decisões de amostragem, em sentido amplo – o que se refere às pessoas, acontecimentos e *timings* de observação.

A observação participante compreende uma série de técnicas de colheita de dados, que vão desde a observação propriamente dita às conversas de carácter social com os participantes, curtas entrevistas informais, consulta de documentos, etc., permitindo uma colheita de dados ampla e tão completa quanto possível (Moreira (2007). Neste sentido, estendemos *o espaço e o tempo de observação* para além do desenvolvimento estrito das práticas de cuidados, confinadas à sala de massagem, acompanhando os enfermeiros nas curtas mas frequentes pausas inter-massagens, nos espaços de convivialidade (incluindo o bar do hospital) em que a conversa espontânea revela aspectos que um contexto mais formal desencoraja; sobretudo quando se trata de práticas cuja racionalidade escapa ao formal e *cientificamente* correcto e, por essa razão, se omitem na formalidade do contexto em que normalmente acontecem (Arborio e Fournier (1999).

Peretz (2000, p. 77) refere-se à participação no campo como “o modo de presença do observador no interior do meio observado”. Esta definição foi-nos muito útil como guia do nosso envolvimento, tentando, a cada momento, jogar com as posições de *outsider/insider* face às diferentes situações, permitindo a flexibilidade necessária à interacção (Spradley, 1980).

A naturalização da presença do investigador no terreno é uma condição da construção do seu papel, permitindo-lhe um acesso integral ao campo, mesmo nos seus aspectos mais privados. Nesse sentido, a participação na acção pode pontualmente fazer parte do seu modo de presença, assumindo aqui uma posição de *insider*; foi o que aconteceu quando, após repetidos convites à acção (realização de massagem), inicialmente recusados, decidimos aceder, na sequência já não de um simples convite mas de uma solicitação. Também a posição de *outsider* assume especial importância ao permitir-nos “sair de cena” e tentar compreender a acção para além dos pré-conceitos com que habitualmente a olhamos, como aconteceu ao observarmos um enfermeiro a realizar massagem com luvas; “sair de cena” permitiu, através do questionamento do pré-conceito, encontrar novas formas de compreender o fenómeno, através da compreensão da perspectiva do actor e, ao mesmo tempo, actualizar e ampliar conceitos relativos à prática de enfermagem.

A reflexividade é um importante mediador do modo de presença em campo. De la Cuesta (2003) afirma que a reflexividade converte o investigador em instrumento de questionamento com que constrói o seu estudo. Também Charmaz (2006), reconhecendo o stock de conhecimentos, de valores, de sentimentos... que o investigador traz para a observação, afirma que o mesmo tem que ser reflexivo acerca do que traz para a cena, o que vê e como vê, numa atitude de abertura que lhe permita ver para além desse mesmo stock, como fizemos (as notas metodológicas/reflexivas, que remetemos para Anexos, documentam a construção do nosso papel de investigadora, testemunhando com mais pormenor todos estes aspectos).

Uma questão particularmente importante na observação prende-se com a tomada de notas, convertendo situações sociais em dados, passíveis de análise; na Grounded Theory essa análise faz-se por comparação constante com outros dados já obtidos e orienta o investigador na colheita de novos dados, procurando a saturação teórica. Cientes desta importância, elaborámos os registos em “dois tempos”: durante a observação, sempre que isso não se revelou perturbador para os observados e as condições do ambiente o permitiam (o ambiente normal da prática da massagem é escurecido), em pequeno bloco de bolso e sob a forma de frases-chave - registo condensado; a partir deste e no final de cada período de observação, uma descrição exaustiva do que tinha sido observado – registo expandido (Spradley, 1980; Arborio e Fournier, 1999; Peretz, 2000; Moreira, 2007).

Quanto à tipologia dos registos, seguimos as orientações dos mesmos autores, as quais se articulam muito bem com o *modus operandi* da *Grounded Theory*, a saber:

- Notas de observação propriamente ditas ou notas descritivas: referem-se à acção social observada, em sentido lato; incluem: o quê, onde, como, porquê, com quê. Contextualizam a acção e orientam o investigador no terreno, por um lado; por outro lado, referem-se aos aspectos particulares e específicos da situação social a observar, tendo em conta o objecto de estudo (pequeno excerto, anexo VII).

- Notas metodológicas e reflexivas: dizem respeito a problemas de abordagem ao terreno, constrangimentos, bloqueios ou, pelo contrário, abertura e facilitação, bem como à expressão dos sentimentos do investigador, dando conta da construção do seu papel de observador. Nesta tipologia de registo procedemos à elaboração de um episódio de registo relativo a cada mês de permanência no terreno, devidamente intitulado, e que, de acordo com a designação desta tipologia, traduzia aspectos metodológicos que tinham marcado o período de observação a que se reportavam ou, como também apropriado, nos levaram a

questionar e a reflectir sobre acontecimentos e determinados dados que suscitavam, de imediato, uma atenção particular (anexo VIII)

- Notas teóricas ou de análise: tratam dos conceitos e de “toda a forma de generalização que acode ao espírito do investigador” (Peretz, 2000) durante a observação; de acordo com o método da *Grounded Theory*, este tipo de notas consubstancia-se na elaboração de *memoranda*. Na fase da pesquisa em que introduzimos a observação, e considerando-a uma estratégia de amostragem teórica, os *memoranda* produzidos têm um cariz marcadamente analítico, na procura da saturação teórica das categorias induzidas (Charmaz, 2006).

Uma breve alusão a uma técnica de colheita de dados a que recorreremos subsidiariamente, incluída na observação participante: a consulta de documentos, nomeadamente dos registos de enfermagem escritos no processo clínico dos respectivos doentes; foi nosso objectivo conhecer o modo pelo qual os enfermeiros documentam o processo de cuidados, essencialmente no que se refere à sua dimensão avaliativa, neste caso em relação aos resultados da prática de modalidades terapêuticas não convencionais. O período de análise correspondeu ao período de observação. O carácter estereotipado dos registos analisados deu um fraco contributo a este estudo; contudo, apresentamos o resultado da análise efectuada integrado na análise da categoria a que se refere – “avaliando o processo”.

A saída do campo deixou a porta aberta para possíveis reentradas; ficámos com os contactos de todos os enfermeiros participantes e efectuámos uma reunião com a enfermeira directora, dando conta do *terminus* da colheita de dados, salvaguardando, no entanto, a possibilidade de um retorno pontual em função da necessidade de saturação teórica, critério essencial da *Grounded Theory*. Apesar da simultaneidade dos procedimentos de colheita e análise dos dados, característica deste método, ainda assim o trabalho de reflexão e leitura mais aprofundadas, numa fase posterior de escrita analítica, podem suscitar a necessidade de um retorno ao campo.

No caso do nosso estudo, e como documenta o desenho do mesmo (figura nº 1), o retorno aconteceu por via da realização de um *workshop* de validação da análise dos dados (anexo X), estando previsto ainda um momento de divulgação dos resultados da investigação; a enfermeira coordenadora do “projecto bem-estar” foi o elo de ligação privilegiado destes contactos.

PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados colhidos através das técnicas apresentadas constituíram a base de dados: os registos gravados das entrevistas foram integralmente transcritos, após o que foram triados e expurgados de repetições e aspectos não importantes para o estudo; procedemos também ao registo expandido das notas de campo, à medida que decorria a observação, com a tipologia de notas caracterizada anteriormente. A base de dados resultante destes procedimentos é constituída por um total de 503 folhas, sendo 351 provenientes do registo das entrevistas, e 152 da observação participante; todas as folhas (470) sujeitas a codificação (anexo IX) estão escritas em mancha reduzida, com margem larga à direita (5 cm), para escrita dos procedimentos de codificação, e *caixa de texto* ao fundo da folha, para anotação de *insights* analíticos.

Charmaz (2006/2008) propõe um manejo flexível dos elementos da *Grounded Theory*, lembrando: os vários níveis de codificação, os *memoranda* e a amostragem teórica. Esta flexibilidade depende, em grande parte, da capacidade do investigador para tolerar a ambiguidade (2006), tendo como suporte a orientação que define no seu material empírico. E chama a atenção de que compreender o fenómeno na lógica dos actores que o constroem não significa adoptar os seus pontos de vista, mas antes interpretá-los. Um elemento fundamental em todo este processo é a reflexividade, cuja importância heurística reside na capacidade de auto-questionamento do investigador face ao seu conhecimento, valores e crenças, no confronto com o conhecimento científico estabelecido e no compromisso do rigor metodológico que coloca na investigação.

Tendo por base o algoritmo do método da *Grounded Theory* (diagrama nº 3), passamos a apresentar os procedimentos de análise efectuados.

Seguimos o proposto por Charmaz (2006), adoptando a sua sugestão de um uso flexível do *modus operandi* deste método, que caracteriza a perspectiva construtivista do mesmo. A explicitação dos procedimentos realizados é condição de inteligibilidade de todo este processo, pelo que passamos a caracterizá-lo, ainda que de um modo sucinto (em anexo apresentamos um exemplo operacional do processo de codificação, nos vários níveis).

- Codificação inicial ou análise de 1º nível (microanálise), *tendencialmente* “linha-a-linha”; escrevemos o código inicial na margem direita das respectivas folhas.

Este código reflecte as tensões iniciais entre um nível predominantemente descritivo, que o caracteriza, e os primeiros *insights* analíticos, bem como tópicos mais estáticos e processos dinâmicos. Neste nível de codificação, Charmaz (2006) sugere alguns princípios

facilitadores da análise, que adoptámos, nomeadamente colocar perguntas aos dados, do tipo: do que trata o estudo? O que sugerem os dados? Do ponto de vista de quem? Que categoria (teórica) é possível começar a vislumbrar, a partir de um dado específico? A autora oferece ainda outras sugestões de ordem prática, como: espontaneidade e abertura, para um olhar “fresco”; permanecer focado nos dados, preservando o ponto de vista dos participantes; nomear os códigos de um modo tão simples e preciso quanto possível; o uso do tempo verbal *gerúndio*, o que dá um sentido de processo, de acção e de sequência. Esta última sugestão não foi inteiramente seguida, dada a diferença da natureza linguística (inglês/português), pelo que o tempo verbal utilizado na nomeação do código variou entre o gerúndio e o infinitivo, procurando a forma que melhor transmitia, na língua portuguesa, o sentido pretendido. Este nível de codificação permite, essencialmente, estabelecer “direcções de análise” (p. 57), as quais se afinarão no nível de codificação seguinte.

- Codificação focalizada ou análise de 2º nível: consiste na selecção, de entre os códigos iniciais, dos mais frequentes e/ou com maior potencial interpretativo; assinalámo-los com cor azul, na mesma margem da folha, seguindo os seguintes princípios: mantendo as expressões dos participantes (códigos *in vivo*); elaborando códigos (teóricos) que mantinham o sentido implícito (atribuído pelos participantes) mas com linguagem “do investigador” (leia-se, da sua área científica, o que inclui e legitima o recurso à teoria); e elaborando códigos (substantivos) que reflectem acções ou se referem a contextos específicos. Este nível de codificação permite sintetizar e compreender largos segmentos de dados; o código focalizado é mais selectivo e conceptual do que o código inicial.

A comparação constante – inter dados, inter códigos e dos códigos com os dados – é o método que permite encontrar o sentido da análise e prosseguir o movimento analítico no sentido da maior abstracção, da codificação inicial à codificação teórica, a qual constitui o último nível.

- Codificação teórica (análise de 3º nível): elaborada a partir dos códigos focalizados, movendo a análise numa direcção teórica. Os códigos teóricos são integrativos, dando coerência à história analítica que permitem contar. Refinam a pesquisa, acrescentando precisão e clareza (Charmaz, 2006, p.63). Em termos de operacionalização, no nosso estudo estes códigos foram assinalados com letras maiúsculas (E; L; H; M; F; A; C; J; G), escritas na cor laranja (na margem direita da folha, tal como nos anteriores níveis de codificação); as letras repetidas referem-se a códigos com a mesma área de significado/mesma categoria, que o movimento analítico permitiu nomear de um modo inclusivo. Os códigos teóricos estão marcados com o símbolo **p** (também na cor laranja),

apenas na 1ª vez em que surgem no *corpus*, para mais fácil movimentação em termos da *comparação constante* em que se baseia o movimento analítico.

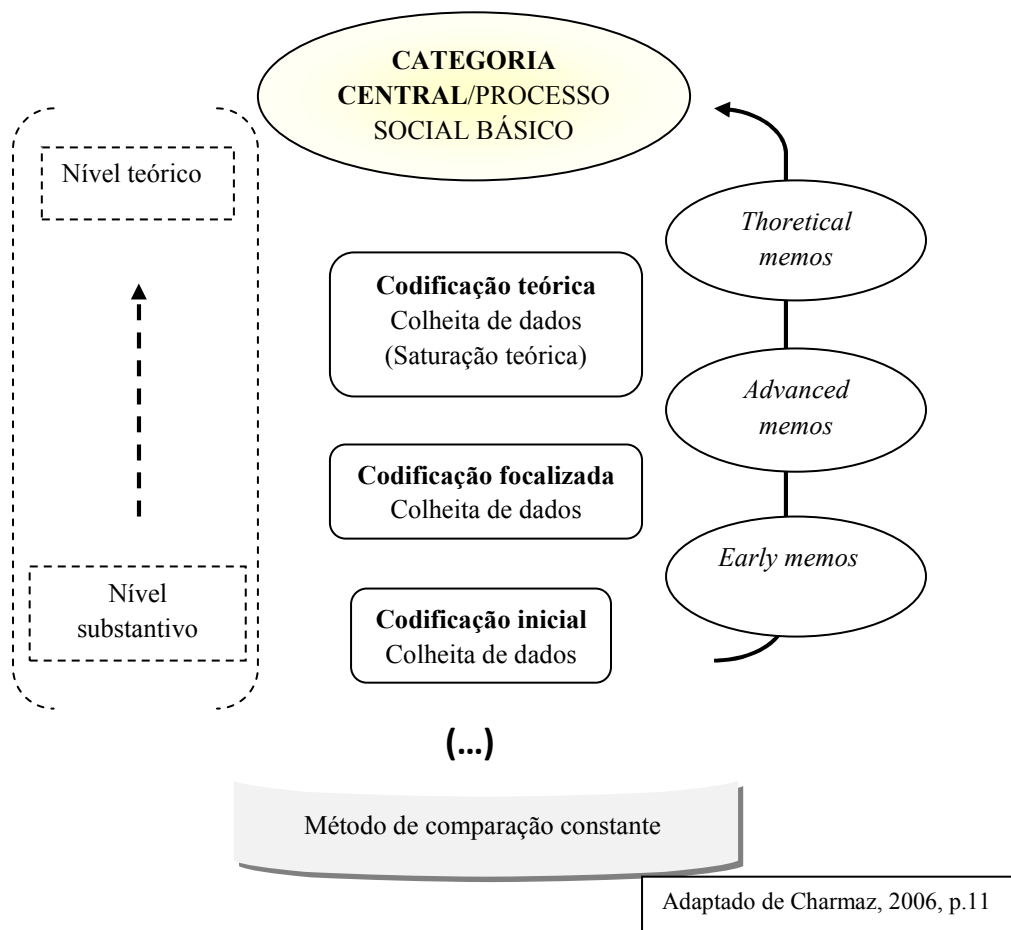


Diagrama nº 3 - Algoritmo do método da Grounded Theory

A cada código foi atribuída uma cor específica⁴, o que significou que todos os segmentos de texto constituintes do *corpus*, aos quais foi atribuído significado analítico, foram sublinhados na cor do código a que se referiam, através da função “cor de realce do texto”, do Windows 97; esta operação permitiu reconstituir diversos textos de significado, a partir do texto-base, recontextualizando o *corpus* original de acordo com as categorias de análise. Este é um aspecto de importância fundamental no processo de comparação constante inter-categorial.

⁴ As cores dos códigos, indicadas de acordo com a função “realce do texto”, do Windows 97, foram assinaladas como se segue: E = cinzento a 50%; H = cinzento a 25%; L = verde cinza; M = amarelo escuro; F = rosa choque; A = amarelo; C = azul-turquesa; J = verde-claro; G = verde.

Os *memoranda* são um elemento fundamental da Grounded Theory; a sua escrita permite definir, desenvolver e refinar as categorias, através da análise que suporta. Definir uma categoria é, antes de mais, identificar e explicitar as suas propriedades ou características, indo tão longe quanto possível no desenvolvimento conceptual das mesmas.

As categorias traduzem processos, acontecimentos ou ideias, através de um processo de subsunção face à diversidade de códigos inicialmente assinalados, constituindo-se como elementos conceptuais no processo de teorização. E, como afirma a autora (2006, p.92) “categories may consist of *in vivo* codes that you take directly from yours respondents discourse or they may represent your theoretical or substantive definition of what is happening in the data”.

Sugerindo diferentes níveis de abstracção Charmaz propõe, contudo, tornar as categorias tão conceptuais quanto possível – com poder de abstracção, alcance geral e direcção analítica, e simultaneamente consistentes com os dados.

São os vários níveis de *memoranda* que permitem avançar com a análise através dos vários níveis de codificação, como ilustra o diagrama nº 3, e desenvolver e refinar as categorias, imprimindo densidade teórica ao desenvolvimento da investigação. Constituem, como refere Charmaz (2006, p.94), o cerne da *Grounded Theory*.

Explicitados os procedimentos de análise apresentamos, em jeito de síntese, um diagrama representativo do desenvolvimento categorial, mostrando as categorias induzidas e as relações entre as mesmas (diagrama nº 4).

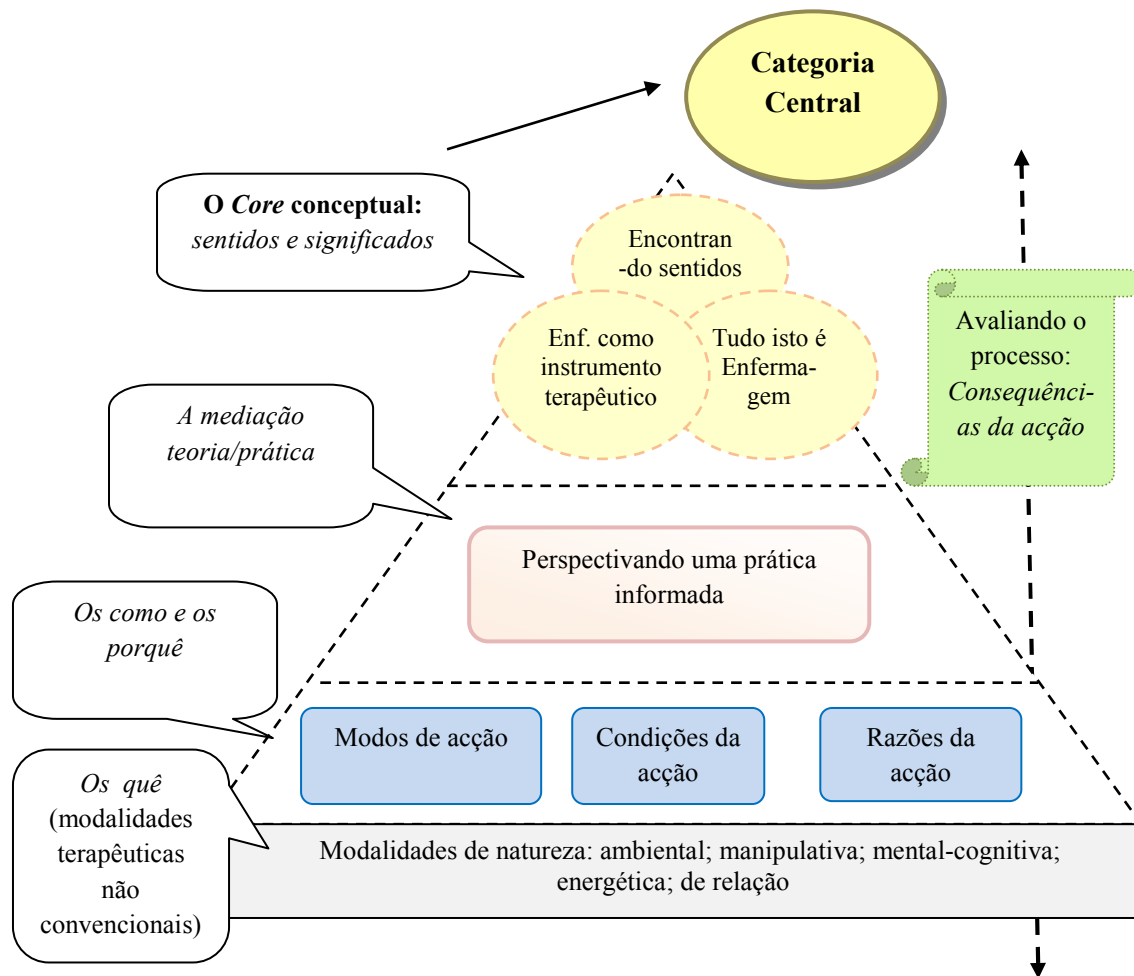


Diagrama n° 4 - Processo de indução categorial

O capítulo seguinte é constituído pelos *memoranda* teóricos, cuja lógica de integração explicitaremos, constituindo a trama compreensiva do fenómeno em estudo (em anexo colocamos um exemplo de um *memorandum* inicial).

Este movimento de abstracção conduzirá à identificação da categoria central, de acordo com o algoritmo do método.

PARTE II

CONSTRUINDO CONHECIMENTO: DA PRÁTICA À TEORIA

4 – INTEGRANDO MODALIDADES TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS NO PROCESSO DE CUIDADOS: CONSTRUINDO A TEORIA

“A verdadeira viagem de descobrimento não está em encontrar novas paisagens mas em ter novos olhos”

Marcel Proust

Este capítulo constitui-se na construção da teoria propriamente dita. Charmaz (2006, p.123) afirma que *Teoria* é um termo instável e movediço no discurso da Grounded Theory, reflectindo as duas correntes dominantes do método. Na perspectiva construtivista que defende, a autora considera que um objectivo fundamental da teoria é mostrar a complexidade do mundo social em estudo, nos processos e acções particulares que o caracterizam.

Como refere Morse (2007), a complexidade do mundo social deve lembrar aos investigadores que a teoria não esgota essa complexidade: ela é, sobretudo, *a melhor suposição*, face aos dados empíricos que lhe servem de suporte. É, frequentemente, um modo de revelação do óbvio, mas também do implícito, do desconhecido e do (por vezes) intencionalmente *escondido*, como acontece nesta investigação.

Seguindo as sugestões de Charmaz (2006/2008), elaborámos a teoria de um modo integrado, articulando a compreensão analítica do fenómeno, a partir do desenvolvimento das categorias teóricas, com a revisão da literatura; neste âmbito, e com base em diversos estudos, documentámos as posições de outros autores, algumas das quais criticámos, expondo um olhar original sobre o assunto em discussão. Congruente com a lógica do método, de *enraizamento* nos dados, documentámos abundantemente a teoria com material empírico (Charmaz, 2006/2008; Flick, 2005).

Mais do que explicitar proposições teóricas, entrelaçámos a teorização na narrativa, cujo resultado é uma teoria que, apesar de mais difusa, é mais abstracta, mais geral e de carácter essencialmente formal (Charmaz, 2006). Como referido anteriormente, os *memoranda* constituem a estrutura do processo de teorização. O modo como se apresentam na relação das diversas categorias que teorizam é, em si mesmo, um elemento integrante da teoria, na medida em que ao indicar uma lógica de análise torna as relações conceptuais inteligíveis.

A lógica por nós adoptada na *integração dos memoranda* enquanto base de teorização segue o processo de indução categorial, na resposta às questões de investigação: partindo do *quê* – que modalidades terapêuticas não convencionais utilizam os

enfermeiros, mostramos *os como* – os diversos modos de acção, *contextualmente situados* – as condições da acção. A perspectiva construtivista da *Grounded Theory* permite, de acordo com Charmaz (2008), formular *why questions*, não no sentido da causalidade linear mas na compreensão das razões pelas quais os actores constroem a acção, de acordo com os modos identificados: é o que apresentamos através do desenvolvimento da categoria “razões da acção”. Notamos com particular interesse a indução duma categoria a que atribuímos um estatuto de *mediação* – e que a respectiva posição no diagrama sugere - a qual diz respeito à apropriação dos saberes que fundamentam o *quê* da acção, perspectivando uma prática informada.

Ainda num registo de *why questions*, mas com um nível de abstracção mais elevado, integramos um conjunto de 3 categorias estreitamente relacionadas, as quais constituem o *core* conceptual deste estudo: estas dão conta dos sentidos e significados que os actores atribuem à acção que desenvolvem, percebendo-se eles próprios como parte dessa acção, nomeadamente no *uso terapêutico de si*. Finalmente, e com carácter de transversalidade, integramos o memorandum relativo à categoria “avaliando o processo”, cujo sentido analítico em termos metodológicos remete para *as consequências da acção*, ou seja, o resultado das práticas em estudo.

O diagrama analítico suporta, simultaneamente, o ponto de chegada da indução categorial e o ponto de partida da conceituação teórica, transmitindo, através da sua forma piramidal, as relações inter-categoriais. A utilidade dos diagramas enquanto elemento organizador do processo de análise é defendida por Charmaz (2006), face à flexibilidade de procedimentos que propõe.

Assim, este capítulo apresenta-se constituído em subcapítulos, cada um dos quais intitulado com a designação da categoria a que diz respeito; um diagrama inicial relativo a cada categoria apresenta as propriedades enquanto elementos definidores da mesma e as conexões analíticas que permitem a sua compreensão.

Tivemos em conta as sugestões de Charmaz (2006), segundo a qual os actos envolvidos na teorização incitam a procurar possibilidades, estabelecer conexões, e formular questões; a abertura para o inesperado é também uma disposição fundamental, na medida em que permite expandir a perspectiva do fenómeno e as possibilidades teóricas.

4.1 - CARACTERIZANDO AS MODALIDADES TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS (código E)

Esta categoria, de nível mais substantivo, refere-se, em 1ª linha, à identificação e sistematização das modalidades terapêuticas não convencionais que os enfermeiros participantes do estudo utilizam na sua prática profissional. Refere-se, também, às características das diversas modalidades, relacionadas com a natureza e as exigências das mesmas face à sua utilização na prática de Enfermagem. A última propriedade diz respeito às condições e aos vários *settings* de aplicação, significando: por um lado, a inventariação das situações de saúde-doença em que é considerado útil a utilização das várias modalidades terapêuticas não convencionais; e, por outro lado, significa a referência aos diversos contextos de trabalho dos participantes, mas também a outros serviços que os enfermeiros perspectivam como contextos apropriados para integração deste tipo de modalidades terapêuticas, para além daqueles em que os próprios as utilizam.

O diagrama seguinte apresenta a categoria em análise.

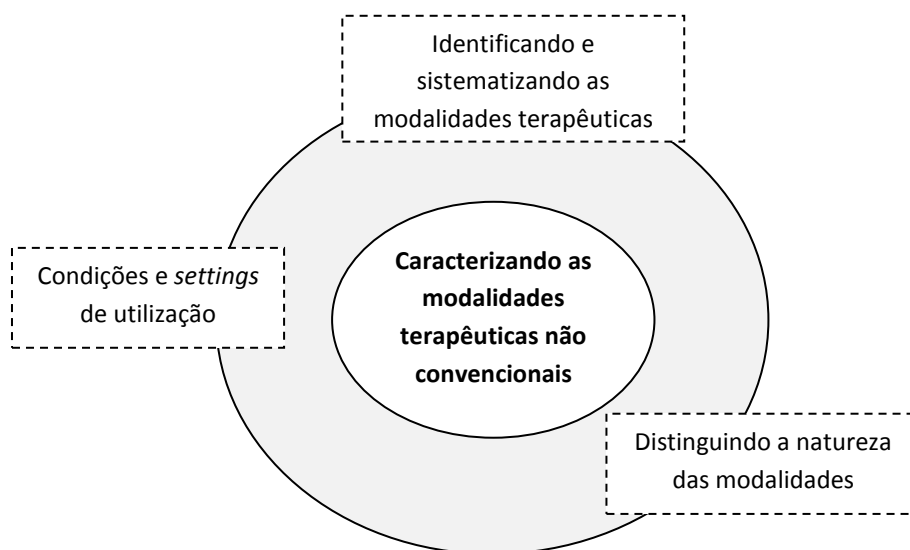


Diagrama n° 5 - Elementos definidores da categoria “Caracterizando as modalidades terapêuticas não convencionais”.

As modalidades terapêuticas não convencionais identificadas no terreno da investigação, são sistematizadas tendo por base a classificação do National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM, 2004), também adoptada por Snyder

e Lindquist (2006) e por Watson (1999/2002), e tendo ainda em conta o modelo de Engebretson (1997). É o que apresentamos no quadro seguinte.

Quadro nº 5 – Modalidades terapêuticas não convencionais encontradas no terreno

Grupo classificativo	Modalidades
Modalidades Ambientais	A utilização da música e de aromas; a luminosidade e a temperatura; o uso da cor.
Modalidades Manipulativas	Massagem (vários tipos): massagem terapêutica, reflexologia, shiatsu, e drenagem linfática; aplicação de agentes físicos (calor e frio).
Modalidades Mentais-Cognitivas	Hipnoterapia; técnicas de distração da dor (imagem guiada); o uso do humor; várias técnicas de relaxamento (guiado por voz; yoga); oração; leitura guiada.
Modalidades Energéticas	Reiki, “toque terapêutico”, acupressão.
Modalidades <i>de Relação</i>	Uso intencional do silêncio e da conversação; o tom de voz; <i>o aconchego</i> .

As modalidades que constituem o reportório assinalado referem-se àquelas de que os enfermeiros parecem ter consciência enquanto tal, identificando-as na sua prática. Contudo, um olhar atento, *investigativo*, sugere-nos várias outras modalidades das quais, por falta de nome e de sistematização, os enfermeiros têm uma consciência difusa e às quais, em grande parte por esta razão, atribuem uma importância e um estatuto marginais (Watson, 2002); incluem-nas, quando se lhes referem, numa designação ampla de “outras técnicas”. O excerto seguinte de um período de observação, relativo à integração duma doente no projecto “bem-estar” - designação formal, na Instituição, das actividades desenvolvidas no âmbito da massagem, na unidade de Dor - ilustra este aspecto: “*o enfermeiro recebe-a com cordialidade e (...) começa por lhe apresentar este projecto: diz o que fazem ali – massagem, relaxamento e «outras técnicas»; refere os objectivos do mesmo e o que pode esperar...*” (Obs15, Enf^o). Por estas razões, mas também por outras características, específicas deste conjunto de modalidades terapêuticas, atribuímos-lhe uma outra designação categorial, a de “enfermeiro enquanto instrumento terapêutico”, que desenvolveremos e explicitaremos oportunamente.

Quanto à **natureza das modalidades terapêuticas** encontradas no terreno da pesquisa, uma breve nota de apresentação genérica, relativa ao grupo classificativo que integram; cada uma das modalidades terapêuticas será caracterizada aquando do desenvolvimento teórico das categorias em que se integram - “tudo isto é enfermagem” e “o enfermeiro como instrumento terapêutico” - para melhor compreensão das mesmas. Assim, temos:

- As modalidades ambientais consistem genericamente em criar um ambiente favorável para que o organismo desenvolva as suas capacidades auto-curativas. Constituem um legado valioso de Nightingale (Nightingale, 2006 - ed. póstuma; Watson, 2002; Dossey et al, 2005), avançado para a sua época e ainda não cabalmente compreendidas na enfermagem actual. A eficácia dos resultados deste tipo de modalidades – ainda que numa pequena parte - é inquestionável: cuidadosamente avaliada e registada por Nightingale, aquando da guerra da Crimeia, traduziu-se numa redução notável da taxa de mortalidade entre os soldados feridos e doentes em combate. Contudo, o leque deste tipo de modalidades terapêuticas é bem mais lato do que a salubridade ambiental, a qual constitui actualmente uma condição básica e comum nos serviços de saúde; Nightingale propunha uma diversidade de modalidades ambientais como o ambiente estético, decorativo, sonoro, luminoso, de orientação espacial (a disposição da cama no quarto dos doentes) e até de inserção paisagística (Watson, 2002; Dossey et al, 2005).

- As modalidades manipulativas, como sugere a designação, consistem em movimentos de manipulação dos tecidos corporais, através de movimentos específicos e seguindo determinados princípios, que podem ser contraditórios entre si, de acordo com o seu fundamento teórico: cinestésico (em que se baseia, por exemplo, a *massagem de conforto*), ou energético (base do shiatsu e da reflexologia); no primeiro caso os movimentos seguem o princípio da circulação de retorno, enquanto no segundo caso seguem o sentido do movimento energético, nem sempre coincidente com o anterior.

- As modalidades mentais-cognitivas baseiam-se na assumpção de que a mente tem a capacidade de influenciar o funcionamento do corpo (tal como o contrário, que também é verdadeiro). Mente e corpo não são, assim, entendidos como entidades separadas, mas como dimensões da pessoa – a par de outras – que se influenciam mutuamente (Snyder e Lindquist, 2006). Usam o poder da imaginação para efectuar mudanças nas dimensões física, emocional ou espiritual (Post-White e Fitzgerald, 2006), como na *imagem*, a qual é

usada comumente nas formas de imagem guiada (uma das *técnicas de distração da dor* encontradas no contexto da observação), e auto-hipnose.

- As modalidades energéticas combinam terapias baseadas na noção de campo biológico e electromagnetismo biológico (Snyder e Lindquist, 2006). O conceito de energia em que se baseiam é talvez o menos bem compreendido de entre os fundamentos da generalidade das modalidades terapêuticas não convencionais. Conceito oriundo da filosofia oriental faz parte integrante do modo de compreender o mundo e a pessoa, no Oriente, o que inclui os aspectos relacionados com a saúde. Concebida como “um princípio intangível e perene que produz a animação dos seres” (Kauffman, 2002), impregna não só todos os seres vivos como o seu ambiente, estando na origem de tudo, através de processos de produção e destruição contínuos; nesta concepção, energia e matéria são intercambiáveis e constituem apenas estados diferentes da mesma *realidade fundamental* (Van Nghi e Bijaoui, 2000; Ping, 2002).

Entretanto, estudos realizados em contexto hospitalar (Paris), dirigidos por Darras e Vernejoul (1984), e utilizando um marcador (*Technétium 31*) por via endovenosa, parecem confirmar o trajecto do meridiano energético do Rim, tal como definido pela medicina chinesa (Kauffmann, 2002).

- As modalidades de relação: a relação constitui a base dos cuidados de enfermagem, os quais acontecem predominantemente numa esfera de proximidade. Contudo, e tendo em conta as várias possibilidades relacionais, referimo-nos aqui às que são, em si mesmas, dotadas de potencial terapêutico. Este tipo de modalidades requer um elevado nível de inteligência emocional – para além dos processos cognitivos envolvidos – no sentido do reconhecimento das emoções e dos sentimentos de si próprio e do outro, e da sua utilização nos processos de interacção terapêutica (Watanuki et al, 2006). É o que acontece, a título de exemplo, no contexto observado, com a gestão do silêncio e da conversação.

Uma característica reconhecida destas modalidades terapêuticas presente na literatura, mas sobretudo assumida de um modo muito consciente pelos participantes, é o facto de terem em conta a globalidade da pessoa; esta característica traduz-se, aquando da sua utilização, mais do que na melhoria ou na cura do sintoma, mas sobretudo num “acréscimo de bem-estar” frequentemente difícil de dizer com mais clareza mas sempre presente nos discursos. Um utente a quem tinha sido realizada massagem parcial (região

dorsal) e alguns minutos de relaxamento com música, após administração de analgésico por via parentérica, em situação de dor lombar severa, auto-avaliando a dor remanescente, diz sentir-se francamente melhor: *“naturalmente que o medicamento também tem o seu peso no alívio da dor... está talvez agora no seu efeito máximo... mas, sem dúvida que o que me fez está a ajudar imenso, porque não é só o alívio da dor... sinto um bem-estar que ultrapassa esse alívio...”*(OP17).

Opinião idêntica expressam os enfermeiros, com também idêntica dificuldade em precisar o que vêem acontecer, de acordo com a avaliação que fazem das diversas situações de cuidados, neste âmbito, como relata o seguinte excerto de entrevista: *“quem tem dor não está bem: Nós damos um comprimido e a pessoa se calhar fica melhor. Mas se fizermos uma outra abordagem, por exemplo (...) um shiatsu... acaba por melhorar o todo, porque a verdade é que a abordagem que se faz (...) do toque, da massagem de ponto, ... podemos depois aproveitar e equilibrar o resto das energias”* (EI7).

Este “bem-estar acrescido” e a harmonização e equilíbrio frequentemente referidos em associação, constituem a mais-valia deste tipo de intervenções e são a tradução real e prática dos princípios teóricos que afirmam, de “olhar a pessoa como um todo”.

Outra característica comumente atribuída a estas modalidades terapêuticas é a sua (apenas) aparente simplicidade; apenas aparente porque, como veremos, são normalmente de grande complexidade, ao ponto de não se saberem dizer de um modo preciso e exigirem dos que as praticam um elevado nível de desenvolvimento de competências pessoais e profissionais. A simplicidade com que frequentemente são caracterizadas pelos participantes refere-se essencialmente ao facto de serem tecnologicamente despojadas e só usarem recursos humanos mas, ainda assim, *“exigem algum tipo de perícia que nem toda a gente está ao mesmo nível...”* (EI3).

Exemplificando com a massagem, cuja definição simplista poderia ser “um tipo de manipulação corporal”, é frequente, no âmbito duma definição mais complexa - aquela para que faltam as palavras para dizer tudo sobre - o recurso a metáforas, através das quais se tentam suplantar as deficiências de linguagem; uma enfermeira, em contexto de observação, comenta: *“esta é uma massagem muito suave, de “moldar o corpo”... nós (enfermeiros) somos artistas de moldar o corpo”*(OP4), encerrando nesta definição um conjunto ao mesmo tempo rico e profundo de significados, de que a sensibilidade, a atenção ao outro, a disponibilidade, a adequação da técnica à situação da pessoa... são seguramente dimensões constitutivas. Continuando neste registo, outra enfermeira, ao

apresentar a massagem a uma doente recém-entrada no projecto bem-estar, caracteriza-a como *“lenta, cadenciada, com efeito analgesiante e de dar carinho ao corpo”* (OP14).

Encontramos nestas expressões fundamento que nos permitem aproximá-las dos *Caritas Processes* (Watson, 2009, p.144), nomeadamente no que a autora designa de *“prática afectiva-generosa e equanimidade, num contexto de cuidado consciente”*, o que coloca um elevado nível de exigência, quer nos procedimentos mais práticos quer nos princípios teóricos e filosóficos, que os enformam e informam.

Os níveis de exigência de que temos vindo a dar conta constituem alguns dos requisitos que a prática destas modalidades terapêuticas colocam aos enfermeiros; a maturidade e a introspecção são referidas por alguns como atributos essenciais da prática do reiki; o *“cuidado da palavra”* é considerado essencial para a hipnoterapia, como afirma um enfermeiro que pratica esta modalidade terapêutica: *“Quando hipnotizo tenho de estar com o cuidado das palavras, e com o cuidado da visualização da pessoa em si... (E11)*, o que significa que oferecer esta modalidade terapêutica ao doente requer que o enfermeiro seja capaz de se implicar conscientemente e assumir um modo de estar de lucidez permanente no uso das técnicas de condução, configurando também, estes requisitos de elevados níveis de competência, outro *“Caritas Process”* (idem): o de estar autenticamente presente no momento.

Dando voz ao doente, os enfermeiros afirmam que as modalidades terapêuticas não convencionais, nomeadamente o reiki, opera na pessoa de uma forma muito positiva, muito benéfica e transformadora, aumentando a compreensão e aceitação da doença: *“aquele utente entende a sua doença não como uma situação lastimável mas como uma situação de crescimento, ou seja: passa a entender a doença como parte integrante da vida”* (E14). Ajuda também no processo de morte, sendo este um enorme desafio para o enfermeiro, a quem cabe *“tudo fazer quando não há mais nada a fazer”*, ou seja, de quem se espera um efectivo acompanhamento e um *“estar lá”*, no processo de fim de vida, sendo o reiki uma modalidade terapêutica particularmente indicada nesta situação. Como afirma uma enfermeira assumidamente reikiana, *“se a pessoa tem que morrer, morre na mesma, mas morre em paz; morre de uma forma muito calma, serena, introspectiva... e de uma forma própria, pessoal e única”* (E14).

Este tipo de modalidades terapêuticas permite e ao mesmo tempo exige aos enfermeiros uma maior proximidade, compreensão e empatia. Sendo frequentemente administradas com base na interacção da díade enfermeiro-doente e dispensando na maioria das vezes artefactos tecnológicos, *“têm uma vertente extraordinária que é a*

proximidade com o doente. A proximidade até no aspecto físico, de podermos tocar, de podermos massajar determinado local. (...) Nós vamos dar um comprimido a um doente e até podemos estar a explicar... mas eu acho que não é uma relação tão de ligação, tão de proximidade... (EI7).

Dir-se-ia que, apesar de haver o que dizer acerca dum comprimido, que pode ser explicado, há a percepção de que isso se esgota rapidamente nessa possível informação; contudo, uma abordagem terapêutica que implica profundamente as pessoas envolvidas na situação de cuidados, como acontece com o uso da generalidade das modalidades terapêuticas não convencionais, é experimentado como muito mais gratificante: *“intensifica a relação enfermeiro-doente (...); demonstra uma parte do cuidar que tem estado até então descurada... (EI9).*

As asserções anteriores configuram um uso autónomo destas modalidades terapêuticas, na medida em que cada uma constitui, *per si*, um modo possível de abordar terapêuticamente o doente, avaliável nos seus efeitos. Contudo, os enfermeiros identificam outras possibilidades no uso destas modalidades, atravessando mais globalmente a sua prática, como que servindo de pano-de-fundo à realização de técnicas do foro instrumental e do âmbito das actividades *interdependentes*: *“um analgésico administrado a... chegar lá e virar costas... não faz metade do efeito que o mesmo analgésico dado com uma palavrinha ou uma festinha na testa, ou o segurar a mão do paciente” (EI11).* Parece haver uma consciência clara de que estas modalidades, para além de se constituírem como estratégias terapêuticas propriamente ditas, permitem também um modo de ser e de estar profissional que dá um toque distintivo à prática dos enfermeiros que as utilizam e potencia o efeito terapêutico dessa mesma prática, entendida em sentido global. Provavelmente pela importância que concedem à relação, à pessoa, à saúde (mais do que à doença) e ao bem-estar, aspectos caracterizadores destas modalidades terapêuticas.

As indicações de aplicação das modalidades terapêuticas não convencionais de que os participantes dão conta são consentâneas, de um modo geral, com o referido na literatura a esse respeito. Abrangendo uma diversidade considerável de situações de desequilíbrio da saúde, organizamo-las de acordo com a classificação dos participantes, a qual reflecte as áreas ou dimensões clássicas na classificação dos fenómenos relacionados com a saúde; ilustramos este aspecto com excertos dos discursos dos entrevistados e das notas de campo. Relativamente aos *settings* de aplicação, seguiremos a nomenclatura habitual das áreas de cuidados e dos serviços hospitalares.

Os dados colhidos no âmbito deste estudo permitem-nos afirmar que as modalidades terapêuticas não convencionais utilizadas são adequadas nas seguintes condições:

- Problemas do foro psicológico:

- Dependências, nomeadamente na cessação tabágica: *“na consulta de cessação tabágica, eu utilizo o reiki e o relaxamento profundo... e o ioga nidrá, que é um tipo de relaxamento também...”*(EI3).

- Alívio da ansiedade: *“Nós criámos uma sala para oferecer reiki, e outras terapias no âmbito do relaxamento e do alívio da ansiedade”* (EI3).

- Problemas do foro físico:

- No alívio da dor: *“para quem não sabe, os doentes (com queixas de dor) eram manhosos... mas não eram! Estão a funcionar (com o riso/humor) endomorfina, os músculos estão distendidos, e é um processo terapêutico que se está a fazer, e não é manha das doentes...”* (EI15).

- Aumenta a capacidade de recuperação/cicatrização dos tecidos (hipnoterapia): *“está mais que demonstrado a nível de literatura que o doente não necessita de medicação; diminui tempos de cicatrização...”* (EI1).

- Problemas do foro psico-social:

- Situações de abandono de crianças: *“mais nas situações de crianças que estão sozinhas, abandonadas... normalmente é quando mais faço (a massagem), porque são crianças mais tensas, ou que precisam de mais atenção”* (EI12).

- Problemas do foro emocional:

- Fase de fim de vida: *“cheguei a fazer terapia reiki a um doente em fase terminal”* (EI4).

- Em situações de vida mais abrangentes, numa perspectiva holística:

- Como promotoras da saúde: *“a mim parece-me... que estas terapias não têm uma finalidade única, um objectivo final em relação ao aspecto do cuidado diferenciado, a nível do hospital; mas até mesmo a nível preventivo...”* (EI7).

- Ajuda para a vida: *“ (a doente) acrescentando que se sente muito bem, e que a massagem é mais uma ajuda que, agora conseguida, não vai mesmo dispensar* (OI14).

Os *settings* de aplicação das modalidades terapêuticas não convencionais são, de modo semelhante, apontados como globais, no sentido em que a sua utilização é adequada em todas as áreas de cuidados – hospitalares e de cuidados de saúde primários, não havendo neste domínio maior especificação, o que é compreensível tendo em conta que o

contexto da investigação é o hospital. Quanto aos serviços hospitalares, os participantes referem, mostrando um olhar para fora do seu contexto de trabalho imediato (embora partindo dele), que em todos os serviços - desde os mais clássicos aos mais recentes, como unidades de dor e de AVC - estas modalidades terapêuticas podem utilizar-se, com ganhos em primeiro lugar para os doentes, mas também para os próprios enfermeiros.

4.2 - MODOS DE ACÇÃO (código H)

Esta categoria permite compreender os modos pelos quais os enfermeiros utilizam as modalidades terapêuticas não convencionais, nomeadamente: a relação com o utente, através duma ética do cuidado; a operacionalização das modalidades, assente em diferentes aprendizagens; os modos particulares de interacção na equipa de saúde, em função das reacções dos pares e parceiros da equipa, que os enfermeiros antecipam; e o agir consciente, caracterizado pelo sentido crítico, adequação da acção e sentido de oportunidade.

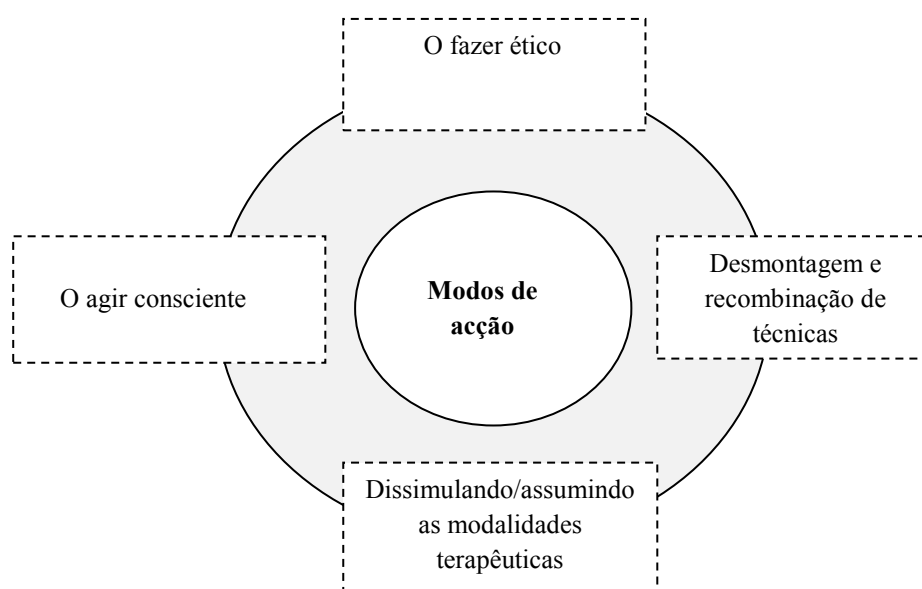


Diagrama n.º 7- Elementos definidores da categoria “Modos de acção”.

O fazer ético, um dos modos de acção, refere-se ao modo de agir do enfermeiro relativamente ao utente, no que diz respeito à prática de modalidades terapêuticas não convencionais. *Abrir a porta* constitui o primeiro passo do fazer ético, na medida em que o enfermeiro avalia a abertura do utente e ao mesmo tempo disponibiliza opções de cuidados, visando o bem-estar global muito para além da dimensão física; como afirma um enfermeiro, “*eu acho que abro muito essa porta para que, se o doente quiser entrar nessa dimensão, entra e com naturalidade. (...) Procuo sempre conhecer que respostas tem procurado o doente (...) e ao perguntar isto, abro a porta grande*” (EI3). A sensibilidade manifestada relativamente à singularidade do doente e a subtileza com que essa avaliação é feita, revelam o enfermeiro como pessoa ética (Renaud, 2007), num modo de estar e de agir visando o bem do outro. De forma não explicitada, até pela heterodoxia das modalidades que podem oferecer, “*isto começa logo pelo processo de acolhimento, onde faço uma entrevista ao doente, à família (...) dá para avaliar ao longo da entrevista, como eles vão falando, o tipo de receptividade que eles têm*” (EI5), no respeito pelos valores da pessoa que, por esta via, se identificam. A avaliação de enfermagem, feita (também) com este sentido particular de ver “até onde se pode ir”, permite, por um lado, oferecer mais possibilidades de cuidados e, por outro lado, que essa oferta seja culturalmente congruente (Leininger, 1978): “*eu também só faço (modalidades terapêuticas não convencionais) quando tenho a certeza de que esse tipo de práticas é consentâneo com a filosofia de vida dessa pessoa, ou quando a pessoa lhe atribui algum significado* (EI3).

Perante a riqueza e diversidade do reportório dos participantes no que se refere a este tipo de modalidades terapêuticas, estes consideram que devem dar essa oportunidade aos utentes, deixando a estes (ou à família) a tomada de decisão: “*... e a pessoa ou diz sim, ou diz não, e conforme diz sim ou não, faço ou não faço* (EI10), revelando uma outra dimensão do fazer ético – o respeito pela vontade da pessoa e pela sua autonomia. Este modo de acção é transversal aos vários contextos do estudo. Na sala de massagem observámos diversas situações em que, apesar das propostas terapêuticas do enfermeiro, era reconhecida e respeitada a decisão do utente, quando diferente, como ilustramos com o excerto seguinte de notas de campo: “*a enfermeira ainda insiste, dizendo que a massagem com menos dor acaba por ser mais eficaz, mas respeita a decisão da doente, que volta a recusar (analgésico)*” (OP13).

Sabemos, no entanto, que nem sempre a pessoa reúne condições para uma tomada de decisão responsável, quer por uma situação clínica debilitadora física e/ou mentalmente, quer pela falta de conhecimentos sobre a modalidade oferecida; este último aspecto é reforçado pela dificuldade de explicar algumas modalidades terapêuticas, como temos

vindo a assinalar. Nestas situações, o carácter ético do enfermeiro é condição indispensável para assegurar que as decisões que toma pelo utente são para o seu bem; como afirma uma enfermeira: *“depende das situações e depende dos doentes. Nós temos muitos doentes que cognitivamente não estão orientados e o que eu faço é dar indicação do que vou fazer (...). Uma pessoa que esteja cognitivamente orientada e que consiga decidir já é diferente: questiono sempre (EI2).*

Tal como o enfermeiro substitui o doente na realização de actividades que ele realizaria por si próprio se tivesse o conhecimento, a força e a vontade (Henderson, 1978/2006), também ao nível da decisão das modalidades terapêuticas a utilizar assume essa responsabilidade, com base no seu conhecimento e no seu sentido ético: *“quando nós temos um doente em coma... muitas vezes perguntavam-me como é que eu sabia se um doente em coma queria receber energia reiki. Eu pergunto... mas pergunto para mim mesma” (EI4).* O conhecimento envolvido nesta situação inclui, necessariamente, o conhecimento de si, como caracterizado por Carper (1978), o que implica a capacidade de ser autêntico consigo mesmo para captar a autenticidade e genuinidade no outro; é, sem dúvida, uma expressão de empatia, em que a intuição tem um papel importante e, como nota Hall (2005), implica a capacidade de reconhecer quanto o auto-conhecimento afecta a interpretação de dados clínicos e as decisões tomadas sobre essa mesma interpretação. É nesta linha que outra enfermeira afirma: *“eu aplico a minha mão e eu pressinto se ela está a consentir. Isto tem dois efeitos: primeiro estou a assinalar a presença mas também lhe estou a pedir autorização para o cuidado” (EI15),* revelando-se a intuição como mediadora do sentido ético da acção que não pode, em determinadas condições, ser traduzida em palavras.

Mesmo quando o utente tem capacidade de compreender a situação de cuidados e exprimir-se livremente, manifestando a sua preferência, ainda assim existem *momentos de cuidar*, como lhe chama Watson (1999/2002), em que a insuficiência das palavras torna necessária a ética do gesto, repleto de significado na interacção cuidativa, como ilustramos: *“a finalizar (a massagem), a enfermeira fricciona fortemente as suas mãos uma na outra, colocando-as a «rasar» a face da doente, como que a despedir-se...” (OPI).*

O fazer ético não se esgota, contudo, no respeito pela capacidade de decisão e autonomia do utente; a manipulação corporal que caracteriza a massagem, aliada à concomitante exposição do corpo das áreas a massajar, constituem momentos de cuidar em que o aspecto ético é fundamental no sentido de preservar o sentimento de dignidade e de pudor do utente (Vieira, 2003). Foi o que observámos acontecer no contexto observado, e que ilustramos a seguir: *“... (o enfermeiro) apresenta-se como o único homem (da equipa de*

massagem) e afirma o respeito como condição de base naquele tipo de atendimento, dada a proximidade física (...); orienta-a (à doente) para o modo de estar mais adequado tendo em vista a maximização do efeito terapêutico – idealmente em silêncio e de olhos fechados...” (OP15).

Um aspecto essencial da ética do cuidado prende-se com o consentimento informado do utente, relativamente aos cuidados que lhe são prestados o que, por maioria de razão, deve acontecer quando lhe são propostas modalidades terapêuticas não convencionais. Referindo-se à hipnose, modalidade que antecipa vir a oferecer aos doentes numa unidade de queimados, para controlo da dor, um enfermeiro afirma que “é entendido pela pessoa que vai estar num estado que não é aceite socialmente, e é entendido que vai fazer uma coisa que no hospital não se faz (habitualmente). Vai fugir fora da norma social e da norma hospitalar. E isso vai ter que ser pedido e vai ter que ser explicado (E11), acrescentando que “isso obrigaria também a uma coisa que é a enfermagem começar a fomentar não o consentimento médico autorizado, mas o consentimento de enfermagem autorizado” (idem).

Salientamos deste aspecto a questão da informação (em saúde), que deve ser compreensível para a pessoa de quem se espera a decisão, condição indispensável ao seu consentimento (ou dissentimento) livre e responsável; o dever de informação, pela importância que assume, está consignado no código deontológico do enfermeiro, no artigo 84º (Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro) parecendo haver, nos contextos de estudo, uma consciência clara da sua importância: “eu normalmente explico ... o que vou fazer. Digo “se não se importar eu vou fazer determinada massagem, foi uma formação que fiz, não sei se já ouviu falar do shiatsu”; (...) e depois também vejo se a pessoa está receptiva ou não” (E17). Mas, como refere Carper (1978) a propósito do conhecimento ético, os códigos (de ética) não contêm as respostas para todas as questões envolvidas na prática de enfermagem, nem eliminam a necessidade de fazer escolhas morais, pelo que a consciência ética do enfermeiro assume aqui um papel preponderante na tomada de decisão que considere melhor para o utente.

Apesar da consciência ética e da prática correspondente, que assinalámos, o consentimento para o cuidado é informal e tácito: “... estou a fazer hipnose a três doentes de dor, no hospital, e o consentimento é um consentimento tácito. (...) Entre médico e enfermeiro, entre enfermeiro e chefia do serviço, entre a direcção clínica do serviço e... o consentimento tácito do doente...” (E11). Explicar o que se vai fazer e obter a concordância verbal do doente (ou a não oposição) é entendido, assim, como consentimento informado, ainda que informal, e fundamento suficiente para a prática de cuidados ainda não aceites por todos – equipa de saúde e instituição, ficando confinado à relação terapêutica privilegiada entre o enfermeiro e o utente.

O fazer ético, procurando o bem do utente, com base no princípio ético da beneficência, não pode ser confundido com *ser boazinha*, como refere com desagrado uma enfermeira a quem, por vezes, apelidam dessa forma; demarcando-se deste rótulo, afirma: “*não queria ser tida como a boazinha; sou boazinha, também sou, mas não estou a trabalhar para ser boazinha. Não estou em missão*” (E113). Está, conscientemente, a agir de um modo ético, configurando uma prática que tem em conta os aspectos mencionados anteriormente, oferecendo ainda cuidados que vão para além do institucionalizado e que, no dizer da mesma, fazem a diferença no bem-estar que proporciona aos utentes.

Como sugere Renaud (2007), *o agir bom*, no sentido do agir ético, é enquadrado pela firmeza do saber teórico e pelo exercício competente dos actos profissionais, tendo como pano de fundo o respeito integral pelos que confiam nos nossos cuidados.

Outra estratégia de acção encontrada no terreno refere-se ao **modo de operacionalização** das modalidades terapêuticas não convencionais. Fundamenta-se, em grande parte, na capacidade dos enfermeiros fazerem opções no que consideram ter um potencial terapêutico mais elevado para os utentes, na medida em que o desconhecimento por parte destes não os capacita para a tomada de decisão relativamente à escolha da modalidade mais adequada. Efectivamente, a decisão dos enfermeiros tem por base motivações, fontes de conhecimento, experiências e reflexões diversificadas, o que leva à desmontagem das várias técnicas que conhecem e à recombinação de vários aspectos das mesmas, resultando em *novas* modalidades terapêuticas, na adequação que fazem à situação de saúde do utente. Como afirma uma enfermeira que utiliza massagem, música e aromas na sua prática clínica, “*não são aquelas técnicas fundamentalistas baseadas numa técnica só, mas às vezes mistura-se um pouco do que é fisiológico e do que é «induzido».* É pegar naquilo que já foi criado, como técnicas e noções já realizadas e depois desmontá-las” (E12); este modo de fazer configura o conhecimento empírico (Carper, 1978), e diz respeito ao que é factual e abstracto, neste caso “o fisiológico”; pressupõe também o conhecimento intuitivo (Benner, 2001; Mcewen e Wills, 2008), o qual se caracteriza pelo reconhecimento dos sentimentos, *dos palpites* e da experiência.

Particularmente em relação à massagem, modalidade de que existem diversas técnicas, os enfermeiros com formação nesta área frequentemente misturam elementos das várias técnicas que conhecem, resultando num modo de fazer *sui generis*, adaptado a cada utente, e com características únicas; designada de massagem terapêutica pela maior parte dos enfermeiros, esta designação parece mais apropriada pelo efeito (terapêutico) que

produz do que pela técnica em si mesma, já que esta acaba por se traduzir em modos de fazer tão diferentes quanto os enfermeiros que as realizam e os utentes (e as situações dos utentes) a quem se oferecem, como testemunha uma participante: *“massagem terapêutica, porque é terapêutica; como é um conjunto, ou uma adaptação de várias técnicas, chamou-se massagem terapêutica”* (EI8). Partindo de tipos de massagem como: shiatsu, massagem ayurvédica, massagem desportiva, reflexologia, massagem de conforto, entre outros, cada sessão desta modalidade terapêutica é o resultado da junção, em dose e com duração variadas, em função das necessidades do utente e da disponibilidade do enfermeiro, de fragmentos dos vários tipos, que cada enfermeiro conhece. Como afirma outra participante, justificando estes diferentes modos de fazer, *“é na complementaridade que está o sucesso e não no isolamento das técnicas”* (EI9).

Também no contexto de observação, onde a modalidade mais visível é a massagem, a diversidade constitui o *modus operandi* habitual, como testemunhamos com o seguinte excerto de notas de campo: *“uma primeira constatação impõe-se-nos: a massagem aqui realizada é constituída por uma diversidade de tipos de massagem quase tão numerosos quanto os enfermeiros que a realizam; partindo duma formação de base relativamente comum (pós curso de base), cada enfermeiro tem vindo a completar essa formação em vários outros momentos e com diferentes formadores, o que os capacita diferencialmente para o desempenho da técnica de massagem; por outro lado, esta é uma situação de cuidados (...) caracterizada por uma grande proximidade entre os dois elementos da díade, o que a torna particularmente sensível à vivência de cada um dos actores, no momento em que a interacção acontece. (...) Estes aspectos levam a que, as várias sessões de massagem, como formalmente são referidos estes momentos de cuidados, sejam todos diferentes entre si e irrepetíveis”* (OP – Pequena Volta).

Contudo não é só em relação à massagem que este perfil da prática se apresenta: uma participante que utiliza várias modalidades deste tipo, de que realça técnicas de relaxamento diversas, afirma que *“... só depois do relaxamento, na enfermaria, sou capaz de aproximar (as mãos), mas também não faço aquele reiki «como deve ser»”* (EI5), referindo-se a uma utilização desta modalidade, como que em continuidade das anteriores, sem um tempo e local próprios, embora formulando a *intenção* terapêutica que caracteriza a terapia por reiki.

É frequente que, a par de novas aprendizagens que vão fazendo, os enfermeiros enriqueçam as suas práticas anteriores: *“ao entrar na sala (...) apercebo-me duma alteração relativamente aos períodos de observação anteriores: a existência duma taça grande, de inox, com água quente salgada, sobre o aquecedor a óleo, para manter a temperatura (do óleo de massagem)”* (OP7), potenciando deste modo o seu efeito e aumentando o conforto do utente; ao

mesmo tempo, os enfermeiros dispõem de uma estratégia de auto-protecção face às “energias negativas dos doentes”, através do enxaguamento das mãos (após lavagem), com a água salgada.

Diferentes modos de acção emergem também no que se refere ao **tipo de interacção na equipa de saúde**, e que se traduzem na profundidade e extensão de como se ocultam ou, pelo contrário, se dizem as diversas modalidades utilizadas, em função das reacções dos pares e parceiros da equipa de saúde que, bem à maneira interaccionista, os enfermeiros antecipam.

A ocultação é o modo de acção mais frequente entre os entrevistados, revestindo-se de várias formas ou graus, que vão da dissimulação ao disfarce, ao fingir que se faz uma coisa quando se está a fazer outra, ao fazer com discrição. Exemplificando a dissimulação, um enfermeiro afirma que *“eles (os médicos) não percebem. É como por exemplo eu estar a dar um indutor (de anestesia) ... sou eu que estou a induzir (...) e sei quando é que estou a infundir, e sei onde é que posso entrar na zona hipnótica do doente (E11)*. Fazer uma técnica fingindo estar a fazer outra, é também um modo de dissimular esta prática: *“também... sem introduzir agulhas, só o pressionar «o 7 do coração» (um ponto de acupunctura), sem estar a dizer nada disso... digo que estou a avaliar o pulso, e se a pessoa está mais ansiosa, faço pressão durante mais algum tempo” (E15)*.

A discrição é a estratégia preferencial para praticar reiki, sobretudo porque se trata de uma modalidade facilmente iniciada e facilmente interrompida ou terminada, sem que outros, mesmo na proximidade, se apercebam, até porque há técnicas desta modalidade que não exigem toque físico directo. Uma enfermeira refere que *“é evidente que o reiki... podemos perfeitamente fazer aos nossos doentes, não de uma forma a dar nas vistas mas de uma forma discreta ... e aí faz-se, porque eu sei que se faz...” (E18)*.

Esta discrição estende-se por vezes ao próprio utente de quem se oculta (ou tenta ocultar) modalidades cuja dizibilidade parece ser mais difícil, pela insuficiência de linguagem com ressonância cultural ou de cariz científico; uma enfermeira participante dava-nos conta duma situação vivida por si, quando na condição de doente: *“... eu por exemplo, andava a fazer reabilitação e detectei. E disse-lhe (ao enfermeiro): «o que é que há aí mais?» - «Isto é reiki, mas não diga a ninguém» ” (E115)*. A ocultação em relação ao utente pode colocar a questão ética da não informação; contudo, entre o efeito terapêutico da modalidade e a dificuldade de falar acerca dela, pelas razões expostas mas também pela “vergonha” de propor algo pouco ortodoxo, o enfermeiro decide, tendo como orientação

final o bem do utente, decisão esta de acordo com a posição de Carper (1978), na sua caracterização do conhecimento ético.

Começa a ser relativamente frequente, sobretudo nas modalidades de carácter energético - e nestas sobretudo em relação ao reiki - os utentes perceberem “algo mais” para além das técnicas manipulativas que frequentemente lhe servem de pano de fundo, pelos efeitos particulares que experienciam e que referem genericamente como um enorme bem-estar; nalgumas situações, “*quer o doente quer o enfermeiro, omitem mutuamente*” (EI9), na medida em que, sendo coisas pouco conhecidas, os utentes parecem ter medo de ofender os enfermeiros ao questioná-los sobre estes aspectos, e os enfermeiros têm dificuldade em explicar aos utentes o que são e como funcionam estas modalidades. Só a cumplicidade terapêutica, assente na confiança que o utente deposita no enfermeiro, e o sentido ético deste, que o orienta para “fazer o bem” ao doente, torna possível a prática destas modalidades.

Contudo, a literacia em saúde (OMS, 1998) começa a revelar-se nos vários settings de cuidados, com os utentes a questionar sobre os mesmos, como verificámos no contexto de observação; questionada (pela doente) se estava a fazer uma massagem de reiki, “... rapidamente (a enfermeira) desvia o assunto que visivelmente a embaraça...” (OP3).

A assumpção da prática destas modalidades – mais perspectivada do que efectivada - é outro *modo de fazer*, porém menos frequente. Pontualmente, uma enfermeira perspectiva assumir a prática destas modalidades terapêuticas, à semelhança da sua própria experiência pessoal noutro contexto de cuidados, onde praticava reiki com conhecimento e aceitação de toda a equipa: “*talvez a partir de agora, se for necessário aplicar a terapia reiki... se eu entender que tenho que a aplicar, eu não tenho qualquer problema e aplico, independentemente de ser questionada ou não*” (EI4), antecipando uma aceitação similar no actual contexto de trabalho, com base no percurso de confiança e competência que considera já ter construído.

Outra enfermeira, revelando um sentido de afirmação da sua competência clínica, afirma: “*também não faço as coisas (shiatsu) de uma forma escondida. Se vou fazer (...) não vou fechar a enfermaria e fechar a cortina e ficar ali só com o doente e fica entre mim e ele, isso não. Faço, explico e até posso comentar com os colegas...*” (EI7).

Apesar de se vislumbrar alguma abertura, veiculada nos últimos casos, este modo de fazer, contudo, ainda constitui a excepção entre os enfermeiros entrevistados. No contexto observado, e pela sua própria finalidade, as modalidades praticadas são obviamente do conhecimento de todos; contudo, também aqui existe uma margem de ocultação, como exemplificámos anteriormente, relativamente a algumas modalidades não assumidas em

grupo, como é o caso do reiki; a dificuldade manifestada pela enfermeira em responder à questão da utente e que a fez mudar de assunto, estende-se aos outros enfermeiros, de quem se oculta, igualmente.

Os modos de acção assinalados configuram o que Goffman (1974) designa de *figuração*, ou seja, tudo o que uma pessoa empreende para que as suas acções não a façam *perder a face*, a si e aos outros, entendendo aqui por outros o colectivo profissional. O conceito de *Face*, segundo o mesmo autor, refere-se à “imagem do eu, delineada segundo certos atributos sociais aprovados” (p.9), pressupondo uma linha de acção que dê de si próprio uma imagem consistente, e tendo como referência o lugar que ocupa no mundo social - neste caso o mundo profissional. Efectivamente, tratando-se de um meio onde o científico é altamente valorizado, e perante a dificuldade de dizer e explicar estas modalidades terapêuticas num registo idêntico, mas perante a evidência de eficácia terapêutica das mesmas, os enfermeiros lançam mão de diferentes tipos de *figuração* que lhes permitam simultaneamente ter uma intervenção mais terapêutica, também mais *autónoma*, mantendo *a face*.

Outro modo de acção que identificámos e que designamos por **agir consciente** caracteriza-se por envolver raciocínio, conhecimento crítico, adequação da acção, responsabilidade, e sentido de oportunidade. Perpassa nos discursos dos entrevistados e nas práticas observadas como uma afirmação de auto-conceito profissional, de conquista de espaços de acção, de adequação das técnicas que constituem as várias modalidades terapêuticas à situação de cada utente, da conformidade da acção com o seu conhecimento.

Como refere uma enfermeira, “*eu acho que nós criamos um estatuto próprio, cada pessoa desenvolve um conceito próprio. Eu já assumi isto no meu contexto*” (E12), o que, de certo modo, leva a que os outros elementos da equipa de saúde tenham determinadas expectativas relativamente à sua prática, neste caso, de modalidades terapêuticas não convencionais. Este estatuto próprio também legitima a oferta de um tipo de cuidados para além do habitual: “*não espero que a pessoa pergunte se eu quero fazer alguma coisa (shiatsu), sou eu que pergunto se querem que eu faça alguma coisa*” (E17).

Este modo de acção permite ir paulatinamente construindo espaços de acção, tornando visível não só o que se faz como os resultados do que se faz, como ilustra a seguinte afirmação: “*penso que a nível da instituição, com um pouco de trabalho, paciência e tolerância, se tem conseguido que eles (os médicos) se vão rendendo à evidência porque já nos procuram*” (E19). A aceitação destas práticas pelos médicos é particularmente valorizada, na

medida em que este é o principal parceiro do enfermeiro, em termos profissionais, do que Strauss (1992) designa de *arco do trabalho médico*, em sentido amplo; a aceitação médica destas modalidades parece legitimar um tipo de intervenção, por parte da enfermagem, operando na dupla estrutura da produção de cuidados hospitalares (Lopes, 2001), com ganhos para o utente, em termos do seu bem-estar e capacidade de gerir a sua situação de desequilíbrio, mas também como um contributo para a cura ou tratamento da condição patológica de base. A cooperação parece ser a via mais promissora para incrementar a estrutura de cuidados (Silva, 2004), tomada no seu todo, tal como aponta também o código de ética para enfermeiros (ICN, 2006).

A adequação da modalidade terapêutica ou das diversas técnicas dentro da mesma modalidade (como na massagem), à situação de saúde e de vida do utente, em cada momento de cuidar, vislumbra-se em contínuo, quer nos discursos dos entrevistados quer nas práticas observadas, levando o enfermeiro a seleccionar, dentro do seu reportório mais ou menos amplo, o que se considera ter um potencial terapêutico mais elevado: *“sempre o que eu propus foi: ou entro pela porta grande, ou não entro por porta nenhuma! Estar a fazer “tecnicazinhas” que eu sei que não são o melhor (...) é estar a enganar o doente”* (E114). Particularmente evidente em acção, nos enfermeiros observados, traduz-se frequentemente em cuidados bem diferentes, apesar de baseados na mesma modalidade terapêutica; é esta adequação que permite que, perante a diversidade de modos de execução da mesma modalidade, os seus efeitos sejam tão semelhantes e consistentes, como notam, de um modo geral, os enfermeiros participantes.

Estes aspectos consubstanciam um uso pragmático do conhecimento (Caria, 2002), caracterizado por forte sentido contextual e estratégico (embora conceptualmente mais débil), mediador de modos de fazer adequados a cada situação de cuidados, tendo em vista um resultado idêntico, ou seja, o melhor efeito terapêutico.

4.3 – CONDIÇÕES DA ACÇÃO (código L)

Esta categoria refere-se aos factores que condicionam a acção dos enfermeiros na utilização das modalidades terapêuticas não convencionais, os quais funcionam ora como facilitadores, ora como dificultadores dessa mesma acção. Esses factores dizem respeito ao ambiente físico, nas suas várias vertentes; ao ambiente social e situacional da equipa – o

que inclui necessariamente o utente; e ao contexto normativo, considerando-se aqui as questões organizacionais e de regulação da profissão.

É o que apresentamos no diagrama seguinte:

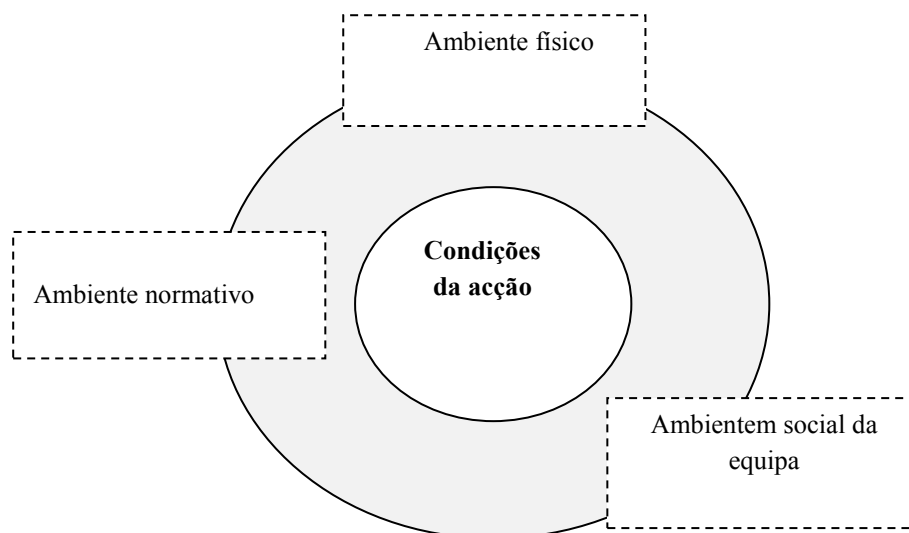


Diagrama n.º 6 - Elementos definidores da categoria “Condições da acção”.

As questões relativas ao **ambiente físico**, em sentido amplo, são referidas como de enorme importância; destas, os enfermeiros apontam os tempos de trabalho como factores de dificuldade da prática de modalidades terapêuticas não convencionais, não só pela falta de tempo efectivo para a realizar, como pela organização do tempo total de trabalho, em cada turno, face às diferentes actividades que se espera que os enfermeiros realizem. A este propósito, uma enfermeira afirma que *“o factor tempo é uma das contrariedades que encontramos nos serviços e isto porque nós sabemos que os serviços obedecem a timings”* (EI4), sugerindo que as “rotinas” do trabalho hospitalar se sobrepõem a outro tipo de trabalho, menos habitual. Como notam Marc e Picard (s. d.), a utilização do tempo marca profundamente os ritmos de vida e de trabalho, tendo uma dimensão intersubjectiva importante: *“o tempo é uma coisa que tem sempre que ser muito bem gerida. Temos sempre que estabelecer prioridades”* (EI7). Esta priorização dos tempos de trabalho permite a alguns enfermeiros organizar o seu tempo de trabalho e/ou perspectivar essa possibilidade, no sentido de integrar modalidades terapêuticas não convencionais, de um modo mais sistematizado, como sugere esta participante: *“pensando bem, a nível da dilatação do meu tempo, nunca pensei nisso antes, e secalhar conseguia-se arranjar um pouco de tempo ...”* (EI5).

De modo análogo, os espaços de trabalho, frequentemente exíguos, são assinalados como dificultadores desta prática, na medida em que não asseguram a necessária privacidade: *“a primeira dificuldade tem mesmo a ver com a privacidade porque na implementação de muitas destas terapias, técnicas... há reacções (dos doentes) muito singulares”* (EI3); estas reacções podem passar pelo choro ou pela verbalização de aspectos mais íntimos, que um estado de menor vigilância, frequentemente associado ao efeito terapêutico da modalidade praticada, deixa fluir livremente.

Apesar de ser normalmente possível assegurar a privacidade a nível visual, pelo correr das cortinas que separam camas contíguas no mesmo quarto, ainda assim esta questão é colocada na medida em que a intimidade do doente (e da diáde enfermeiro/doente) fica exposta através da palavra e outras manifestações emocionais, audíveis “do outro lado da cortina”; a situação de exposição pode levar também a uma reacção de defesa por parte do doente, diminuindo deste modo o efeito terapêutico da modalidade em uso, quando esta mexe com aspectos da sua intimidade. Marc e Pinard (s.d.) designam estes aspectos de “reservas do eu”, ou seja, um território privado caracterizado por dimensões como os pensamentos *interiores*, os sentimentos, os segredos, a vida privada. Modalidades de natureza mental - cognitiva, como a hipnose, ou modalidades energéticas, que induzem um elevado grau de relaxamento, como o reiki, requerem um ambiente necessariamente marcado pela confiança, de que a garantia de confidencialidade é uma dimensão importante, pelo que a questão da privacidade se coloca aqui, em toda a sua extensão.

Apesar da maioria destas modalidades terapêuticas não implicarem recursos instrumentais significativos, ainda assim há necessidade de recorrer a alguns materiais e, em função da modalidade a praticar, organizar o espaço de modo adequado; se nos contextos de trabalho dos entrevistados a regra é a dificuldade de aceder a estes aspectos, como mostrámos anteriormente, na unidade de dor observada, porém, pela sua própria finalidade, estas condições estão asseguradas.

Para além dos aspectos relativos ao espaço e instrumentos de trabalho propriamente ditos, coloca-se a questão do ambiente físico em sentido mais lato, compreendendo, para além destes, aspectos como o som, a temperatura e a iluminação, entre outros, mais apropriados para a prestação deste tipo de cuidados; como afirma uma participante, *“secalhar precisávamos de ter sítios mais adequados; tal como o doente vai fazer fisioterapia também podia fazer o tratamento de reiki, por exemplo, num sitio mais apropriado, mais relaxado... com uma música suave, com um cheiro agradável... acho que era interessante”* (EI6).

Funcionando como factores de dificuldade para os enfermeiros entrevistados são, mais uma vez, condições adquiridas pelos observados, na medida em que a “sala de massagem” está devidamente equipada para que estas sejam as condições básicas de trabalho, naquele contexto, como ilustramos com um excerto das notas de campo: “*a enfermeira prepara o ambiente, o que compreende marquesa «feita», com dois lençóis e colcha; sala escurecida, através do fecho do estore e persiana da janela exterior, bem como dos estores das 4 clarabóias interiores; a música, escolhida normalmente em função do gosto do enfermeiro, mas validada com cada doente, atendendo-se à sua preferência, se manifestada (o que raramente acontece); mesa de apoio próxima da marquesa, com os óleos e/ou cremes de massagem a utilizar, que vão dos simplesmente hidratantes aos aromatizados e aos anti-inflamatórios; ar condicionado e aquecedor a óleo, para manutenção dum temperatura agradável (para ambos, doente e enfermeiro, sendo contudo preferencialmente ajustada em função do bem-estar do doente); colocação de uma ou várias toalhas sobre o aquecedor a óleo, para aplicação de calor seco (no verão, em dias de muito calor, alguns enfermeiros optam por aplicar calor húmido em vez de calor seco, dispensando deste modo o aquecedor); por vezes, uma taça de inox com água quente salgada, com dupla finalidade: aquecer o óleo de massagem, em banho-maria, e enxaguar as mãos dos enfermeiros, aquando da lavagem das mesmas, após a massagem de cada doente/utente” (OP/Notas de Pequena Volta).*

Cada uma destas características ambientais pode constituir, por si só, uma modalidade terapêutica não convencional. No âmbito da categoria em análise perspectivamo-las ora como elementos do ambiente, facilitadores do uso de outras modalidades, (como, no contexto observado, como base da massagem e do relaxamento), ora como modalidades autónomas (como nos vários contextos de cuidados dos enfermeiros entrevistados), de que relevamos, das assinaladas anteriormente, a utilização da música e de aromas.

O ambiente social (e situacional) da equipa, apesar de muito centrado nos pares, pressupõe contudo a interacção em equipa alargada, incluindo naturalmente a situação do utente, principal actor dessa equipa, referindo-nos às características que decorrem da fase do ciclo de vida em que este se encontra e aos aspectos relacionados com o processo de doença ou de transição (nomeadamente de papel social), que vivencia.

A reacção da equipa à prática destas modalidades assume várias configurações, que vão da aceitação, ao gozo e à rejeição. Um enfermeiro, referindo-se à aceitação dos pares, afirma: “*já aceitaram que eu faça, e essas coisas são tacitamente aceites de tal forma que, quando eu estou na sala a fazer hipnose eu ponho um papel a dizer “não perturbe, estou em sessão” (E11),*

o que é respeitado pela generalidade dos outros enfermeiros do serviço; contudo, em relação aos médicos, o mesmo participante afirma que *“penso que vou ter muitas barreiras a tentar defender o que quer que seja em hipnose. A minha sorte é que o meu coordenador de mestrado é um professor desta universidade (...) e portanto talvez não me sejam postos tantos entraves...”*, constituindo-se a dimensão académica como legitimadora dessa prática e, nesse sentido, facilitadora da sua aceitação na globalidade da equipa.

Um elemento mediador incontornável desta aceitação é a confiança: confiança no conhecimento, na responsabilidade, no juízo crítico do enfermeiro: *“a partir do momento em que uma pessoa conquista a confiança dos colegas naquilo que se defende como bom profissional (...) o que vem adjacente a isso, é bem aceite (EI2)*; este papel mediador da confiança é também evidenciado na aceitação dos médicos relativamente a estas modalidades, como perpassa no excerto seguinte: *“isso também tem a ver com o facto de já cá trabalhar há alguns anos e ter uma relação de confiança com os médicos que aqui trabalham e permitir-me ter alguma liberdade e autonomia a esse nível” (EI7)*. Configurando situações de cuidados que não decorrem directamente do diagnóstico e tratamento da doença, e perante o desconhecimento do médico relativamente à natureza deste tipo de modalidades terapêuticas, este presume que o enfermeiro irá agir de acordo com a missão hospitalar, com base na competência que lhe reconhece; esta condição de ser competente – e ser reconhecido como tal, tem exigências: *“quando nós chegamos ao serviço, temos de fazer uma determinada caminhada, por vezes longa, para dar a entender aos outros que nós somos capazes” (EI4)*. A caminhada a que se refere esta enfermeira constitui um requisito na construção do perfil e do nível de competências, de acordo com Benner (2001).

Vislumbramos aqui uma oportunidade de afirmação do saber do enfermeiro, nos espaços de reconhecimento que vai conquistando através da prática destas modalidades e, mais importante ainda, a aceitação de que há saberes que escapam ao médico mas que aparentemente ele reconhece como válidos, como ilustra outra participante: *“nas visitas médicas (...) muitas vezes eles dizem para se fazer a massagem ... muitas vezes já são eles a querer que se faça”*. (EI8).

O gozo ou ridicularização constituem outros elementos (nesta caso, dificultadores) do ambiente social em que estas práticas se desenvolvem, protagonizado quer por médicos quer por enfermeiros: *“médicos, mas também os próprios enfermeiros, (...) quando eu tento fazer alguma coisa (...) há sempre elementos que tentam ridicularizar um pouco esta prática. Torna-se às vezes complicado” (EI2)*. O medo do desconhecido é identificado aqui como um mediador importante, como relata um enfermeiro referindo-se às várias tentativas (não

conseguidas) de introduzir algumas modalidades terapêuticas não convencionais (acupunctura e toque terapêutico) no seu contexto de trabalho: *“tinha colegas com medo de mim; olhavam para mim e diziam que eu era bruxo, e coisas do outro mundo...”* (EI14).

A rejeição, apesar de pouco referida, merece-nos uma atenção particular na medida em que assume contornos de conflitualidade elevada, que em casos extremos pode levar a tentativa ou mesmo agressão psicológica e/ou física: *“a conflitualidade é tão grande, entre enfermeiro e enfermeiro, que muitas vezes não é de uma forma frontal... é de uma forma velada, difícil, pouco esclarecida, medieval quase”* (EI13). Fruto de mentes pouco abertas e jogos de poder, interpares ou em equipa alargada, exige um empenhamento do enfermeiro frequentemente compensado apenas com o *feedback* positivo dos utentes; a enfermeira que protagoniza este *modus vivendi* profissional, refere que os problemas se colocam *“mais com a equipa médica; é muito complicado a pessoa estar... por exemplo, na minha área, ter uma parturiente completamente descontrolada com dor e desconforto e com uma massagem nos pés ou na testa, a pessoa adormece e já não quer epidural”* (*idem*), chegando mesmo a agressão, que classifica como total falta de respeito: *“Ter levado com uma cama e ficar encostada a uma bancada de trabalho, que fiquei com uma «nódoa negra» (...) na região das costas. Foi uma coisa assim com grande impacto”* (EI13).

Na diversidade assinalada relativamente ao ambiente social da equipa, perpassa um sentir unânime da importância da aceitação destas práticas pela hierarquia dos serviços, considerada como um factor facilitador muito importante: *“com um chefe de serviço que aceite, se calhar pode pôr-se em prática, com um chefe de serviço que não queira, é mais complicado* (EI10).

A situação do doente, nomeadamente o nível de consciência, o estado geral de saúde e a fase do ciclo de vida em que se encontra, constituem igualmente aspectos do ambiente social que condicionam a prática destas modalidades, como exemplificamos a seguir com alguns excertos discursivos:

“O estado de consciência do doente, porque às vezes ficamos um pouco na dúvida se, por exemplo ... no caso dos aromas, ele iria gostar; a própria música ... porque às vezes num doente em fase terminal, se já não responde e não reage, e eu estou a escolher uma determinada música que suponho que seja adequada, pode ser agradável, mas pode não ser” (EI2 – serviço de medicina)

“As dificuldades... essencialmente, porque o doente oncológico devido ao processo de metastização óssea é um doente muito específico; por exemplo algumas técnicas que tenho aprendido ... o shiatsu, no doente oncológico não as posso aplicar” (EI9- unidade de cuidados intermédios)

“Diria que quem adere melhor (à massagem) são mesmo os mais pequeninos; os adolescentes, depende do grau de confiança e da relação que conseguimos estabelecer com eles” (E112 – serviço de pediatria).

Uma característica incontornável do ambiente hospitalar face à problemática em estudo, diz respeito ao **contexto normativo** em que decorre a acção, quer do ponto de vista da organização em si quer no que se refere aos aspectos legais que regulam a profissão. Começemos pela organização: também a este nível sobressaem os aspectos dificultadores da acção, na medida em que *“este tipo de técnicas não são programadas, não partem do hospital, não partem «lá de cima»; tem sempre o risco de um profissional por si só estar a pôr em prática algo que pode não ser reconhecido institucionalmente” (E12)*. Este reconhecimento deriva em grande parte do grau de conformidade das modalidades praticadas com a missão hospitalar (Freidson, 1984; Strauss, 1992), orientada para a cura (no sentido médico do termo) ou tratamento da doença. Lopes (2001), no seu estudo sobre a recomposição profissional da enfermagem, efectuado em contexto hospitalar, considera, no processo de produção de cuidados de saúde, uma dupla estrutura: a de cura (to cure) e a de cuidados. A primeira, consideramo-la campo predominante da actividade médica, enquanto a segunda será o campo por excelência da prática de enfermagem, sendo que ambos os grupos profissionais operam nesta dupla estrutura. Embora a autora anteriormente referida designe a estrutura de cura (to cure) de campo *exclusivo* da actividade médica, pelas razões explicitadas anteriormente consideramos cada uma das estruturas como predominante (e não exclusiva) dos respectivos grupos profissionais abordados.

Tomando a pessoa doente (ou utente dos cuidados de saúde) como co-actor do trabalho médico, em sentido amplo, entendemos que uma estruturação organizacional baseada na negociação e na cooperação interprofissional, como propõe a corrente interaccionista (Strauss, 1992), responde mais adequadamente a estes pressupostos. Contudo, a dualidade estrutural assinalada dá suporte a algumas ambiguidades resultantes da dupla hierarquia – médica e de enfermagem – criando dificuldades na assumpção de práticas que escapam ao pólo estrutural mais de acordo com a missão curativa hospitalar, como ilustra o discurso deste enfermeiro: *“as chefias: o que me apercebi ao longo destes anos todos seguidos é que a maior parte das chefias de enfermagem... quando sobe molda-se à equipa médica para não descer logo a seguir...” (E114)*. Colocando-se na estrutura de cura (to cure), pela conformidade sugerida por esta afirmação, (as chefias de enfermagem) tornam-se menos receptivas a práticas cuja tónica se situa claramente na estrutura de cuidados.

Entretanto, ao nível da prática das modalidades terapêuticas não convencionais, parece haver uma consciência clara dos diferentes *micro-mundos sociais*, (Strauss, 1992), no que encerram de filosofia, valores e entendimentos diferentes, com base na mesma modalidade, como sugere a afirmação dum participante: *“o meu director de serviço (médico) também fez o curso de hipnose, e portanto estamos ... em consonância... e dá-me «carta-branca» basicamente porque ele sabe até onde posso ir, e até onde eu quero ir (E11)*. Ou seja, a mesma técnica ao serviço do mesmo objecto de trabalho, mas ainda assim com diferentes alcances, sustentados em mandatos sociais diferentes e modos de os conceber igualmente diferentes, porém congruentes em si mesmos.

Apesar de menos frequente, verifica-se que a cooperação constitui por vezes uma condição agregadora das lógicas que presidem a ambas as estruturas de produção de cuidados de saúde - a de cura (to cure) e a de cuidado, como exemplifica a seguinte afirmação: *“relativamente à instituição, tem-nos dado todo o apoio necessário, uma credibilidade que realmente me surpreende, e me surpreende relativamente a outras instituições. Temos tido um grande apoio da parte da direcção de enfermagem, também” (E19)* conjugando os aspectos específicos do curar e do cuidar, uma vez que ambos concorrem para a prossecução da missão hospitalar.

A autonomia profissional da enfermagem é uma questão ainda não resolvida, tanto do ponto de vista teórico como da prática; sem pretendermos fazer aqui uma discussão aprofundada deste aspecto (voltaremos a ele mais à frente), é contudo importante dar voz aos enfermeiros quando o referem como dificultador do uso mais sistemático deste tipo de modalidade terapêuticas: *“se alguém da direcção nos dissesse: «vocês têm a liberdade para pôr em prática estas técnicas, quem sabe e quem quer», se calhar as coisas eram feitas de uma forma diferente (...) sem medos” (E12)*. Apesar e talvez mesmo por não se tratar de técnicas prescritas pelo médico, como ainda acontece na maioria das situações de intervenção de enfermagem, os enfermeiros parecem ter dificuldade em as assumir individualmente; como afirma uma participante, *“a verdade é que estou no hospital, e no serviço até tenho alguns médicos que aderem ... mas tenho sempre um certo receio em termos de resultado final” (E17)*; não certamente do resultado em termos terapêuticos mas do eventual confronto médico com uma prática alheia à sua prescrição. Tentando obviar esta dificuldade, uma enfermeira optou por fazer formação em reiki, uma modalidade que pode praticar “sem dar nas vistas”, dado que *“às vezes temos os doentes com problemas, queremos resolvê-los, mas quando estamos interdependentes não podemos mexer em certas coisas” (E16)*.

O uso institucionalmente aceite é, de um modo geral, negado, o que é sentido como subvalorização profissional; um enfermeiro que tentou a via institucional de forma aberta, refere: *“fui até ao director e quando cheguei ao director disseram-me que não podia ser implementado (a acupunctura) por eu ser enfermeiro; se eu fosse médico, provavelmente o caminho seria simples, como eu era um mero enfermeiro ... (E114)*, expressão clara do poder médico, a que a hierarquia de enfermagem ainda não consegue fazer face. Dir-se-ia que a missão curativa do hospital perpassa aqui como legitimadora duma racionalidade mais complexa, de que a percepção de ameaça do prestígio médico faz certamente parte, configurando uma *estratégia de fechamento* no seu micro-mundo social (Santos, 2001), e impedindo assim o acesso de outros grupos e práticas de reconhecido valor terapêutico.

A regulação profissional é transversalmente referida como de enorme importância para a legitimação da prática destas modalidades terapêuticas: *“a Ordem não me parece ter uma posição muito interventiva (...) não sei até que ponto é que vai estar aberta para depois defender os enfermeiros... a nível das terapias complementares (E17)*. A posição face a situações profissionais evolutivas e pouco definidas pela associação profissional respectiva (Le Boterf, 2003), com é o caso, é considerada de particular interesse, pela clarificação pública e concomitante legitimação das práticas que permite. A legislação específica desta área terapêutica (lei nº 45/2003, de 22 de Agosto), cuja regulamentação tarda em ser publicada, constitui também um factor de dificuldade na assumpção clara de práticas cujo reconhecimento, a nível do direito nacional, constituiria um factor de segurança, como sugere este participante: *“às vezes é mais a legislação; (...) muitas vezes nem sequer estamos protegidos. Se houver problemas temos que acarretar com eles, e isso não está bem” (E110)*.

Na falta de legislação devidamente regulamentada e duma posição clara da associação profissional (Ordem dos Enfermeiros), os enfermeiros baseiam a sua prática de modalidades terapêuticas não convencionais em documentos oficiais genéricos, como o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001), no qual se revêem e se sentem legitimados, neste âmbito de cuidados.

Apesar da consciência política que revelam no que consideram ser uma oportunidade de desenvolvimento profissional e de enorme contributo para a saúde dos utentes, ainda assim e talvez fruto das diversas dificuldades de que temos vindo a dar conta, é de registar um *modus operandi* no mínimo paradoxal, a que vários enfermeiros que assumem este tipo de práticas nos respectivos contextos de trabalho se referem: unanimemente consideradas de enfermagem (pelos participantes), e efectivamente realizadas por enfermeiros, são oficialmente atribuídas ao médico, para fins estatísticos; *“e aí penso que ainda temos algum*

trabalho a desenvolver porque não é como enfermagem... isto tem a ver com os registos e com os pagamentos, e muitas vezes ele (o doente) vem como consulta da dor e nem vê o médico...” (EI9). De modo semelhante, outro enfermeiro refere a total invisibilidade da sua prática (de hipnose), conhecida e aceite no seu serviço: *“a minha chefe sabe que eu faço hipnose, mas as «aulas» não são contabilizadas, é uma coisa à parte. Parte daí o «handicap», logo, de não assumir que há um elemento a fazer hipnose” (EII).*

É inevitável o questionamento deste estado de coisas, apesar de não termos respostas para as mesmas: que importância económica, social e política pode ter uma prática cuja existência se desconhece? E que estatuto se pode atribuir a um grupo profissional quando as suas práticas são atribuídas a outros?

Bem sabemos que o trabalho de enfermagem se desenvolve numa esfera de intimidade e território privado, o que constitui por vezes o fundamento de alguma reserva quanto à sua divulgação, aspecto que é, contudo, igualmente válido para os médicos. Como nota Reverby (1987, citado por Swanson, 1993), quando o conhecimento de enfermagem é ocultado em actos cuidadosos, é o próprio cuidar que é ocultado, subvalorizado e sub-reconhecido. Faz todo o sentido, face ao anacronismo da situação, reclamar que a Ordem dos Enfermeiros reconheça e se pronuncie sobre a prática de enfermagem que formalmente regula, e que *“dê a César o que é de César”*, reconhecendo à profissão o seu inegável contributo para a saúde dos cidadãos. Como sugere Northcott (2002), a questão não está entre agir ou não agir, mas na forma que a acção deve tomar, o que ultrapassa o nível da mera execução: implica assumir a responsabilidade da acção, o que só é possível quando social e politicamente reconhecida.

Até porque a voz dos doentes começa a fazer-se ouvir, reclamando um tipo de cuidados que avalia como de enorme utilidade para a sua saúde e bem-estar: *“a enfermeira (como resposta à solicitação da doente de um menor intervalo inter-massagens), afirma que os doentes podem ter um papel importante no alargamento do tempo de atendimento, se fizerem chegar «a quem de direito» a sua avaliação da massagem e as suas necessidades; a utente diz nunca ter pensado que podiam ter esse poder, mas vai levar a sério e tentar «fazer ouvir a sua voz» ” (OP12).* Este é possivelmente um caminho, já perspectivado por Nightingale (in Dossey et al, 2005), que advertia as enfermeiras a tornar visível o invisível, formando a opinião pública acerca do seu trabalho e do valor desse trabalho, para a saúde da população em geral.

4.4 - RAZÕES DA ACÇÃO (código M)

A categoria em análise tem como pano de fundo a complexidade da acção social em estudo, traduzida na diversidade de linguagens, de saberes e de poderes; numa certa (des)valorização destas práticas em contexto profissional, com base na aparente simplicidade das mesmas e no desconhecimento que delas ainda existe; e na auto-preservação dos enfermeiros, no sentido da sua protecção global.

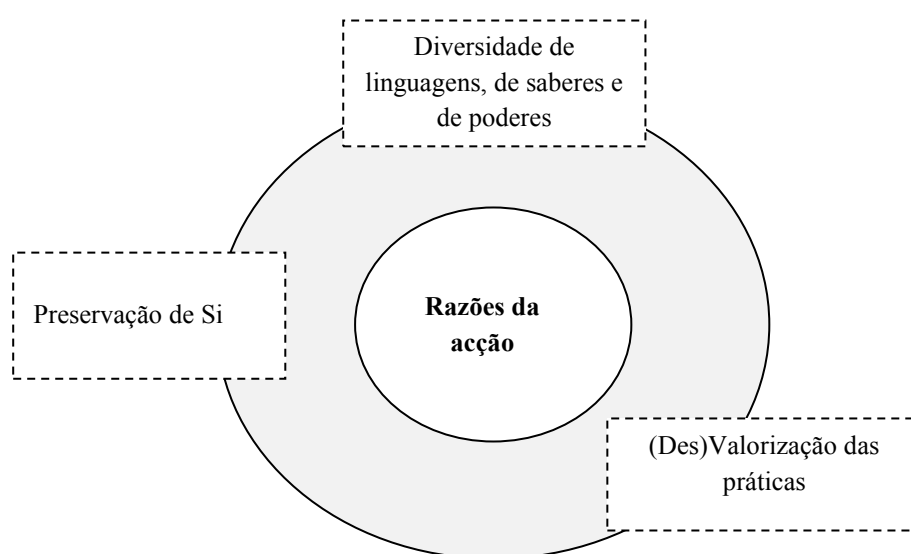


Diagrama n.º 8 - Elementos definidores da categoria “Razões da acção”.

O hospital, enquanto organização de saúde, é ponto de confluência de diversos grupos de actores, caracterizados por uma **diversidade de linguagens, de saberes e de poderes**, condicionando-se mutuamente.

Os participantes dão conta dessa diversidade como uma das razões dos seus modos de acção: *“os médicos... é técnica e comprimido, e pensam: como isto não resolveu deixa-me passar isto para ele (enfermeiro) para ver se com uma «mezinha» qualquer isto vai (E11). A racionalidade científica atravessa a formação dos vários grupos profissionais, deixando pouca margem à aceitação de modalidades terapêuticas alheias a essa mesma racionalidade. Como refere uma enfermeira, “se eu entrar num discurso de energias, entro numa lógica diferente e a nossa cultura ainda não está muito aberta, porque é desconhecido e as pessoas não aceitam. É posto em causa, desconfiamos disso (E12). Médicos e enfermeiros co-*

existem lado-a-lado como os dois principais grupos profissionais cujas interdependências fazem parte do quotidiano hospitalar; o movimento progressivo de simultânea cientifização e profissionalização da enfermagem, com tradução numa maior especificidade discursiva e originalidade prática, distanciam, ainda que paulatinamente, os respectivos saberes e dizeres. Neste quadro nota-se ainda alguma desvantagem para o grupo dos enfermeiros (Carapinheiro, 1993; Lopes, 2001), cujo conhecimento específico está a dar os primeiros passos na sua afirmação profissional; por outro lado e na perspectiva das modalidades terapêuticas não convencionais, é de notar que estamos a falar de práticas das quais não sabemos dizer tudo o que delas conhecemos e intuímos, e cuja integração, por estas razões, não é nem universal nem plenamente assumida.

A missão primária do hospital é essencialmente curativa, no sentido médico do termo, ainda que a transição epidemiológica dos últimos anos, com cada vez maior expressão das doenças crónicas, coloque crescentemente em evidência a necessidade do tratamento em vez da cura; ainda assim, é de doença que se trata quando é o médico que fala. Este primado institucional confere um poder assimétrico aos diversos grupos de actores implicados no arco de trabalho hospitalar (Strauss, 1992), com evidente supremacia do médico, o que de certo modo condiciona as práticas mais orientadas para a pessoa, ainda que doente, mas vendo para além da doença, como é próprio do enfermeiro. Como afirma uma enfermeira, *“quando vou ao doente vou com alguma precaução. O doente está internado, tem determinado médico atribuído, está numa instituição...”* (EI7), manifestando um sentido de conformidade com aquilo que é socialmente considerado mais importante e mais comum, em termos do atendimento hospitalar.

Ainda nesta linha, uma enfermeira dando conta da sua dificuldade em implementar *“n coisas”* (Ent13) no bloco de partos, onde trabalha, acrescenta que *“tem a ver com muitos poderes instituídos e tem sido muito complicado”* (idem). De acordo com um estudo por nós realizado em contexto hospitalar (no âmbito do mestrado, 2001), o hospital moderno apresenta um sistema de autoridade duplo: a autoridade formal/posicional, da administração, a qual conserva ainda alguns traços burocráticos, e outro funcional, dos profissionais, com uma dupla linha hierárquica – dos médicos e enfermeiros. Nesta, e pela consonância dos seus saberes com a missão hospitalar, é o médico quem detém mais poder, na medida em que é o profissional melhor habilitado para tratar a doença, mesmo quando isso pressupõe o recurso a modalidades terapêuticas não convencionais. Como afirma um enfermeiro, *“se o médico disser que vai fazer hipnose os pares dele pensam que ele «pifou» mas não questionam (...). Se eu escrever que vou fazer hipnose (...) no diário de enfermagem... ou que*

fiz, perguntam: “quem é este gajo... quem «mandou» fazer hipnose?” ... muitas dúvidas se vão levantar... (E11).

Contudo, a voz do utente também a este nível começa a fazer-se ouvir, colocando ao mesmo nível a importância dos diversos olhares na medida em que em conjunto contribuem para um cuidado mais eficaz e mais humano; como afirma uma doente (médica), *“estas situações (de doença oncológica) são tão complexas que... deixemo-nos de ilusões: os médicos, sozinhos, não conseguem dar resposta!” (OP14).*

No que se refere à hierarquia de enfermagem os participantes consideram essencial a sua abertura a estas modalidades terapêuticas, enquanto condição legitimadora de práticas a integrar efectivamente no exercício profissional. Diferentes posturas a este nível levam ao exercício camuflado, na medida em que *“há chefes de serviço que não vêem assim, e quem está à frente do serviço é que transmite muito a ideia” (E110).* Estamos perante diferentes níveis da realidade, o que significa, por um lado, diferentes escolhas mediadas por critérios de gestão organizacional, de que se realça o aspecto económico e, por outro lado, diferentes perspectivas paradigmáticas: *“nós temos que ver a visão Organizacional e temos que ver a visão pessoal ou do enfermeiro. Se acarretar muitos custos, eu não acredito que sejam técnicas muito bem vindas... custos em termos humanos (E11).*

Relativamente à “visão pessoal do enfermeiro”, coloca-se a questão do carácter multiparadigmático, assinalado por Monti e Tinggen (1999), o qual marca o estágio de desenvolvimento actual da disciplina de enfermagem, com a consequente tradução prática de alguma confusão face aos modelos orientadores a adoptar, e também da maior ou menor abertura ao novo: *“... não o faço (reiki) de uma forma sistematizada porque não tenho uma equipa coesa, porque isto não é uma linguagem acessível, porque dizem «lá vem ele com as energias» ”(E13).* Evidencia-se aqui, em grande parte pelos diferentes “modelos em uso” (Argyris e Schon, 1974), decorrentes da multiplicidade de paradigmas assinalada, diferenças de valores, conhecimentos, interpretações, capacidade de comunicar a inovação, entre outros aspectos; trata-se, em última análise, duma certa incoerência filosófica e instrumental, característica do estágio de desenvolvimento disciplinar e profissional.

Este aspecto é sustentado pelo uso de diferentes tipos de saberes, identificados no terreno da pesquisa, como ilustramos: *“pergunto porque realiza movimentos de deslizamento após «o pentear a pele» (...); diz-me então que aprendeu assim, e que este movimento, nesta altura, dá uma sensação enorme de bem-estar: é como o acordar a pele dos movimentos anteriores, mais repetitivos... os doentes costumam referir muito agrado...” (OP/Ent./Enf^o).* Encontramos aqui elementos de saberes teóricos (Dubar, 1997; Le Boterf, 2003), os quais,

enquanto saberes de inteligibilidade, servem essencialmente para “entender aquilo que se faz” (Le Boterf, 2003, p.95), ainda que nem sempre esse entendimento seja traduzível em explicações perfeitamente claras, ao nível do discurso, sobretudo quando se trata de saberes cuja dizibilidade é essencialmente simbólica, como é o caso da maioria das modalidades terapêuticas não convencionais. Estamos, em termos da enfermagem, a abrir caminho ao enriquecimento do padrão empírico do conhecimento ou ciência da enfermagem (Carper, 1978/1992), na medida em que estas modalidades, devidamente fundamentadas, forem apropriadas e cabalmente integradas no acervo teórico e conceptual da disciplina.

O conhecimento do que resulta melhor para o utente, baseado na experiência, constitui também uma razão importante dos modos de fazer dos enfermeiros, como ilustra o seguinte excerto de notas de campo: *“a enfermeira refere que aprendeu assim e tem tido um feedback muito positivo por parte dos doentes; (...) «como fiz formação de vários tipos e com vários professores, acabo por misturar as diferentes técnicas...e às vezes já nem me lembro dos nomes; mas tenho sempre a preocupação de validar com o doente o efeito dessa técnica e... acabo por ir seleccionando as que a minha experiência me diz que são mais eficazes... que proporcionam mais bem-estar e alívio» ...” (OP/Ent./Enf^o).*

Trata-se, de acordo com Le Boterf (2003), do saber-fazer empírico ou experiencial, cuja tónica se pode resumir na afirmação do autor, de que “ a experiência é o que permite fazer o que não aprendemos a fazer” (p.103), pelo menos de um modo tão particularmente adequado às situações concretas de cada utente; contudo, ultrapassa o conceito de Le Boterf, na medida em que consideramos, contrariamente a este autor, que o saber teórico tem também aqui uma palavra a dizer, através de conteúdos de carácter universal e abstracto, a partir dos quais o enfermeiro constrói as práticas individualizadas. Neste sentido a tipologia de Dubar (1997) parece completar melhor o conceito, através do que classifica como saberes profissionais, os quais, articulando saberes práticos e saberes técnicos, admitem contudo elementos de conhecimento teórico-científico, orientado para um saber fundamentado, do qual decorre uma prática igualmente fundamentada, ainda que “já nem se lembrem os nomes”. Ressituando-nos nos padrões de conhecimento em enfermagem (Carper, 1978/1992), mais uma vez identificamos aqui elementos do conhecimento estético ou a arte da enfermagem, através do reconhecimento da importância da percepção e da criatividade. Este tipo de conhecimento incorpora a empatia e o entendimento; é interpretativo, contextual e subjectivo, exigindo mais síntese do que

análise; inclui a sensibilidade do significado de um momento, o sentir directo da experiência, tornando-o, por isso, individualizado e único.

Da análise em curso infere-se que a diversidade de saberes que assinalámos, no seio da enfermagem, informa e enforma uma prática profissional necessariamente complexa, colocando com pertinência a questão da autonomia profissional. Trata-se de uma questão ainda não resolvida, e acerca da qual encontramos, entre os participantes, entendimentos que traduzem uma fraca consciência desta dimensão profissional, como ilustramos em seguida: “*eu... tenho muita sorte porque a médica aqui do hospital de dia tem muita confiança no meu trabalho. Eu consigo ter muito essa autonomia, e a médica reconhece mesmo*” (E15). Parece haver aqui a referência a um tipo de autonomia estritamente funcional, dependente duma relação de confiança pessoal, o que fica muito aquém do conceito de autonomia profissional que adoptamos. Critérios como: um corpo de conhecimentos específicos; a capacidade de auto-regulação do exercício profissional; a tomada de decisão; a assumpção da responsabilidade pelas actividades desenvolvidas; a clara identificação do contributo social, por via das actividades profissionais específicas; a identificação dos resultados da respectiva prática, para *os nichos* da sociedade a que se destina; a competência colectiva dum saber partilhado e sabiamente comunicado constituem, entre outros, aspectos indispensáveis à autonomização de uma actividade profissional (Freidson, 1984; Rodrigues, 1997; Lopes, 2001; Le Boterf, 2003; Silva, 2004; Basto, 2009).

A competência colectiva de que fala Le Boterf (2003) passa pois pela capacidade de afirmação de práticas terapêuticas assumidas, sob a condição prévia de um saber fundamentado nos referenciais teóricos e filosóficos da enfermagem, e de um saber dizer partilhado entre os membros da profissão. Neste caso particular, torna-se ainda indispensável uma posição pública e claramente assumida pela Ordem dos Enfermeiros, enquanto instância reguladora da profissão.

Ainda assim, e tendo como pano de fundo o que Hughes (1971) designa de “história natural da profissionalização”, parece-nos estar a enfermagem a afastar-se visivelmente do pólo da dependência profissional relativamente aos médicos, como Carapinheiro (1993) a caracterizava; estudos mais recentes sobre a enfermagem, como o de Lopes (2001) e sobretudo o realizado por Silva (2004), têm mostrado uma crescente capacidade de conquista de espaços de afirmação profissional, em que a centração do discurso de enfermagem no cuidar é assumida como critério de constituição de saberes específicos e de práticas autónomas, passos essenciais para uma efectiva autonomia (Basto, 2009; Ribeiro, 2009).

Silva (2004) afirma que a crescente qualificação dos enfermeiros e a procura de formação contínua, aliada às estratégias de reorganização e apropriação de espaços e tempos de trabalho, com ênfase na relação com o utente, tornará - a médio ou a curto prazo - insuportável não aceitar e reconhecer a sua capacidade de ser uma profissão autónoma. Para isto poderá contribuir, certamente, o enriquecimento trazido pelas modalidades terapêuticas não convencionais, não só pelo conhecimento em si mesmo mas também porque se trata de modalidades de um modo geral alheias ao conhecimento dos outros profissionais, nomeadamente dos médicos, oferecendo aos enfermeiros uma oportunidade única para reforçar a sua área de intervenção *autónoma*.

Esta classificação da intervenção de enfermagem – em autónoma e interdependente – adoptada pela Ordem Profissional (2003) suscita-nos, na sequência da análise em curso, o questionamento da mesma; a interdependência constitui, cada vez mais, o modo natural de relação de saberes e fazeres entre os vários campos disciplinares e profissionais, no âmbito da saúde. Porquê esta discriminação, no que se refere à enfermagem?

A complementaridade da sua prática relativamente à de outros grupos situa-se num *continuum* em que cada um é reciprocamente interdependente e complementar face aos outros. Os enfermeiros são detentores de um saber profissional que lhes permite controlar o seu processo de trabalho – mesmo para as actividades classificadas como interdependentes; como afirma Mintzberg (1995), e tendo por base a standardização das qualificações, este aspecto permite-lhes actuar numa relação estreita com os seus clientes, fundada num grau elevado de autonomia profissional. E, como nota Santos (2001), se uma parte das actividades de enfermagem decorre duma prescrição médica, a execução das mesmas comporta um elevado grau de complexidade, para as quais os enfermeiros possuem capacidades não só de execução mas também de julgamento e de controlo.

Neste sentido, parece mais adequado falar de intervenção de enfermagem, sem a correspondente adjectivação, assumindo que a responsabilidade do que os enfermeiros fazem decorre, em primeiro plano, da interacção que estabelecem com o beneficiário dos seus cuidados, fundada nos saberes que para tal mobilizam.

Uma outra razão para a acção refere-se ao **valor atribuído a este tipo de práticas**, que, na generalidade dos contextos investigados, se pauta pela desvalorização, sobretudo quando se trata de priorizar cuidados; como refere uma enfermeira, “*é difícil justificar o nosso timing de intervenção se as pessoas não reconhecem o que nós fazemos. É como se estivéssemos a gastar ou a queimar tempo que é precioso*” (EI2). Constituindo-se

maioritariamente como práticas individualizadas, sem a continuidade que suportaria o melhor efeito terapêutico, e muitas vezes dissimuladas, como mostrámos anteriormente, este estado de coisas configura um ciclo vicioso que é necessário romper: dar visibilidade e afirmar a importância terapêutica destas modalidades, através duma avaliação sistemática do efeito das mesmas, parecem ser passos essenciais para a sua aceitação generalizada.

A aparente simplicidade das modalidades terapêuticas não convencionais parece ser mais uma razão para a difícil afirmação das mesmas; a crescente tecnologia dos serviços de saúde cria clivagens entre os profissionais, aos níveis mono e interdisciplinar. Diversos autores têm consistentemente afirmado, neste domínio, a relação entre o uso de tecnologia nos cuidados de saúde e o prestígio dos respectivos profissionais, como se em si mesmo este factor fosse sinónimo de maior competência (Strauss, 1992; Carapinheiro, 1993; Lopes, 2001). Uma enfermeira afirma que *"por vezes, por serem métodos muito simples (...) porque não requerem muitos recursos para as fazermos e aplicarmos, acho que é um pouco desvalorizada por isso (EI2)*. Os recursos aqui implícitos referem-se a meios tecnológicos sofisticados, de que efectivamente a maioria das modalidades terapêuticas não convencionais são desprovidas.

Contudo, simplicidade não é sinónimo de coisa sem importância ou com pouca importância, nem tão-pouco de coisa fácil. Sem pormos em causa "as pequenas coisas que constituem os cuidados de enfermagem", de que fala Hesbeen (2000), e a sua importância no processo de cuidados, o que falamos a respeito das modalidades terapêuticas em estudo remete-nos sobretudo para a questão da complexidade. Dispensando na maioria das vezes a tecnologia instrumental, tornam necessário, porém, a utilização de recursos pessoais (do próprio enfermeiro) altamente complexos, na medida em que exigem: a identificação de sentidos e de congruência global com a filosofia da enfermagem; saberes e técnicas que combinam conteúdos de diferentes paradigmas; o ter em conta diferentes registos culturais dos utentes, bem como o seu (des)conhecimento acerca destas modalidades; uma atenção efectiva às diferentes dimensões do ser humano; o uso de diferentes inteligências e de diferentes saberes; e um nível da maturidade pessoal e profissional que torne possível o "uso de si próprio", enquanto instrumento terapêutico (Goleman, 2010; Zohar, D. e Marshall, I., 2004; Costa e Faria, 2009; Carper, 1978/1992; Hall, 2005; Watson, 1999/2002; Benner, 2001).

O pensamento complexo, tal como o define Edgar Morin (2008), integra o mais possível os modos simplificadores de pensar, aspirando ao conhecimento multidimensional, vendo as relações entre as diferentes dimensões; não vê apenas as

partes, o que é próprio do reducionismo, nem apenas o todo, característico do holismo: vê as múltiplas relações do todo com as partes; em suma, “o pensamento complexo é animado por uma tensão permanente entre a aspiração a um saber não parcelar, não fechado, não redutor, e o reconhecimento do inacabamento e da incompletude de todo o conhecimento” (p. 10- 11).

A incongruência cultural de algumas modalidades terapêuticas não convencionais constitui um desafio para o enfermeiro, na medida em que por vezes o leva a preferir modalidades com elevado (e comprovado) potencial terapêutico, mas cuja heterodoxia torna difícil o respectivo enquadramento num plano de cuidados, em detrimento de outras, menos eficazes mas culturalmente mais congruentes: *“a maior parte dos doentes não tem conhecimento das diversas técnicas e como é que elas actuam. Se por exemplo vou fazer uma reflexologia ao pé, e não nas costas (onde dói), os doentes dizem que têm dores nas costas e não no pé... (E18).*

Também o desconhecimento, quer dos pares quer de outros elementos da equipa alargada constitui uma boa razão para a desvalorização destas modalidades terapêuticas; como afirma um enfermeiro, *“há pessoas mesmo que eu já nem sequer perco tempo porque como não conhecem nem se esforçam para aprender, não ficam com o conhecimento e não aceitam pura e simplesmente” (E110).* Talvez por um passado recente de dependência interprofissional, cuja responsabilidade radicava sobretudo na execução - e que em muitos casos continua a estar presente, é compreensível uma certa hesitação perante o passo enorme que é exigido para integrar estas modalidades terapêuticas na prática. Não se trata apenas de tomar a decisão e responder por ela; trata-se, também, de correr o risco de ser questionado e ter que explicar o que é dificilmente explicável, tendo em conta as insuficiências de linguagem de cariz científico, por um lado, e uma eficácia cuja evidência científica carece de uma sistematização sólida, apesar da crescente e consistente evidência anedótica da mesma.

Este aspecto, que designamos de ***preservação de si***, configura uma forte razão da acção e desenvolve-se a vários níveis: preservação social, face ao meio científico onde a acção se desenvolve; preservação face ao contexto normativo em que decorre a acção; e preservação da integridade pessoal, face às características e exigências das modalidades que desenvolvem.

O medo do ridículo, de ser gozado, é apontado como um factor de forte condicionamento neste aspecto: *“secalhar são esses receios todos, de os colegas*

ridicularizarem, de haver questões cientificamente... e eu talvez não consiga justificar, apesar de já haver imensos estudos sobre isso. E depois é assim, como não tive uma formação escolarizada nesta área, a pessoa fica mais insegura na justificação deste tipo de práticas” (EI2). Manter a face (Goffman, 1974) é uma condição de credibilidade profissional, num contexto com as exigências do contexto hospitalar, em que é da saúde e, em última instância, da vida das pessoas, que se trata.

Mesmo entre pares este é um modo de acção frequente: *“eu acho que é porque têm medo do ridículo, de não ser aceites, sobretudo de serem ridicularizados... e até dos da profissão” (EI15). Corroborando este sentir, outra enfermeira afirma que “neste serviço é mais complicado fazer alguma coisa porque (...) mesmo com alguns colegas também comecei a sentir que era olhada assim um pouco de «esguelha» “ (EI6). Por esta razão, alguns enfermeiros optam por não se expor, esperando “... a credibilidade das coisas. E o momento certo, a altura própria...” (EI5), significando com isto condições de maior abertura da equipa de saúde, por um lado, e de um conhecimento mais formalizado e também generalizado, na enfermagem, que possibilite assumir estas práticas sem correr os riscos assinalados, ou pelo menos correndo um risco menor.*

Esta é outra dimensão da preservação de si, na medida em que o contexto normativo-legal ainda não está devidamente clarificado, nem dentro nem fora da profissão. Como afirma um participante, *“tento evitar porque quando nós vamos para a nossa profissão temos um código deontológico que não podemos deixar de respeitar (EI10); e, apesar das questões éticas a que já nos referimos, presentes de um modo muito consciente na prática destas modalidades, ainda assim subsistem dúvidas quanto a aspectos concretos da prática, omissos no código deontológico (Lei nº 111/2009, de 16 de Setembro). Daí que, antecipando vários cenários possíveis face à inevitável tomada de posição, uma atitude de reserva seja a adoptada por alguns enfermeiros: “e nesta fase de grande instabilidade a nível da nossa Ordem... se surgir essa incompatibilidade, eu tento mesmo reservar-me” (EI5).*

Também o atraso na regulamentação de lei de bases das chamadas “terapêuticas não convencionais” (lei nº 45/2003, de 22 de Agosto), justifica um modo de acção preventivo, como o que expressa um enfermeiro: *“e depois se há um doente qualquer que se lembra de levantar um processo e eu estou lá metido no meio... é mais para me preservar a mim próprio” (EI 10).*

Nesta questão, à semelhança de outras anteriormente abordadas, também se verificam diferenças entre os vários contextos dos entrevistados e o contexto observado. Uma dimensão característica da *preservação de si*, presente no contexto observado, tem a

ver com a preservação do equilíbrio, a um nível global. A protecção física e sobretudo energética, face às energias negativas emanadas pelo doente, leva os enfermeiros a lançar mão de estratégias diversas, umas mais subtis e dissimuladas, outras mais evidentes e assumidas; a confiança “no público” (Goffman, 1974) - utentes e investigadora - é o principal mediador deste modo de acção no contexto observado, na maior ou menor abertura com que se explicitam as lógicas de preservação de si. Um excerto de notas de campo exemplifica este aspecto: *“a maior parte das enfermeiras, enquanto procede à massagem, tira os sapatos, colocando um lençol no chão, ou calçando mini-meias de algodão para proteger os pés. Questionamos habitualmente a razão deste procedimento sendo que, numa 1ª fase, as enfermeiras dão diversos motivos, tais como: «dá-me mais jeito; gosto mais, porque tenho uma base de sustentação maior; é-me mais confortável; é melhor para os doentes porque faço menos barulho...»; num segundo momento de conversação, contudo, e após termos dado algum sinal de total abertura face a modalidades de cuidar menos conhecidas e menos aceites – para o que basta falar em energia, sob qualquer forma – as enfermeiras quase invariavelmente acrescentam ao já dito que, trabalhar descalças (também) lhes faculta uma ligação directa à Terra, o que permite um escoamento das energias negativas emanadas pelos doentes e, como consequência, um desgaste e cansaço muito menores, ao fim do dia de trabalho” (OP – Notas Metodológicas).*

4.5 – PERSPECTIVANDO UMA PRÁTICA INFORMADA (código F)

É consensual entre os enfermeiros participantes a importância da produção científica intradisciplinar que possibilite a apropriação e integração dos saberes que suportam as modalidades terapêuticas não convencionais. Integrar, paulatinamente e de modo natural, à semelhança dos cuidados convencionais, a prática de modalidades que o juízo clínico do enfermeiro aponte como adequadas em situações de cuidados específicas, revela-se uma estratégia de particular interesse. Os participantes colocam enfaticamente a questão do ensino deste tipo de modalidades terapêuticas, considerando: por um lado, uma oferta formativa actualmente disponível em instituições e ministrada por formadores de cuja credibilidade e rigor é difícil certificarem-se, o que conduz frequentemente a um tipo de formação auto-didacta e partilhada inter-pares; por outro lado, expressam a necessidade do ensino deste tipo de modalidades terapêuticas na formação em Enfermagem, aos vários

níveis, como condição duma prática informada, pela efectiva apropriação deste tipo de saberes. É o que sistematizamos no esquema seguinte.

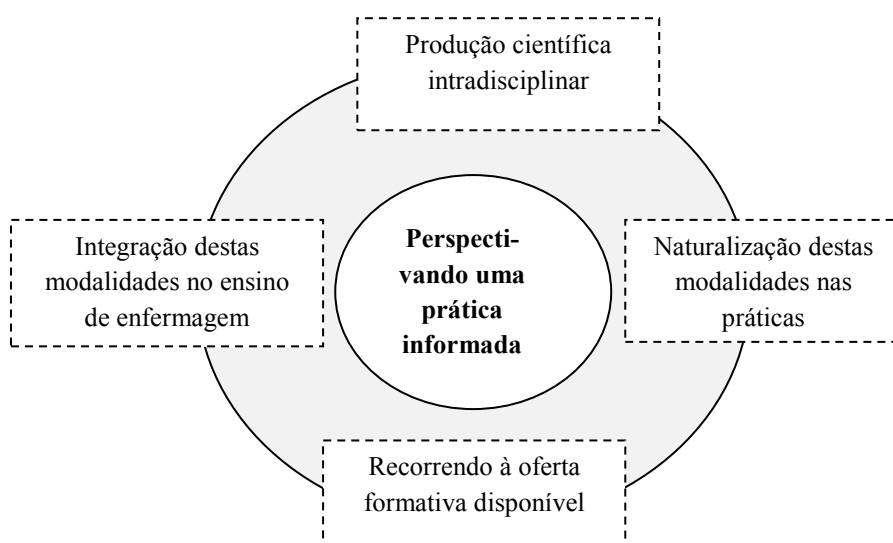


Diagrama n° 9 - Elementos definidores da categoria “Perspectivando uma prática informada”.

A **produção científica intradisciplinar** no campo das modalidades terapêuticas não convencionais é fortemente sugerida pelos participantes, enquanto suporte das respectivas práticas: *“ela só conseguirá efectivamente passar para a realidade e para a prática quando houver sustentação científica produzida pelos enfermeiros, quando houver investigação e alguns arrojados (...) demonstrarem a efectividade deste tipo de práticas... “ (EI3).*

Apesar da investigação em enfermagem ser ainda, e de um modo transversal, incipiente, situando-se sobretudo em contexto académico aos níveis de mestrado e doutoramento, os participantes consideram que nestas áreas ela é fundamental, por diversas razões, das quais podemos apontar: a recente (mas crescente) introdução de modalidades terapêuticas não convencionais na prática profissional; um modo de acção caracterizado, em grande parte, pela ocultação ou pela assumpção selectiva do que se faz, de acordo com a reacção esperada dos outros elementos da equipa de saúde; o desconhecimento da magnitude real do uso destas modalidades terapêuticas, apesar da crença de que esse uso tem uma expressão considerável e transversal, entre os enfermeiros; e a dificuldade em falar sobre o que se faz, num contexto em que a fundamentação das práticas constitui um assunto de particular importância, em termos da racionalidade científica que o caracteriza.

Um enfermeiro afirma que *“a procura de estudos feitos por outras pessoas é importante, mas se for feito por enfermeiros (...) dá contextualidade a outras técnicas e ao processo de*

cuidados de enfermagem, é diferente... (EI3). A contextualidade referida é um ponto importante do processo de maturação disciplinar que, a par da desocultação das práticas, pode contribuir para afirmar a enfermagem no seio das restantes profissões da saúde, e a delimitar melhor o seu campo de actuação. Teorizar, como refere Reed, P. (2006), é pensar abstractamente e fazer ligações entre o empírico e o conceptual, revelando-se particularmente importante numa fase de construção do conhecimento disciplinar, como a que acontece na enfermagem actualmente.

Como afirma Amendoeira (2006), o desenvolvimento da disciplina passa pela investigação enquanto dimensão essencial a esse desenvolvimento, só possível com a entrada dos enfermeiros (e ainda não da enfermagem) na Universidade. Cientes desta realidade, alguns participantes mobilizam a investigação realizada por enfermeiros a nível internacional, exemplificando uma enfermeira com a investigação desenvolvida por Dolores Kriegger: “... por aquilo que já li, na altura (décadas de 70 e 80, do séc. XX) já era cientificamente comprovado o efeito do toque terapêutico” (EI8). Apesar de ser provavelmente a modalidade mais estudada em enfermagem, relativamente aos seus efeitos, ainda assim a investigação sobre toque terapêutico – à semelhança do que acontece com a generalidade das modalidades terapêuticas não convencionais - revela disparidade de níveis de evidência científica de eficácia. Peters (1999), num estudo de meta-análise sobre a eficácia do toque terapêutico, aponta as principais fraquezas da investigação comumente realizada, nomeadamente: os procedimentos de amostragem; a intervenção em estudo; as competências dos praticantes (enfermeiros); e a documentação sobre a técnica propriamente dita, na medida em que existem vários modos de fazer toque terapêutico (e outras modalidades).

Apesar da abundante produção científica a nível internacional, de que salientamos a desenvolvida nos Estados Unidos da América, Canadá e Austrália, todos os autores são unânimes em afirmar a importância de mais e melhor investigação, para fundamentar mais solidamente e com mais credibilidade o uso das modalidades terapêuticas não convencionais. Snyder e Lindquist, no seu livro *Complementary/Alternative Therapies in Nursing* (2006), percorrem várias modalidades terapêuticas no âmbito da enfermagem. Relativamente a cada uma delas, não só fazem a recomendação habitual de desenvolvimento de mais estudos, como sugerem explicitamente linhas de investigação que respondam, para cada modalidade, às questões ainda sem resposta ou com resposta pouco sustentada, com base na investigação produzida.

Aparentemente menos conhecedores da realidade internacional, outros enfermeiros referem e valorizam estudos de âmbito académico, ao nível do 1º ciclo, como suporte e justificação da sua própria prática: *“posso apoiar-me em alguns estudos que tenham sido feitos com a terapia reiki. (...) Nesta escola... tive dois alunos que fizeram um trabalho sobre reiki e que estiveram comigo a fazer estágio...”* (EI4). Apesar destes estudos constituírem não só uma primeira abordagem ao campo como uma primeira experiência de investigação, com as esperadas limitações, ainda assim constituem uma referência pela desocultação que paulatinamente vão começando a fazer, relativamente ao que já se passa no nosso País, em vários contextos da prática. Parece-nos, contudo, que antes de avançar com o estudo de modalidades concretas, haveria todo um trabalho prévio a fazer, também de carácter investigativo mas essencialmente contextualizador. Como refere um enfermeiro participante, *“quando o enfermeiro investiga sobre as possibilidades e as potencialidades da sua implementação como ... estratégias a integrar num processo de cuidados, já passa a ser conhecimento da profissão”* (EI3), afirmando, em continuidade, que *“é com a investigação continuada e persistente neste tipo de modalidades é que nós nos conseguimos apropriar deste tipo de estratégias e de técnicas dentro da própria profissão. Porque senão continua a ser externa, continua a ser de ninguém”* (idem).

Estas afirmações sugerem a existência de tempos diferentes no processo de construção do conhecimento, em que a disponibilidade para acolher o novo e a possibilidade do terreno para o permitir são condições prévias ao passo seguinte: o da sua apropriação e integração no processo de cuidados.

A naturalização das modalidades terapêuticas não convencionais na prática, ou seja, o seu uso como se de acções de enfermagem convencionais se tratasse, é uma estratégia que emerge dos dados: *“tal como eu implemento uma avaliação de sinais vitais, com a frequência que eu entendo (...) também não devia ter qualquer tipo de pudor ou de inibição em escrever no plano de cuidados este tipo de técnicas e elas fluírem naturalmente, como qualquer outro acto de enfermagem”* (EI3).

Dada a congruência destas modalidades com a disciplina de enfermagem, avaliada pela generalidade dos participantes, faz sentido esta assumpção de práticas *“de uma forma quase natural”* (EI11), as quais dão corpo a uma determinada filosofia de cuidados, valores, formas de ver a pessoa, enfim, que permitem aproximar os “modelos expostos” - os modelos teóricos, e os modelos em uso - os que realmente orientam a prática dos cuidados (Argyris e Schon, 1974; Engebretson, 1997; Paiva, 2007).

Para além dos vários modelos conceptuais de enfermagem que legitimam o uso destas modalidades, os enfermeiros referem também outros documentos; como afirma uma enfermeira, enquanto porta-voz da equipa de enfermagem: *“seguimos os ensinamentos do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, toda aquela área de ensinamentos que se preconiza... qualquer um de nós, a nível da equipa, tem conhecimento do... documento”* (EI9). Efectivamente, este documento indica várias estratégias de controlo da dor que classifica de “não farmacológicas”, de que são exemplo as técnicas cognitivas, e atribui ao enfermeiro a responsabilidade da gestão da dor, na equipa multidisciplinar, o que implica o seu envolvimento óbvio e directo com este tipo de modalidades terapêuticas: “o enfermeiro, tendo em conta o tempo de presença junto de doentes e famílias, bem como a relação terapêutica próxima na perspectiva da relação de ajuda, é, por excelência, uma pedra basilar na implementação, execução e avaliação de uma estratégia multidisciplinar de controlo da dor” (2001, p.49).

Apesar desta legitimação formal atribuída aos enfermeiros, neste caso relativa ao controlo da dor, cremos que um conhecimento consistente de modalidades terapêuticas não convencionais, quer em termos de técnicas específicas quer em termos da coerência disciplinar, poderá capacitar os enfermeiros para a gestão dos cuidados em geral (e não só os relacionados com a dor), não apenas multidisciplinar, mas idealmente transdisciplinar; com base nas premissas que o documento anteriormente citado aponta, mas acrescentando outras do domínio filosófico da enfermagem, que aponta também para uma ética do cuidado, os enfermeiros são provavelmente os profissionais de saúde melhor posicionados na equipa para assumir este desiderato, assente numa *“atitude crítica e responsável na utilização e consumo desse tipo de técnicas”* (EI3).

A naturalização que os enfermeiros apontam como modo de apropriação destas modalidades na sua prática, parece decorrer, em parte, do modo também por eles considerado natural, de como tomaram contacto com e fizeram formação nestas áreas, como ilustra a seguinte afirmação: *“... não fui à procura exactamente de nada, em concreto. E não sei se fui eu que descobri o shiatsu ou se foi o shiatsu que me descobriu a mim”* (EI7), importando realçar aqui este “senso de naturalidade”, de congruência, de fazer sentido..., que leva os enfermeiros a aderirem a este tipo de modalidades.

Também a discussão em equipa parece ser apropriada como estratégia para a naturalização destas modalidades: *“com os nossos anestesistas que estão também a estudar estas áreas já há alguma abertura e já debatemos estas questões, embora eu note que falta algum fundamento para falar delas. Eu própria sinto-me limitada”* (EI9).

A limitação da linguagem é provavelmente o maior factor de dificuldade na legitimação social destas práticas profissionalmente assumidas; dotadas de uma racionalidade própria a que corresponde igualmente uma linguagem apropriada, no seu contexto, muitas das modalidades terapêuticas não convencionais encontradas no terreno de pesquisa são difíceis de explicar aos doentes mas sobretudo aos outros profissionais, para que tenham um acolhimento natural, similar ao das “técnicas convencionais”. Por esta razão, frequentemente procura-se tornar natural o uso destas modalidades terapêuticas à custa de outras variáveis: “*vou apoiar-me sobretudo na minha experiência, vou aos meus relatos vividos... e dessa forma vou certamente conseguir dar resposta às pessoas que me questionem*” (E14), procurando legitimar, assim, uma prática que desenvolve e que avalia como de elevado valor terapêutico – o reiki.

Uma questão igualmente importante, e que perpassa os discursos dos participantes, refere-se às hierarquias dos respectivos contextos de trabalho e de aprendizagem: “*...mas isto tem que começar pelas chefes, pelo próprio hospital e pela formação*” (E18). Sem “autorização” hierárquica torna-se mais difícil assumir de modo continuado e consistente a prática de modalidades não completamente naturalizadas, até porque não realizadas, habitualmente, por todos os enfermeiros duma determinada equipa de trabalho (exceptua-se, no caso deste estudo, a equipa de massagem); no que se refere à formação, parece ser consensual a ideia de que a aprendizagem institucional é, em si mesma, legitimadora e propiciadora duma prática *naturalizada* ou seja, habitual e esperada, para a profissão, de acordo com o seu mandato social.

Mas, enquanto a escola não assume por inteiro a sua função no que respeita ao ensino deste tipo de modalidades terapêuticas, os enfermeiros, **recorrendo à oferta formativa disponível**, aderem a tipologias e instituições de formação diversa, em função dos seus interesses e também da confiança que essa oferta lhes suscita.

Em primeiro plano “*isto tem a ver com a maneira como a pessoa se posiciona no seu processo auto-formativo. Não tem a ver só com o seu trajecto de diplomas...*” (E113), corroborando esta afirmação a perspectiva actual da educação ao longo da vida, caracterizada, em grande parte, pela auto-responsabilização neste processo, que inclui mas ultrapassa a formação legal e formalmente sancionada. Estreitamente relacionado com o anterior, surge o auto-didactismo: “*formação não fiz, fui quase autodidacta (relativamente à aprendizagem da utilização da música e de aromas). Ler, consultar ... tenho vários manuais em casa sobre este tipo de terapias, vou lendo, vou percebendo, e a formação acaba por ser um*

bocado limitada. (...) É só aquilo que consigo interpretar do que leio” (EI2). Aceitando o valor da reflexão pessoal como um passo indispensável no que Bevis e Watson (2005) designam de aprendizagem significativa, ainda assim e sobretudo em áreas do conhecimento emergentes na nossa cultura profissional, parece-nos que algum grau de sistematização, própria do ensino formal, é fundamental no sentido da discussão e do aprofundamento das modalidades referidas.

Os enfermeiros assumem-se frequentemente como recursos de formação dos seus pares, bem ao jeito do que caracteriza a formação dos adultos (Canário, 1999; Danis e Solar, 2001), através da discussão em grupo ou mesmo da realização de acções de formação, como afirma uma participante: “... *fiz formação (como formadora) aqui, recentemente, no hospital, sobre aromaterapia e musicoterapia para todas as pessoas que quisessem assistir...*” (EI9).

Face à diversidade de modalidades terapêuticas encontradas no campo da pesquisa (e que já apresentámos), de natureza diversa e com grau variável de heterodoxia, é compreensível a dificuldade manifestada por alguns enfermeiros relativamente à selecção da oferta formativa: “*agora eu vou aprender não sei onde...*” (EI6), referindo-se a uma certa conformidade, em grande medida inevitável, com a oferta disponível. Quando possível, porém - o que significa ter possibilidades de escolha - os enfermeiros dispensam uma cuidadosa atenção à oferta, no sentido de que a formação seja credível em primeiro lugar para os próprios, como ilustra a seguinte afirmação: “*quando iniciei formação em acupuntura procurei de facto inteirar-me se a formação que eu procurava tinha alguma credibilidade... em relação aos professores, aos conteúdos, às avaliações, ao resultado final...*” (EI7).

Se as novas pedagogias postulam a centralidade do estudante no seu processo formativo – o que é particularmente verdadeiro na pedagogia do adulto – questionamos, contudo, a real capacidade de questionamento do enfermeiro, face a conteúdos e estratégias frequentemente apresentados numa linguagem pouco compreensível e cuja ressonância na cultura profissional acontece ainda, essencialmente, a um nível mais filosófico. Estas considerações são consubstanciadas pelo que um participante designa de “*campos de águas turvas... em que um dia falar sobre reiki e outro dia falar sobre musicoterapia... não é uma boa base*” (EI1). Como se infere, falta, entre outros aspectos, uma adequada sistematização do que ensinar (os conteúdos), uma confiança na competência e idoneidade do formador, mas também uma efectiva integração disciplinar que, se sentida e sobretudo intuída pela generalidade dos enfermeiros, não está, contudo, devidamente clarificada e sistematizada.

O relativo vazio legal que caracteriza ainda esta área da saúde, com uma lei de bases de 2003 (lei nº 45/2003, de 22 de Agosto), e cuja regulamentação se aguarda desde essa data, contribui grandemente para a manutenção deste “campo de águas turvas”, faltando a necessária regulação que balize, no caso que nos interessa, uma formação credível.

Neste campo de anarquia da oferta formativa “... há alguém que quer ganhar dinheiro fazendo cursos e cursos e cursos... não tendo as melhores capacidades para os fazer (E11); e nem a assinalada heterodoxia de algumas destas modalidades terapêuticas, com a consequente dificuldade da sua dizibilidade, podem ser consideradas razões válidas para este estado de coisas. Até porque, afirmámo-lo anteriormente, as modalidades terapêuticas não convencionais são dotadas de uma racionalidade própria, passível e obrigatoriamente possível de ser estudada com o rigor e a honestidade intelectuais que se impõem, quando falamos da sua aplicação em saúde, em contexto de prática profissional.

Face ao estado da arte no que se refere às possibilidades de formação nestas áreas, e que sucintamente caracterizámos, poder-se-á perguntar onde vão, então, os enfermeiros, aprender estas modalidades terapêuticas, para além de aprenderem por si próprios? Que instituições lhes oferecem a possibilidade de novas aprendizagens e merecem a sua confiança?

Surge, com frequência, a situação de alguém ou alguma instituição conhecida por um enfermeiro e que, por lhe merecer credibilidade, a recomenda a outros, como exemplificamos: “organizei as coisas com elas e disse: «noutro dia trago o meu Mestre (de reiki), se vocês quiserem. Ele foi lá e fez a iniciação a catorze (enfermeiras)»” (E115); esta formação é habitualmente desenvolvida num fim-de-semana ou, nalguns casos, num só dia, em cada nível de formação, sendo que a maior parte das “escolas de reiki” organizam a formação em 3 níveis, ao longo de várias semanas ou meses. Contudo, algumas modalidades terapêuticas caracterizadas por uma maior complexidade, de que decorre um tipo de formação mais longo, têm vindo a conquistar espaços e modelos de formação mais próximos da formação na área da saúde normalmente desenvolvida no nosso país; é o caso da medicina chinesa, leccionada num curso com a duração de 5 anos (equiparada ao nível de licenciatura), com componentes teórica e prática, como a desenvolvida na Universidade de Medicina Chinesa Dr. Pedro Choy (pólo da Universidade Chinesa de Chengdu). Este curso tem tido uma elevada participação de enfermeiros.

A par da diversidade apresentada ao nível da oferta formativa disponível, muitas dessas instituições emergem de formas organizativas no campo da saúde e da enfermagem, de que são exemplo: o Instituto de Formação em Enfermagem (IFE); a *Sinais Vitais*; a

Formaçau; o Instituto Português de Naturologia (IPN); a Célula Viva, entre outras, referidas pelos participantes como contextos formativos a que acederam relativamente a várias modalidades terapêuticas que integram na sua prática. Frequentemente apresentando programas de formação diversos, de curta duração, versando temas dos mais convencionais (como o tratamento de feridas) aos não convencionais (como a massagem shiatsu e a acupunctura), estas instituições têm vindo a afirmar-se, sobretudo à custa da componente prática da formação que oferecem.

Importa colocar, neste nível de análise, uma questão: por que razões surgem instituições como as mencionadas, cuja principal missão parece ser substituírem as escolas? Que função ou funções desempenham, em termos da formação, a que as escolas parecem não dar a adequada resposta?

É neste ponto que introduzimos a **integração destas modalidades no ensino de enfermagem**. É unânime entre os enfermeiros participantes a opinião do interesse e importância do ensino das modalidades terapêuticas não convencionais nas escolas de enfermagem, ao nível da formação de base e/ou como pós-graduações, enquanto condição legitimadora destes saberes.

Esta questão perpassa enfaticamente no discurso dos vários participantes, como ilustramos com os seguintes (entre muitos outros possíveis) excertos: *“afinal, o gajo sabe ou não sabe? ...e daí a questão da escola. Se eu tenho uma base escolar que está tacitamente aceite, aceite pelos pares do ensino, que aquilo é importante eu saber...” (E11)*, será facilitador da sua integração na prática, tal como acontece com os diversos saberes convencionais, transferíveis e transferidos entre os pólos académico e profissional, da enfermagem. Elucidando esta questão, um enfermeiro afirma: *“tive reflexologia, no curso de enfermagem, e isso está enraizado. Se eu praticar reflexologia, eu digo o que estou a fazer, baseado numa disciplina que aprendi no curso (E110)*. Parece óbvio para os enfermeiros que o que se aprende na escola pode ser posto em prática, o que não só aparece como legitimador dessa mesma prática, como revela, também, confiança no escrutínio da escola para seleccionar os conteúdos que considera úteis para a profissão.

Face a uma oferta formativa diversa e que apresenta muitas fragilidades, como assinalámos anteriormente, a idoneidade da instituição escolar funciona como um *escudo*, nesta área: *“acho que dava outra credibilidade e outro reconhecimento à certificação da formação... parece-me... que em termos de oferta formativa que há outra sustentabilidade... em termos de reconhecimento para o exterior, em termos de reconhecimento social, da eficácia da...*

da pertinência, da utilidade...” (E113). Realçamos estes últimos aspectos – a pertinência e a utilidade, na medida em que, de acordo com o mandato social da enfermagem, é esperado que a profissão reconheça as necessidades da sociedade, no sentido de lhes dar resposta (Monti e Tingen, 1999), substantivadas aqui pela crescente procura destas modalidades terapêuticas.

A formação nestas áreas, para além dos aspectos mencionados, permite adicionalmente aos enfermeiros ampliar horizontes, vindo para além da sua perspectiva disciplinar já considerada abrangente mas, ainda assim, passível de ser expandida: *“se nós formos a pensar no curso de enfermagem... temos sociologia, psicologia, algumas escolas antropologia, portanto tudo ciências na área do social, e parece-me perfeitamente exequível haver formação a este nível”* (E17). Tendo em conta a natureza destas modalidades terapêuticas, que afirma uma visão global da pessoa como o modo natural de a conceber – o que implica colocar ao mesmo nível das dimensões física e biológica as dimensões afectiva, relacional e espiritual, o ensino aqui defendido pelos participantes permitiria desenvolver as capacidades emocionais, expressivas, intuitivas, estéticas e pessoais, trazendo a totalidade do *Eu* para o cuidar (Watson, 2005). Vemos nestas capacidades os padrões de conhecimento identificados por Carper (1978), nomeadamente o conhecimento estético, ético e pessoal, os quais encontram um potencial de desenvolvimento e de aprofundamento através da aprendizagem reflexiva e da prática destas modalidades.

Insistindo na formação escolarizada ao nível do ensino de enfermagem, um enfermeiro afirma: *“mais uma vez isto começa na escola, eu acredito sempre na escola; a escola é um Cupido, no fundo... é aquele que vai lançar a seta aqui, e depois fomenta lá...”* (E11). Para além dos aspectos já mencionados, a que juntamos o rigor e a credibilidade, que, no seu conjunto, configuram uma situação de legitimidade dos saberes sancionados pela escola, é de considerar, também, o potencial de aceitação destas modalidades terapêuticas pelos pares e/ou por outros elementos da equipa de saúde. Esta posição, assumida pela generalidade dos enfermeiros participantes, insere-se num método de ensino que, por analogia com o que propõem Field e Fitzgerald (1998), designamos de *theory-led-curricula*, ou seja, a primazia da teoria no ensino. Pode parecer contraditória uma tão forte valorização da teoria por enfermeiros “da prática”, sobretudo quando uma certa cultura profissional aponta no sentido da valorização da prática como base da aprendizagem. Contudo, lembramos que estamos a tratar de modalidades emergentes (ou em ressurgimento) na enfermagem, e que a teoria tem aqui um papel importante ao ensinar a “falar de” ou “falar sobre”, entre os pares e na equipa de saúde. Dizer e explicar o que se

faz (ou pretende fazer), nos seus fundamentos teóricos e filosóficos, e contextualizá-lo no conhecimento e na filosofia da enfermagem, parece-nos ser um assunto de importância fundamental e para o qual a escola tem uma resposta mais adequada.

Falando em tipologia de aprendizagem, a posição assumida pelos participantes inscreve-se no que Bevis (2005) designa de aprendizagem contextual, sintáctica e investigativa, tipos de aprendizagem que requerem um grau elevado de maturidade do aluno. Até porque, já o assinalámos, a natureza da generalidade das modalidades terapêuticas não convencionais implica profundamente o enfermeiro enquanto pessoa, na sua complexidade multidimensional. Esta característica torna necessário um nível de maturidade que ultrapassa a capacidade cognitiva, incluindo também as dimensões emocional e espiritual, só possíveis de atingir, as duas últimas, através da experiência reflectida e da vivência pessoal.

Parece ser nesta linha de entendimento que os participantes sugerem a formação nestas áreas a vários níveis: “... acho que deve ser na escola, mesmo que seja como uma pós-graduação, por exemplo...” (E111); ou, como sugere outro participante “ a questão da formação, que podia realmente passar pelo curso de enfermagem de base... determinados conceitos...” (E17); dada a diversidade de modalidades terapêuticas disponíveis e a sua natureza diversa, é por vezes difícil situar o nível de formação mais apropriado para as mesmas, o que sugere a seguinte opinião, mais neutra: “acho que era bom se houvesse uma disciplina associada à enfermagem, nas próprias escolas de enfermagem e dentro da enfermagem” (E110). Esta dificuldade reflecte o sentimento de que algumas modalidades terapêuticas não convencionais têm um nível de exigência elevado relativamente aos requisitos pessoais de formação, nomeadamente as que designamos por “uso terapêutico do *self*” (analisadas na categoria “o enfermeiro como instrumento terapêutico”), bem como a maioria das modalidades energéticas e algumas mentais-cognitivas. Efectivamente, para além da estrutura cognitiva, caracterizada por um nível apropriado de abstracção, generalidade e inclusividade, que o estudante de enfermagem possui plenamente desenvolvida em qualquer nível de formação, são necessários outros requisitos, de âmbito emocional e mesmo espiritual, que vários autores apresentam, respectivamente, como inteligência ou quociente emocional (Goleman, 1995/2010; Costa e Faria, 2009) e inteligência ou quociente espiritual (Zohar e Marshall, 2004). Costa e Faria (2009, p.4016), partindo do conceito proposto por Freshwater e Stickley (2004), apresentam a inteligência emocional como “um conjunto de capacidades não cognitivas (...) um potencial adaptativo, promotor do bem-estar emocional”. Este tipo particular de inteligência favorece as relações

interpessoais e orienta para valores mais positivos, sendo considerada como mediadora das práticas de enfermagem. Os mesmos autores sugerem que não é a racionalidade técnico-prática - a qual caracteriza, em grande medida, a intervenção de enfermagem - que *sente* intuitivamente as necessidades e emoções da pessoa cuidada; é necessário outro tipo de competências pessoais e interpessoais no uso terapêutico do *self*, bem como a auto-consciência, dimensão fundamental da inteligência emocional, que permite associar pensamentos, emoções e acções de forma apropriada. Goleman (2010, p.54) apresenta como características definidoras da inteligência emocional: “a capacidade de a pessoa se motivar a si mesma e persistir a despeito das frustrações; (...) de regular o seu próprio estado de espírito e impedir que o desânimo subjugu a faculdade de pensar; de sentir empatia e ter esperança”.

Relativamente à inteligência espiritual, Zohar e Marshall (2004) definem-na como a capacidade de questionar, na procura de sentido e valor para o que fazemos e sentimos; permite a criatividade, mudar regras, alterar situações; acrescenta à inteligência emocional o poder transformador, fazendo de nós “os seres totalmente intelectuais, emocionais e espirituais que somos” (idem, p.18) ou seja, é um tipo de inteligência unificador e integrador.

As considerações anteriores remetem-nos de novo para Carper (1978), na sua identificação do “conhecimento de si” como um dos padrões de conhecimento em Enfermagem. Segundo a autora, este é o padrão de conhecimento mais difícil de “conhecer a fundo” e de ensinar, constituindo-se a intuição e a experiência vivida como mediadores da inteligibilidade do mesmo, o qual é essencial para a compreensão de si e do outro; e acrescenta que a expressão “uso terapêutico do *self*” implica que o modo como os enfermeiros se vêem a si próprios e ao outro é o primeiro elemento em qualquer relação terapêutica.

Vemos na análise de Carper aspectos inteiramente concordantes com a perspectiva de Watson, corroborados ainda pela assumpção de que este é o tipo de conhecimento que promove a *inteireza* e a integridade na relação interpessoal e intersubjectiva ou, como afirma Goleman (2010), o que permite aceder aos sentimentos próprios e aos dos outros e, dessa forma, exprimir empatia e compaixão.

Face aos aspectos que reflectimos, consideramos que as modalidades terapêuticas cujo ensino/aprendizagem apresentam estes requisitos, serão mais adequadas incluir em níveis de formação pós-graduada, na medida em que “... *tem de ser uma aprendizagem muito vivencial...*” (EI13); as restantes modalidades – nomeadamente as de natureza ambiental,

manipulativa e de relação - cujas exigências se situam preferencialmente a nível cognitivo, ainda que com algum suporte da inteligência emocional, parece ser apropriado incluí-las no nível de formação inicial.

A posição que assumimos é genericamente concordante com o que propõem Halcón et al (2001) relativamente a este assunto, segundo os quais a nível pré-graduado faz sentido apresentar esta área, problematizando-a e reflectindo-a à luz das teorias de enfermagem, integrando desde logo algumas modalidades específicas, como por exemplo técnicas de relaxamento diversas. Para o nível de formação graduada Halcón et al defendem a inclusão de diversas modalidades terapêuticas com maiores níveis de exigência de maturidade pessoal e profissional, exemplificando com a hipnose e, acrescentamos nós, também a título meramente ilustrativo, o toque terapêutico. Os autores anteriormente referidos defendem a inclusão do toque terapêutico no nível de formação pré-graduada; parece-nos, precoce, contudo, na medida em que esta modalidade terapêutica requer um nível elevado de maturidade do aluno, o que inclui os tipos de inteligência emocional e espiritual bem desenvolvidos.

Acompanhando o interesse crescentemente manifestado pelos enfermeiros, relativamente a esta área de cuidados, como resposta à crescente procura, o Royal College of Nursing (RCN, 2003) apresenta vários níveis de formação possíveis e as competências respectivas, sem no entanto estabelecer quaisquer diferenças entre as várias modalidades terapêuticas; os níveis de formação que sugere são os seguintes:

- O nível mais básico, do “tomar conhecimento”, que capacita os enfermeiros apenas para referenciar os utentes interessados e/ou despertar o interesse dos mesmos para estas modalidades;

- O nível introdutório, para uso próprio e em contexto não profissional (familiares e amigos), que capacita para o uso do conhecimento adquirido apenas em situações semelhantes às da aprendizagem, não permitindo a transferência do mesmo para outras situações;

- O nível de “praticante” (practitioner level), o qual corresponde ao nível mínimo de aprendizagem da modalidade escolhida, e que capacita os enfermeiros para integrar na prática clínica essa mesma modalidade.

O Royal College of Nursing elaborou ainda um guia de conduta para assegurar que as enfermeiras sigam o seu código de ética profissional, quando integram “terapias complementares” nos cuidados clínicos (2003).

Numa perspectiva de concepção e desenvolvimento curricular, os enfermeiros participantes sugerem áreas de conteúdo que, à semelhança de outras que já integram a generalidades dos currículos dos cursos de enfermagem, enriqueceriam a disciplina e a prática: *“porque não uma cadeira específica, uma actividade curricular onde se aborde de princípio ao fim estas metodologias?”* (E13). Certamente não como áreas de conhecimento autónomo, acrescentamos, o que poderia levar a aprendizagens e tipos de intervenções paralelas no âmbito da prática de enfermagem, com potencial de confundimento não só do público-alvo dos cuidados como dos próprios enfermeiros, ou seja: numa situação como esta, correr-se-ia o risco de aprender e fazer, num determinado momento, *enfermagem*, e no momento seguinte outras abordagens *meio-avulsas* que provavelmente não saberíamos explicar e que os utentes não compreenderiam. O que se preconiza aqui é uma efectiva integração de conteúdos e técnicas específicos destas áreas, na filosofia e no corpo de conhecimentos da enfermagem, com a respectiva tradução na prática profissional.

Uma questão colocada por alguns participantes prende-se com o nível de formação em cada modalidade terapêutica, na medida em que não parece ser exequível que o enfermeiro faça vários cursos, alguns dos quais de longa duração, para integrar as respectivas técnicas na sua prática clínica: *“também me faz alguma confusão que o enfermeiro tenha que ser acupunctur... tenha que ser terapeuta de reiki, de ioga... são muitas adendas... porque é que isto não é só enfermagem?”* (E13).

Esta questão sustenta a posição que assumimos, a de que faz sentido que o tipo de formação seja integrado na enfermagem enquanto disciplina do conhecimento, e não uma formação autónoma, relativamente a cada uma das modalidades terapêuticas consideradas.

Creemos que uma abordagem transversal dos fundamentos teóricos e filosóficos das modalidades terapêuticas não convencionais, bem como o seu entrosamento com a enfermagem, facultaria o necessário pano de fundo a partir do qual seria possível delinear unidades de formação teórica e prática, à semelhança dos temas clássicos da formação em enfermagem; esta opção permitiria também, em termos da construção curricular, a classificação formal destas novas unidades de formação na CNAEF - Classificação Nacional das Áreas de Educação e Formação – eventualmente no Código 723: Enfermagem geral e especializada (Portaria nº 256/2005, de 16 de Março).

Contudo, e se o papel formativo compete em primeiro plano à escola, não lhe diz exclusivamente respeito na medida em que estamos a falar do ensino de novas práticas, as quais teriam que ser sancionadas e reguladas pela Ordem dos Enfermeiros. Os participantes referem-se a este aspecto de um modo enfático, dado que na generalidade não

percepcionam a desejada e necessária abertura e orientação da organização profissional social e legalmente mandatada (decreto-lei nº 104/98, de 21 de Abril, alterado pela lei nº 111/2009, de 16 de Setembro), para o efeito, como ilustramos seguidamente: *queria fazer hipnose na dor oncológica e crónica dentro do meu hospital. Mas não há nenhuma norma a nível da Ordem... pelo menos ainda não me deram resposta, a dizer que eu posso fazer hipnose... (E11).*

A falta de resposta a que se refere este participante é referida em sentido literal por alguns enfermeiros que, como este, formularam um parecer específico e para o qual não obtiveram resposta, e por outros participantes em termos duma atitude vigilante mas mais passiva, aguardando que a Ordem dos Enfermeiros se pronuncie acerca destes aspectos da prática que, apesar de não completamente conhecidos na sua extensão, se sabe que existem.

A desejada integração destas modalidades terapêuticas no processo de cuidados passaria, pois, pela oferta formativa escolar e pela necessária regulamentação da prática pela Ordem dos Enfermeiros: *“essas armas seriam um bom instrumento vindas já de escola, porque a escola obrigaria a Ordem a ver as técnicas e as atitudes... das várias formas de terapias complementares” (...)* isso seria então esse impulso normalizado pela Ordem... o curriculum escolar e a seguir o curriculum hospitalar. (E11).

Importa colocar, neste momento da análise, algumas questões: porque será que a Escola está, aparentemente, a ignorar uma parte importante da sua função social? Que parte da responsabilidade lhe cabe, nesta situação? Não estará esta a negligenciar importantes oportunidades de inovação e criatividade no ensino? Não estará a fazer “olhos cegos e orelhas moucas” face a uma situação que se esperava que acolhesse abertamente? Para responder a estas questões daremos voz aos enfermeiros: *“uma coisa muito básica... eu sempre achei isso e as escolas continuam a cometer o mesmo erro. Esta área ainda não está muito desenvolvida...” (E18).* Ou, como afirma outro participante: *“...as escolas de enfermagem estão muito presas a uma determinada realidade, cépticas... se calhar porque desconhecem. (...) Os enfermeiros são muito lentos a tomar atitudes. O que ... provavelmente vai acontecer, é que quando o enfermeiro acordar e as escolas acordarem já vai ser muito tarde” (E114).*

As questões colocadas são, antes de mais, estímulos à reflexão; as duas Instituições, *“quer a Ordem quer a Escola, têm que trabalhar no sentido de se aproximarem dum objectivo comum, porque é um processo muito complicado... (E19).* E, apesar da diversidade e simultânea universalidade das respectivas missões, há que esclarecer as muitas ambiguidades existentes, clarificar papéis e, sobretudo, desenvolver as sinergias necessárias para passar à acção, no sentido do desenvolvimento disciplinar e profissional.

4.6 - ENCONTRANDO SENTIDOS (código A)

Esta categoria assumiu, desde muito cedo, um lugar *central* na análise dos dados; o refinamento analítico permitiu estabelecê-la como um dos conceitos fundamentais, constitutivo do *core* conceitual. O diagrama seguinte evidencia os elementos que a definem, os quais desenvolveremos a seguir.

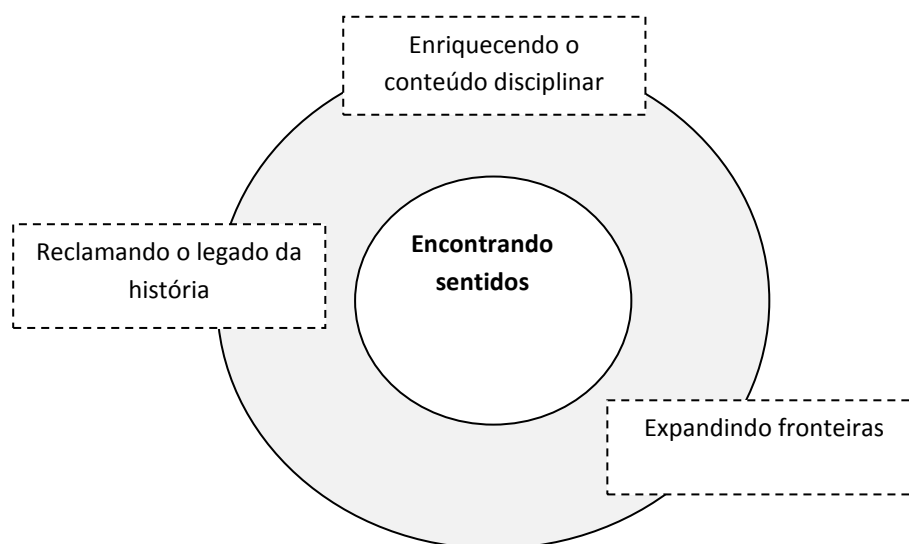


Diagrama n° 10 - Elementos definidores da categoria “Encontrando Sentidos”.

“Encontrando sentidos” diz respeito à perspectiva teórica da disciplina de enfermagem. Refere-se à sintonia que os participantes encontram entre as modalidades terapêuticas não convencionais e a essência da própria disciplina, no que estas modalidades terapêuticas podem enriquecer o seu conteúdo. Refere-se ainda à expansão das fronteiras da disciplina, ainda não totalmente definidas face não só a profissões há muito estabelecidas na área da saúde, como a medicina, mas também a profissões mais recentes, como a psicologia e a fisioterapia, e outras emergentes. Faz apelo à história da enfermagem, ora recuando aos seus primórdios – se bem que estes pareçam pouco claros para os participantes – ora situando-se em épocas mais recentes da produção teórica disciplinar, referindo algumas figuras que consideram importantes neste âmbito, nomeadamente Virgínia Henderson, Jean Watson, Kriegger e Marta Rogers.

O **enriquecimento do conteúdo disciplinar** é a dimensão mais visível no discurso dos enfermeiros, traduzindo a consciência de que o conhecimento próprio é indispensável à

sua autonomia; assim, as modalidades terapêuticas não convencionais são encaradas como uma possibilidade de dotar a disciplina de saberes que, incorporados nos já existentes e integrados numa lógica conceptual que lhe é própria e que aceita esses mesmos saberes, pode contribuir para o seu desenvolvimento. A coerência que, de forma muito consistente, referem entre as modalidades terapêuticas não convencionais e a filosofia da enfermagem, é uma condição facilitadora e propiciadora, afirmando mesmo que a enfermagem é mais consonante com estas modalidades, na medida em que radicam numa perspectiva globalizante, do que com as áreas próximas da medicina convencional, assente numa perspectiva mais reducionista: *“o que eu acho é que a enfermagem (...) enquadra-se muito mais com a medicina «natural» do que com a medicina ocidental; uma das coisas que a mim me foram ensinando na escola (...) é que a pessoa deve ser vista como um Todo”* (EI14). Como esta afirmação sugere, a perspectiva holística constitui a razão conceptual por excelência para que estas modalidades terapêuticas sejam vistas como uma mais-valia pelos enfermeiros, na medida em que acreditam que lhes permitem alargar horizontes no conhecimento e compreensão da complexidade do ser humano e dotá-los de *ferramentas* que permitam responder, de facto, a necessidades igualmente complexas.

Parece emergir, do discurso dos participantes, uma concepção simultaneamente filosófica e adjectivante do holismo (Kim, 1999), na medida em que se lhes referem como uma forma de olhar a pessoa e, simultaneamente, consideram holísticas as várias modalidades terapêuticas não convencionais sobre as quais opinam. Apesar das diversas raízes filosóficas e entendimentos diferentes de holismo - condicionados em grande parte pelas condições sócio-históricas da sua emergência - Kim (1999) aponta as principais ideias que perpassam as variações semânticas deste conceito, das quais sintetizamos as mais importantes: a ideia do todo e das respectivas partes, em mútua interacção; o carácter essencial do todo, que tem características diferentes da soma das várias partes pelas quais é constituído; a natureza das partes, determinada pelo todo, o qual também confere significância ontológica às mesmas; o todo, enquanto entidade emergente, evolui continuamente para um processo de diversidade e complexidade crescentes; o todo está em constante interacção com o seu ambiente.

A complexidade conceptual, aqui apenas ligeiramente aflorada, tem correspondência no discurso dos enfermeiros: *“se eu perfilho que é assim (abordagem holística) eu tenho que abraçar todas estas coisas, todos estes mundos... porque isto é um mundo. Isto é uma imensidade de conhecimentos, é a descoberta, diariamente...”* (EI15).

Esta imensidade de conhecimentos e descoberta diária parece-nos admitir uma concepção abrangente - o holismo cósmico universal, também consonante com a perspectiva de Jean Watson (2002) – aberto a modalidades terapêuticas de natureza diversa, umas mais próximas e outras mais distantes do discurso científico; as características de diversidade e complexidade crescentes, num processo evolutivo contínuo, abrem imensas possibilidades de questionamento, de pesquisa (e de prática), em que o heterodoxo tem um carácter eminentemente provisório.

Por outro lado, a integração plena de modalidades deste tipo na enfermagem conduziria à capacidade de falar sobre as mesmas de uma forma apropriada, e dar-lhes visibilidade; permitiria e ao mesmo tempo exigiria, também - como *reverso da medalha* - a tomada de decisões e a assumpção de responsabilidades, variáveis fundamentais num processo de maturação disciplinar (e também profissional), evitando o que uma enfermeira designa por *postura do Calimero*: “...também nos pautamos pela mediocridade, a auto comiseração... é a postura do Calimero: é uma injustiça! E o que é que nós fazemos para resolver as injustiças? A culpa é dos serviços! Mas o serviço não é nada, é um espaço físico...” (EI13).

“É uma outra visão, é ir ao cerne da enfermagem!” (EI15): coloca-se aqui a dificuldade não só de chamar “às coisas” o nome certo – porque há *coisas* ainda sem nome ou sem nome apropriado; coloca-se também a dificuldade de expressar a riqueza do pensamento, da opinião, do sentimento, visível no brilho do olhar, no entusiasmo do discurso... terminando frequentemente numa frase feita que precisamos dissecar, compreender, clarificar, como uma condição “de saber dizer aos outros” e do avanço da nossa disciplina: “a enfermagem não é só isso!”; “a enfermagem é muito mais do que isso!”. As expressões pretensamente explicativas desta concepção de enfermagem conduzem frequentemente os participantes para as modalidades terapêuticas não convencionais. Isto pode acontecer essencialmente pela semelhança duma concepção ampliada e ao mesmo tempo singular de pessoa, e um vislumbre de que este possa ser um caminho de auto-definição e afirmação de autonomia. Uma enfermeira afirma: “tendo em conta todo o modelo holístico das (...) teóricas de enfermagem, não falando directamente deste tipo de terapias... mas já se preconizava o não separar a mente do corpo. Logo aí há muito mais do que uma pessoa física à nossa frente, há muito mais do que isso (...). Não é só a parte física mas um todo... que não conseguimos avaliar, muitas vezes...” (EI8).

Evidencia-se também, no discurso dos enfermeiros, a referência à dimensão espiritual da pessoa como parte desta visão mais lata que procuram ter, considerando-a um elemento diferenciador da disciplina de enfermagem, surgindo o conceito de *pessoa total*:

“a enfermagem sempre aceitou isso... quase todos os modelos (de enfermagem) o aceitam; e portanto a introdução deste tipo de terapias vai exactamente nesse sentido... no conceito de pessoa total” (EI9). Apesar da diversidade de sentidos atribuídos a esta dimensão, na literatura profissional (Sawatzky e Pesut, 2005), e da dificuldade manifestada pelos participantes em assumir claramente o seu significado, parece no entanto haver conformidade relativamente à demarcação da espiritualidade relativamente à religião: *“cada um tem a sua própria espiritualidade e cada um entende-a à sua maneira; porque a espiritualidade é indissociável do ser humano independentemente da sua própria religião (...). É o centro do universo de cada um de nós”* (EI4).

A tónica das modalidades terapêuticas não convencionais na dimensão global da pessoa, mesmo que não refiram explicitamente a vertente espiritual, parece constituir para os enfermeiros uma ancoragem significativa na ligação dos modelos teóricos da disciplina à sua própria prática, no que estas modalidades oferecem, efectivamente, ferramentas conceptualmente coerentes com o conhecimento disciplinar. A este propósito, afirma uma enfermeira: *“eu (...) perguntava o que é que a espiritualidade tinha a ver com isto, e o que é que a saúde tinha a ver com a espiritualidade (...) mas tem a ver com estas terapias complementares, com esta nova postura e forma de estar e de pensar, e com este querer evoluir como pessoas... estamos a assistir a uma transformação do ser humano exactamente a partir da espiritualidade”* (EI4).

Ainda assim, há enfermeiros que consideram haver poucos alicerces teóricos relativamente a estas modalidades terapêuticas e, conseqüentemente, a necessidade de se construir mais e mais sólido conhecimento. Como já assinalámos, a coerência que todos os participantes afirmam entre as modalidades terapêuticas não convencionais e a enfermagem situa-se a um nível conceptual, do “fazer sentido”, do alargar horizontes, do permitir entender a pessoa “para além do óbvio”; contudo, e em grande parte por esta razão, a riqueza do seu contributo para a enfermagem, implicitamente sentida e enfaticamente reconhecida, fica ainda aquém do seu potencial de enriquecimento efectivo e sistemático da enfermagem, enquanto disciplina científica. A questão não se coloca tanto pela heterodoxia de algumas modalidades que os participantes referem conhecer – e já integrar na sua prática profissional, dos diversos modos que apresentámos; tem a ver, sobretudo, com a dificuldade em falar “acerca de”, de modo *cientificamente* adequado e entendível, condição de aceitação não só pelos pares mas também pelos outros elementos da equipa multiprofissional. Tem a ver, também, e por idêntica razão, com o medo de isso ser falado: *“há medos de ambas as partes... de isso ser falado. O medo da não-aceitação, o medo*

de entrarmos em questões de 'transcendência' que, quer o doente quer o enfermeiro, omitem mutuamente” (EI9).

Este último aspecto faz aparecer de forma explícita o actor principal do processo de cuidados - o utente - e dá-lhe voz activa neste processo; neste caso, por omissão do que sente acontecer do ponto de vista terapêutico, na sequência da interacção com o enfermeiro: *“são coisas pouco conhecidas, os doentes têm medo de nos ofender (...) porque um enfermeiro é sobretudo uma pessoa científica (...) e tudo o que leva a outras áreas do saber... os doentes mesmo que o sintam, e sentem, têm medo de o verbalizar” (EI9).*

A importância atribuída à relação “terapeuta - paciente” é uma característica tida como fundamental nas modalidades terapêuticas não convencionais, sendo considerada, em si mesma, como dotada de potencial terapêutico (Luz, M., 2005; Frish, N., 2001); o sucesso terapêutico destas modalidades parece dever-se também, em grande parte, à qualidade desta relação, baseada na confiança e na disponibilidade para acolher a pessoa total; também neste aspecto os enfermeiros encontram grande ressonância deste tipo de modalidades com a enfermagem, chegando mesmo a afirmar que aprenderam a relacionar-se com a pessoa, de um modo terapêutico, através da aprendizagem de modalidades terapêuticas não convencionais, as quais *“nos predispõem mais a ligarmo-nos às pessoas; fiz o workshop e várias formações... é aquela questão de a pessoa ser tecnicamente muito boa e depois... tenho de subir a um patamar diferente e perceber que tenho de ser é relacionalmente competente” (EI13).*

A perspectiva holística parece ter sido também, para vários enfermeiros, melhor apreendida através da formação em várias destas modalidades terapêuticas do que na formação em enfermagem; este aparente paradoxo pode dever-se à visão mais equitativamente global da pessoa, nas suas várias dimensões, que veiculam estas modalidades, sem dispensar uma ênfase particular à dimensão biológica, como acontece ainda, em grande medida, na enfermagem; aceitando, como propõe Engebretson (1997), uma orientação multiparadigmática, frequentemente valorizam-se mais as dimensões objectivas e mensuráveis, e o discurso da visão global parece ainda pouco assumido em termos do modo de *estar com* (Swanson, 1993) e do que realmente se privilegia, em situação de interacção com o utente/doente.

Relativamente a este aspecto, alguns participantes fazem alusão às taxonomias, como a Nursing Interventions Classification (NIC) e a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE), considerando que as mesmas podem contribuir, também, para

ampliar e clarificar o conteúdo disciplinar, na medida em que integram determinadas terapias no seu repertório de cuidados.

Por um lado, acrescentam conteúdo e, por esta via, contextualizam e atribuem o estatuto de cuidados de enfermagem (Frisch, 2001) às modalidades que integram; contudo, a dissonância entre o que propõem as taxonomias e as condições disciplinares (e da prática) no que se refere à sua efectiva integração, é frequentemente sentida e vivenciada pelos enfermeiros: *“eu compreendo que seja necessário catalogar, porque o código é uma linguagem universal (...) mas não compreendo que na CIPE 1 esteja «hipnotizar» e que depois se (...) fique por aí. (...). Assim como está catalogada a musicoterapia e tudo mais... mas depois não tem lá mais nada, mais nenhum substrato”* (E11).

Por outro lado, a inclusão taxonómica destas áreas, traduzida em modalidades terapêuticas concretas, contribui para clarificar a área autónoma da enfermagem, num processo de construção e definição da identidade profissional: *“eu também tenho algumas crises de identidade profissional; não é fácil definir actividades autónomas, porque só há muito pouco tempo é que existem taxonomias... a CIPE... a NIC, que é a forma que eu uso particularmente para «vender» o meu tipo de serviço, fora e dentro do contexto hospitalar”* (E13).

A menção que este participante faz às crises pessoais de identidade profissional remete para a análise de outra propriedade desta categoria, a saber: **“expandindo fronteiras”**, estreitamente relacionada com a anterior, na medida em que uma disciplina se define por comparação com outras, numa área de conhecimento afim e na especificação do seu contributo ímpar, que oferece à sociedade.

A enfermagem, mercê do seu perfil de evolução, tem integrado ao longo dos tempos saberes e práticas oriundas de outras áreas do campo da saúde, nomeadamente da medicina, por sucessivas “delegações”, de que se tem apropriado (Watson, 2002); paralelamente tem abandonado a outros – grupos profissionais emergentes – muitas das suas atribuições, cujo conhecimento esses outros têm desenvolvido e, por essa via, se têm afirmado no complexo campo das ciências e profissões da saúde. A proliferação recente de áreas profissionais ou, talvez mais apropriadamente, ocupacionais (Dubar, 1997; Rodrigues, 1997), tem suscitado de forma marcada a questão das fronteiras interprofissionais e, neste caso, das fronteiras da enfermagem.

Um participante fala em “águas turvas” relativamente ao que o enfermeiro pode desenvolver, face a uma situação concreta que refere, como é o caso do controlo da ansiedade: *“continuamos a ter o estigma... eu não posso dizer: «ele (o doente) está numa crise de*

ansiedade, e eu vou fazer hipnose e isso reduz» (...); ninguém vai olhar e pensar que ele (o enfermeiro) vai reduzir a ansiedade; vão é pensar que ele está a «meter a foice em seara alheia» ” (EI1).

Esta questão de *águas turvas* é tão mais pertinente quanto se tratar de qualquer uma das muitas modalidades terapêuticas não convencionais que os enfermeiros vêm paulatinamente integrando, já que, à questão da difícil fundamentação das mesmas que abordámos anteriormente, se coloca ainda, em relação a algumas delas, como a hipnoterapia de que falava este participante, a questão da legitimidade de as assumir, quando também outro profissional (neste caso, o médico) tem conhecimento sobre as mesmas. Parece haver aqui uma questão de afirmação, a qual coloca obstáculos à delimitação das inevitáveis fronteiras, sendo que estas constituem actualmente, no seio do padrão de complexidade crescente verificado na área da saúde, o modo de ser, por excelência. Contudo, parece-nos que essa questão radica a montante das modalidades terapêuticas não convencionais: ela tem acompanhado o desenvolvimento da disciplina e da profissão, que muitas vezes se define mais pelo que não é (*a enfermagem não é só isto*) do que pelo que é ou pode ser (*a enfermagem é mais do que isso*). Parece haver, no discurso dos enfermeiros, uma permeabilidade considerável relativamente ao aspecto das fronteiras, evidenciando-se a disponibilidade para continuar a “absorver” conhecimentos de outras áreas: “*eu acho que deve ser de abrir (a enfermagem a outras áreas do conhecimento em saúde), claro criando sempre uma certa distinção... mas deve-se abrir mais! ao fim e ao cabo a profissão sempre foi isso, foi sempre aprender com todas as áreas e foi absorver conhecimentos*” (EI10).

Contudo, e concordando com Morse (2007), cremos que a importação de conceitos de outras áreas disciplinares, sobretudo as que possuem uma identidade mais sólida e um corpo de conhecimentos sistemático, como é o caso da medicina, da psicologia e da sociologia, pode não responder adequadamente ao fenómeno clínico da enfermagem e, sobretudo, não contribuem para o seu desenvolvimento. Estamos, pois, no meio de duas arenas de conhecimento distintas: a que advém das áreas que acabámos de mencionar, com estatuto científico estabelecido; e outra, que se constitui numa imensa amálgama de modalidades terapêuticas, de naturezas diversas e proveniências igualmente diversas face à área de conhecimento, e sobretudo em condições de desigualdade considerável quanto à inteligibilidade de que são dotadas, bem como à ancoragem no conhecimento científico actualmente disponível. Parece então importante, por estas razões, que a enfermagem seja capaz de se definir com clareza, no sentido de decidir o que faz sentido “ir buscar “ às áreas de conhecimento vizinhas, para enriquecer a sua visão do mundo e da pessoa que

cuida, e de se munir de respostas mais adequadas e mais eficazes; parece-nos que esta é uma condição do seu desenvolvimento e maturação disciplinar e profissional, dado que partilha o seu objecto de trabalho com outros – nomeadamente os médicos – grupo com o qual as zonas cinzentas são frequentes: *“e depois há a parte de outras pessoas que trabalham connosco, que são os médicos... e nós temos uma área cinzenta de convergência (...) embora o objecto de trabalho seja o mesmo (...) há perspectivas de actuação diferentes”* (EI13). Nesta fronteira mais próxima parece persistir ainda alguma ambiguidade relativamente à prescrição – e, sobretudo, demarcar o tipo de prescrição – o que sustenta o anteriormente reflectido, como dá conta o seguinte excerto: *“nós neste momento estamos a largar uma ferramenta básica... estamos a não prescrever, estamos a ser tutorados por médicos; ele prescreve e nós damos”* (EI1).

Neste delimitar de fronteiras que temos vindo a assinalar, uma característica parece emergir dos discursos dos participantes: a tomada de consciência de que, à medida que alargamos as fronteiras com outros grupos, nomeadamente no que se refere à cedência “do que era tradicionalmente nosso”, emerge a desconfortável sensação de que a enfermagem se está a esvaziar: *“e nós o que temos feito? Abrir mão, sem nada! Oferecer de graça! Então o que é que nos resta? Não nos queixemos!”* (EI15). Até porque as áreas emergentes que estamos dispostos a acolher no seio da disciplina e da profissão – com evidente relevo para as modalidades terapêuticas não convencionais – não estão ainda devidamente consolidadas: não são conhecidas pela generalidade dos membros, não são, em grande parte, cientificamente compreendidas e aceites; e não têm ainda a sistematização necessária para que possam ser consideradas conhecimento de enfermagem.

Este parece ser um momento particularmente delicado da evolução da enfermagem: abriu mão de uma série de cuidados em áreas que outros já chamaram a si – como a nutrição, a podologia, etc. – sem que se tenha munido de forma credível e consistente de outro tipo de conhecimentos e instrumentos a que possa chamar decididamente “seus”, apesar do entusiasmo e abertura com que muitos enfermeiros encaram estas novas modalidades terapêuticas e tentam corajosamente integrá-las na sua filosofia e na sua prática.

Este interesse renovado parece, contudo, encontrar as raízes na própria história da enfermagem, ideia que caracteriza a propriedade **“reclamando o legado da história”**; com efeito, os participantes fazem apelo frequente ao passado, numa tentativa de recuperar formas de cuidar que entretanto se foram perdendo, muito à custa da crescente tecnologia

associada aos cuidados de saúde em geral e, por extensão, aos cuidados de enfermagem. Expressões como: *“isto é nosso desde as origens; aquilo faz parte de nós! Aliás, se formos ver a história de enfermagem, nós somos tudo aquilo: o toque, a música...; isto já era nosso!”* (EI1), referidas de um ou de outro modo pela generalidade dos participantes, dizem bem da sua convicção de estar a recuperar antigas formas de ser e fazer enfermagem e permite compreender a grande ressonância que manifestam face a estas modalidades terapêuticas. Dir-se-ia que se sentem legitimados na apropriação que delas fazem porque, mais do que absorver algo *de fora*, afinal apenas estão a olhar com interesse renovado para modalidades que têm efectivamente lugar na Filosofia (e na prática) de enfermagem.

Merece-nos menção especial o facto de, apesar dos enfermeiros se referirem às “origens” e aos “primórdios” da enfermagem, as situarem em época muito recente: a referência mais antiga situa-se em Virgínia Henderson, cuja obra se desenvolveu ao longo do século XX; na sua definição de enfermagem, Henderson afirmou “a necessidade de clareza acerca da função de enfermeira” (Henderson, V., 1978/2006; Tomey, A. e Alligood, M., 2004) e desenvolveu a sua teoria com base nas 14 necessidades, às quais a enfermeira devia dar resposta em situação de dificuldade (de graus variáveis) das pessoas. Postula a importância da relação e a capacidade de “entrar na pele” do doente para identificar as suas necessidades; prevê a intervenção sobre o ambiente, quando necessário. Estas primeiras orientações indirectamente identificadas pelos participantes parecem servir de base ao seu modo de contextualizar historicamente este tipo de modalidades, ainda que a autora não se lhes tenha referido explicitamente.

Referências históricas mais recentes dos participantes dizem respeito sobretudo a Jean Watson, o que não surpreende se pensarmos nas suas vindas ao nosso País, com a realização de conferências, para além da sua obra profusamente divulgada. Um enfermeiro identifica-o claramente: *“estou a lembrar-me do modelo de Jean Watson... o desenvolvimento ontológico do ser humano (...). Talvez seja de facto aquele modelo que explica melhor as inter-relações entre este tipo de conhecimento e o conhecimento ortodoxo... é o melhor caracterizado e fundamentado, do ponto de vista científico”* (EI3).

No entanto e apesar de vários participantes revelarem conhecimento sobre a obra desta autora, surpreende-nos o facto de nenhum deles se referir a Florence Nightingale, considerada por vários a grande precursora destas modalidades terapêuticas simultaneamente ancestrais e pós-modernas, e tendo na obra de Watson um relevo considerável. Partindo da obra de Nightingale considerada de referência, *“Notes on Nursing”* (edição comemorativa, 1992), Watson (2002), releva os principais aspectos que

considera não só fundamentarem mas sobretudo legitimarem, do ponto de vista filosófico e conceptual, o ressurgimento destas terapias na enfermagem. Vejamos os principais, seguindo a sua análise:

- Nightingale realça a natureza distinta do conhecimento de enfermagem (relativamente ao do médico);

- Atribui enorme importância à consciência, à ética e à dimensão espiritual, afirmando que não se pode separar o corpo do espírito, tendo tornado este princípio um postulado fundamental do seu pensamento;

- Dá especial atenção ao ambiente e à sua relação com a cura, propondo várias medidas concretas a este nível, nomeadamente do ponto de vista arquitectónico, estético, de higiene, configuração e arranjo do espaço, entre muitos outros aspectos.

- Confere a maior importância à relação, à presença e à vigilância, tão bem simbolizada pela lamparina;

- Sugere, como forma de dar corpo às ideias que defende, modalidades de intervenção das enfermeiras que (apenas) actualmente começam a ser consideradas e muitas das quais cabem na classificação de modalidades terapêuticas não convencionais, apesar desta designação não ter sido por ela usada (Snyder e Lindquist, 2006).

Barbara Dossey (2005, p.xix), ao reflectir e escrever sobre a obra de Nightingale caracteriza-a, nesta antecipação que apelida de visionária, como “o seu futuro é o nosso presente”, acrescentando que “o seu pensamento e filosofia integrais são vistos hoje em dia na arte e ciência da prática, educação e pesquisa da enfermagem holística, e na prática integrativa e diálogos transdisciplinares”.

A sua imensa obra e as directrizes teóricas e práticas que legou à enfermagem e que constituem a sua base científica e profissional de hoje em dia, veiculada fundamentalmente pela escrita de inúmeras cartas às enfermeiras, só actualmente começam a ser cabalmente compreendidas no seu enorme potencial, em grande parte ainda por explorar.

As modalidades terapêuticas cujas *raízes* podemos atribuir a Nightingale – fazendo dela o ponto de partida para esta breve incursão histórica na enfermagem – sistematizadas por Watson (2002), cabem integralmente na classificação actualmente proposta pela National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM).

Apesar dos participantes deste estudo não manifestarem um conhecimento aprofundado dos aspectos históricos destas modalidades terapêuticas, registamos, contudo, a sua referência espontânea a esta ancoragem, mesmo que mais mediada pelo sentido e por uma cultura relativamente difusa sobre a profissão do que pelo conhecimento muito

sistematizado sobre o assunto. Aqui importa realçar o sentimento de que, de qualquer modo, se está a pensar e a fazer enfermagem, apesar das influências de outras áreas, e que os enfermeiros têm conhecimentos e valores para discernir o que é válido e importa considerar.

4.7 - TUDO ISTO É ENFERMAGEM (Código J)

Caracterizado pelos elementos contemplados no diagrama apresentado a seguir, esta categoria consiste na vertente prática da disciplina de enfermagem, que coloca os profissionais em contexto e em interação com os seus utentes.



Diagrama n.º 11 - Elementos definidores da categoria “Tudo isto é enfermagem”.

“Ampliando o reportório das práticas” refere-se essencialmente ao alargamento de opções terapêuticas de que os enfermeiros dispõem, à custa das modalidades terapêuticas não convencionais, permitindo-lhes responder às necessidades dos utentes de um modo global. “Tudo o que possa ajudar os doentes” engloba, para além de técnicas estabelecidas, aspectos da prática a que os enfermeiros reconhecem valor terapêutico, apesar de não sistematizados como cuidados de enfermagem. “Cuidando da pessoa inteira” revela a concepção holística que os enfermeiros têm acerca da pessoa, indo para além do visível, do

óbvio, do imediatamente acessível. São estas propriedades que a seguir desenvolvemos analiticamente.

A prática de modalidades terapêuticas não convencionais **amplia o reportório das práticas** dos enfermeiros de um modo considerável, sendo de assinalar o carácter *autónomo* da mesma. A autonomia a que nos referimos não se refere apenas à realização das respectivas modalidades em sentido estrito - no que os enfermeiros assumem essa característica relativamente a todas as actividades que desenvolvem; tem a ver, sobretudo, com a capacidade de, na sequência da apreciação e diagnóstico de enfermagem, resultar duma prescrição igualmente de enfermagem, ou seja, este carácter autónomo assenta integralmente na operacionalização do processo de cuidados (de enfermagem). É a este nível que as modalidades terapêuticas não convencionais ampliam o reportório dos enfermeiros, introduzindo novas formas de cuidar ou recuperando outras que, tendo já feito parte desse mesmo reportório, foram preteridas e durante algum tempo esquecidas: “*eu sou do tempo em que uma enfermeira cantava enquanto dava banho aos doentes, e naquela enfermaria era uma alegria brutal. Hoje dá-se banho e vira-se para lá e para cá... e eu acho que isso é uma coisa horrorosa*” (E11).

É de assinalar a importância que as modalidades ambientais assumem nos vários *settings* em estudo, pelo potencial terapêutico das mesmas que os enfermeiros percebem; contudo, a sua utilização parece ter uma expressão bem diferente, consoante as possibilidades que o contexto de trabalho oferece, o tipo de cuidados prestados nesses mesmos contextos e o conhecimento dos enfermeiros. Exemplificando, na unidade da dor, a estas modalidades é reconhecido valor terapêutico intrínseco, para além de serem ainda consideradas como “pano de fundo” para a utilização de outras, como é o caso da música, *modalidade-base* neste contexto.

A selecção do tipo de música é feita, na maioria das vezes, pelo enfermeiro, tendo em conta sobretudo o seu gosto pessoal; no entanto, o utente, co-actor deste processo, começa a ter também um papel activo, se bem que ainda incipiente, traduzido nas preferências que verbaliza: “*(...) a senhora entretanto comenta: essa música não faz muito o meu género... é muito calma... vou começar a trazer os meus CD's preferidos... posso, não posso?*”(OP9). No que se refere à temperatura e luminosidade, a sua utilização tem em conta, sobretudo, o grau de conforto do doente, sendo com ele sempre validadas as condições mais apropriadas, tendo em vista o potencial de relaxamento e o conforto pretendidos.

Alguns enfermeiros manifestam um elevado interesse estético e de salubridade do ar, identificando nestas modalidades um potencial terapêutico perfeitamente compatível com o proposto pelas teóricas de enfermagem precursoras destas terapias (Nightingale, 2006 – ed. póstuma; Watson, 2002); a este propósito um enfermeiro refere: *“dantes trazia-se flores para o hospital; hoje em dia o doente está confinado a quatro paredes, e fazem-se unidades sem sol, blocos sem sol... e fazem-se as maiores barbaridades (...) vem-se para um presídio.... eu acho que a enfermagem se devia transformar muito”* (EI1).

Um aspecto particular do uso deste tipo de modalidades terapêuticas refere-se à música e à cor, nos serviços de pediatria, e cuja importância terapêutica é reconhecida e aceite há muito pela generalidade dos profissionais de saúde que cuidam da criança, sendo entendidas frequentemente como formas de humanização dos serviços: *“musicoterapia usamos, se for considerado as caixinhas de música dos bebés para os acalmar. (...) Depois, o que temos muito é em termos da humanização do espaço: o serviço está todo pintado com bonecos... temos a cor, o que ajuda muito o ambiente; é muito diferente de quando o serviço estava com as paredes completamente brancas”* (EI12).

A massagem, nas suas imensas variantes, é a modalidade terapêutica manipulativa que encontramos mais frequentemente, quer no discurso dos entrevistados quer nas práticas dos observados. A massagem faz parte dos cuidados de enfermagem desde tempos imemoriais; contudo, a sua utilização mais frequente, a chamada “massagem de conforto”, revela um reduzido potencial terapêutico se comparada às imensas possibilidades que um vasto leque de técnicas desta modalidade permite obter (Hanley et al., 2003: efeito da massagem na redução do stress; Furlan e tal, 2002: efeito da massagem terapêutica na lombalgia). Todos os participantes consideram que a massagem é uma modalidade a explorar e a integrar de forma sistemática e bastante mais ousada, do ponto de vista dos objectivos terapêuticos, não só pelo leque de situações a que responde favoravelmente, como pelo alcance dos seus efeitos. Por outro lado, afirmam sem hesitação a *sua pertença* à enfermagem, o que legitima este interesse. Também aqui a área das modalidades terapêuticas não convencionais pode contribuir para o enriquecimento do repertório das práticas, na medida em que oferece uma variedade de técnicas não usadas habitualmente pelos enfermeiros, mas facilmente integráveis e francamente vantajosas, quando comparadas com a massagem de “espalhar o creme”, como alguns enfermeiros designam a tradicional massagem de conforto: *“eu costumo dizer que é diferente fazer uma boa massagem e estar ali um quarto de hora a massajar, do que (...) espalhar o creme, dois segundos e já está... vira-se para o outro lado...”* (EI11).

Das várias técnicas de massagem oriundas de “saberes não convencionais”, destaca-se a reflexologia (manual e podal): assente no princípio de que há zonas do corpo (neste caso, as mãos e os pés) que correspondem à totalidade do mesmo, e cuja manipulação pode ter efeitos sistémicos, é facilmente aceite pelos enfermeiros, na medida em que lhes permite uma intervenção terapêutica mesmo em situações em que a massagem convencional está contra indicada ou não é possível ser realizada, pelas condições do doente. As situações para as quais usam esta modalidade terapêutica são consonantes com o que encontramos na literatura, nomeadamente para relaxamento, indução do sono, diminuição da dor, redução do stress e regularização do trânsito intestinal, entre outras (Snyder, 2006).

Merece-nos especial referência a massagem desenvolvida no contexto de observação, na medida em que se constitui no instrumento terapêutico por excelência para controlo da dor crónica severa, sobretudo do foro oncológico. Contudo, e como se infere do discurso dos vários participantes - enfermeiros e utentes – para além da massagem propriamente dita, esta constitui *um contexto* para outras modalidades cuja eficácia terapêutica é mutuamente reforçada; também neste aspecto encontramos uma ressonância total entre a literatura (Snyder, 2006; MacMahon e Pearson, 1998/2002) e o que referem os participantes - enfermeiros e utentes: *“mas sabe... não é só a massagem... creio que é toda a envolvência: o ambiente escurecido, esta música tão bem escolhida e que é tão relaxante, o calor das suas mãos, o tom de voz... é um conjunto de coisas que se conjugam e que resultam tão bem!”* (OP17); esta apreciação refere-se a uma massagem parcial, em situação de dor severa, do foro músculo-esquelético. Continuando a dar voz aos utentes, registamos outra apreciação da *massagem* (duma mulher com dor crónica severa, do foro oncológico): *“a massagem faz muito bem, mas... «tudo em conjunto», do que as enfermeiras nos proporcionam, é que resulta tão bem! por exemplo: ao falar com a enfermeira vou buscar forças; a música, quando ando mais nervosa... depende também do estado de espírito e de como estamos em relação à doença! Há sempre ali alguma coisa... sai-se completamente diferente”* (OP8).

Também os enfermeiros comungam desta perspectiva; assumindo o valor terapêutico da massagem, ainda assim consideram que outros requisitos potenciam estes efeitos: *“a massagem e o relaxamento completam-se muito bem: “claro que todo o ambiente ajuda, também! Não se consegue imaginar a massagem sem música, por exemplo... é indispensável!”* (OP14); e, se os aspectos do ambiente são valorizados, não o são menos os que se referem à disponibilidade e ao “estar ali”, como ilustra outra afirmação do mesmo

enfermeiro: *“nem é tanto pela manipulação que se faz... basta parar e estar ali alguém, disponível, para nós... isso, em si mesmo, já é terapêutico!”* (idem).

Também no discurso os enfermeiros evidenciam esta postura perante a massagem que, para além dos efeitos próprios, veicula outras modalidades mais subtis, mas ainda assim reconhecidamente impregnadas de potencial terapêutico: *“e se o «massajador» e o «massajado» estiverem em sintonia... há (...) alguns problemas a nível psicológico, mental e espiritual que emergem nessa altura. Portanto a pessoa (o enfermeiro) também tem de ter a capacidade de conseguir gerir alguns desabafos, a possibilidade de... a pessoa rir ou chorar convulsivamente e conseguir actuar em conformidade... por isso não é a mera massagem... (EI13).*

Outra modalidade terapêutica de natureza manipulativa evidenciada sobretudo no contexto de observação refere-se à aplicação de agentes físicos, nomeadamente o calor e o frio; apesar de não ser propriamente considerada não convencional, o seu uso foi praticamente abandonado nos serviços de saúde, nos últimos anos, em detrimento da terapêutica farmacológica, que tem dominado; contudo, e à semelhança de outras modalidades, está a ressurgir, dado o potencial não só terapêutico em sentido estrito mas também de conforto, e a sua inocuidade, se correctamente aplicado. Constitui um recurso muito frequente na unidade da dor, potenciando o relaxamento e, por essa via, minimizando a dor. Constitui também o *contexto* de realização de uma outra modalidade, que designamos de “aconchego” - modalidade “de relação” - e que mais não é do que uma forma particular e particularmente carinhosa de proceder à aplicação de calor, envolvendo cuidadosamente as partes do corpo pretendidas, normalmente com toalhas aquecidas; o conforto que proporciona é visível no *facies* do doente, para além da frequente verbalização de “Ai que bom!”. Já nos referimos ao tom de voz, tão bem identificado por enfermeiros e doentes como um dos aspectos que veicula a eficácia terapêutica da massagem; também o *“dar a mão em situação de dor”* (EI11) pode fazer a diferença na minimização do desconforto, frequentemente associado quer à situação patológica em si mesma quer a vários procedimentos terapêuticos agressivos e/ou dolorosos.

A gestão do silêncio/conversação constitui, no contexto da massagem, uma modalidade nem sempre fácil de pôr em prática: é frequente o doente tentar o diálogo sem que o enfermeiro dê particular *feedback*, apontando como motivos principais o maior grau de relaxamento conseguido, em situação de silêncio, ou o seu próprio conforto (do enfermeiro) reconhecendo, contudo, o potencial terapêutico da “conversa”: *“normalmente não falo porque me concentro melhor no que estou a fazer... dou-me mais... e o doente também relaxa mais facilmente; mas eu sei que muitas vezes é importante para o doente falar, acaba por*

ser terapêutico... só que não há tempo para tudo, e eu gosto de fazer uma coisa de cada vez...!” (OP2). Este é também o sentimento da generalidade dos doentes, como ilustra a afirmação seguinte: *“as senhoras são boas ouvintes... e eu gosto de conversar... é também um momento de terapia, para além da massagem... aqui falamos de coisas que não falamos com mais ninguém...”*. (OP9). No entanto, o silêncio pode ter também um efeito terapêutico para o próprio doente, na medida em que lhe permite obter um melhor relaxamento: *“a doente continua a falar com entusiasmo (...) perante o silêncio do enfermeiro, esta comenta: “estou a falar muito, não é?”; o enfermeiro responde que «principalmente está a relaxar pouco»* “ (OP14).

A gestão do silêncio/conversa o coloca frequentemente ao enfermeiro o desafio de decidir entre o seu próprio conforto, mantendo o silêncio, e a necessidade do doente que quer conversar, e discernir, através de uma atitude de aten o, o que   mais terapêutico naquele momento; há situa es em que o enfermeiro estimula o doente a falar sobre os seus problemas, avaliando o potencial terapêutico que a conversa pode ter, em determinadas circunstâncias, como ilustra o excerto seguinte: *“(a doente) continua a chorar e a enfermeira, enquanto lhe limpa as lágrimas de novo, pergunta-lhe se tem mais algum problema, se quer falar... a doente diz que não e a enfermeira inicia então a massagem”*(Sit/OP7, Enf^a Anusca).

Outro tipo de modalidades terapêuticas não convencionais encontradas no terreno, são as designadas mentais-cognitivas, o que inclui, entre outras, a hipnoterapia, técnicas de distra o da dor, o humor e o relaxamento guiado por voz: quer pela inova o que constituem na prática de enfermagem, quer pela considera o e renovado interesse de que são alvo, constituem-se efectivamente como instrumentos de amplia o do reportório terapêutico dos enfermeiros, capacitando-os para uma abordagem mais global da pessoa, que acompanham *“no nascimento, na vida, na doença e na morte* (E11). Ao referir-se   hipnose, um enfermeiro designa-a de *“arma maravilhosa”* (E11) na ajuda que pode representar para o doente com dor severa - nomeadamente por queimadura, doença oncológica e do foro músculo-esquelético, com depressão, e na cessac o tabágica; a hipnose deixa ao enfermeiro um campo de ac o consideravelmente mais lato e mais flexível na gestão dessas situa es, tendo obviamente em conta o contributo dos outros actores da equipa de saúde.

Através da história, a ideia de que o humor e a alegria têm um efeito benéfico na vida das pessoas, tem sido transversal e consensual (Smith, 2006). Contudo, o seu entendimento enquanto modalidade terapêutica   relativamente recente, sobretudo no nosso País; apesar de também entre nós e sobretudo em termos de conhecimento leigo se considerar que o

bom-humor faz bem à saúde, só recentemente se começou a “levar o humor a sério” relativamente ao seu potencial terapêutico; experiências e estudos recentes, como a dos “médicos-palhaço” em serviços de pediatria, e a investigação desenvolvida por Helena José (2008) num serviço de cirurgia geral de adultos, dizem bem da importância terapêutica do humor: por um lado, a ajuda que pode proporcionar na recuperação de problemas de saúde diversos, ao capacitar a pessoa para lidar com os medos e o desconforto que tão frequentemente acompanham as situações de vulnerabilidade associadas à doença; por outro lado, de como essa intervenção cabe perfeitamente no cuidar holístico de que os enfermeiros se outorgam. Dando disso testemunho, uma participante refere: “o humor é bastante utilizado, mas de uma forma não consciente, secalhar; mas as pessoas têm a noção de que é terapêutico, e em pediatria é fundamental; é um sítio, onde acima de tudo, se tenta rir” (EI12).

As técnicas de distração da dor, também chamadas técnicas de “imagem guiada” (Post-White e Fitzgerald, 2006), constituem uma modalidade terapêutica muito útil na gestão da dor crónica, sendo muito importante em termos do auto-cuidado, dada a facilidade da sua aprendizagem e execução. Trata-se de uma representação mental de um objecto, lugar ou acontecimento normalmente encerrando mensagens positivas de paz, relaxamento, saúde e bem-estar, a qual se pretende que substitua os pensamentos e emoções negativos, de sofrimento e pesar; é frequentemente associada a outras modalidades, cujo efeito potencia, mas pode ser utilizada “per si”, como modalidade terapêutica autónoma. Encontramo-la, neste estudo, com esse duplo estatuto: associada à hipnoterapia, como revela o discurso do enfermeiro que a pratica (EI1); associada à técnica de relaxamento guiado por voz, no contexto da prática observado; e, ainda neste contexto, como modalidade terapêutica utilizada em si mesma, pelos enfermeiros, como um dos instrumentos de *empoderamento* dos doentes (através do ensino da mesma), num processo de gestão da dor, tão autónomo quanto possível.

Tudo o que possa ajudar os doentes constitui outra propriedade em análise; mais do que a prática de modalidades terapêuticas não convencionais encontramos aqui sobretudo uma tentativa de legitimação “do que se faz” que, apesar da dificuldade linguística e semântica da nomeação, apesar de “*olhado (...) um «pouco de lado» (...) pela « parte do científico»*” (EI6), ainda assim os enfermeiros preservaram na sua prática, porque lhes reconhecem valor terapêutico e porque, por esta razão, lhes faz sentido no processo de cuidados.

A vontade de ajudar o doente no alívio do sofrimento a que o médico é, por vezes, pouco sensível, como é o caso da dor, motiva os participantes a procurar “ferramentas” cuja utilização dependa apenas de si próprios: do seu conhecimento, do seu juízo profissional, e da sua relação com o doente (e/ou com a família), como testemunha uma enfermeira: *“queria fazer qualquer coisa pelos doentes sem ter... brigas com os médicos. Às vezes temos os doentes com problemas, queremos resolvê-los, mas (...) não podemos mexer em certas coisas (...). Na altura eu sentia que os doentes estavam a sofrer e eu queria fazer alguma coisa (...) e andei à procura do que podia fazer (...). Foi por isso que eu fui para o Reiki”* (EI6). A intenção de que este tipo de modalidades seja uma mais-valia para o doente é uma característica marcante da sua assumpção pelos participantes: *“eu só faço aquilo que sei fazer e que sei que vai resultar. Ou pelo menos, toda a intenção é nesse sentido. Não vou fazer experimentações. Não faço nada que eu não tenha a certeza que sei fazer e fazer bem”* (EI7). Esta postura revela um sentido elevado do que Carper (1978) designa de “saber ético”, que leva o enfermeiro a decidir no sentido do que *deve fazer*: fazer o bem e não fazer o mal, ou seja, aplicar os princípios éticos da beneficência e da não maleficência.

Parece haver uma consciência muito lúcida e muito forte de que as intervenções da *área colaborativa* não são suficientes para responder a todas as necessidades da complexidade da pessoa, dado o médico atender preferencialmente à dimensão biológica; a complexa resposta das pessoas em situação de desequilíbrio ou vulnerabilidade, como no caso de uma doença ou transição importante no processo de viver, e o confronto permanente do enfermeiro com esta realidade, em meio hospitalar, despoletam a necessidade de encontrar outras formas de prestar ajuda efectiva, nestas situações.

Tudo o que possa ajudar o doente, nestas áreas menos comuns em termos da oferta de cuidados de saúde, é sentido como um desafio para os participantes que procuram, nas modalidades terapêuticas não convencionais, formas efectivas de responder ao que a área do saber mais ortodoxa nas ciências da saúde só vagamente começa a ter em conta e, ainda assim, predominantemente ao nível do discurso.

Também em relação a estes aspectos e apesar de pouco sistematizados, os enfermeiros consideram que *“nesses cuidados do dia-a-dia (...) e na satisfação dessas necessidades mais transcendentais (...) estamos a prestar efectivos cuidados, utilizando modalidades terapêuticas que fazem todo o sentido; eu não estou a acrescentar nada, sinto-me a responder às respostas humanas que consigo detectar...”* (EI3).

As situações de fim de vida constituem um enorme desafio para os enfermeiros. O estar com a pessoa, dar suporte e sentido às suas próprias crenças, pode significar “fazer

coisas” habitualmente não conotadas com cuidados de enfermagem, como o rezar em conjunto; no entanto, um participante testemunha como isso é também “ser enfermeiro”, na medida em que ajuda a pessoa e a família a lidar com a situação, com serenidade: *“estou a lembrar-me de uma situação de um doente que morreu (...) com uma neoplasia do intestino, tinha 42 anos... e a esposa estava muito ávida de respostas mais espiritualizadas. Ela estava em oração e estava um pouco chorosa. E lemos juntos a oração. (...) depois no final da tarde ele morreu. (...) Mas lemos juntos a oração, e a oração é uma modalidade também terapêutica”* (EI3). O carácter terapêutico da oração pode dever-se, como sugere Dossey (2001), ao entendimento que proporciona do nosso lugar no mundo, da nossa relação com o *Absoluto*, das nossas origens e do nosso destino, pelo que facilmente se entende o potencial de ajuda que encerra, num momento do ciclo de vida que nos coloca perante toda estas questões. Entender isto como enfermagem é, certamente, ter uma visão alargada e procurar modalidades de intervenção que realmente ampliam o repertório das possibilidades de ajuda.

Um aspecto particular de “tudo o que possa ajudar o doente” é *“a intenção de que isso resulte”* (EI7), de que seja seguro e que não envolva riscos, o que leva a que os enfermeiros, conscientes de que apenas o bom uso de qualquer modalidade tem efeitos terapêuticos, prudentemente adiem a sua integração até que se sintam seguros do seu conhecimento sobre o assunto. É o caso da utilização de aromas que apenas alguns enfermeiros utilizam, no contexto observado, e recorrendo apenas a um leque reduzido dos mesmos, face à diversidade de oferta assinalável e à sua especificidade; a este propósito uma enfermeira refere que está a pensar propor uma actividade de formação sobre este tema, para a equipa “de massagem”, e a compra de um difusor de aromas para a unidade, para *“mimar os doentes com mais esta terapia”* (OP9).

Cuidando da pessoa inteira revela a perspectiva holística que os enfermeiros têm acerca das pessoas que cuidam; como afirma um participante *“o nosso alvo não é um alvo unidireccional mas multidireccional. Ai a enfermagem tem todas e as melhores capacidades (...) porque sabe que uma tem um amante, e que o outro tem um cão (...) e que outro tem um sobrinho que lhe anda a tirar o dinheiro... e são coisas que vão somatizar à dor (...) à não especificidade da doença, mas que se torna doença”* (EI1). Esta abertura para olhar a pessoa para além do seu problema físico que frequentemente a traz aos serviços de saúde, de compreender as múltiplas influências que a situação de vida pode ter na sua saúde e procurar formas de dar resposta a estas situações, encontra eco na procura dos enfermeiros pela ampliação do seu

reportório de intervenções. A generalidade dos participantes apela à perspectiva holística como o fundamento e a legitimação para “*agir de outra forma*” (EI15) que, não negando a dimensão biológica da pessoa e as intervenções *clássicas* de enfermagem para fazer face aos problemas a esse nível, procura contudo outros instrumentos que respondam à sua visão mais global. Como sugere Hall (2005), uma boa parte do nosso conhecimento para a prática está para além deste aspecto da cura da doença: abrange a saúde emocional, física e espiritual das pessoas, de um modo que pode incluir ou não a doença.

Reconhecendo as necessidades das pessoas a um nível de entendimento mais lato e a complexa teia de interações com efeitos na sua saúde e bem-estar, os enfermeiros orientam a sua intervenção cuidativa com base nesses mesmos pressupostos, o que tem naturalmente consequências sobre a acção e sobre os resultados da mesma. Continuando neste registo de perspectiva relativamente ao doente, há necessidades para cuja resposta podem caber aspectos provavelmente não previstos em nenhuma das definições formais do que é ser enfermeiro ou fazer enfermagem mas que, em contexto real, não só acontecem, como a resposta do enfermeiro pode fazer a diferença, no sentido em que atende a pessoa global: “*por exemplo, pelo facto de nós fazermos a leitura guiada de um jornal com um doente que não tem essa capacidade, por muitas situações... se fizermos uma leitura participada (...) aí estamos a ser também holísticos*” (EI3). Esta leitura guiada tem na sua base objectivos terapêuticos que são o de manter o doente ligado ao ambiente social, permitindo-lhe o sentimento de pertença a uma comunidade mais alargada, tão importante enquanto factor de motivação no seu processo de recuperação de que, a despeito de todo o trabalho médico, em sentido genérico, ele é o principal actor.

Como afirma uma enfermeira, “*a outra pessoa que está ali também está inteira, mas com algumas reparações para fazer, e se eu posso ajudar nisso, na recuperação do ser integral (...) nós tratamos o ser, tratamos a pessoa, cuidamos da pessoa inteira*” (EI6). Nesta ideia de pessoa inteira encontramos, umas vezes de forma implícita, outras de forma explícita, a referência à dimensão espiritual como mais um aspecto que os enfermeiros valorizam enquanto dimensão intrínseca e fundamental da pessoa e que, ao interpelar sobre o sentido da vida, tem uma importância fundamental nas atitudes relacionadas com a saúde (Delgado, 2005).

Sawatzky e Pesut (2005) consideram como atributos fundamentais para o “cuidado espiritual”: a intuição, na medida em que a natureza intangível da espiritualidade dificulta a sua compreensão meramente racional; o compromisso e o diálogo, o que pressupõe uma atitude de abertura e não julgamento; o altruísmo, que confere uma orientação moral para

valorizar e privilegiar as necessidades do utente; e a integralidade, na medida em que a espiritualidade dá significado e direcção a todos os aspectos da vida.

Estes atributos perpassam de uma forma ou de outra no discurso dos enfermeiros; é o que ilustramos a seguir, com um pequeno excerto do discurso de um participante que não só procura modos de cuidar mais integradores, como reflecte sobre uma certa sintonia enfermeiro/doente, decorrente do seu modo de acção: *“agora... há coisas gerais que se podem fazer no dia-a-dia; por exemplo eu posso pôr um som de uma música suave e neutra enquanto faço «as higiènes». Aquilo serve para mim e serve para outro, porque enquanto eu estou a ouvir a música estou a abstrair-me de alguma coisa e assim estou a induzir também o outro a abstrair-se... porque o meu tom de voz baixa, o meu automatismo desaparece, o meu sinergismo está no topo, a minha adrenalina baixa, e portanto tudo baixa à minha volta...”*(EI1).

Parece haver aqui uma postura de alguma quietude, tão importante para ouvir, ou melhor, intuir, o que o outro pode querer dizer, muitas vezes sem dizer; uma abertura que dá sinal de se ser capaz de captar os sinais do outro, numa compreensão mútua que está para lá do que é dizível, como mais explicitamente refere outro enfermeiro: *“a espiritualidade... como ocupa na minha vida também um lugar importante... valorizo-a muito aquando da prestação directa de cuidados. Eu acho que abro muito essa «porta» para que, se o doente quiser entrar nessa dimensão, entra e com naturalidade”* (EI3).

Ao ser conotada durante muito tempo com religião, a laicização da sociedade deixava, em relação aos serviços de saúde, pouca abertura aos aspectos espirituais, tendencialmente relegados para uma parte essencialmente privada da vida das pessoas; no entanto, a tomada de consciência crescente da importância da espiritualidade na vida e na saúde das pessoas e o reconhecimento da sua universalidade, independentemente da religião e mesmo na sua ausência, conduziram a uma abertura e interesse crescentes pelo reconhecimento desta dimensão genuinamente humana.

Mais uma vez nos referimos a Florence Nightingale como a grande precursora da perspectiva espiritual na enfermagem, no seu caso ligada à religião, como era próprio da sua época e do seu meio social (Sawatzky e Pesut, 2005); no entanto as suas ideias continuam a alimentar as perspectivas actuais relativamente à riqueza e à importância dos valores e do cuidado espiritual.

A ideia de uma certa intuição e de uma certa qualidade de ser e estar, mais do que fazer, aparece frequentemente ligada à espiritualidade.

Como é que entram aqui as modalidades terapêuticas não convencionais? Certamente pela perspectiva que desde há muito e de forma coerente veiculam, de que a pessoa é um

ser holístico, multidimensional, sendo que a espiritualidade é uma dimensão marcante e entendida como natural, sobretudo nas modalidades oriundas do Oriente. Mais do que intervenções concretas, orientam para uma filosofia de cuidar traduzida numa certa forma de estar com o doente, que em si mesma é terapêutica; as teorias de enfermagem que actualmente abordam esta questão são, em grande parte, por elas inspiradas. Este é mais um contributo que os participantes identificam como, ao ampliar o seu repertório, estas modalidades também permitem cuidar da pessoa inteira.

4.8 - O ENFERMEIRO COMO INSTRUMENTO TERAPÊUTICO (código C)

O potencial terapêutico do enfermeiro como pessoa através da sua implicação profunda na situação de cuidados consubstancia vários aspectos que, no seu conjunto, podemos designar de “uso terapêutico do self” (Watson, 1999/2002; Leonard e Towey, 2006). Destes, relevamos a presença, entendida numa perspectiva terapêutica ou transpessoal, caracterizada pela cumplicidade e reciprocidade; e o toque, enquanto modalidade mediadora de diversas técnicas, nomeadamente de cariz energético e, nesse sentido, entendido (também) para além do contacto físico directo que numa perspectiva mais convencional o caracteriza, assumindo aqui a intencionalidade o aspecto mais importante. Apesar da transversalidade destas modalidades no processo de cuidados, identificamos nelas, contudo, e de acordo com os dados obtidos no terreno e com a literatura científica do âmbito da disciplina, características específicas e uma certa autonomia que nos permitem considerá-las modalidades terapêuticas não convencionais.

A última propriedade em análise refere-se à “construção de si”, enquanto condição de ser instrumento terapêutico. É induzida das expressões dos participantes, reveladoras de um trabalho de desenvolvimento pessoal traduzido na expressão “eu tenho que me trabalhar”; implica auto-reflexão, auto-conhecimento e auto-consciência, elementos de um elevado nível de desenvolvimento pessoal. A capacidade de se auto-cuidar é igualmente um requisito valorizado na construção pessoal, na medida em que conduz à integralidade do Eu, permitindo uma profunda implicação de si, na situação de cuidados.

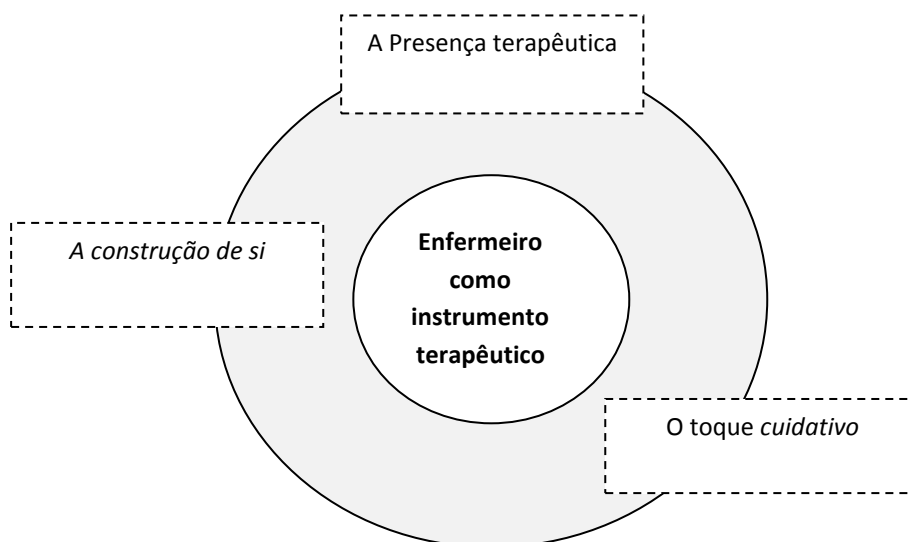


Diagrama nº 12 - Elementos definidores da categoria
“o Enfermeiro enquanto instrumento terapêutico”.

A presença é um conceito polissémico e complexo: polissémico, na medida em que é frequentemente entendida ora como contexto de outro tipo de cuidados, ora como um cuidado de enfermagem em si mesmo; complexo porque, sobretudo nesta última asserção, se traduz em modos de fazer e de estar frequentemente melhor intuídos do que explicados.

Se considerada numa dimensão física, mais imediata, constitui-se como condição indispensável à prestação de cuidados de índole mais instrumental, na medida em que o corpo da enfermeira constitui o veículo de acesso ao corpo do utente; esta asserção comporta, porém, uma visão redutora do conceito, na medida em que podemos conceber vários modos de estar presente, cada um dos quais baseando-se em diferentes níveis de interacção enfermeiro-doente e suportando-se em várias técnicas (Easter, 2000). Neste sentido, a presença assenta e ao mesmo tempo constitui a base da relação enfermeiro-doente, bem como fornece o substracto de uma certa cumplicidade e reciprocidade no processo de cuidados. Esta ideia é corroborada pelos enfermeiros, alguns dos quais afirmam “*ver a enfermagem como um processo de relação*” (E13), considerando que “*tem que haver uma ligação enfermeiro-doente (...) não só a prestação de cuidados técnicos mas a ligação empática e a ligação humanizante entre enfermeiro e doente*” (E11).

Sendo a presença tão fundamental no processo de cuidados e constituindo, como acabámos de afirmar, a base da relação, será apropriado considerá-la uma modalidade terapêutica não convencional? Não deveria ser considerada, apenas, uma modalidade terapêutica-base, da enfermagem?

Este duplo estatuto decorre da complexidade conceitual que assinalámos. Snyder (2006), partindo duma classificação de presença (proposta por McKivergin e Daubenmire, 1994) em física, psicológica e terapêutica (classificação também aceite por Watson), afirma que apenas esta última modalidade se pode considerar não convencional. Admitindo a prestação de cuidados do tipo instrumental, este nível de presença implica, contudo, uma certa forma de estar, caracterizada por: centração (da enfermeira) no sentido de usar todos os recursos do seu ser – corpo, mente, emoções e espírito; e pressupõe um modo de estar particularmente consciente e atento ao doente enquanto ser total, o que é ilustrado por uma enfermeira cuja preparação para vir para a massagem passa por *“chegar cedo, organizar tudo antes do primeiro doente chegar: assim, sinto-me mais disponível, mais presente... sobretudo mais consciente”* (OP13). É, em suma, o tipo de presença, como refere Watson (1999/2002) de uma forma reveladora, em que *“o nosso Ser é a modalidade”*. Nesta linha de pensamento uma enfermeira refere que *“praticar (modalidades terapêuticas não convencionais) é outra coisa; praticar exige que a pessoa (o enfermeiro) esteja perto do doente e que se envolva”* (Ent15); esta afirmação sugere uma concepção complexa de presença, na medida em que a supõe como suporte de outro tipo de cuidados e ao mesmo tempo lhe confere uma qualidade terapêutica intrínseca, através da *proximidade* e do *envolvimento*, como uma certa forma de estar para o outro. Estas características encontram ressonância na disponibilidade e abertura (Covington, Holly, 2003) enquanto requisitos fundamentais da presença, no sentido de apreender a totalidade e a singularidade da pessoa, numa situação particular de saúde/doença ou de transições importantes no seu processo de viver.

Parece ser consensual entre os enfermeiros de que estas terapias não convencionais – nomeadamente a presença, exigem uma implicação do enfermeiro a um nível mais complexo, mais elevado, mais profundo, do que as técnicas clássicas de enfermagem. Como diz uma enfermeira, *“para dar um comprimido, basta disponibilidade física, mas para dar presença, para dar atenção (...) para dar outro tipo de terapia (...) é preciso muito mais do que disponibilidade física. É preciso que a pessoa (o enfermeiro) se disponibilize, é preciso que a pessoa se abra, que a pessoa se implique nessa relação, que a pessoa se disponha a estar com o outro”* (EI5).

Doona et al (1999), num estudo sobre a presença (da enfermeira), envolvendo dados de 3 settings de cuidados - nomeadamente bloco de partos, internamento de psiquiatria e UCI pós-cirúrgico, identificaram um conjunto de características (nas quais revemos os discursos e as práticas dos participantes desta investigação), de que relevamos: a singularidade; a conexão com a experiência do doente; ir além dos dados científicos; e

estar com o doente. Um pequeno excerto do seu estudo (relativo à UCI) documenta o aspecto da singularidade com um alcance que a linguagem mais formal dificilmente diria melhor: “há dois tipos de experiências: a experiência de vários doentes adultos com síndrome de distress respiratório; e *aquela* experiência particular *daquele* doente. (...)” (idem, 1999, p.60). *Ir além dos dados científicos* configura um nível de competência elevado, não significando, como nota Benner (1984/2002) a não valorização do conhecimento formal, mas indo além dele, conjugando-o de forma integrada com o conhecimento experiencial e intuitivo.

Identificamos, no discurso e nas práticas dos participantes, elementos de níveis elevados de presença, como exemplificamos: “*há aqui uma magia... um Deus... não sei o que é! Mas saímos daqui (da massagem) muito melhor do que chegámos (...) as enfermeiras (a sua presença) fazem-nos tão bem!*” (OP7).

Outro aspecto revelador deste nível de entrega perpassa no seguinte excerto de notas de campo: “*a presença atenta da enfermeira, seguindo o ritmo da música, também parece ouvir-se*” (OP4). A dificuldade em traduzir adequadamente um sentido forte de presença – tão forte que parece ouvir-se, diz bem numa certa qualidade de estar (presente), que consegue alhear-se de tudo o que é externo à relação (incluindo a presença da investigadora). Uma observação atenta permitiu também identificar, na acção dos enfermeiros, um modo de presença com forte envolvimento, como exemplificamos: “*enfermeira inclinada na direcção da doente, falando baixinho, toque afectuoso...*” (OP7); “*enfermeira também em silêncio, inteiramente entregue ao cuidado que presta, numa postura de proximidade e atenção à pessoa que cuida, inclinando-se ligeiramente sobre ela* (OP9), o que revela aspectos de linguagem corporal, referidos por Hall (2005) como indicadores de envolvimento e implicação pessoais na relação.

Os participantes veiculam, também, a ideia de uma certa cumplicidade entre o enfermeiro e o utente, bem como de reciprocidade terapêutica da presença: “*(...) a hipnose tem uma cumplicidade entre hipnoterapeuta (enfermeiro) e doente. Ele tem que deixar cair algumas barreiras para eu poder «penetrar» nalguns sítios que serão o imaginário dele ou dela*” (EI1). Este aspecto traduz-se na reciprocidade da relação, no que a antecipação da acção de um permite orientar a acção do outro (bem à maneira interaccionista): “*pela forma como nós nos posicionamos, pela forma como nós nos mostramos, nos damos a conhecer no momento de relação, isso é detectado pelo doente*” (EI3), o qual interpreta cada detalhe da interacção em termos da forma como o enfermeiro “se apresenta”, ou seja, do seu modo de presença (Hall, 2005).

É consensual, na opinião dos participantes e na literatura, a exigência que a presença coloca, sobretudo quando entendida em níveis *mais elevados* (não convencionais); a entrega e a atenção requeridas na interacção provocam frequentemente uma sensação de desgaste e cansaço mas, ainda assim, as enfermeiras referem experienciar satisfação, como testemunham nas seguintes afirmações, respondendo à verbalização de bem-estar dos seus doentes: “*também nos sabe bem a nós... apesar do cansaço*” (OP1); “*acaba por ser terapêutico também para nós... eu, quando estou na massagem, até me esqueço que estou no IPO*” (OP2). A consciência de promover o bem-estar do outro provoca um sentimento de crescimento e desenvolvimento (Hall, 2005), responsáveis pela satisfação profissional que frequentemente acompanha as situações de desafio e transcendência pessoais.

Estes sentimentos de reciprocidade estão bem documentados por diversos autores, nomeadamente Easter (2000) e Finggeld-Connett (2006); este desenvolveu uma meta-síntese sobre o conceito de presença, através da qual identificou os *outcomes* da presença para enfermeiros e doentes, traduzindo-se a reciprocidade assinalada, em termos de bem-estar mental e físico.

Um elemento incontornável da presença é a disponibilidade para o outro: estar lá, estar com, dar-se, fazer o que é esperado de si... constituem igualmente atributos indispensáveis desta modalidade de cuidar. A presença física, mais instrumental, tem uma importância óbvia e objectiva no processo de cuidados; a presença terapêutica, que constitui em si mesma uma modalidade terapêutica não convencional, tem um carácter intersubjectivo que permite a conexão entre enfermeiro e utente, e a apreensão de mensagens plenas de significado, reciprocamente descodificado: uma utente a quem tinha sido sugerido fazer relaxamento guiado por voz, no domicílio, no período inter-massagens, confessa o não cumprimento desta orientação, justificando: “*lembrei-me muitas vezes e secalhar tinha-me feito bem... mas, sei lá... parece que sozinha não dá tanto jeito!*” (OP1). Esta afirmação não deixa de nos fazer reflectir, já que, na Unidade (da Dor) o relaxamento guiado por voz é feito sem que a enfermeira esteja fisicamente presente; dir-se-ia que basta a sua proximidade espacial (a enfermeira habitualmente permanece na sala contígua, durante o período do relaxamento) e a atenção de que o doente se sente alvo, para que este se sinta seguro e *acompanhado* numa modalidade terapêutica que acaba por ser também, por esta via, *presencial* - entendendo aqui o nível de presença como transpessoal (Watson, 1999/2002; Easter, 2000), incorporando, entre outros requisitos, a “*atenção e a conexão mente-a-mente*” (Watson, 1999/2002).

O toque, outra modalidade terapêutica considerada, apresenta características semelhantes à propriedade anterior, em termos da polissemia e complexidade com que a caracterizámos. Também o toque pode ser considerado numa perspectiva sobretudo instrumental, no que se refere à realização de procedimentos de enfermagem do foro bio/fisiológico.

Sem obviamente questionarmos a sua importância no processo de cuidados é, contudo, a *outros tipos* de toque que nos referimos: os que, pela profunda implicação pessoal que exigem e pelos efeitos terapêuticos que produzem, por si mesmos, consideramos como modalidades terapêuticas não convencionais.

Das várias modalidades de toque apresentadas na literatura de enfermagem, a saber: toque instrumental, protector e cuidativo (Estabrooks, 1989, citado por Bush, Elizabeth, 2001), é a última categoria que reúne características que permitem a sua classificação em não convencional.

O toque surge, no discurso e nas práticas dos participantes, em primeira mão, enquanto mediador da relação: *“a ligação que se faz entre o enfermeiro e o utente pode beneficiar muito nesta questão do toque. Nós sabemos que o toque é uma coisa muito subtil mas (...) muito útil para o doente...”* (Ent.7). Também a linguagem do corpo (Tenenbaum, s.d.), é mediada pelo toque, no sentido em que as mãos captam mensagens com potencial de orientação de cuidados específicos, como ilustra o caso de uma doente que questionava: *“como é que sabe onde estão as dores?”* (OP6), referindo-se à adequação da manipulação corporal, através da massagem, sem que verbalmente tivesse guiado a enfermeira para o local da dor. A resposta da enfermeira é também elucidativa desta mediação, ao afirmar: *“sabe, as nossas mãos dizem-nos muitas coisas...”* (OP6). É reconhecida uma certa qualidade energética pessoal que medeia a relação das pessoas entre si e entre as pessoas e o ambiente: *“parece que é a energia da própria pessoa que influencia o ambiente. Há pessoas que têm uma certa energia de calma e outras de stress...”* (Ent.6). Dir-se-ia tratar-se de uma espécie de *bilhete de identidade energético*, um toque pessoal de que quer doentes quer enfermeiros parecem ter consciência, como ilustra o excerto seguinte de notas de campo: *“a enfermeira repara que é a 1ª vez que se encontram na massagem (...) e fala-lhe das «diferenças de toque» entre os vários enfermeiros; pode achar umas mãos mais agradáveis do que outras, o que é normal... mas (...) o efeito (terapêutico) há-de ser muito semelhante”* (OP9). Na mesma linha, uma doente aprecia a massagem recebida e, à laia de despedida, afirma: *“obrigada, Srª Enfª, sinto-me tão bem! Há toques que ficam... que a gente não esquece...”* (OP3).

Mas a qualidade mediadora do toque, em análise, emerge de um modo mais significativo em relação a princípios terapêuticos de índole energética, como os veiculados pelo reiki e pelo toque terapêutico; tanto numa como noutra modalidade o toque acontece podendo haver ou não contacto físico. De um modo surpreendente, os doentes captam a transmissão de algo que não conseguem nomear mas cuja sensação e efeitos reportam com precisão; é frequente a referência às mãos quentes dos enfermeiros, à transferência de algo que lhes provocava tensão, dor e desconforto: “*se sai de mim... vai para onde? Sim, porque deve ir para algum lugar...será que vai para a enfermeira? Parece magia! (OPI)*”. Noutro momento de cuidados, a mesma doente “*exibindo um longo sorriso, diz: parece que entrava aquela electricidade para dentro do corpo... sabe tão bem! (...) Nunca tinha sentido isto, antes...*”.

Sem qualquer alusão a uma modalidade específica, que parecem não conhecer, as sensações referidas estão de acordo com o que encontramos na literatura, acerca do reiki, modalidade energética recuperada no Japão no início do século XX, e profusamente difundida no Ocidente, a partir de meados do mesmo século (Ringdahl, Debbie e Halcón, Linda: 2006; Potter, Pamela: 2002). Os enfermeiros participantes têm, na generalidade, conhecimento e nalguns casos formação sobre esta modalidade terapêutica, que utilizam e/ou de que falam com maior ou menor facilidade, apontando características idênticas às mencionadas anteriormente.

Em relação ao toque terapêutico verifica-se maioritariamente um uso desta modalidade, ao nível do discurso, não conforme ao conceito e à técnica terapêutica propriamente ditos, tal como propostos pelas autoras dos mesmos (Krieger, Dolores: 1979/1992; Kunz, Dora e Krieger, Dolores: 2004). O conceito parece ter-se vulgarizado na linguagem profissional, significando qualquer tipo de toque que, à semelhança dos cuidados de enfermagem, em sentido amplo, se querem e acreditam ser terapêuticos.

A este propósito um enfermeiro afirma: “*no toque terapêutico é estar um pouco a conversar e a fazer umas «festinhas», e as pessoas gostam (Ent.11)*”, o que obviamente não está de acordo com o conceito e a técnica originais. Para as autoras anteriormente referidas, o toque terapêutico “*é um modo transpessoal de cura (...) assente no princípio de que o corpo humano é um sistema de energia aberto com funções terapêuticas inatas, e que este sistema forma padrões de energia discerníveis para um curador treinado e atento (centrado)*” (Kunz, Dora e Krieger, Dolores: 2004, p.2).

Os enfermeiros sujeitos a observação não se referem ao toque terapêutico, embora tenhamos identificado nas suas práticas modos de agir, atitudes e disposições compatíveis com a realização desta modalidade terapêutica; dir-se-ia que uma tomada de consciência e

o treino adequados encontrariam terreno fértil para enriquecerem a sua prática com mais esta modalidade, de efeitos terapêuticos estabelecidos por quase três décadas de investigação (Peters, Rosalind: A Meta-Analytic Review, 1999).

Partindo das características do toque terapêutico (Krieger, Dolores: 1979/1992; Kunz, Dora e Krieger, Dolores: 2004; Coppa, Denise: 2008), vemos que: uma atitude de proximidade atenta; *a concentração* de que todos os enfermeiros falam como de enorme importância para que a massagem resulte melhor; a vontade e a crença de que a sua intervenção ajude efectivamente o doente; a importância que atribuem às suas mãos como instrumentos mediadores dos cuidados que prestam; a consciência que manifestam relativamente à importância da interacção nos momentos de cuidar caracterizados pelo toque; e a sensibilidade que demonstram para descodificar a linguagem do corpo, são condições propícias à aceitação e integração desta modalidade terapêutica no contexto das outras não convencionais, que realizam. Os aspectos mencionados anteriormente, identificados no quotidiano dos enfermeiros, ampliam consideravelmente o conceito de toque, integrando aspectos-chave como: a motivação, a capacidade de se conhecer a si mesmo e a intencionalidade. Destes aspectos, a intencionalidade merece-nos uma referência especial na medida em que se nos impõe como uma característica fundamental, ligada ao toque, quer nos discursos quer nas práticas observadas, quer ainda na literatura científica do âmbito da disciplina.

Um enfermeiro afirma que *“quando dou a mão a um doente penso em utilizar reiki”* (EI1) revelando, este aspecto “do pensar”, uma intenção explícita da utilização terapêutica da mão, enquanto mediadora, neste caso, duma terapia energética. Ainda ao nível do discurso, uma enfermeira refere que *“as nossas mãos vão à frente e se forem utilizadas com o objectivo terapêutico...”* (EI9), sugerindo, por sua vez, a crença de que determinado objectivo possa produzir determinado resultado.

Podemos considerar estes aspectos como componentes do conceito de intencionalidade, tal como o propõem diversos autores - nomeadamente Watson (1999/2002) - ao apresentar a intencionalidade numa perspectiva transpessoal. Neste sentido, a intencionalidade é diferente e maior do que intenção ou acto mental propositado (Zahourek, R., 2005), ainda que admita também estes requisitos; contudo, e num empreendimento de aprofundamento e abrangência conceptuais, Watson (1999/2002, p.118) assume o conceito de intencionalidade como “a consciência acerca de algo, ou algum conteúdo de consciência, como a crença, vontade, expectativa, atenção, acção, e mesmo o inconsciente”. É assim que afirma que “nós participamos na criação da realidade,

parcialmente, através da nossa intencionalidade” (idem, p.120), o que se revela particularmente interessante quando falamos de cuidar em enfermagem, na medida em que diversos estudos nesta área (Watkins, 1995; 1996) apontam para que uma intenção positiva e um sentimento de cuidar sincero são essenciais na obtenção de resultados terapêuticos.

Apesar da distinção que assinalámos entre intenção e intencionalidade, Pilkington, F. (2005) faz notar, num estudo teórico sobre a evolução deste conceito na teoria de Watson, que a autora frequentemente utiliza os dois termos de modo intercambiável. É o que nos parece acontecer com os enfermeiros participantes, quando afirmam que *“temos que pôr intenção nas coisas!”* (EI6) sugerindo, porém, o contexto desta afirmação, mais do que um mero acto mental propositado, como ilustramos: *“há uma coisa que eu acho muito importante (...). Acho que quando procuramos o bem do outro e pomos o amor nas coisas, as coisas resultam muito mais... há uma empatia em que nos conseguimos ligar com o doente”* (idem). O sentimento de cuidar sincero parece aqui bem evidente, ampliando o conceito de intenção ou assimilando-o ao de intencionalidade, nalguns requisitos que a caracterizam.

Num estudo sobre intencionalidade, realizado por Zahourek e publicado em 2005, a autora identifica 3 formas ou fases de intencionalidade, a saber: genérica, curativa e transformativa. Encontramos nas duas últimas formas mencionadas elementos que nos permitem enquadrá-la num paradigma de cuidar transformador, como propõe Watson, realçando o carácter fundamental de atributos de elevado nível de desenvolvimento pessoal e relevando a construção consciente de competências de cura, bem como o sentimento de conexão com o todo, a que as mesmas conduzem.

Referimo-nos à intencionalidade fundamentalmente no seu uso em modalidades terapêuticas de cariz energético, na diversidade de modos de olhar que estas admitem. Baseadas em diferentes conceitos de energia, igualmente estranhos à linguagem convencional, daremos contudo uma atenção particular ao toque terapêutico, pela sua génese teórica e prática na enfermagem. Krieger (1979/1992) afirma que a intencionalidade é talvez o requisito mais importante no toque terapêutico, pressupondo um objectivo claro e um plano de acção no envolvimento com o utente/doente.

Um dos pressupostos do toque terapêutico que afirmámos anteriormente é o de que o corpo humano é um campo de energia aberto em interacção com outros campos de energia, o que significa, como propõe Krieger (1979/1992, p.p.26-30) que *“não terminamos na nossa pele e que há um campo para além das fronteiras da mesma”*. Este princípio parece-nos poder fundamentar o facto - aparentemente paradoxal ou pelo menos desafiador de conceitos tidos como adquiridos na prática dos cuidados, de que o toque e especificamente

a massagem devem ser realizados com as mãos nuas, dada a importância reconhecida ao contacto táctil. Uma utente, questionada sobre as diferenças de toque na massagem com e sem luvas (apenas um enfermeiro realiza habitualmente a massagem com luvas), afirma “*não se ter apercebido de que o enfermeiro estava a usar luvas, e não notar qualquer diferença*” (OP14); de modo semelhante registamos a apreciação particularmente positiva, veiculada por outras utentes, da massagem proporcionada por aquele enfermeiro em particular - não associada, esta apreciação, ao uso das luvas, *mas apesar desse uso*, e sem qualquer referência ao facto, aparentemente ignorando-o.

Parece-nos adequado, neste caso, considerar a hipótese de *esse campo para além da pele* de que falam Krieger (1979/1992, p.p.26-30) e Kunz e Krieger (2004), não ficar confinado à luva, antes ir também além dela, permitindo sentir o outro na sua proximidade que não é só física mas também intencional e aceitando, de acordo com estas autoras, a importância da intencionalidade no toque terapêutico.

Um estudo realizado por Coppa (publicado em 2008) sobre a operacionalização do toque terapêutico e revelando os pormenores da técnica, não faz alusão a este aspecto particular; contudo, consideramos curioso o relato da autora sobre o controlo de possíveis *vieses* na investigação, através da escrita de ideias preconcebidas no verso do caderno de notas de campo, que revia antes de cada sessão de observação; não sabemos a que conceitos se refere a investigadora, no entanto este parece-nos ser um campo profícuo de questionamento do *status quo*, relativamente a conceitos vulgarmente tomados como certos, no conhecimento em enfermagem, e que o estágio de desenvolvimento disciplinar torna possível e necessário questionar.

Sandelowski (in Morse, 2007, p. 58) afirma que a história da ciência faz-se com exemplos de Homens a encontrar algo e não sabendo o que é; e acrescenta que descobrir é, na sua essência, um assunto de reorganização ou transformação de provas de modo a que nos seja permitido ir além da prova, para nos reunirmos a novas compreensões, ou seja, novos modos de entender o fenómeno, mais consentâneos com o que se passa no mundo empírico.

A construção de si entendemo-la, de acordo com o que sugere o discurso dos participantes, como os modos de sentir, de pensar, de estar e de agir que implicam o enfermeiro na sua multidimensionalidade humana, o que significa preparar-se e predispor-se para aceder ao utente: “*quando eu ofereço uma modalidade não convencional eu estou a me predispor para a realização dessa actividade; «eu tenho que me trabalhar» e preparar para a*

*prestação de cuidados, para oferecer a técnica, porque ela não sai automatizada”(EI3). O processo de desenvolvimento pessoal, neste sentido, passa por auto-conhecimento, auto-consciência e conhecimento intuitivo – o qual aceita os sentimentos e os *insights* frequentemente ligados às emoções, como tipos de conhecimento igualmente válidos - bem como a capacidade e a disposição para o auto-cuidado, enquanto condição de equilíbrio e *integralidade* do eu, requisitos essenciais para cuidar do outro (Watson, 1999/2002; Towey e Leonard, 2006).*

A predisposição necessária para este tipo de prática requer um esforço consciente. A experiência da terapia, no sentido da sua vivência pessoal, surge como um aspecto facilitador do exercício da mesma, não só pela sua aprendizagem técnica mas sobretudo pelo auto-conhecimento que este tipo de modalidades terapêuticas permitem desenvolver, aspecto consentâneo com o tipo de “conhecimento pessoal” proposto por Carper (1978). Corroborando este tipo de conhecimento, Hall (2005) afirma que usamos as nossas experiências interiores para compreender o que está a acontecer à nossa volta, ou seja, a autêntica compreensão dos outros começa com o profundo compromisso de nos auto-conhecermos e sermos verdadeiros connosco.

O conhecimento pessoal é subjectivo, reflectido e incorpora a experiência de vida, promovendo a totalidade e a integridade na interacção (McEwen (2009). É concreto e existencial, reconhecendo a singularidade do outro a partir da sua própria singularidade (Cestari, 2003), permitindo uma autêntica compreensão humana, o que implica um conhecimento de sujeito para sujeito, num processo intersubjectivo que inclui abertura e generosidade (Morin, 1999) - ideias particularmente valorizadas por Jean Watson (1999/2002; 2009).

De um modo bem consciente os enfermeiros utilizam diferentes técnicas de auto-conhecimento e auto-desenvolvimento, de que é exemplo o reiki: “*O reiki mudou-me. Tornou-me uma pessoa mais introspectiva, tornou-me uma pessoa mais capaz de pensar antes de agir, de ser mais congruente e mais coerente com a minha forma de pensar as coisas*” (EI4). Trata-se, essencialmente, do conhecimento de si, da capacidade de olhar para dentro e, a partir daí, desenvolver a relação com o outro, desta forma marcada pela autenticidade e pela genuinidade, levando a assumir que, por princípio, só o que é intrinsecamente significativo para mim pode ser terapêuticamente transmitido ao outro, como documenta o excerto seguinte das notas de campo: “*(a enfermeira) comenta comigo que não gosta do relaxamento guiado por voz, enerva-a, e por isso nunca o coloca, a menos que um doente lho peça expressamente*” (OP6). Mantendo o registo, uma enfermeira afirma que “*passamos a ser*

observadores de nós mesmos (...) porque ser consciente é nós observarmos o nosso próprio ser; é sermos espectadores de nós mesmos”(EI4) conduzindo, de acordo com Gastmans (1999), mais do que a saber como agir, a saber como ser.

A maturidade pessoal é identificada como outro requisito fundamental da *construção de si*: *“não sei até que ponto é que depois esta perspectiva não tem a ver com maturidade; à medida que nós vamos caminhando na vida e vamos tendo as nossas próprias vivências...”(EI7)*, sugerindo que o desenvolvimento da capacidade auto-reflexiva caminha a par e passo com o processo de maturidade não só pessoal mas também profissional, traduzindo-se este numa maior capacidade de abertura ao novo e ao mesmo tempo numa maior exigência de auto-realização profissional. Tal situação configura o nível de perícia proposto por Benner (1984/2001), em que o desenvolvimento pessoal, com as dimensões a que nos referimos anteriormente, constitui um recurso de inestimável valor na medida em que, nesta acepção, se configura em si mesmo como instrumento terapêutico.

As questões associadas ao “cuidar de si para cuidar do outro”, bem como uma certa forma positiva de olhar a doença e o sofrimento, parecem ser características pessoais fortemente valorizadas pelos enfermeiros, no âmbito desta área de cuidados, numa perspectiva de congruência prática e conceptual: *“alguma capacidade de comunicar, algum sentimento de felicidade (...) e transmitir isso aos nossos doentes (...) este aspecto da comunicação e de ser positivo, do encarar a doença como um processo de crescimento (...) esta postura de bem-estar era fundamental...” (EI9).*

De igual modo verifica-se uma consciência clara da importância de se proteger face aos diversos desequilíbrios dos utentes, tendo em conta o carácter de mediação e a reciprocidade - nomeadamente energética - da interacção cuidativa. Uma enfermeira entrevistada descreve o que designa de “técnica de banho seco”: *“acabo o meu trabalho e faço a limpeza: mentalizo a intenção de me libertar de todas as energias que não me pertencem, e lavo as mãos. Isso é importante, a cortagem desse cordão energético (...). Isto é uma técnica tão simples, de protecção, que me ajuda a manter o equilíbrio... Nós temos a noção dos micróbios mas não temos a noção da contaminação energética” (EI15).* Nesta linha, Watson (2009) apresenta a experiência recente da prática de enfermagem baseada na sua teoria, em vários hospitais Americanos, dando como exemplo, entre vários, a lavagem das mãos; para além da reconhecida importância no controlo da infecção, constitui também um significativo ritual de auto-cuidado, em termos de limpeza energética, bem como uma forma da enfermeira se libertar da última situação de cuidados e abrir-se para a situação seguinte. Documentando este aspecto, uma enfermeira afirma que *“eu estou ali com ele, eu estou a cuidar dele (...) estou*

envolvida com ele ... acabei! vou passar para outro, mas não vou passar para outro a pensar naquele, senão não cuido nem de um nem de outro! Nem de mim!” (E115).

É também frequente, no contexto observado, as enfermeiras realizarem a massagem descalças, o que, segundo as mesmas, lhes faculta uma *ligação directa à Terra*, permitindo um escoamento das energias negativas emanadas pelos doentes e, como consequência, um desgaste e cansaço muito menores ao fim do dia de trabalho. Ainda assim, e no final do período de atendimento dos doentes, frequentemente adoptam várias medidas suplementares no sentido de se reequilibrarem, de que exemplificam: permanecer um longo período dentro do carro estacionado, olhando uma paisagem “bonita e inspiradora”; ouvir música relaxante da sua preferência; tomar um “bom banho de imersão” com água salgada; passear um pouco pelo campo e “conversar com as plantas”... enfim, medidas tão diversas quanto a singularidade dos enfermeiros que as protagonizam, mas que têm em comum a necessidade de auto-cuidado para voltar, de novo, ao equilíbrio!

A meditação é outra modalidade que alguns enfermeiros utilizam regularmente “*para benefício próprio, que acaba por ter consequências (positivas) na relação com os outros...*” (E14) e para se sentirem equilibrados. Leonard e Towey (2006), propõem diversas modalidades de auto-cuidado, entre as quais a meditação e senso de humor, a que também já nos referimos como um requisito considerado importante e a que uma participante se referia como “postura de bem-estar”.

As modalidades terapêuticas em análise, se aparentemente simples, revestem-se, contudo, de enorme complexidade. A este propósito, uma enfermeira dá conta da sua indignação quando apelidada de “boazinha” pelos colegas e outros elementos da equipa de saúde, no que considera uma manifestação de ignorância e/ou de pouco apreço: “*ser boazinha (...) exige aprendizagem, exige treino, exige a pessoa não ficar circunscrita ao desempenho de um determinado órgão... exige atender muito mais à individualidade do outro que está à nossa frente (...). Basicamente (a aprendizagem de ser boazinha) é experiencial e de auto-formação; tem a ver com o tipo de fontes onde vamos beber alguma coisa, com os livros que lemos, com as conversas que temos e com aquilo com que alimentamos a nossa mente* (E113). Como afirma Morin (2005, p.6), ao apresentar o Pensamento Complexo, “não se poderia fazer da complexidade algo que se definisse de modo simples e ocupasse o lugar da simplicidade”; efectivamente, o pensamento complexo integra o mais possível os modos simplificadores de pensar – e, por extensão, de agir - ao considerar o tecido de acontecimentos, acções, interacções e retroacções que constituem o nosso mundo. Exprime, frequentemente, a dificuldade para definir de modo simples e para nomear de modo claro as nossas ideias,

sobretudo quando nos sentimos completamente implicados num emaranhado de sentimentos e emoções que acompanham uma situação de cuidados; exprimindo esta ideia, uma participante afirma: “*mas eu sou inteira, portanto todos os meus conhecimentos, e todas as minhas ignorâncias fazem parte de mim, eu sou aquilo que sou, e dou o melhor que consigo, e isso é que é importante. (...) Quando estamos a tratar alguém, é o nosso Ser... também a tratar do outro*” (EI6).

Neste sentido, o processo de *construção de si*, tal como o caracterizámos, constitui um requisito indispensável de se “ser instrumento terapêutico”.

4.9 - AVALIANDO O PROCESSO (código G)

Esta categoria diz respeito à avaliação que os participantes - enfermeiros e doentes – fazem da eficácia das modalidades terapêuticas não convencionais. A primeira propriedade dá conta da lógica com que os enfermeiros fazem esta avaliação, a qual segue a lógica do processo de cuidados, base de raciocínio da sua prática profissional. Actores no processo de avaliação são, de modo preferencial, enfermeiros e utentes - principais actores do processo de cuidados. A eficácia destas modalidades terapêuticas é avaliada através de indicadores de resultados essencialmente de carácter subjectivo, que organizámos em três grupos: os indicadores fisiológicos, comportamentais e de bem-estar; começa, no entanto, a emergir o interesse pela utilização de indicadores mais objectivos. A documentação dos cuidados, através do registo de enfermagem, é contextualmente diferenciada: assumida, no contexto observado (mas nem sempre explicitada); não realizada/dissimulada, nos contextos da entrevista.

Estes aspectos estão sistematizados no diagrama seguinte.



Diagrama n° 13 - Elementos definidores da categoria “Avaliando o processo”.

O processo de cuidados consubstancia-se, do ponto de vista da acção, nos cuidados de enfermagem. Situando-nos **na avaliação deste processo**, emerge dos discursos e das práticas dos enfermeiros uma lógica suportada no raciocínio científico, que diversos autores, entre os quais Alfaro-LeFevre (2005), designam de “processo de enfermagem” e que não é mais do que um modo de raciocínio ou intenção que organiza as interações enfermeiro-cliente (Meleis & Trangenstein, 1994); composto por várias fases sequenciais (embora não lineares), num primeiro momento, é, contudo, essencialmente caracterizado por um movimento em espiral, em que cada uma das fases se sobrepõe parcialmente à seguinte e está parcialmente contida nas restantes, por um processo de retroacção assente na avaliação sistemática do mesmo (Alfaro-LeFevre, 2005). Este método de raciocínio é bem ilustrado na afirmação de uma enfermeira, ao caracterizar o registo que efectua: *“Uma coisa muito simples: a pessoa estava com dor com «esta» intensidade, em «x» local, foi feita massagem no sítio «x» com os movimentos «y» e «z», com melhoria significativa” (E113).*

Os discursos dos entrevistados reflectem a assimilação da terminologia própria da profissão, ainda que de um modo tímido, sobretudo quando se trata de *dizer o diagnóstico*.

As questões da linguagem e da medição em enfermagem são assuntos relativamente recentes, mas com crescente interesse face à necessidade igualmente crescente de uma comunicação mais global e mais significativamente partilhada. A padronização da linguagem, ainda não consolidada entre nós, teve um enfoque inicial baseado no diagnóstico, seguido de um movimento idêntico no que se refere às intervenções e só

recentemente aos resultados. Para além deste aspecto há que ter em conta as diferentes influências que se fizeram sentir: num primeiro momento, que se estendeu até ao início deste século, temos sobretudo a influência norte-americana, com a taxonomia diagnóstica proposta pela NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), a que se seguiram a NIC (Nursing Interventions Classification) e a NOC (Nursing Outcomes Classification [para situar cronologicamente os vários sistemas taxonómicos, referiremos apenas a data das respectivas edições iniciais, como segue: NANDA – 1982; NIC – 1992; NOC – 1997 (Mainenti, 2009)]. Num 2º momento (sensivelmente a partir de 2001), a ICNP (Internacional Classification for Nursing Practice), desenvolvida pelo ICN (International Council of Nurses) e conhecida no nosso país por CIPE (Classificação Internacional da Prática de Enfermagem) - (Cruz, 2007; Goossen, 2006; Naylor, 2007; Almeida e Seganfredo, 2010).

As várias fases do processo de cuidados vão sendo reveladas por segmentos, nos discursos e nas práticas dos enfermeiros, à medida que caracterizam uma determinada lógica de acção, mais ou menos implícita no registo dos cuidados.

A avaliação da situação do doente é, desde logo, um procedimento que visa diagnosticar a adequação das modalidades terapêuticas não convencionais a oferecer, bem como a segurança das mesmas face à sua situação concreta: “*(antes de oferecer hipnose) faço essa primeira avaliação (...). É preciso ter algum cuidado no relaxamento... quero saber se há antidepressivos ou não à mistura, ou se há depressão, porque a depressão pode abrir alguma «caixa de pandora» que eu não goste que esteja aberta*” (E11).

Emerge também dos dados um propósito avaliativo concordante com o que teoricamente suporta a lógica do processo de cuidados, a saber, a orientação para a acção; como refere uma enfermeira, “*quando avalio determinada situação, que é uma situação que eu estou a conhecer, e para a qual acho que tenho instrumentos de intervenção, eu proponho-me intervir...*” (E17).

Particularmente evidente nas práticas observadas, a avaliação e intervenção praticamente simultâneas constituem o *modus operandi* dos enfermeiros, na adequação que fazem das modalidades terapêuticas à situação global de vida e de saúde, dos seus utentes.

Como nota Basto (2009), a relativa simultaneidade das várias fases, que ilustrámos anteriormente, resultam da centração do enfermeiro na vida quotidiana do utente, nas suas respostas à situação de saúde ou de vida que está a viver.

Um outro aspecto desta avaliação sistemática caracteriza o que Lopes (2006) designa de *espiral*, formada pelas fases de intervenção terapêutica e de avaliação diagnóstica, de

um modo inseparável, gerando-se reciprocamente; um enfermeiro refere, a este propósito: “... sempre que tenho oportunidade volto àquele doente, até para perguntar se está melhor e para dar mais uma achega” (EI11), revelando a avaliação “final” como orientação para nova intervenção, num processo em que o “voltar atrás” não significa partir do princípio, antes propicia uma forma mais informada de intervir, quando falamos de prática profissional de enfermagem.

A avaliação dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, apesar de recente, tem uma enorme importância na legitimação da importância social e económica da enfermagem. Como afirma Basto (2009, p. 12), “é indispensável demonstrar que os cuidados de enfermagem são fundamentais e imprescindíveis à saúde da população. A possibilidade de medir resultados é uma questão de qualidade e de profissionalidade”.

É neste sentido que, no âmbito deste estudo, damos voz não só aos enfermeiros mas também aos utentes e família, com base no pressuposto de que uma visão alargada dos vários **actores no processo de avaliação** dará deste assunto um conhecimento mais completo, tal como reconhece Serapioni (2009). Também a nossa observação será mobilizada na medida em que, partilhando os saberes dos enfermeiros observados, pela nossa própria formação profissional, fará uma leitura complementar à dos restantes actores, o que será mais evidente na análise da propriedade “indicadores de resultados”. Esta posição é metodologicamente legitimada por Bourdieu (1985), para quem o uso do conhecimento e a referência à experiência e à prática do investigador pode ser a condição duma verdadeira compreensão, na condição, contudo, de que essa referência seja consciente e controlada.

A avaliação do utente é um importante factor orientador da intervenção do enfermeiro: “... e também pelo feedback que tenho das pessoas de quem cuido, porque se não houvesse feedback (positivo) isto (massagem terapêutica, utilização de aromas e de música) não fazia sentido fazer-se” (EI2). Outro enfermeiro, igualmente atento ao *feedback* dos utentes relativamente a estas modalidades, afirma que eles “... sentiam conforto (...) e até agradeciam (EI10).

No contexto de observação, é frequente os utentes anteciparem a sua avaliação das modalidades terapêuticas recebidas, assumindo-se como co-actores do processo de cuidados, como exemplificamos a seguir: “... a doente diz à enfermeira: «já sei que no final me vai perguntar como me sinto... e como não vou poder ficar mais tempo vou-lhe dizendo como me estou a sentir, se não se importa...» ” (OP3).

A centralidade do utente no processo de cuidados (K erouac, 1994) está bem evidente nas iniciativas que tomam, quer nas decisões partilhadas com o enfermeiro, relativamente aos cuidados propriamente ditos – de que é exemplo o tipo de massagem a realizar – quer no terminus desses mesmos cuidados, como ilustra o excerto seguinte de notas de campo: “*a doente abre os olhos e diz: «já chega, sinto-me muito bem assim... já me posso vestir...»*” (OP16), dando por terminado o período de relaxamento proposto pela enfermeira.

A avaliação espontânea do doente constitui informação preciosa quanto à qualidade percebida, dos cuidados que recebe: “*a doente quebra o silêncio para se manifestar: «o óleo assim (aquecido)  tão bom... tão agradável!»*” (OP4). A satisfação do doente constitui uma dimensão importante da avaliação da qualidade em saúde (Donabedian, 1992; Serapioni, 2009), e, por extensão, da qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo frequentemente manifestada através de uma apreciação essencialmente qualitativa: “*(a enfermeira massaja agora os membros inferiores) ... e a doente exclama: «Ai que bom, Jesus do Céu! Devia levar essas mãos agarradas a mim, para casa!»*” (OP9).

Este aspecto da avaliação pelos doentes, centrada na qualidade do bem-estar que experienciam, legitima a posição de Serapioni (2009), de que se faz necessária uma pluralidade de abordagens metodológicas de análise da qualidade (dos cuidados de saúde/enfermagem), dada a complexidade do conceito e os níveis de análise em questão. Neste sentido, e em concordância com o autor referido, salientamos a importância dos estudos hermenêuticos e fenomenológicos na enfermagem, sobre as experiências vividas das pessoas alvo dos cuidados, relativamente a diversas situações de saúde/doença e de transição; para além da sua importância na construção do conhecimento disciplinar, questionamos até que ponto  que temos consciência de que esses estudos podem constituir, tmbm, estratégias de avaliação da qualidade dos cuidados, dado que “poem no centro da análise a experiência do paciente sobre a sua doença, o percurso terapêutico e a interpretação que ele atribui à própria experiência” (Good, 1999, in Serapioni, 2009, p.69).

Um outro aspecto da avaliação pelo utente, igualmente relevante, refere-se ao contributo – neste caso, da massagem, para a sua saúde e bem-estar globais, traduzido no equilíbrio com que vivem o seu quotidiano; a este propósito, uma doente afirmava que “*foi demasiado tempo sem massagem, que lhe está a fazer imensa falta: «da zona lombar para baixo, dói-me tudo; nunca pensei que fosse possível ter tantas dores!»*” (OP12); de forma implícita e mais uma vez não quantificada, mas ainda assim muito ilustrativa, estamos perante uma avaliação indirecta de resultado, lendo-se facilmente o efeito positivo da massagem no alívio da dor.

Todas estas situações retratam bem a importância dos utentes enquanto definidores, avaliadores e informadores da qualidade em saúde (Donabedian (1992), envolvidos num processo interactivo, participativo e negociado, igualmente partilhado por outros actores, não só os directamente envolvidos do processo de cuidados, como o são os enfermeiros cuidadores, mas também pelos restantes profissionais que fazem parte da equipa de saúde.

O enfermeiro directamente implicado na prática das diversas modalidades terapêuticas não convencionais assume, por excelência, esse papel, na medida em que detendo um conhecimento privilegiado da modalidade que executa, está naturalmente melhor preparado para a avaliação do resultado da mesma: *“as doentes, sobretudo aquelas que estavam ali mais «caídas», sentiam-se bem com isso (pôr uma mão na testa e outra na nuca) ... eu dava conta de que elas se sentiam bem (OP15).* Caracterizando-se esta prática ainda, em grande parte, pela ocultação relativamente à equipa de saúde, sobretudo nos vários contextos dos enfermeiros entrevistados, no que se refere à avaliação *“era mais a minha observação, até porque, infelizmente, não dá para fazer um tratamento continuado, para chegar a uma conclusão...” (EI6).*

Apesar deste aspecto, por vezes os outros enfermeiros *“também notam... eles referem muito isso (o efeito que a técnica de relaxamento teve na mãe)” (EI5),* tal como, ainda que menos frequentemente, os médicos que, com base em critérios objectivos, afirmam ao enfermeiro a sua avaliação das mudanças constatadas no doente: *“... não sei o que você fez mas deve ter feito algum milagre porque a auscultação já não tem nada a ver” (EI4),* na sequência de terapia por reiki.

A família, actor igualmente importante da equipa, tem também uma palavra a dizer no que se refere à avaliação do efeito destas modalidades terapêuticas, como documentamos a seguir: *“eles dizem por exemplo: «o meu pai é outro, já consegue fazer coisas que não fazia, já consegue ir à missa, já vem jantar connosco...” (EI9).*

Falta, de acordo com Serapioni (2009), uma dimensão avaliativa importante no que se refere à avaliação centrada nos actores, e que tem a ver com a avaliação da Gestão. Se esta realidade se entende nos contextos dos entrevistados, pelo modo de acção já analisado e que se caracteriza pela ocultação e/ou dissimulação da prática destas modalidades terapêuticas, já no que se refere ao contexto observado, a assumpção clara e institucional das mesmas não é, obviamente a razão desta omissão; este facto dever-se-á, provavelmente, à implementação recente deste tipo de intervenções de enfermagem, e à eventual confusão gerada pelo paradoxo, também já assinalado, da *contabilização* destas práticas como actos médicos de controlo da dor.

Uma dimensão importante da avaliação da qualidade em saúde é a questão da medição dos resultados, o que, em termos gerais, torna possível o reajuste das circunstâncias e processos dos cuidados de saúde, para que respondam efectivamente às necessidades da população a que se dirigem (Donabedian, 1992). No que se refere especificamente à enfermagem e para além do aspecto mencionado, medir os resultados dos cuidados permite adicionalmente traduzir o contributo singular da profissão para os ganhos em saúde da população (OE, 2007), reforçando a sua importância social e económica. As implicações, de acordo com Basto (2009), são várias: a melhoria da saúde das pessoas; o respeito pela profissão; e o reconhecimento de poder do grupo profissional, na sociedade.

Os **indicadores de resultados** (sensíveis aos cuidados de enfermagem) têm, assim, uma enorme importância a que, para além dos aspectos mencionados, se junta a possibilidade de demonstrar a eficácia das modalidades terapêuticas não convencionais, legitimando a sua integração no processo de cuidados. Este aspecto dá um contributo inegável à construção do conhecimento em enfermagem, na medida em que, a par da congruência conceptual, amplamente corroborada pela literatura científica da disciplina - e que emerge também desta pesquisa, se conseguir fundamentar idêntico interesse prático, pelo efeito terapêutico das mesmas.

Os indicadores utilizados e identificados no campo da pesquisa permitem afirmar um efeito terapêutico significativo das modalidades praticadas, como a seguir demonstraremos; contudo, a medição dos resultados constitui provavelmente o aspecto mais frágil do processo de cuidados, na medida em que, de um modo geral, é realizada ainda de forma pouco sistemática. Apesar dos instrumentos de avaliação existentes no panorama da enfermagem nacional, nomeadamente: os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, propostos pela Ordem do Enfermeiros (2001); a CIPE – Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (2005) - eixo dos resultados; o resumo mínimo de dados e *core* de indicadores de enfermagem, da Ordem do Enfermeiros (2007), bem como o contributo de estudos que começam a aparecer sobre o tema, de que relevamos o estudo de Pereira (2007); ainda assim, parece que a consciência da importância de avaliar os resultados dos cuidados, de um modo sistemático, começa apenas a despertar.

Provavelmente, a profusão de sistemas de classificação existentes, como assinalado por Cruz (2007), sem a devida maturidade de nenhum deles, constitui um factor para este estado de coisas, e parece ser concordante com o estágio de desenvolvimento da

enfermagem, enquanto disciplina e enquanto profissão. O interesse pelas actividades classificatórias na enfermagem, segundo vários autores (Cruz, 2007; Dossey et al, 2005; Sousa et al, 2008; Lima, 2009), surgiu com Florence Nightingale, e tem acompanhado a evolução da mesma, mas nem sempre ao mesmo ritmo das restantes áreas de interesse.

Os indicadores que apresentamos nesta análise, construídos a partir dos dados, são sistematizados em 3 dimensões (com base nos documentos produzidos pela Ordem dos Enfermeiros em 2001, 2007, e 2008, sobre este assunto). Esta sistematização é apresentada no quadro seguinte.

Quadro nº 6 - Indicadores de avaliação dos resultados dos cuidados de enfermagem

Indicadores	Fisiológicos	Comportamentais	De Bem-Estar
Fonte			
Enfermeiros; Investigadora.	Sinais Vitais; Cor da pele e da mucosa labial; tónus muscular; estado anímico; postura corporal; estado de vigília; a <i>arquitectura</i> do corpo.	Grau de agilidade; alteração no tom de voz; movimentos corporais (quietude/inquietude); falar na “sua vez”; manter silêncio.	Fisionomia das comissuras labiais; brilho e fechamento dos olhos; estado de alerta; serenidade; sorriso.
Utentes/Doentes	Normalização de funções biológicas: qualidade do apetite; qualidade do sono; funcionamento intestinal; força física. Nível de dor *. <u>Nota:</u> foi sugerida a medição da PO ₂ , cruzando com os valores dos Sinais Vitais, por uma doente, também profissional de saúde.	Alteração na toma de analgesia em SOS; capacidade de gerir o quotidiano.	Gestão da dor * e das emoções (efeito <i>guarda-chuva</i>); alívio; sensação de sentir-se bem; sentir-se em paz; libertação da tensão e da angústia; sensação de leveza; nível de energia; coragem; calor; melhoria do humor; maior tolerância ao stress; vontade de viver; confiança; “sair de si”.
Obs: * A dor é considerada nas dimensões fisiológica e de bem-estar, dado tratar-se de um fenómeno complexo, com componentes sensorial e emocional (Ordem dos Enfermeiros, 2008).			

Apesar da ausência de uma classificação formal de resultados para medir a eficácia da sua prática, parece implícito um modo de raciocínio próximo do preconizado pela CIPE (2005); segundo esta taxonomia, um resultado de enfermagem representa uma alteração (positiva) do juízo dum diagnóstico previamente formulado, traduzindo-se na sua resolução ou melhoria. O modo de pensar a prática de enfermagem - a que já nos referimos como processo de enfermagem - parece estar integrado no quotidiano dos enfermeiros;

contudo, a linguagem parece não traduzir adequadamente essa mesma prática, não dando a necessária visibilidade à mesma e sobretudo não dando conta da sua eficácia, o que, no que se refere às modalidades terapêuticas não convencionais, constitui um obstáculo adicional à sua integração mais efectiva e aceitação generalizada.

A eficácia, referida como “resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem”, significa mudanças no estado, comportamento ou percepção do utente/doente, identificadas por ele próprio, por familiar/cuidador informal ou pelo enfermeiro, as quais surgem em resposta às intervenções de enfermagem (Pereira, 2007; Sousa et al, 2008).

Estas mudanças são óbvias, no âmbito deste estudo, também nos diversos contextos dos entrevistados, como exemplificamos: um enfermeiro referindo-se à avaliação do efeito do reiki e da respiração diafragmática (uma técnica retirada do Yoga), afirma que *“pelas verbalizações de bem-estar subjectivo, pela forma como a pessoa exprime o seu alívio desse sofrimento (...) avalia-se a ansiedade, os sintomas e os sinais de ansiedade; se é direccionada para o alívio da dor, avalia-se a intensidade da dor (...); manifestações subjectivas, nomeadamente da postura, e até do repouso conseguido... se a pessoa consegue dormir, isso também é um resultado de sucesso”* (EI3).

Ainda em relação ao reiki, outra enfermeira refere indicadores fisiológicos como base da sua avaliação da eficácia desta modalidade terapêutica: *“os parâmetros fisiológicos... também, por exemplo: doentes taquicárdicos deixam de apresentar taquicardia (...) a pessoa fica muito mais calma, nota-se perfeitamente... com uma respiração muito mais relaxada”* (EI4).

No que se refere à massagem uma enfermeira afirma que *“ (o enfermeiro) sente na arquitectura do corpo, se a pessoa fica com uma couraça muscular ou se tem pontos de maior tensão...”* (EI13), pela sintonia diática que caracteriza esta modalidade.

A sintonia é um aspecto também presente no contexto de observação, nomeadamente no que se refere à avaliação do efeito da massagem, pelo doente, e à observação que a esse respeito fazem o enfermeiro e/ou investigadora, como ilustramos com um excerto de notas de campo: *“avaliando «esse bem» (que a massagem fez), a enfermeira pergunta qual o nível de dor, no final do tratamento, e a utente refere: «neste momento é zero, não me dói nada... há muito tempo que não me sentia tão bem» (no início, o nível de dor era de 4-5). O fâcies rosado, o sorriso fácil, uma postura corporal «relaxada» ..., são indicadores congruentes com esta afirmação”* (OP2).

Profusamente documentada nesta investigação, por via da observação realizada, a massagem é provavelmente a modalidade terapêutica melhor avaliada quanto aos resultados terapêuticos, não só porque se trata de um cuidado organizado em equipa, e sistemático, como porque é alvo de uma avaliação plural, no que se refere aos actores da

mesma. Outro aspecto particularmente interessante nesta avaliação é o facto de alguns doentes a compararem com a massagem realizada por outros profissionais de saúde, com vantagem terapêutica para a realizada pelos enfermeiros, como ilustramos: *“vai mesmo ao sítio onde dói! já fiz massagens na fisioterapia mas prefiro vir aqui, sinto-me muito melhor... até dormi melhor logo da primeira vez que cá vim (há uma semana)”* (OP6). Não se trata apenas de avaliar o efeito duma modalidade terapêutica mas sobretudo dum cuidado de enfermagem, ainda que com base num tipo de intervenção não exclusiva da enfermagem.

Consideramos este aspecto de particular importância, na medida em que uma avaliação sistemática pode ajudar a compreender “o que está para além da massagem” feita pelos enfermeiros e que a torna “mais terapêutica”; provavelmente, para além de e talvez mais importante do que a técnica propriamente dita, uma certa qualidade relacional, um certo modo de olhar a pessoa, aliados à atenção dispensada aos aspectos ambientais, com potencialidades terapêuticas em si mesmos, como já propunha Nightingale (Watson, 1999/2002; Dossey et al, 2005), fazem a diferença nos resultados da saúde e bem-estar dos utentes, e constituem características profissionalmente diferenciadoras.

Para além dos ganhos em saúde que a avaliação dos resultados permite conhecer, outros aspectos, como os económicos, são igualmente revelados; a este propósito, uma doente diz que *“sobre o efeito da massagem na sua situação, (...) se sente mais aliviada e com menos dores... nos dias a seguir toma menos «SOS», às vezes não toma mesmo nenhuns”* (OP7). Esta é uma situação paradigmática, afirmada por praticamente todos os utentes/doentes (apenas um utente, de entre os 17 observados, refere sentir-se melhorado por um curto período de tempo, não dispensando a analgesia habitual).

Indicadores mais subtis são também valorizados pelos enfermeiros, pelo significado de efeito terapêutico que lhes atribuem, como ilustra a seguinte afirmação: *“quando faço alguma dessas coisas (massagem «de relaxamento»; reiki; uma «festinha na testa»), o facto de receber um sorriso, para mim é mais que suficiente e é sinal de que surtiu efeito* (E111).

A subtileza de algumas práticas e da correspondente avaliação coloca, mais uma vez, em evidência, a questão dos métodos utilizados na mesma; dificilmente os testemunhos que apresentámos se traduziriam em números, com excepção para a quantificação da dor; mesmo neste caso, observámos situações em que as doentes diziam não conseguir fazê-lo: *“no final da massagem e respondendo à avaliação da eficácia da mesma, a doente refere que está «bem melhor (da dor): era mesmo disto que eu estava a precisar hoje; até já respiro melhor! Mas não me pergunte por números que isso, hoje, eu não sei!»* (OP1).

Se classicamente se têm valorizado sobretudo os métodos quantitativos, pretensamente mais rigorosos, a tendência actual, também neste domínio, é a conjugação de métodos, representando alternativas igualmente válidas face às questões e aos propósitos da avaliação (Serapioni, 2009). Concordando com esta perspectiva, Craig e Smyth (2004, p.7) afirmam que “diferentes tipos de evidência e de conhecimento são gerados por diferentes metodologias de investigação: todas têm o seu lugar, mas temos de ter presente os pontos fortes e fracos de cada uma”.

Também a este propósito Walker e Sofaer (2003) questionam a validade, a relevância e a importância clínica universais dos RTC (Randomised Controlled Trials), na medição dos resultados; e fazem-no em relação a intervenções intrinsecamente baseadas na relação terapêutica, como o são várias abordagens não-biomédicas de controlo da dor, o que se aplica particularmente bem a este estudo. Até porque, um dos pressupostos em que assentam os RTC – o uso de procedimentos duplamente cegos – é não só impossível de conseguir como seria um absurdo ser pensado, em modalidades relacionais. Os métodos qualitativos, argumentam os autores citados, têm uma palavra a dizer quando estão em causa a compreensão, o significado, os sentimentos, as crenças e as expectativas.

Claramente esta posição não significa menor exigência de rigor; pelo contrário, a adequação do método às questões a conhecer e a congruência epistemológica e ontológica são, sem dúvida, garantia desse mesmo critério, evitando os vieses que um método inapropriado sempre comporta (Walker e Sofaer, 2003). As modalidades em estudo enquadram-se neste tipo de especificidade.

À semelhança do que tem sido feito em relação aos indicadores de avaliação de índole quantitativa, é necessária também a sistematização dos indicadores de cariz qualitativo, com a necessária clarificação de conceitos, que torne possível aos enfermeiros saberem do que falam quando se pronunciam sobre as suas práticas. Esta necessidade é particularmente acrescida pela diversidade de terminologias e classificações que evoluem paralelamente, de que são exemplo, entre outros, o “modelo de raciocínio clínico” (Moorhead, 2009), composto pelos sistemas de classificação de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (conhecidos como a NANDA, a NIC e a NOC), e a CIPE (já na versão 2.0, 2009), esta última classificação em ampla implementação no nosso País, na versão β 2 (2003).

A diversidade assinalada tem lançado a necessidade de saber até que ponto existe alguma harmonização interclassificatória; Goossen (2006) apresenta um *cross-mapping* realizado entre 3 diferentes terminologias (NMDSN – Nursing Minimum Data Set for the

Netherlands; ICNP – Internacional Classification for Nursing Practice, versão β 2; e ICF – Internacional Classification of Functioning), usando como unidade de referência de linguagem a ISO 18104 (trata-se de um modelo de referência terminológica para a enfermagem, aprovada pela ISO – Organização Internacional de Standardização, em 2003.). Este estudo avalia apenas a similaridade de conceitos aos níveis dos diagnósticos e das intervenções, e ainda não dos resultados, revelando que nas classificações analisadas, vários conceitos são intercambiáveis; o seu principal contributo, de acordo com Goossen (2006), é o de testar um instrumento de comparabilidade, com um uso potencial mais abrangente na enfermagem, que permita aos enfermeiros o entendimento inter pares, bem como fazer-se ouvir nos contextos teórico e profissional mais latos, através duma linguagem significativa.

Um instrumento fundamental no processo de avaliação em análise é a **documentação dos cuidados**, através do registo de enfermagem.

Amendoeira et al (2003) consideram o registo uma dimensão do processo de cuidados, atribuindo-lhe um estatuto integrador, na medida em que consubstancia e dá visibilidade às restantes dimensões, através do “escrito” do cuidado, permitindo apreendê-lo na sua especificidade.

Congruente com estas características notamos que o registo das modalidades terapêuticas não convencionais, no âmbito deste estudo, segue a lógica que preside aos modos de acção, no sentido em que reforça a ocultação e/ou dissimulação das práticas, verificando-se, contudo, alguma diferenciação contextual, concordante com o grau de exposição que os enfermeiros assumem, nos diversos contextos.

Os enfermeiros entrevistados referem, de um modo geral, não registar a prática destas modalidades terapêuticas ou fazê-lo de um modo não especificado: *“não o faço (registo). Precisamente porque não tenho uma equipa onde esta prática seja regular. (...) Eu não vou dizer no registo... que “implementei sessão de reiki”, (...) ou que «foi iniciado processo de relação de ajuda (...)».* Digo (escrevo)... *«foi incentivada a verbalizar as suas dúvidas e incertezas», mas não sou específico...”* (E13).

Alguns enfermeiros assumem ter consciência de que a falta de especificidade dos registos não permite dar visibilidade aos cuidados que prestam; mas, em concordância com os seus modos de acção, este é o objectivo quando querem manter oculto este aspecto particular da sua prática.

Com uma frequência que surpreende, vários enfermeiros manifestaram algum espanto quando confrontados com a questão do registo: *“eu realmente nunca pensei em fazer o registo a esse nível, mas é uma questão a reflectir (...) não é ter receio de registar, porque ao assumirmos aquilo que fazemos eu até poderei registar; agora, é permitido ou não, a nível de uma instituição de saúde, fazer esse tipo de terapias? (EI7).* A questão normativo-legal parece aqui bem evidente; o carácter perene do registo pode funcionar como *“uma faca de dois gumes, porque ficar registado algo que aconteceu em determinada circunstância... pode ou não ser menos bom (idem).*

A documentação dos cuidados mostra-os mais claramente e perpetua-os no tempo (Amendoeira et al, 2003), responsabilizando mais o enfermeiro; e, efectivamente, se este aspecto pode afirmar o seu conhecimento e competência profissionais, pode também colocá-lo em circunstâncias de difícil fundamentação de uma prática institucionalmente não sancionada. Corroborando este aspecto outro enfermeiro afirma claramente: *“nem sempre registo, porque isso é um registo um pouco diferente. Porque nós estamos lá a «ser pagos» para fazer a terapia convencional. (...) O tipo de técnica omito; digo apenas massagem (EI10).*

A reflexão que o estudo em curso parece ter suscitado nalguns participantes, no que se refere ao registo, é, em si mesma, potencialmente promotora duma prática mais consciente (Craig e Smyth, 2004). Como afirma uma enfermeira, *“daí a registar!... eu percebo a questão do registo, no conceito (...) e de eventualmente em termos de resultado... se (...) nos outros turnos têm um sintoma e neste não têm, porque é que não têm? Mas isso é uma coisa que me vai fazer pensar um bocado...” (EI7).*

A questão do registo é vista por outra enfermeira como *“tipo «pescadinha de rabo na boca». Eu não sei como registar, não registo; não atribuo valor e não dou visibilidade... e não lhe é atribuído valor” (EI13).* Entra-se assim num ciclo vicioso que, na sequência das considerações que temos vindo a apresentar, parece carecer da necessária abertura formal e institucional que permita aos enfermeiros assumir sem medos a inovação que protagonizam, nos serviços de saúde. Como referem Lansisalmi et al (2006), num estudo de revisão sistemática sobre a inovação nos serviços de saúde, esta é fortemente facilitada pela partilha de objectivos e pela participação e suporte organizacionais, aos vários níveis; e acrescentam a urgência de gerar, adoptar e difundir práticas inovadoras neste contexto, dadas as mudanças e a complexidade das situações relativas à saúde - considerações que reforçam a importância destas práticas de enfermagem.

No contexto de observação os enfermeiros procedem ao registo de um modo assumido e regular, como parte integrante do processo de cuidados. Contudo, estes não

traduzem a diversidade, a riqueza e a abrangência terapêutica dos cuidados que prestam. Trata-se frequentemente de um registo genérico, de conteúdo mais descritivo do que analítico (Amendoeira et al, 2003), apesar duma colheita de dados centrada nas várias dimensões da vida das pessoas. A avaliação dos cuidados, que documentam sem explicitar, não retrata fielmente nem as acções nem os resultados, ficando muito aquém do que se passa na interacção cuidativa e dos ganhos em saúde que enfermeiros e utentes identificam e apreciam verbalmente.

O quadro nº 7 sistematiza o tipo de registos efectuados pelos enfermeiros, no contexto de observação, com base na análise das notas de enfermagem correspondentes ao período de observação participante.

Quadro nº 7 - Síntese dos registos de enfermagem

Indicadores	Aspectos identificados	Exemplos – tipo
Estado emocional	Tristeza; Felicidade; Ansiedade; Calma; Boa disposição; Tensão; Deprimida; Comunicativa; Colaborante.	<i>A doente chegou comunicativa e bem-disposta</i>
Caracterização da dor	Localização; Intensidade; Factores de alívio.	<i>Refere dores intensas na coluna em toda a extensão, mais acentuadas a nível lombar</i>
Intervenção (tipo de massagem)	Total; Parcial (com especificação)	<i>Realizada massagem total;</i> <i>Realizada massagem parcial (nas costas)</i>
Intervenção para além da massagem:	Relaxamento com música; Relaxamento guiado por voz. Apoio emocional	<i>Foi feito relaxamento com música;</i> <i>Feito relaxamento guiado por voz, pelo método “João Apóstolo”</i>
Outros apoios	Acompanhamento de psicologia	<i>Vai à consulta de psicologia</i>
Outros problemas	Obstipação; alergia ao látex	<i>Refere obstipação</i>
Avaliação dos efeitos	Alívio da dor; relaxamento	<i>Sente-se melhor e mais leve; alívio completo; bem-disposta, sorridente.</i>

A síntese avaliativa apresentada no quadro anterior contrasta com a riqueza discursiva com que os doentes manifestaram a sua avaliação deste tipo de cuidados, o que traduz bem o papel dos utentes como definidores da qualidade (Donabedian, 1992) e a importância dos vários níveis de análise dos resultados em saúde/enfermagem (Serapioni, 2009).

A análise do quadro suscita ainda outra consideração relativa à linguagem: a economia das palavras tem sido apresentada como uma característica desejável dos registos de enfermagem, que devem ser sucintos e objectivos. O resumo mínimo de dados de enfermagem, elaborado pela Ordem dos Enfermeiros (2007), bem como várias tentativas de estabelecer critérios de avaliação dos cuidados (Pereira (2007), são disso um bom exemplo. Cremos, contudo, tal como Hesbeen (2001), que o registo deve respeitar a natureza dos cuidados, dando conta, tanto quanto possível, da complexidade das situações de vida dos utentes/doentes, o que não contradiz necessariamente as características anteriormente assinaladas.

Cabe aqui o conceito de escrita “sensível” (Hesbeen, 2009) como o tipo de escrita capaz de tornar visíveis os cuidados personalizados, onde cabe a expressão de sentimentos e de significados que constituem a base da interacção cuidativa. Trata-se, sobretudo, de priorizar, seleccionar, discernir o que é realmente importante em cada situação, e que, nessa medida, importa perpetuar, com o cunho da singularidade de cada momento de cuidar. O registo baseado neste tipo de escrita constitui um tipo de memória profissional que, numa lógica de análise e reflexão sobre a prática (Schon, 1994; Martins et al, 2008), encerra um potencial de desenvolvimento disciplinar, pela possibilidade de nomear e formalizar intervenções que, de outro modo - se não se escrevem/não se dizem, não têm existência real.

Os suportes de registo encontrados no terreno reflectem a diversidade e a falta de sistematização documentada em relação aos restantes aspectos do mesmo; uma enfermeira da “equipa de massagem” afirma que nesse contexto dispõem de “*uma folha própria, em modelo reconhecido pela instituição, para as (...) sessões de massagem...*” (criada pelo grupo de enfermeiros). (...) *À parte, no processo, existem os registos de enfermagem «normais» onde nós fazemos um registo por extenso, nomeadamente a nível dos ensinios...*” (EI9).

Nos diversos contextos dos entrevistados existem, desde (apenas) a tradicional folha de registos de enfermagem, integrada no processo clínico do utente, onde se procede às *notas de evolução*, até ao registo informático *auto-didacta*, simultâneo com o registo em papel. A enfermeira que assim procede afirma que “*(registo) no processo do bebé, na pediatria. Na obstetrícia (...) registo no processo da mãe. Depois ainda faço mais uma coisa: na intranet criei um espaço onde tenho enfermagem de ligação e onde faço todo o tipo de registo... da avaliação, e faço isso tudo*” (EI5).

A diversidade de suportes e modos de registo veiculam os diferentes conhecimentos e entendimentos dos enfermeiros, bem como a sua disposição para assumir mais ou menos claramente esta prática inovadora, nas circunstâncias que temos vindo a caracterizar.

A par “do que” e do “como” dizer os cuidados de enfermagem, o “onde” dizer acrescenta mais um aspecto que reforça a necessidade de sistematização deste importante componente do processo de cuidados, condição indispensável à sua visibilidade e, por extensão, à sua existência social real - sobretudo no que se refere às modalidades terapêuticas não convencionais. Estas, que parecem constituir uma boa parte deste processo em diversos contextos da prática de enfermagem, não têm existência real enquanto não forem conhecidas e avaliadas nos seus efeitos terapêuticos, para o que é fundamental a sua adequada documentação.

PARTE III

O CONHECIMENTO RECONTEXTUALIZADO: EXPANDINDO A TEORIA

5 - UM OLHAR RECONTEXTUALIZADOR DA TEORIA A PARTIR DA CATEGORIA CENTRAL

“O primeiro passo para «conhecer» é ter capacidade de espanto perante as coisas complexas e pelas aparentemente simples. Mas não chega: é preciso um livro aberto, uma mente aberta...”

(Adaptado de Gonçalves-Maia, 2006)

No capítulo anterior percorremos um percurso de análise que proporcionou uma compreensão ampla e simultaneamente aprofundada do fenómeno em estudo. Contudo, se deixada deste modo essa compreensão estaria incompleta porque diluída nos vários olhares com que a pensámos e dissemos, desde o encontrado no terreno até ao que a extensa literatura abordada nos mostrou. Falta um olhar que sintetize, que balize os pontos principais da teorização desenvolvida, que dê coerência à globalidade da investigação produzida.

Estes aspectos remetem para o processo social básico, elemento-chave da *Grounded Theory* na sua forma *original*, desenvolvida pelos fundadores do método: Glaser e Strauss, e seguida por vários investigadores.

Contudo, Charmaz assume um posicionamento epistemológico peculiar: assumidamente construtivista, como já assinalámos, orienta para um *modus operandi* caracterizado pela flexibilidade, a qual legitima opções variadas do investigador em função da sua interacção com os participantes no terreno, dos dados colhidos, dos múltiplos modos pelos quais a realidade se manifesta e da sua forma peculiar de olhar a realidade. E é com base nestes princípios que afirma a possibilidade de se identificar ou não o processo social básico. De um modo eclético, afirma que este é por vezes muito geral e não responde às questões de investigação, tal como também admite que pode estar mais do que um processo social básico operando num determinado *setting* de investigação (Charmaz, 2006b).

Talvez por esta razão Charmaz desenvolve pouco este conceito face aos vários elementos da *Grounded Theory* que considera fundamentais (os quais apresentámos no capítulo 3), enquanto caracterizadores do método, quer do ponto de vista processual quer dos resultados. E acrescenta que é combinando de um modo congruente a atenção à acção, ao contexto e à interpretação, com as estratégias de análise próprias do método, que se produzem análises com elevado potencial de compreensão conceptual.

Ainda assim, na breve discussão que apresenta acerca do processo social básico, a autora (2006) refere que a experiência e o resultado dum processo específico têm sempre algum grau de indeterminação, para além da exigência das sequências temporais claramente definidas, que também o caracterizam.

Lendo a investigação que desenvolvemos à luz destes aspectos consideramos que este é um objectivo de análise não adequado, dado o grau de indeterminação da evolução do fenómeno investigado. Apesar de podermos perspectivar como uma forte tendência a desocultação destas práticas – para o que, cremos, esta pesquisa contribuirá - ainda assim as condições da acção que mostrámos como dificultadoras não permitem mais do que apontar tendências temporalmente não situadas.

Assim, e em linha com Charmaz (2008), assumimos que a firme atenção às questões dos *quê* e dos *como*, fundamentando o movimento investigativo para os *porquê* – o que inclui as razões de ordem mais factual, como as razões da acção, mas também os sentidos e significados mais profundos da acção social estudada, orientaram a teorização desenvolvida para a identificação da categoria central.

Esta, que designamos de *Enfermagem à procura de si*, emergiu essencialmente a partir do core conceptual composto pelas 3 categorias *do topo* (no esquema piramidal), de elevado nível de abstracção. Constitui a mais-valia do processo de teorização na medida em que confere um sentido de coerência global à compreensão da investigação produzida, para além de revelar transversalidade e um carácter eminentemente integrador da generalidade das categorias (Charmaz, 2006; Reed e Runquist, 2007; Zahourek, 2005).

A categoria central permite *contar toda a história*, funcionando como uma *sumarização teórica* (Reed e Runquist, 2007) e evitando a interrupção analítica ou final abrupto do trabalho de análise e teorização (Charmaz, 2006).

Contar toda a história não significa repetir o já dito. Significa, antes, assinalar os principais aspectos do olhar integrador, sintetizador e coerente que caracteriza esta categoria *major*, bem como identificar o seu potencial para enquadrar o argumento que sustenta o processo de investigação.

O argumento científico, como afirma Charmaz (2006, p. 157) “... is a product of grappling with the material. You create it from points embedded in your analysis”. O argumento persuade a comunidade científica a aceitar o ponto de vista do investigador, permitindo identificar os contributos da investigação para o conhecimento científico. Continuando com Charmaz (2006, p. 156) “a strong argument answers the «So what?» question because you (...) claim why your grounded theory makes a significant

contribution”. É o que apresentamos na identificação dos contributos desta investigação para o conhecimento estabelecido.

A categoria central e o argumento científico estão assim estreitamente relacionados, na medida em que um elucida o outro e confere-lhe sustentabilidade.

O rigor e a qualidade da pesquisa são requisitos essenciais na recontextualização do conhecimento produzido; por esta razão este capítulo finaliza com a apresentação dos critérios de rigor científico que orientaram a produção científica de que este relatório dá conta.

O diagrama seguinte (nº 14) captura a lógica analítica que, através do método de comparação constante (intra e intercategorias) conduziu à identificação da categoria central, revelando o seu potencial integrador e compreensivo da totalidade das categorias.

5.1 – CATEGORIA CENTRAL: *ENFERMAGEM À PROCURA DE SI*

Enfermagem à procura de si é o *leitmotiv* que subjaz e imprime dinâmica ao fenómeno em estudo; relembramos: a integração de modalidades terapêuticas não convencionais no processo de cuidados. A compreensão das respostas às questões de investigação é mediada e guiada por este processo, o qual passamos a apresentar enquanto sumarização teórica, coerente e integradora da globalidade da pesquisa. As áreas de significado que apresentamos a seguir incluem, assim, a generalidade das categorias analisadas.

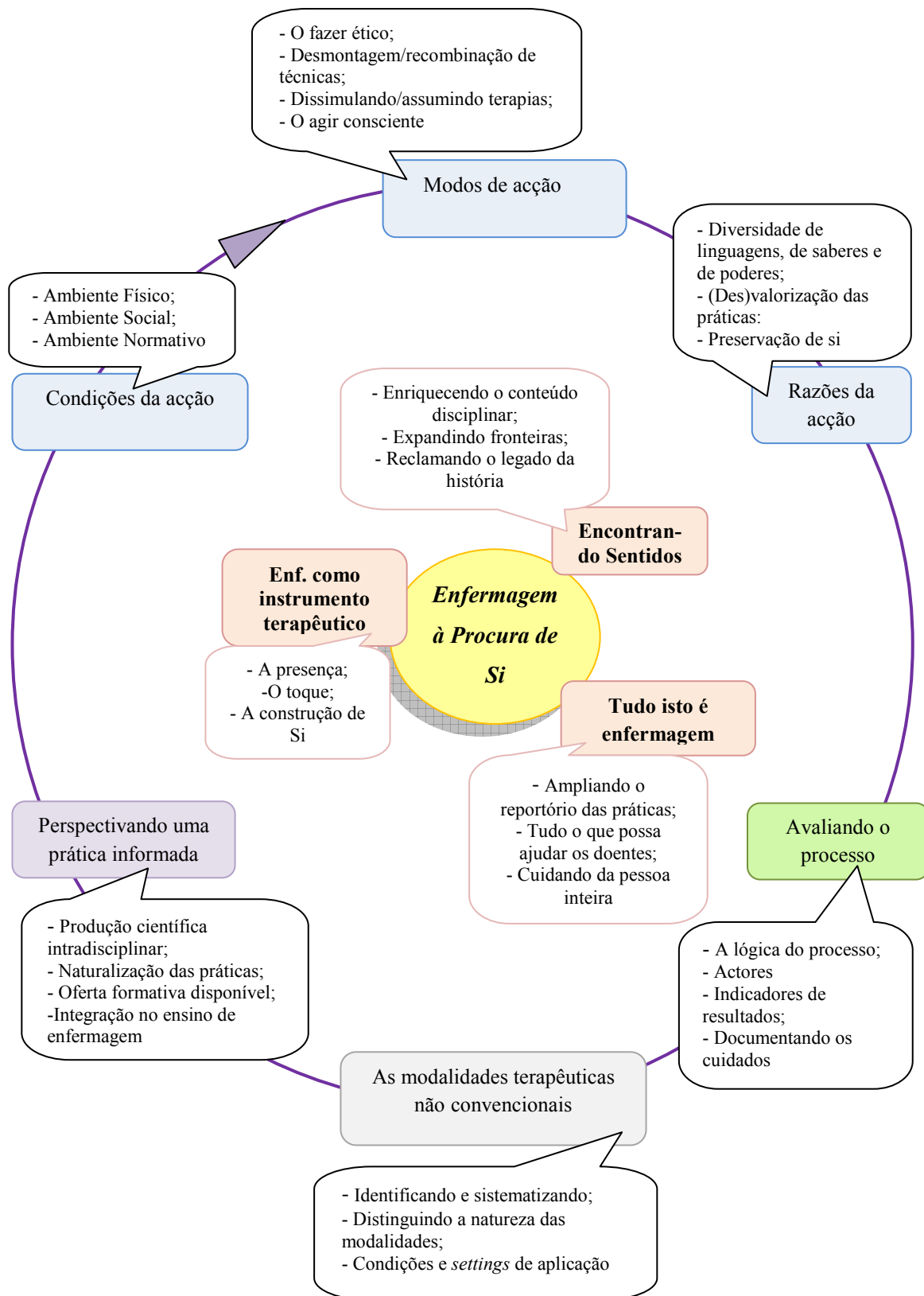


Diagrama nº 14 - *Enfermagem à procura de si*: um olhar compreensivo e integrador da análise.

- As condições da acção, nomeadamente no que se refere ao ambiente social e normativo, reflectem um estado de maturidade profissional pouco consolidado; a autopreservação face a uma temida avaliação de desconsideração e troça por parte da equipa é um elemento elucidativo da dificuldade de afirmação profissional. Do ponto de vista normativo sobressaem o não reconhecimento hierárquico e institucional das modalidades terapêuticas não convencionais, mais expressivo na estrutura de cura da dupla hierarquia hospitalar. Um aspecto relevante é a atribuição deste tipo de cuidados aos médicos, no contexto observado, traduzindo-se na invisibilidade económica e política dos cuidados de enfermagem, bem como numa fraca visibilidade social, praticamente circunscrita aos beneficiários directos destes cuidados. A conformidade da hierarquia de enfermagem com este *status quo* diz bem da dificuldade de afirmação de um grupo profissional, espartilhado na dupla estrutura institucional de cuidados de saúde, e que, operando essencialmente na estrutura de cuidados, não consegue afirmar-se por essa via.

A interacção na equipa de saúde pauta-se pela dissimulação das modalidades terapêuticas não convencionais em diversos graus: omissão, ocultação, disfarce e discrição constituem modos de *figuração* (Goffman, 1974) tendentes a salvar a face, do ponto de vista pessoal mas também profissional, o que só se compreende numa situação de fraca identidade. Mesmo quando assumidas, como no contexto observado, existe uma margem de ocultação relativamente ao não integralmente assumido pelo grupo de trabalho.

As razões da acção configuram de um modo particularmente eloquente a categoria central identificada nesta investigação: na diversidade de linguagens, de saberes e de poderes que caracterizam as instituições de saúde, nomeadamente o hospital, predomina a racionalidade científica. Mas, como admite Watson (Ent. Fawcett, 2002), temos que reconhecer que a enfermagem é multiparadigmática, o que não é sinónimo de um estatuto de menoridade científica ou de um estágio precoce no desenvolvimento disciplinar; esta característica reflecte, tão-somente, a natureza da própria disciplina, como também propõe Engebretson (1997). Aliás, a aceitação dos padrões de conhecimento de enfermagem propostos por Carper (1978) implica aceitar como igualmente válidas práticas baseadas noutras racionalidades, como se caracterizam a maioria das modalidades terapêuticas não convencionais. A questão principal neste domínio, como sugere Risjord (2010), é que a distinção do conhecimento de enfermagem, sistematizada por Carper, se contribuiu para a sua compreensão mais profunda, não foi, contudo, seguida da necessária síntese do mesmo. E não é suficiente afirmar que os diferentes padrões de conhecimento estão inter-

relacionados: precisamos de uma descrição profunda e detalhada de como se relacionam, efectivamente.

A fraca consciência de autonomia profissional revelada por alguns enfermeiros, bem como a fraca competência colectiva dum a linguagem profissional significativa e partilhada, constituem importantes indicadores de que a enfermagem se encontra num processo de procura de si. Este último aspecto é particularmente importante na medida em que é reforçado pela heterodoxia conceptual e terminológica da generalidade das modalidades terapêuticas não convencionais.

- Emerge deste estudo, de um modo transversal, a afirmação de coerência conceptual das modalidades terapêutica não convencionais com a enfermagem. A não consolidação disciplinar constitui um pano de fundo propício à emergência de modalidades terapêuticas que encontram lugar num contexto conceptualmente fértil. Contudo, parece também evidente a dificuldade em assumir esta coerência na prática profissional. A *postura de Calimero*, caracterizada pela autocomiseração face ao não reconhecimento do estatuto que os enfermeiros consideram ter atingido, por outros grupos profissionais do campo da saúde – nomeadamente dos médicos - é disso testemunho.

O estudo realizado por Silva (2004), a que já nos referimos anteriormente, afirma a aposta dos enfermeiros no seu processo de formação ao longo da vida como forte estratégia de autonomização e valorização profissionais. Mas, importa questionar: que tipo de conhecimento procuram os enfermeiros no seu processo de formação contínua? Qual é o contributo real desse investimento para a consolidação do conhecimento de enfermagem? Que poder acrescenta à sua tomada de decisão?

Coombs (2004) desenvolveu um estudo em contexto hospitalar (em unidades de cuidados intensivos de adultos, de 3 hospitais britânicos), cujo foco consistiu em analisar o modo como o conhecimento e os papéis profissionais (de médicos e enfermeiras) são usados, no processo de tomada de decisão para a prestação de cuidados. Uma das conclusões da investigação é que ambos os grupos profissionais reconhecem que têm diferentes áreas de perícia profissional, sendo que consideram a perícia de enfermagem como secundária. O trabalho de enfermagem é, em grande parte, invisível; contudo, ele cria o ambiente, em sentido lato, no qual o tratamento médico pode ser efectivo, o que ultrapassa largamente o tipo de conhecimento partilhado entre os dois grupos. Esse tipo de conhecimento precisa ser reconhecido e valorizado enquanto condição do seu potencial

identitário da enfermagem, para o que, segundo o mesmo autor, as enfermeiras precisam tornar-se mais assertivas.

Por outro lado, a forte centração do discurso actual dos enfermeiros no cuidar enquanto área de especificidade e de autonomização profissional, tendencialmente conferindo menor importância à dimensão física da pessoa sobretudo em situação de doença, parece ter desequilibrado a tão proclamada perspectiva holística. Mas, como nota Risjord (2010, p. 151), a perspectiva globalizante tem que incluir o físico e o patológico: “*recognizing and manipulating the causal processes of health must ... be part of what it means to give holistic nursing care. The practical commitment to the patient as a whole, unique person is supported, not threatened, by knowledge of causal generalities and subsystems*”.

O cuidado holístico requer mais do que apenas sintetizar diferentes domínios de conhecimento; exige que, a partir desses diferentes domínios, o enfermeiro seja capaz de operar uma síntese transformativa que resulte numa perspectiva da *pessoa inteira*, diferente e maior do que a soma das suas partes.

Parece haver, como nota Watson (1999), uma espécie de *insegurança ontológica* acerca do que a enfermagem é ou deve ser. A perspectiva holística que tem reclamado para si, enquanto característica que a distingue das demais disciplinas e profissões no campo da saúde, precisa ser, assim, cabalmente compreendida e concretizada.

Alguns participantes afirmam que a enfermagem devia *transformar-se muito*, nomeadamente através da introdução de novas formas de cuidar, referindo-se às modalidades terapêuticas não convencionais; este aspecto é revelador duma identificação frágil com a enfermagem actual, sobretudo com a vertente prática da mesma.

Risjord (2010) fala do hiato teoria/prática como uma das razões da dificuldade identitária da enfermagem e levanta a questão das perspectivas *top-down vs bottom-up*⁵, no sentido de perceber qual das vertentes tem maior influência do desenvolvimento da outra.

Voltaremos a este assunto mais à frente, explorando-o na perspectiva do potencial de construção identitária da enfermagem, sustentando o argumento deste estudo.

- A valorização da escola enquanto veículo fundamental na apropriação destes saberes é evidenciada, mesmo face a práticas no desenvolvimento das quais os enfermeiros

⁵ Os conceitos de *top-down vs bottom-up* referem-se a perspectivas distintas e de sentidos opostos na construção duma área do conhecimento, nomeadamente numa ciência aplicada, como a enfermagem: o primeiro traduz-se numa orientação de sentido descendente, privilegiando a teoria enquanto guia e definidora da prática; o segundo pressupõe um sentido ascendente, concedendo a primazia à prática enquanto orientadora da construção teórica.

se sentem peritos. Este aparente paradoxo é compreensível se tivermos em conta a mestria da instituição escolar no que se refere aos aspectos de índole mais teórica, que ensina a pensar, a aprender, a reflectir sobre a prática, a falar sobre.

Em situações de mudança ou de ampliação do reportório profissional parece ser necessária uma orientação do tipo *top-down* (Risjord, 2010), ou seja, que parta da teoria para a prática. Como refere este autor, a incumbência da ciência de enfermagem é desenvolver, refinar e expandir a competência intelectual da prática da mesma.

O incómodo manifestado por vários enfermeiros acerca dos *campos de águas turvas*, como caracterizam em grande parte as situações actuais da aprendizagem destas modalidades, diz bem da sua necessidade e da importância que reconhecem a um conhecimento mais aprofundado das mesmas. *Fazer sentido*, a um nível essencialmente filosófico, parece demasiado distante para uma prática em que o *saber dizer* é condição *sine qua non* para a sua assumpção plena.

A “escola como *Cupido*”, como se lhe refere um enfermeiro, parece-nos uma metáfora interessante da função de vanguarda (*lançar a seta*), de orientação e de promoção do ensino/aprendizagem deste tipo de modalidades terapêuticas, legitimamente esperada e reclamada pelos enfermeiros.

Neste processo de *procura de si*, a investigação intradisciplinar é fortemente valorizada, na medida em que permite dar contextualidade a conceitos e práticas oriundos de outras áreas do conhecimento e integrá-las efectivamente no acervo teórico e prático da enfermagem. A este propósito, vários autores (Morse, 2007; Risjord, 2010) têm chamado a atenção para o risco da apropriação de conceitos de outras disciplinas, por parte da enfermagem, o que não favorece particularmente nem a clarificação da identidade, nem a maturação disciplinares, para além de não responderem adequadamente ao fenómeno clínico da profissão. A investigação intradisciplinar permite, assim, actualizar e apropriar esses conceitos, tornando-os parte do conhecimento e da prática da enfermagem, dando um contributo inegável ao encontro da enfermagem consigo própria.

A escola está indissociavelmente ligada à produção e sistematização do conhecimento, na medida em que a investigação em enfermagem, no nosso país, está fortemente acantonada ao contexto académico. Como nota Amendoeira (2006), a entrada dos enfermeiros na universidade, através dos cursos de doutoramento, constitui uma oportunidade a potenciar para a construção real de um campo disciplinar.

Esta posição não aprisiona o desenvolvimento da enfermagem a uma lógica do tipo *top-down*; antes cria condições para um diálogo profícuo entre os contextos da prática e a

escola, num empreendimento de potenciação mútua da construção da profissão e da disciplina: na primeira vertente, trazendo para a cena investigativa o que realmente interessa aos enfermeiros “da prática”, para uma prestação mais informada; na segunda, através da credibilidade e da legitimação social e institucional do saber, desenvolver com os enfermeiros a capacidade argumentativa e fundamentada de práticas inovadoras, como aquelas a que se refere esta investigação. E, dando voz a um participante, *daí a questão da escola...*

- A avaliação das práticas em estudo é feita de um modo não sistemático, não documentado e/ou não especificado, entendível à luz duma enfermagem não completamente encontrada e que, por esta razão, não se sabe dizer/escrever, duvidando da legitimidade das suas práticas inovadoras, apesar do potencial e dos efeitos terapêuticos reais que lhes reconhece.

Este é um aspecto particularmente crítico do processo da procura de si, pela enfermagem, essencialmente pela falta de sistematização e pela invisibilidade do mesmo. Surpreende, antes de mais, a frequência com que os enfermeiros afirmam *nunca ter pensado nisso antes* (em registar); no entanto, quando confrontados com a questão, colocam a si próprios uma série de reflexões que eventualmente despertarão neles a consciência da importância de tornar visíveis as suas práticas e os resultados das mesmas.

Subsistem, essencialmente, muitas dúvidas quanto à permissão institucional (do hospital) em realizar este tipo de modalidades terapêuticas, uma das razões pelas quais os enfermeiros as ocultam, omitindo o seu registo.

Poder-se-ia questionar: permissão de quem, especificamente? Permissão porquê e para quê? O que subjaz à tomada de decisão dos enfermeiros, relativamente aos cuidados a prestar? Qual o papel da liderança de enfermagem nas decisões do grupo profissional?

Do ponto de vista formal, a Ordem profissional (2003) legitima uma área de cuidados iniciados pela prescrição de enfermagem, que designa de intervenções autónomas. Mas que conteúdos lhe atribuem e lhe reconhecem, quer a Ordem quer os enfermeiros? O relativo vazio de conteúdos reais de cuidados, que caracteriza esta área de intervenção, potencia, em grande medida, a área de intervenções interdependentes e contribui para a fragilidade identitária da enfermagem. Caberiam aqui a generalidade das modalidades terapêuticas não convencionais, como parte integrante dos cuidados de enfermagem globais, o que inclui os iniciados pela prescrição de outro profissional.

Aliás, a perspectiva holística a que já fizemos referência não se coaduna com uma aparente alternância de tipologia de intervenções - ora autónomas, ora interdependentes, antes torna necessária uma intervenção global à pessoa global. A capacidade de ajuizar clinicamente a situação do doente e o conhecimento e sentido ético para agir em função desse juízo são elementos fundamentais da tomada de decisão, transversais a todas as intervenções de enfermagem.

Esta dicotomia funcional, cujo questionamento reiteramos, parece-nos reforçar o hiato de que fala Risjord (2010) entre a teoria e a prática que, por sua vez, têm dificultado o desenvolvimento do processo identitário da enfermagem.

Mais do que classificações pouco profícuas - embora entendíveis num determinado momento de um *continuum* de regulação profissional - parece-nos mais proveitoso recolocar o problema numa perspectiva mais actual: a necessidade de *redesenhar o mapa* da enfermagem (Risjord, 2010), o que implica um novo olhar à teoria, ao conhecimento de enfermagem e aos valores, reavaliando o hiato da interacção teoria/prática.

É no redesenhar do mapa que introduzimos o argumento desta investigação, o qual explicitamos a seguir.

5.2 – DA CATEGORIA CENTRAL AO ARGUMENTO DO ESTUDO

Neste redesenhar do *mapa* da enfermagem introduzimos, enquanto roteiro do mesmo, **o argumento do estudo**: o de que, *no processo de procura de si, as modalidades terapêuticas não convencionais constituem-se em possibilidades de auto-definição e de auto-afirmação da enfermagem*. E fazem-no através da actualização e redefinição da teoria e do conhecimento de enfermagem, com base nos valores profissionais solidamente assumidos, como apresentaremos a seguir.

Trata-se de um *mapa* necessariamente complexo: À enfermagem cabe o desígnio de Terêncio, na sua afirmação de que “nada do que é humano me é alheio”. Esta metáfora traduz bem a amplitude ontológica e funcional duma disciplina profissional (Donaldson, 1997), da qual se espera, face às múltiplas fronteiras disciplinares e profissionais que a caracteriza, a capacidade de identificar claramente o que a distingue das demais.

Mas, como afirma Morin (2008), as *coisas importantes* devem definir-se pelo seu núcleo, não pelas suas fronteiras, as quais, por definição, são sempre vagas e reciprocamente interferentes, o que é particularmente verdadeiro no campo da saúde. A dificuldade reside essencialmente no facto do núcleo potencialmente definidor da enfermagem – o cuidado à pessoa, nas diferentes situações de transição, de saúde ou doença, do seu processo de vida (Meleis, 2010) - se caracterizar pela complexidade. Este modo de pensamento, como o define Morin (2008), apresenta como características principais: ser integrador da simplicidade; ter como objectivo o conhecimento multidimensional; ser animado por uma tensão permanente entre a aspiração a um saber não parcelar, não fechado e não redutor, e o reconhecimento do inacabamento e da incompletude do conhecimento. As questões do mistério e do sagrado, assumidas por Watson (1999/2002/2007/2009) estão em linha com este tipo de pensamento, o qual ultrapassa o holismo clássico, pressupondo uma forma de *holismo cósmico universal*, baseado no princípio hologramático; este afirma que o Todo está contido em cada uma das partes e cada uma das partes contém o Todo (Brennan, 1993; Watson, 1999/2002; Morin, 2008).

Emergem desta investigação vários aspectos que suportam o *argumento científico* explicitado, permitindo percorrer os eixos do mapeamento da enfermagem referidos anteriormente, como ilustramos a seguir:

- A identificação, pelos enfermeiros participantes, de um sentido de forte coerência conceptual da enfermagem com as modalidades terapêuticas não convencionais. Mais do que acentuar o distanciamento teoria/prática, de que fala Risjord, este estudo parece encontrar pontes entre teorias que, durante décadas, pouca influência pareceram ter na prática dos cuidados, mas cujo sentido ressurge, actualmente, legitimando práticas inovadoras e permitindo expandir as fronteiras da Enfermagem.

Podemos conjecturar que as “grandes teorias” de enfermagem, durante um longo período de tempo olhadas como pouco profícuas do ponto de vista da prática clínica, estavam demasiado *à frente*, no seu tempo. Aliás, já nos referimos ao legado de Nightingale, que Dossey et al (2005) designam de *visionário*, a propósito de várias modalidades terapêuticas de natureza ambiental, mental-cognitiva e espiritual, que propunha, legado esse ainda não completamente compreendido nem concretizado. Entretanto, o desenvolvimento do conhecimento nestas áreas torna possível, actualmente, a sua concretização a um nível bem mais amplo e com maiores potencialidades terapêuticas

do que à época em que foram formuladas. Para isso é necessário que os enfermeiros reconheçam esse potencial terapêutico e o resgatem da sua matriz disciplinar, integrando-o na prática profissional, disposição que esta investigação confirma.

- Este enraizamento na história é, para os participantes deste estudo, um factor legitimador da expansão das fronteiras da enfermagem, pela reafirmação conceptual e pela apropriação prática que permite, configurando uma situação de coerência teórica e instrumental.

O hiato teoria/prática não fica, obviamente, encerrado com a integração destas modalidades terapêuticas na enfermagem; mas esta é seguramente um contributo importante, também reconhecido por várias autoras de enfermagem – nomeadamente as que nos serviram de referência neste estudo.

Destas relembramos Engebretson (1997) cuja proposta de um modelo multiparadigmático permite um entrosamento entre modalidades terapêuticas de diferentes paradigmas, potenciador do desenvolvimento da prática clínica. É também neste sentido que Watson (2009) desenvolve a sua *caring-theory-in-action*, estabelecendo pontes entre os conceitos de elevado nível de abstracção e heterodoxia, que caracterizam o seu pensamento a um nível mais filosófico, e a prática profissional.

- Os valores profissionais constituem um outro factor com elevado potencial auto-identitário da enfermagem. Os valores indicam o que é importante, o que vale a pena e é digno de empenho (Horton et al, 2007) no sentido de sustentar uma prática que resulta de um mandato social. Emergem, nesta investigação, do sentido ético que os enfermeiros demonstram na prática das modalidades terapêuticas não convencionais e traduzem-se em: respeito pelos valores e cultura dos doentes, “vendo até onde se pode ir” na oferta de modalidades que se pretende sejam culturalmente congruentes; reconhecimento e respeito pela autonomia do doente, na tomada de decisão; autenticidade dos enfermeiros consigo próprios e com os doentes, quando assumem a responsabilidade da decisão, em situações em que estes não têm essa capacidade; valorização dos princípios éticos de não maleficência e de beneficência; e sentido de oportunidade e de adequação deste tipo de práticas, na equipa multidisciplinar, no que consideram uma resposta que vai ao encontro das necessidades do doente. Estes valores estão em linha com o código deontológico dos enfermeiros (OE, 2009; ICN, 2006) e com o revelado por vários estudos sobre o tema, de que salientamos uma revisão sistemática da literatura realizada por Horton et al (2007), a

partir de 32 estudos primários transcontinentais (de 14 países da América do Norte, Europa, Ásia e África). Apesar da diversidade de concepções encontradas esta revisão sistemática da literatura identifica um conjunto de valores básicos enquanto essência da profissão, dos quais relevamos: a responsabilidade; o respeito pela autonomia e dignidade do doente; a relação enfermeiro/doente; a competência clínica; o altruísmo; a integridade; a avaliação dos conhecimentos (do doente) e a criatividade, estes últimos abrindo portas à inovação

Ainda neste âmbito o consentimento informado, em enfermagem, constitui um instrumento importante na construção do processo auto-identitário. Apesar das diversas formas que assume nos vários contextos da investigação – que vão desde o documento escrito em preparação ao consentimento tácito, com base na informação oral – é unânime a importância que os enfermeiros atribuem ao direito do utente de ser informado e de ser respeitada a sua decisão. A importância do consentimento informado decorre, por um lado, da visibilidade que por essa via é conferida às intervenções de enfermagem, mas também e sobretudo pela necessária clarificação das respectivas intervenções, a que um documento escrito obriga, parecendo ser esta a tendência a seguir. Tornar as intervenções de enfermagem compreensíveis para os utentes, sem que se confundam com as de outros profissionais torna necessário, antes de mais, um processo de auto definição e de auto clarificação, de *se saber dizer aos outros*, em suma: promove o desenvolvimento da capacidade comunicativa e de uma linguagem profissional significativa e partilhada. É também uma oportunidade para reivindicar o reconhecimento institucional, condição da assumpção clara destas práticas, pelos enfermeiros.

Partindo da categoria central o diagrama seguinte introduz o argumento científico, numa lógica de integração investigativa, o qual, sustentando as possibilidades do *encontro da enfermagem consigo própria*, constitui a tese deste estudo.

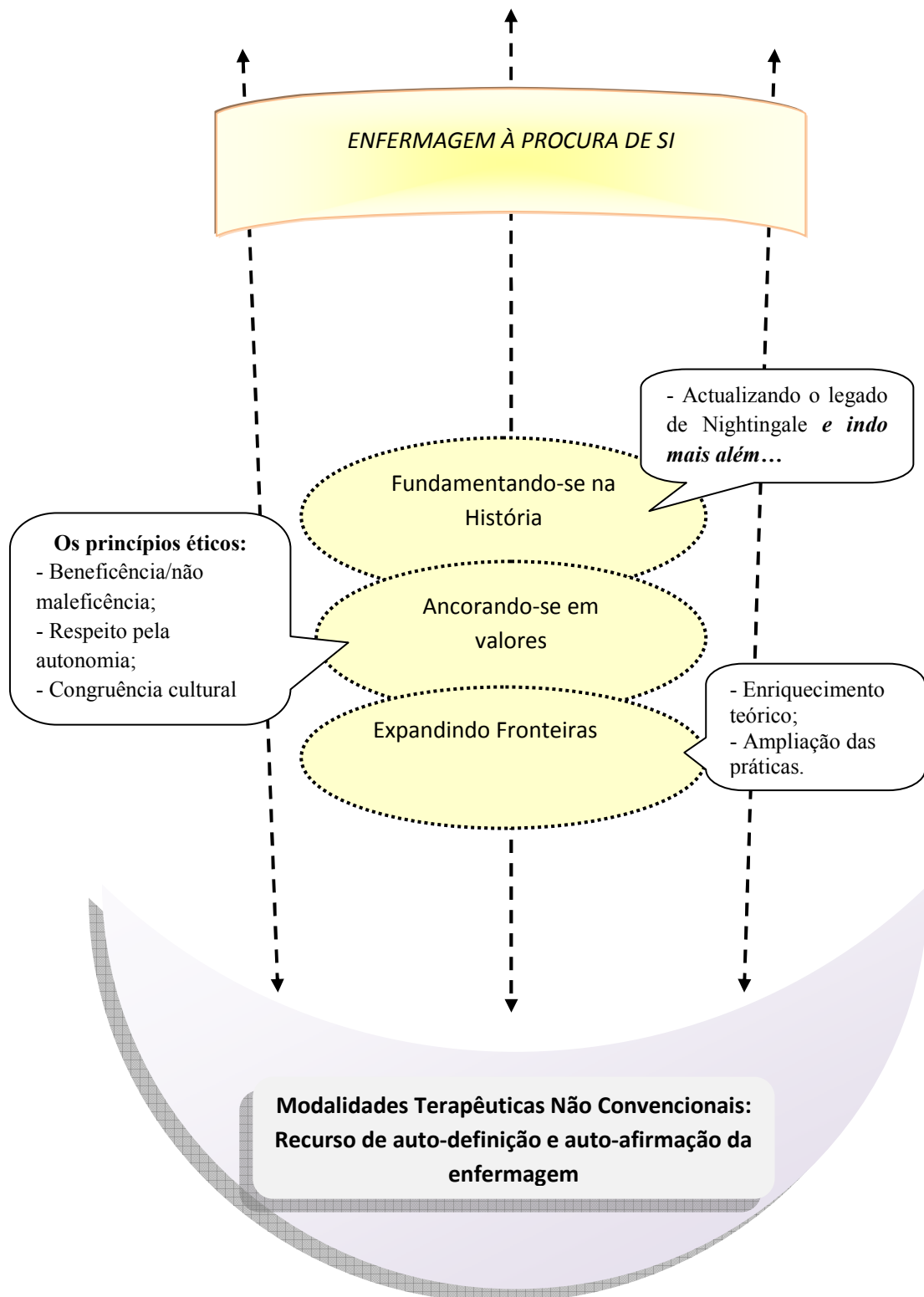


Diagrama nº 15 – Argumento Científico e Categoria Central: uma interacção sinérgica na construção da Enfermagem.

5.3 - CONTRIBUTOS DA INVESTIGAÇÃO

Este estudo vem revelar um potencial enorme de desenvolvimento profissional e de um redesenhar do mapa da enfermagem, cujas coordenadas passam, em parte, pela integração das modalidades terapêuticas não convencionais no processo de cuidados. A desocultação destas práticas será certamente um elemento catalisador, na medida em que paulatinamente permita aos enfermeiros falar do que fazem, de um modo mais assumido, trazendo o assunto para a discussão académica e profissional.

A teorização efectuada permitiu recontextualizar as novas descobertas ou seja, como sugere Morse (2007, p.43) “ (...) colocar os resultados no contexto do conhecimento estabelecido, para identificar nitidamente as descobertas que (o) apoiam (...) e reclamar novos contributos”.

Na teorização desenvolvida mostrámos, através dos vários estudos apresentados, como esta investigação apoia e é apoiada pelo conhecimento estabelecido, comparando os resultados da mesma, traduzidos nas respostas às questões de investigação formuladas, com esses estudos.

Identificando o que esta investigação traz de novo e os contributos da mesma para o avanço do conhecimento, salientamos:

- Os efeitos terapêuticos das modalidades em estudo: apesar das fragilidades da medição dos resultados, que assinalámos, sobretudo pela falta de continuidade e fraca sistematização da mesma, todos os participantes são unânimes em afirmar os efeitos destas modalidades (em concordância com o encontrado na literatura). Contudo, um ponto forte deste estudo, no que se refere à avaliação dos resultados, resulta de termos dado a voz aos doentes. A sua avaliação é um importante contributo para o conhecimento do efeito deste tipo de modalidades terapêuticas; para além de confirmarem resultados terapêuticos já conhecidos, relativamente ao alívio da dor, acrescentam outros aspectos, como: a capacidade de gerir de um modo mais autónomo o seu processo de doença; o *acréscimo de bem-estar* que estas modalidades proporcionam, quando comparadas com a terapêutica farmacológica; e o efeito do tipo *guarda-chuva* que, como caracterizam, confere maior força anímica e física para enfrentar as dificuldades do dia-a-dia.

- O apontar caminhos de auto-identificação, sugerindo *roteiros* de encontro da enfermagem consigo própria, a partir da compreensão da categoria central. Um desses

caminhos tem a ver com os padrões de conhecimento propostos por Carper (1978), cuja disjunção analítica tem sido, como sugere Risjord (2010), uma fonte de dificuldade identitária, pela desintegração do mesmo. Esta investigação mostrou, através de um processo de teorização com base em dados empíricos, como efectivamente os diferentes padrões de conhecimento – empírico, estético, ético e pessoal - se inter-relacionam entre si, operando a necessária reintegração dos mesmos e indo além da mera afirmação dessa necessidade; mostrou, de um modo articulado e coerente, como os enfermeiros utilizam os diferentes padrões de conhecimento, os quais suportam a prática das diversas modalidades terapêuticas não convencionais e como estas podem contribuir para o desenvolvimento dos mesmos, num processo interactivo.

- A ancoragem destas modalidades terapêuticas a um forte sentido ético da acção dos enfermeiros constitui também um importante contributo deste estudo: apesar dos modos de acção se caracterizarem maioritariamente, nos contextos dos entrevistados, por diferentes formas de dissimulação relativamente aos outros profissionais, a relação com o utente é, em todos os contextos investigados, de abertura, de verdade, de avaliação da congruência cultural destas modalidades terapêuticas, e de respeito pela sua decisão. Este é um importante recurso de autonomização profissional, enquanto critério sociológico de proximidade ao cliente e assumpção da responsabilidade pelos *serviços* (cuidados) prestados (Mintzberg, 1995).

- Assinalamos um contributo igualmente relevante deste estudo, de âmbito teórico, que se traduz nos seguintes aspectos:

1 - Na sistematização e clarificação classificativas das modalidades terapêuticas em estudo: clarificámos uma nomenclatura muitas vezes confusa, que mistura medicinas, técnicas terapêuticas e enfermagem; a partir de várias fontes teóricas e legislativas devidamente referenciadas, a que juntámos o conhecimento e reflexão pessoais sobre o assunto, apresentámos uma classificação mais consentânea com a filosofia e a terminologia da enfermagem.

2 - Na atribuição do estatuto de cuidado de enfermagem a práticas que os enfermeiros desenvolvem, de um modo consciente e intencional, porque lhes reconhecem valor terapêutico, mas que não se enquadram nas definições ortodoxas de “cuidados de enfermagem”. Neste âmbito assumimo-nos essencialmente como porta-voz dos enfermeiros: *rezar em conjunto*, quando a avaliação de enfermagem aponta no sentido de

um sofrimento espiritual profundo do utente, pela morte eminente de uma pessoa significativa, e permite identificar a oração como um recurso terapêutico, no contexto das crenças pessoais; ou fazer, com um doente em internamento prolongado, a *leitura guiada de um jornal*, com o objectivo (de enfermagem) de o ajudar a descentrar da doença e a gerir recursos motivacionais promotores de cura (healing), constituem formas de fazer enfermagem; como afirmava este participante “*agindo deste modo estamos a ser completamente enfermeiros!*”.

3 - Na nomeação de uma modalidade observada, à qual não era atribuída qualquer designação. Nomear as modalidades terapêuticas é o primeiro requisito para a sua existência real, no sentido em que as distingue de outras, identificando as suas características definidoras; nomear torna também possível executar e avaliar de um modo sistemático as respectivas modalidades, reificando-as a partir do discurso e conferindo-lhe um determinado sentido, o qual poderá ser partilhado entre os elementos da equipa. Este estudo permitiu atribuir uma designação particular a *fazeres* baseados num conjunto de gestos, de um modo consistente, e com resultados igualmente consistentes no bem-estar do utente. Referimo-nos a uma modalidade terapêutica que classificamos como modalidade de relação e que nomeamos de *aconchego*: tal como a observámos, consiste *num modo particular e particularmente carinhoso* de proceder à aplicação de calor seco, envolvendo cuidadosamente, com gestos de enorme leveza e delicadeza as partes do corpo pretendidas, normalmente com toalhas aquecidas. O conforto que proporciona era visível no *facies* do doente, pela expressão de serenidade, o esboçar de um leve sorriso, o semicerrar dos olhos, tónus muscular relaxado... acompanhado frequentemente da verbalização de “Ai que bom!”.

Nomear é um passo importante na conceituação, na medida em que permite reduzir a descrição do fenómeno a uma palavra, comunicar o conceito, relacioná-lo com a literatura, torná-lo inteligível (Meleis, 2007). Não é um processo estático ou permanente, sobretudo em contextos científicos caracterizados pela evolução e pela mudança - como é o caso da enfermagem - nomeadamente no momento de expansão de fronteiras que caracterizámos, em que a integração das modalidades terapêuticas em estudo assume particular importância.

O nível de desenvolvimento conceptual que realizamos é o de exploração, usado, segundo Meleis (2007, p.165), “when new concepts are identified and before they become an accepted component of the nursing lexicon”. Os componentes afectivo e de conforto

parecem aqui bem evidentes e fazem parte do léxico actual da enfermagem. (Kolcaba, 2004; Diogo, 2010; Oliveira, 2011).

Este conceito não fica, obviamente, estabilizado por esta investigação; cremos, contudo, que pode constituir uma base de discussão na comunidade científica de enfermagem, como sugere Meleis (2007), alicerçada nos seguintes pressupostos: a sua validação pelos enfermeiros que o praticam (aquando da realização do “workshop de validação” de análise dos dados); a congruência com a filosofia de Watson (2006/2009), nomeadamente com os *clinical caritas processes*, dos quais relevamos “praticar o amor generoso e a equanimidade, consigo próprio e com o outro”, o que legitima profissionalmente gestos impregnados de *carinho*, como os que constituem a base do *aconchego*. Também um estudo de revisão sistemática da literatura realizado por Paulo et al (2010), sobre o lugar do afecto na prática de cuidados de enfermagem, revela que os enfermeiros defendem o afecto como relevante no âmbito das relações humanas (extensíveis às relações profissionais), atribuindo-lhe um carácter eminentemente terapêutico.

Corroborando o carácter terapêutico da relação profissional afectiva alguns participantes afirmam a maior eficácia da administração de medidas farmacológicas mediadas por um gesto de carinho – como *fazer uma festinha na testa ou segurar a mão* do doente – quando comparadas com as mesmas actividades realizadas de um modo relacionalmente neutro ou impessoal.

4 – O questionamento de conceitos *adquiridos* na cultura profissional e na literatura científica da disciplina é outro contributo desta investigação: referimo-nos à realização da massagem com as mãos enluvadas sem que os utentes tenham notado qualquer diferença relativamente à praticada sem luvas, o que foi afirmado pelos próprios. Não fazemos, naturalmente, a apologia deste modo de realizar a massagem, apenas abrimos a discussão sobre o assunto. As questões relacionadas com o toque em enfermagem parecem requerer ainda ampla investigação face à necessidade de uma compreensão mais profunda do mesmo, sobretudo quando estão em causa princípios igualmente pouco conhecida, como os de natureza energética, que frequentemente o veiculam.

5 – Na expansão do modelo multiparadigmático proposto por Engebretson, (cf. quadro nº 3), com permissão da autora. Salientamos o agrado manifestado pela mesma, na sequência do nosso contacto:

“... *I am very pleased that you found other modalities that fit the areas of the model. I also see by your title that you are focusing on nursing. So this is a wonderful addition to*

the literature regarding how the model is specifically relevant to nursing. Adding the environmental section is Great. (...) I really like the inclusion of environmental actions. As your study was on nursing, yes add that line as I think nurses do this and often may be more conscious of the environment than other clinicians or even other healers. It is a very important issue in healing and for nursing.

Yes you definitely have my permission to expand the model I think that articulating other examples within the model that relate to nursing activities and adding the environmental section (an important and often neglected area) will make this model more relevant and usable to nurses.(...)” (Joan Engebretson, 24 de Julho de 2011).

Apresentamos no quadro seguinte o modelo expandido, com base nas modalidades terapêuticas não convencionais encontradas no terreno de pesquisa (Assinalamos a azul as modalidades propostas por nós):

Quadro nº 8 - Modelo multiparadigmático modificado (2011)

Paradigmas	Mecânico	Purificação	Equilíbrio	Supranormal
Modalidades				
Físicas/Manipulação	Posicionamento; Terapia por exercício	Banho	Promoção de exercício; <i>Massagem terapêutica</i>	Trabalho corporal intuitivo
Aplicação e Ingestão de substâncias	Administração de medicamentos	Irrigação de feridas	Aconselhamento nutricional	Remédios homeopáticos
Energia	Precauções com laser	Fototerapia	Acupressão; Acupuntura	Toque terapêutico; <i>Reiki</i>
Psicológico/mental-cognitiva	Reestruturação cognitiva; <i>Técnicas de relaxamento</i>	Escuta activa; <i>Tom de voz;</i> <i>Uso do humor</i>	Aconselhamento; <i>Uso intencional do silêncio e da conversação.</i>	Visualização Guiada; <i>Hipnoterapia</i>
Espiritual	Terapia pela actividade	Perdão; Rituais de purificação	Meditação	<i>Suporte espiritual.</i> <i>Oração</i>
<i>Ambiental</i>	<i>Temperatura de conforto</i>	<i>Utilização de aromas</i>	<i>Utilização da cor e da luz</i>	<i>Utilização da música.</i> <i>Estética do ambiente</i>

Tal como Engebretson (1997) propunha relativamente ao esquema inicial, também esta nova versão permanece em aberto para acolher novas práticas de um modo sistematizado e reflectido, através da investigação das mesmas.

- Assinalamos, também, o contributo deste estudo para a clarificação da *massagem terapêutica*: caracterizada por uma diversidade notável de técnicas de massagem, que apresentámos, esta modalidade apresenta como característica definidora estável a sua adequação à situação do utente e a eficácia que consistentemente revela, face ao objectivo terapêutico com que é realizada.

- O nosso estudo confirma também o enfermeiro enquanto instrumento terapêutico, referido por vários autores (Carper, 1978; Watson, 1999/2002; Leonard e Towey, 2006), o que cremos ser da maior importância: efectivamente, uma certa forma de ser e estar com o outro, em relação, através de um tipo de presença transpessoal e do toque *cuidativo*, mediado pela intencionalidade terapêutica, parecem constituir modalidades distintivas da enfermagem, com potencial terapêutico a explorar.

- Como mais um contributo reiteramos o questionamento da classificação dicotómica em intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes. Esta dicotomia parece funcionar mais como um obstáculo à auto-identificação e autonomização da enfermagem do que como factor potenciador das mesmas; como referem os participantes *falta dar conteúdo* à designada área autónoma e, face a esse vazio, estes investem frequentemente na sua formação em temas do foro biomédico, reforçando a sua perícia profissional nessa área, ou em modalidades terapêuticas não convencionais que, porque se ocultam, é como se não existissem. Em linha com este aspecto, constatamos a dificuldade dos enfermeiros participantes em identificar actividades do âmbito da área de intervenção autónoma: referem-se normalmente aos cuidados de higiene a que frequentemente associam a clássica massagem de conforto, que caracterizam como “massagem de espalhar o creme” e à qual reconhecem um fraco valor terapêutico quando comparada com outros tipos de massagem (não convencionais), que realizam.

O nível de formação de base da generalidade dos enfermeiros (licenciatura), potenciado por um forte investimento no processo de formação ao longo da vida, é apontado por Silva (2004) como um forte factor de autonomização, a que se junta a valorização da relação interpessoal enfermeiro utente e a procura da redefinição do cuidar. Acrescentamos que esta redefinição deve necessariamente incluir a multidimensionalidade da pessoa que os enfermeiros afirmam teoricamente, numa lógica de consonância discursiva e prática.

A curto prazo, como afirma Silva, é inevitável reconhecer aos enfermeiros as condições para uma efectiva autonomia. E, sendo a interdependência o modo natural de

relação interprofissional no contexto dos serviços de saúde, parece mais adequado falar apenas de intervenções ou cuidados de enfermagem, sendo que ao enfermeiro cabe por inteiro a responsabilidade dos seus actos profissionais, independentemente de quem os suscita, através da prescrição.

- De um modo espontâneo emerge dos discursos dos participantes a questão da formação relativa às modalidades terapêuticas não convencionais. E é à escola que todos atribuem essa responsabilidade e reconhecem legitimidade e saber. Assim, esta investigação interpela fortemente a instituição escolar no sentido de assumir por inteiro a sua função formativa, respondendo às necessidades dos enfermeiros que, inequivocamente, traduzem necessidades da prática. Este é um caminho enfaticamente sugerido por Risjord (2010) na redução do hiato teoria/prática: o de que o conhecimento em enfermagem deve resultar, em larga medida, da investigação das necessidades surgidas da prática, numa lógica do tipo *bottom-up*, pressupondo naturalmente a apropriação desse mesmo conhecimento através da formação em enfermagem.

Reafirmando o nosso argumento, as modalidades terapêuticas não convencionais constituem, no momento actual de transição paradigmática (que caracteriza a ciência em geral) e de abertura dos enfermeiros para inovar nas suas práticas de cuidados, uma oportunidade de charneira para a clarificação, afirmação e expansão disciplinar e profissional. Declinar esta oportunidade pode significar a continuação do *esvaziamento* da enfermagem, referenciada por vários participantes, correndo o risco de ficar apenas “*com as actividades «interdependentes» de vigilância» (E115)*.

Identificados os novos contributos desta investigação para o conhecimento científico importa avaliar o rigor e o alcance da mesma. É o que apresentamos seguidamente.

5.4 - AVALIANDO A INVESTIGAÇÃO PRODUZIDA

Construímos este percurso investigativo com uma atitude epistemológica de flexibilidade, abertura e vigilância, guiadas pelos autores que assumimos e que temos referenciado. Neste processo, a par do rigor do método, que explicitaremos a seguir, concordamos que importam particularmente as virtudes intelectuais e a responsabilidade

epistémica de quem operacionaliza o método – o investigador (Flick, 2005; Jason, 2006). O garante da *verdade* do conhecimento construído não reside nos resultados *definitivos* – já que o conhecimento científico é, por definição, provisório; a busca da verdade assenta, antes de mais, na busca da justificação da mesma (Campenhoudt, 2003; Soares, 2004), sendo a responsabilidade ou consciência epistémica traduzidas em *imparcialidade*, *sobriedade* e *coragem* (Sosa, 1999, 2004; Jason, 2006).

Tendo em conta a subjectividade do objecto, estes aspectos levam-nos a considerar a *objectividade* da pesquisa (Wallerstein et al, 1996). Se a verdade não é um absoluto, já que é mediada pela subjectividade do investigador, como assume Charmaz, (2006/2008), também não é totalmente relativa, na medida em que é construída em interacção com o mundo empírico, o qual opõe a sua resistência às concepções que a ele respeitam (Lessard-Hébert et al, 1990/2000). E, apesar de qualquer investigação constituir uma selecção da realidade, ela submete-se ao juízo intersubjectivo dos que investigam ou reflectem sistematicamente sobre determinado assunto. A reflexividade, convertendo o investigador em instrumento de questionamento do seu próprio estudo e orientando as decisões que toma (de la Cuesta, 2003), é também um importante mediador do rigor do processo de pesquisa.

Com base nos pressupostos anteriormente mencionados coloca-se-nos a questão dos critérios de rigor e de avaliação científica dos estudos qualitativos; diversos autores (Lessard-Hébert et al, 1990; Flick, 2005; Moreira, 2007; Morse, 2007), apresentando o estado da arte sobre este aspecto, referem-se a duas tendências actuais dominantes, a saber: a adaptação dos critérios clássicos, da metodologia quantitativa, como a validade e a fidelidade, aos estudos qualitativos; ou a criação de novos critérios, ajustados a estes métodos, de que a transferibilidade, a credibilidade e a triangulação, nas suas várias modalidades, são exemplo.

Partindo destes posicionamentos assumimos considerar de um modo eclético os diversos tipos de critérios, os quais adequámos e reorganizámos. O quadro nº 8 sistematiza esses critérios, cujo uso nesta investigação explicitamos a seguir.

Quadro nº 9 – Critérios de rigor científico

Critérios de ordem epistemológica	↔	Critérios de ordem social
<p>Confiabilidade</p> <ul style="list-style-type: none"> → Validade: <ul style="list-style-type: none"> - Interna: (Instrumental e teórica): credibilidade - Externa: transferibilidade → Fidelidade: <ul style="list-style-type: none"> - Sincrónica <p>Triangulação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teórica - Instrumental (intra-método) - de Dados 	<p>↔</p> <p>↔</p>	<p>Princípios éticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar - Proteger - Obter consentimento informado - Assegurar confidencialidade - Garantir o anonimato - <i>Construir confiança</i> <p>Pertinência socioprofissional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilidade - Ressonância social e profissional - Originalidade

Adaptado a partir: Lessard-Hérbert et al, 1990/2000; Flick, 2005; Charmaz, 2006; Morse, 2007; Moreira, 2007)

O quadro anterior aponta dois tipos fundamentais de critérios - de ordem epistemológica e de ordem social - os quais se influenciam reciprocamente, guiando todo o processo de investigação e não apenas a avaliação final da mesma.

Critérios de ordem epistemológica

O conceito de **confiabilidade** remete para a confiança que uma coisa ou medida inspira (Martins, 2006); engloba os conceitos de validade e de fidelidade.

Validade significa saber se “o investigador observa efectivamente o que pretende observar” (Kirk e Miller, 1998, in Flick, 2005). Pressupõe duas importantes dimensões deste critério, a saber: a validade interna, a qual confere credibilidade à investigação, e a validade externa, que orienta para a transferibilidade dos resultados.

A primeira - validade interna - diz respeito à construção dos instrumentos de colheita de dados (validade instrumental ou processual), bem como à construção teórica resultante dos mesmos (validade teórica). Tivemos em conta estes aspectos, nomeadamente na construção dos instrumentos de colheita de dados – os guiões de entrevista e de observação (anexos V e VI) – na adequação dos mesmos às questões de investigação para as quais procurávamos respostas; a fase preparatória da pesquisa, de que relevamos a revisão sistemática da literatura, foi um importante recurso de validade instrumental, pela clarificação das questões de investigação, que possibilitou. Quanto à validade teórica traduzimo-la na

designação *correcta* das categorias, coerente com os referenciais teóricos disciplinares que adoptámos; este aspecto foi reforçado pela inclusão frequente de *códigos in vivo*, quando estes se revelavam os melhores tradutores dos significados dos participantes, de acordo com Charmaz (2006/2008).

Adoptámos ainda procedimentos adicionais de validade interna, nomeadamente a submissão da análise dos dados colhidos pela observação, aos enfermeiros observados, através da realização de um workshop de validação (ver anexo nº 13). Consideramos também a orientação científica da tese como um procedimento de validade interna, pelo acompanhamento e questionamento sistemáticos do processo investigativo, o que levou à explicitação do implícito, à clarificação do eventualmente dúbio, ao uso da reflexividade como um modo de estar permanente em todo este processo.

A validade externa é, em grande parte, um *prestar de contas reflectido*; ligada às formas de amostragem, traduz a capacidade de transferibilidade dos resultados do contexto em que foram produzidos para contextos similares (Flick,2005). Neste sentido, traz para o debate científico a questão da generalização dos resultados da investigação qualitativa, aspecto a que voltaremos.

Neste estudo desenvolvemos diversos procedimentos de validade externa, de que salientamos:

- Apresentação do andamento da pesquisa em várias fases do processo da mesma, em diversas reuniões científicas de doutorandos, seminários e Conferências, submetendo-a a discussão e crítica da comunidade científica, como sugerem Lessard-Hérbert et al (1990/2000) e Carvalho (2009).

- “Auditoria externa” (Moreira, 2007) através da submissão da análise dos dados na fase de codificação teórica à apreciação científica de dois juízes (documento orientador, anexo XIV), com um nível de concordância de 98%.

A fidelidade, outro critério da confiabilidade do estudo, diz respeito ao (bom) uso das técnicas e instrumentos de colheita de dados, baseando-se essencialmente na explicitação dos procedimentos; as *notas de campo* nas suas diversas modalidades (Flick, 2005; Gauthier, 2003; Charmaz, 2006) são um importante instrumento de fidelidade sincrónica [de acordo com Lessard-Hérbert et al. (1990/2000), a fidelidade sincrónica é a que melhor se adequa aos estudos qualitativos; refere-se à consistência das observações processadas no mesmo período de tempo, através do uso de diferentes tipos de instrumentos de colheita de dados]. A comparação dos dados obtidos por diferentes modos de colheita permite avaliar este tipo de fidelidade, o que é particularmente adequado ao

método de comparação constante que caracteriza o movimento analítico da Grounded Theory (Flick, 2005). Os diferentes instrumentos de colheita de dados que utilizámos permitem-nos afirmar que este foi um critério conseguido, na medida em que se complementaram para dar da realidade interpelada o retrato mais completo, em resposta às questões de investigação, atingindo a saturação teórica. As notas metodológicas constituíram um importante critério de fidelidade na medida em que mediaram a construção do nosso papel de observadoras, fundamental para a compreensão profunda da realidade observada (anexo VIII).

Em anexo colocamos um exemplo do roteiro analítico desenvolvido nos vários níveis de codificação do método utilizado, o que constitui em si mesmo um procedimento de fidelidade (anexo X).

A **triangulação instrumental** (intra-método) foi outro critério observado. Significou: a combinação de diferentes instrumentos ou técnicas de colheita de dados - entrevista, observação e análise documental – triangulação instrumental; de diferentes perspectivas teóricas, no sentido da abertura com que acedemos ao campo, inspiradas por diversos autores, coerentes entre si, mas cuja diversidade de perspectivas permitiu uma apreensão ampla do fenómeno; um posicionamento epistemológico de abertura total para acolher a diversidade e a heterodoxia da realidade empírica foi um aspecto igualmente importante no uso deste critério. Finalmente triangulámos dados, ao termos em conta diversos enquadramentos de pessoas, lugares e tempos; este tipo de triangulação aproxima-se da estratégia de amostragem teórica (Flick, 2005), o que é particularmente pertinente na *Grounded Theory*.

Critérios de ordem social

Este tipo de critérios é fundamental para a confiabilidade da pesquisa. Os aspectos éticos têm uma implicação directa na validade da investigação, na medida em que esta depende, em grande parte, da colaboração sustentada pela relação de confiança entre o investigador e os investigados, o que permite colher dados mais completos e mais autênticos (Lessard-Hébert et al, 1990/2000; May, 2004; Moreira, 2007).

Esta relação de confiança constituiu, como mostrámos aquando da caracterização do trabalho de campo, o modo natural de nos relacionarmos com os participantes, tão mais importante quanto nos propúnhamos desvendar e dar visibilidade a práticas intencional e cuidadosamente ocultadas. Mas, além da relação ética estabelecida, houve também o cumprimento de requisitos éticos protocolados, como: o preenchimento de um questionário

apresentado pela comissão de ética do hospital onde desenvolvemos a observação; e a elaboração de um modelo de consentimento informado destinado aos doentes (anexo IV) – sujeito à apreciação prévia da referida comissão de ética - o qual era apresentado (e assinado) no início do primeiro episódio de observação de cada utente. Todos eles acederam colaborar sem quaisquer restrições, manifestando agrado por se sentirem alvo de interesse da investigação.

Assinalamos, por último, os critérios de **pertinência socioprofissional**, os quais devem traduzir, para além da estética da argumentação formal, uma forte adesão à prática (Van der Maren, s.d. In: Lessard-Hébert et al, 1990/2000). Este tipo de critérios decorre, nesta investigação, do próprio argumento científico: para que as modalidades terapêuticas não convencionais cumpram o seu papel na construção auto-identitária da enfermagem, é necessário que respondam, ao mesmo tempo, à argumentação formal, relativamente à coerência disciplinar, mas também às necessidades da prática, tornando possível um diálogo clarificador entre a disciplina e a profissão.

Destes critérios relevamos, de acordo com Charmaz (2006): a utilidade, traduzida nos contributos para a prática, que já assinalámos; a ressonância, significando o *fazer sentido*, oferecer novas perspectivas e desbravar novos caminhos; e a originalidade, pela redefinição de ideias, práticas e conceitos que propõe.

A correcta utilização do método utilizado é outro aspecto de particular importância quando falamos em rigor científico. Uma questão pertinente sugerida por Charmaz (2008) é a avaliação do modo pelo qual a *Grounded Theory* pode ser discernida na investigação. No nosso estudo esta questão está concretizada em diversos aspectos dos quais relevamos: a atenção dispensada à acção social estudada bem como aos diferentes contextos em que a mesma se constrói, identificando as condições que a facilitam ou dificultam; e a assumpção de realidades diversas, suportando diferentes modos de acção. Constituem igualmente características identificadoras do método, na perspectiva construtivista que assumimos com Charmaz: o reconhecimento cientificamente legitimado do uso do nosso conhecimento e da partilha de valores com os investigados; e o reconhecimento da subjectividade (vigiada por uma atitude reflexiva), traduzido na identificação de coordenadas biográficas suscitadoras da pesquisa. Da atitude reflexiva demos conta através das notas metodológicas.

Assim, e de acordo com Moreira (2007), cremos poder afirmar que a *disciplina metodológica* – consubstanciada no bom uso dos critérios assinalados - constitui uma sólida base de rigor científico deste estudo.

Retomamos neste ponto a questão da generalização dos resultados da investigação. Uma das características do método qualitativo e especificamente da Grounded Theory, na perspectiva de Charmaz (2006/2008), é a vinculação dos resultados ao contexto ou contextos nos quais os mesmos são produzidos, pelo que à partida os vários autores afirmam a não generalização dos mesmos (Bogdan e Biklen, 1994; Flick, 2005; Charmaz, 2006/2008). O conceito de transferibilidade defendido por Leininger (2007) parece mais adequado para perspectivar a utilidade do conhecimento científico, produzido por este método, vindo para além do ou dos contextos específicos da sua produção. Como refere esta autora, o objectivo da investigação qualitativa não é produzir generalizações mas sim compreensão e conhecimento aprofundado de um determinado fenómeno; contudo, as similaridades com outras situações ou contextos pode contribuir para alargar e densificar o conhecimento científico, pelo que o critério da transferibilidade se coloca, com pertinência.

Apesar da não extrapolação dos resultados desta investigação, pelo anteriormente dito, podemos afirmar, contudo, que o fenómeno estudado não é um fenómeno isolado; tendo em conta o número e a dispersão das unidades hospitalares que constituem os contextos de trabalho dos participantes - 9 hospitais de níveis distrital e central, do norte, centro e sul do País - é notoriamente um fenómeno com uma forte expressão geográfica no território nacional (continental). Corrobora esta afirmação o facto de o *banco de participantes* não utilizado (devido à saturação teórica entretanto conseguida) englobar enfermeiros de outros hospitais, acentuando o número e a dispersão dos mesmos. Também a revisão sistemática da literatura e outras fontes teóricas consultadas mostraram uma imensa produção científica desenvolvida por enfermeiros sobre as modalidades terapêuticas não convencionais, a nível internacional, nomeadamente nos Estados Unidos da América, Canadá, América Latina (nomeadamente México e Brasil), Austrália e, na Europa, Países Nórdicos e Reino Unido.

A transição paradigmática em curso, assinalada por vários autores - a nível da ciência em geral e também da enfermagem (Levine, 1997; Sousa Santos (1999; Fawcett e Watson, 2002; Fawcett e Alligood, 2005) - marca a emergência da colaboração interdisciplinar na produção e na difusão do conhecimento. A investigação em rede interdisciplinar constitui cada vez mais o modo natural de produzir conhecimento científico (Levine, 1997), o que também tende a acontecer na enfermagem (Meleis, 1992; Fawcett e Watson, 2002).

Sousa Santos (1999, p.48) afirma que o carácter analógico da ciência pós-moderna incentiva a *emigração* do conhecimento, generalizando-o através “da qualidade e da exemplaridade”, com base nas similaridades encontradas entre contextos diferentes.

Podemos entender esta *emigração* como sinónimo de transferibilidade e de referência conceptual, tendo em conta o necessário ajustamento na comparabilidade entre contextos diferentes (Flick, 2005).

Assim, podemos afirmar que os resultados desta investigação, cujos contributos assinalámos anteriormente, constituem, antes de mais, uma referência científica na área em estudo (Bogdan e Biklen, 1994), *com potencial migratório* para contextos similares. Contudo, cremos que esses contextos serão apenas, pelo menos por enquanto, do âmbito da enfermagem.

6 - CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

“As ciências são triviais; limitam-se a dar-nos respostas. São as perguntas que importam”.

(Heidegger. In Lust, 2008)

Encerramos este relatório com uma metáfora que caracteriza a essência do pensamento científico: o seu inacabamento, o carácter provisório do conhecimento, o “diálogo interminável entre o Homem e o seu mundo” (Caraça, 2008, p. 204). As respostas nunca são completas nem definitivas, antes suscitam novas questões... e assim, na procura das novas respostas, o conhecimento avança.

Com esta ideia de incompletude em mente mas cientes da importância das respostas às questões formuladas, sistematizamos neste capítulo as principais conclusões do estudo. Nesta sistematização seguimos a lógica da indução categorial (diagrama nº 4), a qual presidiu igualmente ao processo de teorização, constituindo-se em torno das áreas de significado suscitadas pelas questões de investigação. Assim, começamos pelos *quê* (as modalidades encontradas no terreno), seguindo com os *como* (os modos pelos quais os enfermeiros integram na sua prática estas modalidades terapêuticas), as *condições* da acção, e os *porquês* – não numa relação denexo causal, mas numa perspectiva da compreensão das razões da acção, como sugere Charmaz (2008) na sua afirmação construtivista do método. Interpomos uma categoria *mediadora* (perspectivando uma prática informada) e completamos com os sentidos e significados das práticas. A avaliação de todo este processo, enquanto tradutora das *consequências* da acção, pela sua transversalidade, encerra a síntese das conclusões.

Terminamos com as implicações do estudo, perspectivando em continuidade o prosseguimento do empreendimento científico – por nós ou por outros investigadores.

Da categoria “CARACTERIZANDO AS MODALIDADES TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS” (código E), realçamos:

- Os enfermeiros integram regularmente, na sua prática profissional, modalidades de natureza, ambiental, manipulativa, mental-cognitiva, energética e relacional.

- Estas modalidades terapêuticas são dotadas de uma racionalidade própria, nomeadamente no que se refere à importância atribuída à pessoa e à relação, enquanto centro do processo terapêutico, à autonomia do utente na gestão dos seus problemas de saúde, e à valorização da saúde, em detrimento da doença.

São, por natureza, holísticas, conferindo coerência teórica e instrumental aos cuidados de enfermagem, ao colocar ao mesmo nível de importância todas as dimensões da pessoa. Constituem-se, por esta razão, como respostas terapêuticas potencialmente válidas em todas as situações de transição no processo de vida, relacionadas com a saúde e/ou com a doença, bem como em todos os *settings* de cuidados.

MODOS DE ACÇÃO (código H):

- O **fazer ético** começa com *o abrir a porta*, no sentido de avaliar a aceitação do doente a estas modalidades terapêuticas; o respeito pelo doente é uma dimensão importante, o que inclui: respeito pelos seus valores, vendo *até onde se pode ir*, na oferta de cuidados que se pretende que sejam culturalmente congruentes; no respeito pela autonomia e decisão do doente (ou família), bem como pela sua dignidade e pudor, em situações de cuidados implicando ampla exposição física e proximidade corpo-a-corpo (como no caso da massagem completa). A tomada de decisão pelo enfermeiro, quando isso se torna necessário, tem por base os vários tipos de conhecimento profissional, com ênfase no conhecimento ético e no conhecimento de si, realçando-se a empatia e a intuição como importantes mediadores deste modo particular de acção. O consentimento informado, altamente valorizado pelos enfermeiros, é essencialmente informal e tácito, e traduz-se na concordância e/ou não oposição do doente/família à realização das práticas propostas.

A **desmontagem e recombinação de técnicas** constituem o modo de operacionalização mais frequente e mais significativo, na adequação das várias modalidades utilizadas à situação de saúde do utente. Fundamentados em diferentes aprendizagens os enfermeiros adaptam, em dose e com duração variadas, diversas técnicas, que recombina, resultando em cuidados personalizados e únicos. É o que acontece, de um modo paradigmático, com a massagem, que designam de terapêutica, designação esta que reflecte mais o seu efeito (terapêutico) do que a especificidade da técnica propriamente dita, dada a diversidade encontrada com idêntica designação.

A **ocultação/assumpção das modalidades** terapêuticas caracteriza genericamente o tipo de interacção dos enfermeiros na equipa de saúde, em função da reacção dos vários elementos da mesma, que antecipam. Com o objectivo de *salvar a face*, do ponto de vista pessoal e profissional, os enfermeiros desenvolvem diversas *estratégias de figuração* - as diversas formas de ocultação - que constam de: dissimulação - fingir que se está a fazer uma coisa quando se está a fazer outra, como fazer acupressão em determinados pontos, fingindo estar a avaliar o pulso; o disfarce ou fazer com discrição, como acontece

frequentemente com a prática de reiki; e omissão mútua, como acontece entre enfermeiros e doentes, acerca dos efeitos do reiki, que os doentes silenciam com medo de ofender os enfermeiros e estes não falam por não os saber explicar aos doentes. A assumpção das modalidades terapêuticas é um modo de acção natural no contexto observado, ainda que com uma margem de ocultação face a modalidades não assumidas em grupo, como no caso do reiki. A cumplicidade terapêutica, a relação de confiança e o sentido ético do enfermeiro dão suporte a este tipo de práticas não cabalmente assumidas.

O agir consciente caracteriza-se pelo uso de conhecimento crítico, adequação da acção, responsabilidade e sentido de oportunidade. O *estatuto próprio* criado pelo enfermeiro - no sentido da sua confiabilidade e responsabilidade - propicia a aceitação de práticas inovadoras pelos pares e parceiros da equipa de saúde permitindo, ao mesmo tempo, construir espaços de acção em que começa a ser possível dar visibilidade ao que se faz, bem como aos respectivos resultados. A adequação da acção é o que permite a homogeneidade e a constância dos efeitos terapêuticos, face à diversidade de modos de fazer. Este modo de acção configura um uso pragmático do conhecimento, caracterizado por um forte sentido contextual e estratégico (embora mais fraco do ponto de vista conceptual).

CONDIÇÕES DA ACÇÃO (código L)

Do **ambiente físico** salienta-se o tempo e o espaço de trabalho, enquanto condições deste tipo de práticas: nos contextos dos entrevistados, os *timings* das actividades habituais de enfermagem são dificultadores, na medida em que os outros enfermeiros questionam o tempo gasto nas mesmas; contudo, uma boa organização do tempo permite priorizar actividades e, desse modo, integrar ou perspectivar a integração de modalidades terapêuticas não convencionais na prática habitual de cuidados. Os espaços de trabalho, ao serem partilhados por vários utentes e/ou profissionais dificultam a privacidade necessária à realização deste tipo de modalidades terapêuticas: a “exposição de si” (sobretudo do utente), que as caracteriza, condiciona a sua oferta, pelos enfermeiros.

O uso da música, de aromas, da cor e o controlo da temperatura têm, nos contextos estudados, um duplo estatuto: considerados condições base de outras modalidades terapêuticas, nomeadamente da massagem, no contexto observado; utilizados enquanto modalidades autónomas, nos diversos contextos dos entrevistados.

O **ambiente social**, entendido em sentido lato – o que inclui os pares, os médicos e os utentes - caracteriza-se por uma configuração de reacções a estas práticas que vão da

aceitação, ao gozo e à rejeição. A confiança e o reconhecimento da competência do enfermeiro, pelos pares e pelos médicos, são os principais mediadores da aceitação; o gozo é mediado pelo “medo do desconhecido”, sobretudo manifestado pelos outros enfermeiros, que interpretam algumas modalidades terapêuticas (como o reiki) como magia. A rejeição, mediada por mentes pouco abertas (dos enfermeiros) e jogos de poder (dos médicos), apesar de pouco frequente, assume contornos de elevada conflitualidade. A situação do utente, nomeadamente no que se refere ao nível de consciência, ao estado geral de saúde e à fase do ciclo de vida em que se encontra, constitui também um importante elemento do ambiente social condicionante da realização destas modalidades terapêuticas.

O **ambiente normativo** é entendido aos níveis organizacional e profissional. Do primeiro nível realçamos as ambiguidades resultantes de um contexto de trabalho caracterizado por uma dupla estrutura do processo de cuidados - a de cura, no sentido médico do termo, e a de cuidados. Operando preferencialmente nesta última, os enfermeiros sentem, contudo, a pressão da conformidade com a estrutura de cura -campo predominante da actividade médica, sobretudo pela frequente colagem das chefias de enfermagem a esta estrutura, visando manter o lugar. Esta situação dificulta aos enfermeiros a assumpção das práticas de modalidades terapêuticas não convencionais, nos diversos contextos dos entrevistados. No contexto de observação, a cooperação inter-estruturas permite o apoio organizacional destas práticas e legitima-as, pelo que os enfermeiros as assumem claramente.

Relativamente à regulação da profissão, os enfermeiros salientam a falta de clareza da Ordem Profissional no que se refere à integração destas modalidades na prática de enfermagem. Este aspecto é sentido como altamente constrangedor e constitui um obstáculo importante a uma assumpção clara de uma parte importante do seu exercício profissional e/ou ao desenvolvimento da mesma. No contexto de observação, e apesar da aceitação institucional, esta prática é oficialmente atribuída aos médicos (para fins da estatística da saúde), o que remete esta área da intervenção de enfermagem para um espectro de invisibilidade social, económica e política. Deste modo, o potencial de autonomização da enfermagem que este tipo de modalidades terapêuticas encerra fica seriamente comprometido.

RAZÕES DA ACÇÃO (código M)

Da **diversidade de linguagens, de saberes e de poderes** salienta-se: a confluência de diversos grupos de actores com diferentes tipos de participação na consecução da

missão hospitalar; neste sentido, a maior conformidade do saber médico com a missão hospitalar confere a este grupo de actores um maior poder, reforçando a sua autoridade funcional; a racionalidade científica da sua formação deixa uma margem reduzida à penetração de modalidades terapêuticas com uma racionalidade diferente. Por outro lado, a afirmação e autonomização da enfermagem enquanto profissão, marcadas por uma certa incoerência filosófica e instrumental, característica do seu estágio de desenvolvimento, fragiliza os saberes e fazeres respectivos, na articulação sólida de que carecem. A diversidade de saberes e a complexidade da prática recolocam a questão da autonomia profissional, da qual parece haver uma fraca consciência, assimilada sobretudo à dimensão funcional baseada na confiança interprofissional.

A análise da categoria suscita, aliás, o questionamento da classificação clássica das intervenções de enfermagem em autónomas e interdependentes, assumindo-se a interdependência como o modo natural da relação de saberes e fazeres entre os vários campos disciplinares e profissionais, do âmbito da saúde. Tendo por base a standardização de qualificações, a relação estreita com os seus clientes e o elevado grau de complexidade das actividades de enfermagem, pelas quais os enfermeiros são responsáveis, parece cada vez menos adequado manter-se esta dicotomia. A maturação dos critérios de autonomia plena constitui-se, no estágio actual da profissionalização da enfermagem, como o maior desafio.

A (des)valorização das práticas verifica-se sobretudo na comparação com os cuidados de enfermagem habituais, quando se torna necessário priorizar; a falta de continuidade e de avaliação sistemática dos seus efeitos terapêuticos bem como o desconhecimento generalizado de que são alvo constituem razões da frequente desvalorização das mesmas, nos contextos dos entrevistados. Salienta-se a (aparente) simplicidade, pela ausência de sofisticação tecnológica, a qual tende a mascarar a elevada complexidade destas modalidades; com efeito, requisitos como a capacidade de identificar sentidos e congruência na combinação de conteúdos de diferentes paradigmas, e o uso de diferentes tipos de inteligência e a maturidade pessoal e profissional, entre outros, são dotados de elevada complexidade e fundamentam a prática da maioria das modalidades terapêuticas não convencionais.

Por último, a **preservação de si** constitui também uma importante razão da acção social estudada: preservação do ponto de vista social, normativo-legal e da integridade pessoal. O primeiro aspecto, com fundamento no medo do ridículo e de ser gozado, leva os enfermeiros a esperar “a credibilidade das coisas”, antes de as assumir cabalmente;

relativamente ao contexto normativo-legal os enfermeiros invocam o código deontológico, a falta de regulamentação de lei de bases desta área da saúde e a ambiguidade da posição da sua Ordem Profissional, como justificação da sua reserva em assumir abertamente esta prática. A integridade pessoal, do ponto de vista físico e sobretudo energético, é preservada através de estratégias de protecção subtis, bem patentes no contexto observado; a sua desocultação é mediada pela confiança *no público* (neste caso, na investigadora).

PERSPECTIVANDO UMA PRÁTICA INFORMADA (código F)

A produção científica intradisciplinar é considerada uma estratégia fundamental, na medida em que dá contextualidade às modalidades terapêuticas não convencionais, na enfermagem. A recente e crescente inclusão destas modalidades na prática, a assumpção selectiva do que se faz, bem como a dificuldade de falar sobre, e o desconhecimento da magnitude real do uso destas modalidades, constituem boas razões para a sua investigação intradisciplinar, orientando para diferentes fases investigativas: uma fase inicial, essencialmente de diagnóstico e de contextualização, seguida de uma fase mais orientada para as potencialidades terapêuticas das modalidades consideradas.

A falta de produção científica neste âmbito, na enfermagem nacional, leva os enfermeiros a recorrer a alguma investigação internacional (apesar de manifestarem um reduzido conhecimento a este nível).

A naturalização destas modalidades na prática de enfermagem, como se de técnicas convencionais se tratasse, guiadas pelo juízo clínico e sentido ético do enfermeiro, constitui também uma estratégia de apropriação destes saberes. A legitimação que procuram em documentos oficiais, nomeadamente no plano nacional de luta contra a dor, e a discussão em equipa (no contexto observado), reforçam o senso de naturalidade e de congruência deste tipo de práticas na enfermagem. A *autorização hierárquica* é sentida como uma condição de assumpção clara destas modalidades.

O recurso à oferta formativa disponível é uma condição da aprendizagem das modalidades terapêuticas não convencionais. Os enfermeiros aderem a tipologias e instituições de formação diversas, de acordo com a oferta disponível e o seu posicionamento no processo formativo. Do primeiro aspecto salienta-se o autodidactismo, com base em leituras e reflexão pessoal, bem como *o uso de si*, enquanto recurso de formação dos pares, através de acções de formação temáticas. Relativamente ao segundo aspecto os enfermeiros seleccionam, da oferta disponível, as instituições que lhes merecem maior credibilidade; contudo, este aspecto é dificultado pela inexistência de

regulamentação que faz da formação um *campo de águas turvas* no qual é difícil discernir a idoneidade e o rigor da grande diversidade de oferta.

É forçoso questionar, face a este estado de coisas, as razões pelas quais surgem instituições cuja principal missão parece ser substituírem a Escola, e porque motivos esta não dá a resposta adequada, naquilo que é a sua missão social mais importante.

A integração das modalidades terapêuticas não convencionais no ensino de enfermagem aparece, assim, unanimemente reconhecida como fundamental neste processo. A base escolar de formação nestas áreas é referida como legitimadora da respectiva prática; a escola credibiliza, confere rigor, escrutina a pertinência e a utilidade dos conteúdos, de acordo com o mandato social da profissão; funciona como um escudo, com base na idoneidade que lhe é reconhecida, facilitando a aceitação social e institucional destas práticas; Estas razões suportam a forte valorização atribuída à escola, no reconhecimento de que ao ensinar a “falar sobre” e a “falar de”, esta instituição possibilita a apropriação disciplinar e profissional destas modalidades terapêuticas, as quais se pretendem integradas na enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento.

Tratando-se, em grande parte, de modalidades de elevado grau de complexidade, a sua aprendizagem torna necessário a mobilização de diferentes inteligências, nomeadamente cognitiva, emocional e espiritual. Por esta razão, parece apropriado perspectivar um desenho curricular em que o ensino das mesmas passaria pela abordagem dos seus fundamentos teóricos e filosóficos, a nível pré-graduado; esta abordagem constituir-se-ia como pano de fundo a partir do qual se delineariam unidades de formação, aos vários níveis de ensino, tendo em conta a natureza das modalidades e o nível de maturidade do aluno. A integração deste tipo de modalidades terapêuticas no ensino de enfermagem torna necessário a correspondente regulamentação das práticas, missão da Ordem Profissional, a qual parece não estar a dar a devida resposta às solicitações dos enfermeiros que actualmente já assumem o protagonismo desta prática inovadora.

ENCONTRANDO SENTIDOS (CÓDIGO A)

Refere-se à sintonia que os participantes encontram entre as modalidades terapêuticas não convencionais e a essência da enfermagem. A possibilidade de **enriquecer o conteúdo disciplinar**, através da incorporação e integração deste tipo de saberes na sua lógica conceptual, dá um forte contributo ao desenvolvimento da mesma.

Da sintonia assinalada relevam-se a perspectiva holística e a importância conferida à relação pessoal, que caracterizam este tipo de modalidades terapêuticas, como razões

conceptuais por excelência da sua aceitação pelos enfermeiros; uma perspectiva valorativamente equitativa da multidimensionalidade da pessoa é outra razão forte do sentido de coerência encontrado. A inclusão de algumas destas modalidades terapêuticas em taxonomias de enfermagem é referida como um veículo de apropriação disciplinar, apesar do desfasamento da respectiva tradução na prática profissional.

Uma disciplina define-se, em grande medida, por comparação com outras, em áreas de conhecimento afins; a integração das modalidades terapêuticas não convencionais na enfermagem permite-lhe **expandir as suas fronteiras**, caracterizadas, no estágio actual do desenvolvimento disciplinar, pela mobilidade e pela permeabilidade. Estas condições têm favorecido a assimilação de conceitos de outras disciplinas, os quais nem sempre respondem adequadamente ao fenómeno clínico da enfermagem, bem como a cedência de saberes (e das correspondentes práticas), tradicionalmente da enfermagem, a outras áreas no campo da saúde. Este fenómeno tem conduzido à inquietante sensação de que a enfermagem se está a esvaziar. Da adopção destas modalidades terapêuticas parecem emergir novas fronteiras, conferentes de um renovado sentido de legitimidade, de fundamento filosófico e de afirmação social.

Neste movimento de definição e expansão das fronteiras disciplinares, a par do acolhimento do novo e do heterodoxo, evidencia-se o **reclamar do legado da história**, fazendo ressurgir modalidades “nossas, desde as origens”, mas paulatinamente preteridas pelo desenvolvimento tecnológico dos últimos anos. Modalidades ambientais, relacionais e de natureza complexa, como *o uso terapêutico de si (do enfermeiro)*, constituem bons exemplos de modalidades historicamente situadas no desenvolvimento da enfermagem, protagonizadas por teóricas como Henderson, Krieger e Watson, identificadas pelos participantes.

Merece-nos especial destaque, a este propósito, o legado de Florence Nightingale, no que se refere às modalidades de natureza ambiental, mental-cognitiva e de relação, legado esse ainda não completamente compreendido, integrado e explorado, nas potencialidades de clarificação e desenvolvimento disciplinares que encerra, pelo carácter visionário do mesmo.

TUDO ISTO É ENFERMAGEM (código J)

Ampliando o repertório das práticas refere-se ao alargamento das opções terapêuticas dos enfermeiros, na sua área de *intervenção autónoma*, à custa das modalidades terapêuticas não convencionais. Consiste em introduzir novas formas de

cuidar, inovando a prática, ou recuperar outras que, tendo feito parte das práticas de enfermagem, se foram perdendo ao longo dos tempos.

Salientamos a importância das modalidades ambientais, cujas possibilidades actuais vão muito além das habituais questões, importantes mas redutoras, associadas à segurança e salubridade ambientais; recuperando o legado de Nightingale esta é uma área promissora de ampliação e inovação de práticas com elevado potencial terapêutico.

Das modalidades de natureza manipulativa vemos que os vários tipos de massagem a que os enfermeiros aderem, ampliam consideravelmente a eficácia da tradicional massagem de conforto. As modalidades de natureza mental-cognitiva caracterizam-se pela diversidade de possibilidades terapêuticas, sendo de assinalar a sua adequação como instrumentos de empoderamento dos utentes na gestão do seu processo de saúde/doença, que podem utilizar de forma autónoma, no domicílio.

As modalidades de relação constituem, de acordo com os enfermeiros, *o cerne da enfermagem*; mas também os doentes lhes reconhecem elevado valor terapêutico, na valorização que explicitamente atribuem à relação privilegiada e de confiança, com o enfermeiro (outras modalidades, de base relacional mas com níveis de complexidade superior, bem como as modalidades energéticas, foram alvo de uma categorização autónoma, com a designação de “o enfermeiro como instrumento terapêutico”, o que se reflecte nesta síntese conclusiva).

Em **tudo o que possa ajudar a pessoa** sobressai a tentativa de legitimação de *tudo o que se faz*, e a que se reconhece valor terapêutico, com o objectivo de responder a necessidades dos doentes que, de outro modo, ficariam sem a adequada resposta. Neste sentido ajudar a pessoa pode significar *fazer coisas* habitualmente não conotadas com cuidados de enfermagem, mas cuja prática é guiada pelo conhecimento, pelo juízo clínico e pela ética profissionais. Estes princípios asseguram que as modalidades que constituem este reportório alargado sejam seguras e produzam efeito terapêutico, para o que o *bom uso* das mesmas é considerado um requisito indispensável.

Cuidando da pessoa inteira revela a concepção holística como o modo natural do enfermeiro olhar a pessoa, vendo para além do visível, do imediatamente acessível, do óbvio. Esta perspectiva fundamenta a prática de modalidades terapêuticas que, admitindo a dimensão biológica tendem a responder, contudo, a uma visão mais global. Salientamos aqui a dimensão espiritual, na sua universalidade, como fundamental numa perspectiva da *pessoa inteira*.

O contributo das modalidades terapêuticas não convencionais, neste âmbito, reside numa certa orientação filosófica a que juntam práticas tão heterodoxas quanto fundamentais para o bem-estar humano, como o rezar em conjunto. A intuição, o compromisso, uma atitude de não julgamento, o altruísmo, uma postura de quietude, a integralidade... constituem simultaneamente valores, disposições e modos de agir capazes de acolher a totalidade da pessoa e proporcionar-lhe um cuidado integral e integrador.

O ENFERMEIRO COMO INSTRUMENTO TERAPÊUTICO (código C)

Diz respeito ao potencial terapêutico do enfermeiro como pessoa, consubstanciando-se no uso de um modo particular de presença e de toque, assentes num modo igualmente particular de *construção de si*, enquanto condição de elevado nível de desenvolvimento pessoal.

A presença terapêutica ou transpessoal é considerada uma modalidade terapêutica não convencional. Caracteriza-se por *centração* (do enfermeiro), usando todos os recursos do *deu ser* – corpo, mente, emoções e espírito, num modo de estar consciente e atento ao doente, enquanto ser total.

Pressupõe ainda, como requisitos fundamentais, a capacidade de envolvimento, disponibilidade, proximidade e abertura. A singularidade, a conexão com a experiência do doente e a capacidade de ir além dos dados científicos (mas tendo-os em conta), conjugando-os com o conhecimento experiencial e intuitivo, constituem indicadores de um nível de competência elevado nesta modalidade terapêutica.

Salientamos neste estudo, por via da observação, um sentido forte de presença, *tão forte que parecia ouvir-se*, bem como uma capacidade de conexão com a experiência do doente que frequentemente conduzia ao alheamento face aos factores exteriores à relação diática (enfermeiro/doente); a linguagem corporal, de proximidade atenta, reforça este tipo de presença.

A cumplicidade revela-se na orientação antecipatória da acção do enfermeiro, através da intersubjectividade que, ainda que de um modo subtil, permite apreender mensagens plenas de significado. A reciprocidade terapêutica deste modo de presença está bem patente nos ganhos de bem-estar psicológico e físico que utentes e enfermeiros verbalizam.

O toque, na modalidade de *toque cuidativo*, constitui igualmente uma modalidade terapêutica não convencional, caracterizado pela *implicação profunda de si*, na relação, bem como pelo efeito terapêutico que produz, por si mesmo. As mãos captam mensagens

da linguagem do corpo, orientadoras do cuidado através desta modalidade, que pode envolver ou não contacto físico directo.

Salientamos a consciência discursiva dos enfermeiros relativamente às *diferenças de toque*, parecendo haver uma qualidade energética individual, a qual tem efeitos sobre a qualidade da interacção.

O toque tem a sua máxima expressão em modalidades de natureza energética, como o reiki e o *toque terapêutico*, sendo a intencionalidade o mediador mais importante no efeito das mesmas. Enfermeiros e utentes referem como *as mãos fazem acontecer*, reportando sensações de bem-estar, de conforto, de paz, de relaxamento.

Verificamos, entre os enfermeiros entrevistados, a referência ao toque terapêutico não conforme ao conceito e à técnica desenvolvidos por Dolores Krieger; o conceito parece ter-se vulgarizado na linguagem profissional corrente, designando qualquer tipo de toque, que, à semelhança dos cuidados de enfermagem, em sentido amplo, se querem e acreditam ser terapêuticos. Entre os enfermeiros observados e apesar de não se lhe referirem, encontramos nas suas práticas modos de agir, atitudes e disposições consentâneas com a realização desta modalidade terapêutica. Em ambas as situações nos parece necessário e adequado formação nesta área, no sentido de clarificar, tornar consciente e capacitar para a prática de uma modalidade genuinamente de enfermagem.

A *construção de si* é condição da prática de modalidade terapêuticas não convencionais em que, como afirma Watson (1999/2002), *o nosso ser é a modalidade*, o que se aplica de um modo particular aos tipos de presença e de toque anteriormente mencionados.

A construção de si implica um elevado nível de desenvolvimento pessoal, para o que a auto-reflexão, o auto-conhecimento, a auto-consciência e o auto-cuidado constituem modos de estar e fazer indispensáveis que, mais do que a saber como agir, conduzem a saber como ser.

Os enfermeiros evidenciam um elevado nível de consciência destes aspectos, referindo a necessidade *de se trabalharem*, *de se disporem a*, *de vivenciarem por dentro* as modalidades que oferecem aos doentes.

Salienta-se, neste trabalho de desenvolvimento pessoal, o uso do reiki e da meditação enquanto modalidades de uso próprio para o auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal. Diversas estratégias de reequilíbrio, de que realçamos o trabalhar descalços, aquando da massagem (o que acontece com a generalidade dos enfermeiros deste grupo), é

uma forma de auto- protecção, assegurando um sentido de integralidade do eu, tendo em conta as sucessivas situações de cuidados num período de trabalho.

De um modo transversal os enfermeiros valorizam o que designam de *postura de bem-estar*, traduzida num sentido positivo da vida, na capacidade de comunicar *algum sentimento de felicidade* – apesar do sofrimento com que se confrontam no seu quotidiano.

AVALIANDO O PROCESSO (código G)

Seguindo a lógica do processo de cuidados, os enfermeiros avaliam os resultados da sua prática de modalidades terapêuticas não convencionais através do raciocínio científico (processo de enfermagem). Este tipo de raciocínio caracteriza-se por um movimento em espiral, retroactivo e sistemático, em que a avaliação e a intervenção são praticamente simultâneas, na adequação da acção à situação do utente.

Os discursos dos enfermeiros reflectem, neste âmbito, a terminologia profissional de um modo tímido, e focada no diagnóstico, dada a não consolidação de uma linguagem padronizada que sustente todas as fases do processo.

Numa visão alargada evidenciam-se os **vários actores no processo de avaliação**, nomeadamente e para além dos enfermeiros, os doentes e família e, apesar de menos frequentemente, os médicos.

Os enfermeiros prestadores deste tipo de modalidades terapêuticas são os principais avaliadores, na medida em que detêm um conhecimento privilegiado das mesmas; no entanto, os outros enfermeiros, mais abertos e atentos, também notam alterações positivas no estado dos doentes, tal como os médicos. A avaliação feita pelo doente é um importante factor orientador da intervenção do enfermeiro: frequentemente o doente antecipa a avaliação dos cuidados, assumindo-se como co-actor deste processo, numa avaliação espontânea e qualitativa. A família tem também uma palavra a dizer, fazendo uma avaliação centrada em aspectos do quotidiano e da dinâmica familiar.

A avaliação das práticas através de **indicadores de resultados** apropriados, permite traduzir o contributo singular da profissão para os ganhos em saúde da população, e reforça a sua importância social e económica. No que se refere às modalidades terapêuticas não convencionais medir os resultados permite, adicionalmente, ao demonstrar a sua eficácia, legitimar a integração das mesmas no processo de cuidados.

A avaliação dos resultados sensíveis a estas práticas de enfermagem constitui, no âmbito deste estudo, o aspecto mais frágil do processo de cuidados, na medida em que é realizada de um modo pouco sistemático. Ainda assim, é possível afirmar um efeito

terapêutico significativo das modalidades praticadas, com base em indicadores fisiológicos, comportamentais e de bem-estar, essencialmente de carácter subjectivo; começa a emergir, no entanto, o interesse por indicadores mais objectivos. Salienta-se neste processo a concordância avaliativa entre os vários actores envolvidos e os indicadores mobilizados, nomeadamente na expressão de bem-estar, pelo doente, corroborada pela identificação de indicadores em conformidade, pelos enfermeiros.

Questiona-se actualmente a validade, a relevância e a importância clínica universais dos RCT (Randomized Controlled Trials) na medição dos resultados de intervenções terapêuticas de base relacional, dada a impossibilidade de cumprimento de um dos seus pressupostos - o uso de procedimentos duplamente cegos. Consideramos, de acordo com a posição de vários autores nesta matéria (Walker e Sofaer, 2003; Serapioni, 2009), que os métodos qualitativos têm uma palavra a dizer quando se trata de avaliar significados, sentimentos, crenças, expectativas e vivências pessoais. A adequação do método à natureza do objecto a medir é, em si mesma, um critério de rigor dessa medição.

Salienta-se, no entanto, a necessidade de sistematizar indicadores de cariz qualitativo, no sentido da necessária clarificação de conceitos disciplinares que permitam uma comunicação efectiva dos resultados em avaliação. Dada a profusão de sistemas de classificação de resultados de enfermagem, sem a devida maturidade e universalidade no âmbito da profissão, parece-nos pertinente, face à sistematização referida anteriormente, considerar um instrumento de comparabilidade interclassificatória (como a ISO 18104, proposta por Goossen, 2006) que permita o entendimento no seio da profissão, condição de uma comunicação clara com os restantes actores da equipa de saúde e com o público em geral.

Um aspecto fundamental neste processo é a **documentação dos cuidados**, através do registo dos mesmos; neste estudo, e seguindo a lógica dos modos de acção, verifica-se uma diferenciação contextual do registo: não realizado/não especificado, nos diversos contextos das entrevistas, na medida em que essas práticas não são regulares na equipa; assumido e regular, no contexto de observação, sendo no entanto um registo genérico e essencialmente descritivo, que não retrata fielmente nem as acções nem os resultados.

Os suportes de registo estão em linha com a falta de sistematização dos mesmos: da tradicional folha de registos de enfermagem à página informática autodidacta, coexistindo ainda com outros formatos *ad hoc*, criados localmente.

Evidenciava-se, *a priori*, uma fraca consciência da importância dos registos; no entanto, as questões colocadas através da investigação suscitaram a reflexão sobre este

aspecto, colocando em evidência a problemática do carácter oculto, da não visibilidade e do não reconhecimento do mesmo. Estas práticas, que constituem para os enfermeiros participantes uma boa parte do seu processo de trabalho, não têm existência real enquanto não forem conhecidas e avaliadas nos seus efeitos, para o que é necessário a sua adequada documentação.

A categoria central revelada pela construção teórica é “enfermagem à procura de si”, a qual sustenta o argumento desta investigação: o de que a integração das modalidades terapêuticas não convencionais no processo de cuidados constitui um importante recurso de auto-identidade e de auto-afirmação da enfermagem, aos níveis disciplinar e profissional.

QUAIS AS IMPLICAÇÕES DESTE ESTUDO?

Uma implicação deste estudo, que é simultaneamente um contributo, será o de promover a discussão científica, académica e profissional séria, aberta e sem medos.

Perspectivamos as implicações de um modo transversal aos níveis disciplinar, da prática, da regulamentação e da produção científica sugerida - como mostra o diagrama seguinte.



Diagrama n.º 16 - Níveis de implicação da investigação

Ao nível do ensino os resultados mostram claramente a importância da Escola se assumir como o *Cupido, lançando a seta aqui e fomentando acolá* (E11) ou seja: partindo da evidência já existente nesta área, e que esta investigação confirma, abrir-se à

possibilidade de dotar os enfermeiros de competências mais consentâneas com a filosofia que afirmam; isto significa, tão-somente, criar condições de formação que torne possível a aproximação do discurso à prática.

Ao nível da prática cremos que a maior implicação deste estudo, de acordo com a finalidade que assumimos inicialmente, passa pelo desocultar e dar visibilidade ao uso destas modalidades, pelos enfermeiros, legitimando a sua importância terapêutica, social e económica. Ao assumirmo-nos como porta-voz dos participantes - sobretudo dos enfermeiros mas também dos doentes – cremos tornar mais fácil assumir publicamente as muitas experiências inovadoras, as quais tentam aproximar a prática do discurso. Relativamente ao contexto observado, em particular, este estudo permite sugerir formação sobre toque terapêutico, para o grupo de enfermeiros, pela identificação, nas suas práticas, de modos de agir, atitudes e disposições compatíveis com a realização desta modalidade terapêutica.

Também **a nível da regulamentação** cremos que esta investigação pode dar um pequeno mas importante contributo, face à necessária clarificação do posicionamento da Ordem profissional. Enfermeiros e Ordem, quando falam de enfermagem, parecem falar de coisas diferentes: as novas e crescentes necessidades em saúde; a aposta dos enfermeiros na formação contínua como um processo essencial de autonomização profissional, a que já aludimos; a congruência conceptual das modalidades terapêuticas não convencionais com a enfermagem, aliada à forte evidência anedótica e crescente evidência científica da sua eficácia terapêutica, são boas razões da crescente adesão dos enfermeiros a estas modalidades e da necessidade da correspondente regulamentação.

Cremos ser compreensível uma atitude de prudência da Ordem dos Enfermeiros, ao sancionar práticas de cuidados algumas das quais caracterizadas por um certo ecletismo pouco informado e pouco sustentado, do ponto de vista científico. Contudo, a inovação tem sempre um ponto de partida e a abertura ao novo é o primeiro passo dum conhecimento sustentado destas áreas, através do seu estudo, quebrando o ciclo vicioso de desencanto e desconfiança que, em grande parte, identificámos nos participantes da pesquisa.

Ao nível da produção científica há todo um trabalho a fazer; este estudo constituiu apenas um primeiro passo de abordagem científica do tema, no âmbito da enfermagem a nível nacional. Deixamos em aberto vários aspectos, em jeito de sugestões, no prosseguimento de futura investigação:

- Um estudo extensivo no sentido de conhecer a real magnitude do fenómeno, a nível nacional, no que se refere às práticas concretas mas também à disponibilidade dos

enfermeiros para aderir às mesmas. É urgente a atribuição destas práticas a quem as realiza (os enfermeiros), conferindo a necessária visibilidade e identificando o valor social e económico da profissão, distorcido pela usurpação de práticas relevantes para a saúde dos cidadãos, por outro grupo profissional (os médicos), como verificámos acontecer.

- A questão da medição dos resultados do que já se faz impõe-se: só deste modo é possível sustentar social, política e economicamente práticas que se traduzam em ganhos efectivos para a saúde da população. Há, por isso, apesar e por causa das fragilidades frequentemente apontadas na investigação destas áreas, necessidade de construir indicadores de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e desenhos de estudo que contribuam para uma efectiva *medição* da eficácia terapêutica destas modalidades.

- Uma outra área a explorar em termos investigativos e relacionada com a anterior, tem a ver com a questão taxonómica. A taxonomia crescentemente adoptada no nosso País – a CIPE: Classificação Internacional da Prática de Enfermagem - inclui, nomeadamente nos eixos do foco, recursos e acções, a referência explícita a várias modalidades terapêuticas não convencionais, algumas das quais realizadas pelos enfermeiros investigados, nomeadamente: “rezar, técnicas de imaginação guiada e de relaxamento, hipnotizar” (versão 1.0, 2005). A adopção desta taxonomia pode constituir um pretexto válido para investigar aspectos nela contidos, provavelmente antecipando outro tipo de legitimação, mais de âmbito normativo.

- Um aspecto de particular importância prende-se com o papel das chefias de enfermagem na assumpção da prática destas modalidades terapêuticas; todos os enfermeiros se referem a este aspecto como fundamental, enquanto mediação na equipa de saúde e legitimação institucional, que facilita.

O impacto das chefias de enfermagem no trabalho dos enfermeiros é um assunto pouco estudado entre nós. Tavares e Silva (2010), num estudo sobre percepções dos enfermeiros sobre as barreiras (e soluções) nos cuidados continuados a pessoas idosas, identificam a dificuldade em comunicar com as chefias como um obstáculo ao seu trabalho; e sugerem um maior envolvimento, proximidade e atenção destas, enquanto importante elemento motivacional.

As alterações no mundo do trabalho tendem a acentuar-se: o aumento dos tempos de trabalho; as maiores exigências de flexibilidade e capacidade adaptativa, devido às rápidas mudanças tecnológicas e organizativas; a diminuição da segurança em termos da manutenção e progressão na carreira profissional, entre outras (Hesselbein e Goldsmith, 2006). Neste cenário o papel da liderança é cada vez mais importante e, de acordo com

estes autores (p. 172), espera-se dos líderes da “Nova Era” que dêem suporte às aspirações profissionais dos trabalhadores que lideram, tornando significativo o tempo, as actividades e as relações de trabalho: “*leaders will need to go beyond looking at the work to be done and consider the human doing the work*”.

É certamente deste líder que os enfermeiros falam quando se referem à importância das chefias de enfermagem enquanto facilitadores da integração destas modalidades terapêuticas no processo de cuidados, da valorização da sua capacidade inovadora e duma gestão dos tempos de trabalho que lhes permita a tomada de decisão, na priorização de cuidados com que frequentemente se confrontam. A investigação neste âmbito parece-nos ser, assim, da maior pertinência e da maior importância.

Deixamos em aberto um aspecto que cremos de particular interesse, e que poderia considerar-se uma limitação deste estudo, no sentido em que não foi questionada na perspectiva com que neste momento a colocamos: refere-se à natureza e aos requisitos para a prática da generalidade das modalidades terapêuticas não convencionais, frequentemente assimiladas a características femininas. Watson (2002, p.23) refere-se à “busca do sagrado feminino”, afirmando que a enfermagem honra a energia feminina de dar a vida. O estudo do efeito de género podia parecer, por esta razão, uma sugestão válida no terminus deste estudo.

Contudo, os resultados desta investigação apontam noutro sentido: o reconhecimento de vários tipos de inteligência, dos quais relevamos a inteligência cognitiva, emocional e espiritual. Esta última, unificadora e integradora, está em linha com o conceito de *nova inteligência* (Pink, 2010), a qual revela uma tendência andrógina, ou seja: a conciliação de características ligadas à razão, como o raciocínio lógico, sequencial e analítico, conotadas tradicionalmente com o masculino; e características ligadas à emoção, como intuição, capacidade de pensar holisticamente e a não linearidade, tradicionalmente associadas ao feminino. Trata-se essencialmente, e voltando a Watson (2002), de realinhar a energia feminina e masculina que existe em cada um de nós, reintegrando a ciência, a arte e a espiritualidade enquanto modo de ser e fazer enfermagem, pelo que a questão do género não parece colocar-se, pelo menos de um modo evidente. A *construção de si*, como caracterizada pelos enfermeiros, enquanto preparação e predisposição pessoais para a prática das modalidades terapêuticas não convencionais, bem traduzida na afirmação “*eu tenho que me trabalhar*” parece ser, neste âmbito, a questão relevante.

Por outro lado a relação de género dos participantes deste estudo não segue a tendência habitual, verificando-se uma percentagem de indivíduos do sexo masculino

(24%), superior à representatividade relativa no grupo profissional (19%: OE, 2010), o que também parece contradizer as habituais considerações baseadas nesta característica.

Parafraseando os participantes deste estudo, mas com as devidas adaptações, com esta investigação “*abrimos a porta grande para que os enfermeiros, se quiserem entrar, entrem e com naturalidade*”. Abrir a porta significa, neste caso, mostrar o que fazem e colocar-lhes o desafio de que sejam eles a assumir, doravante, a divulgação de práticas tão significativas, do ponto de vista disciplinar, quanto importantes, do ponto de vista profissional.

É tempo de assumir por inteiro o legado de Nightingale e ir além dele; deste modo os enfermeiros podem ser os protagonistas da mudança paradigmática que se sente estar a acontecer no campo da saúde, ao mesmo tempo que co-constroem a tão necessária auto-identidade da enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

Referências de âmbito disciplinar e temático

ABREU, Wilson - **Saúde, doença e diversidade cultural**. Lisboa: Instituto Piaget, 2003. ISBN 972-771-638-5.

ALFARO-LEFEVRE, Rosalina – **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5ªed. S. Paulo: Artmed, 2005. ISBN 85-363-0096-5.

AMENDOEIRA, José - **Cuidado de enfermagem – intenção ou acção**. Nursing. Julho/Agosto, 2000.

AMENDOEIRA José (coord. GIDEA: Grupo de Investigação e Desenvolvimento da Enfermagem em Acção) - **Os instrumentos básicos na construção da disciplina de enfermagem: expressões e significados**. Santarém. 2003. Acessível no centro de documentação e informação da Escola Superior de Saúde de Santarém.

AMENDOEIRA, José - **Uma biografia partilhada da enfermagem: a segunda metade do século XX**. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN 972-8485-67-0.

ARGYRIS, Chris; SHON, Donald - **Theory in practice: increasing professional effectiveness**. San Francisco: Jossey Bass, 1974. ISBN 0875892302.

BASTO, Marta Lima – **Da intenção de mudar à mudança**. Lisboa: rei dos Livros, 1998. ISBN 972-51-0760-8.

BASTO, Marta Lima - **Da (in)visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: cuidados prestados num centro de saúde**. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol.32, Nº 1 (2005), p. 25-41.

BASTO, Marta Lima - **Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina: proposta de um percurso**. Pensar Enfermagem, Vol.13, Nº 2 (2009), p.11-18.

BENNER, Patricia - **De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Trad. Ana Albuquerque Queirós. Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN 972-8535-97-X.

BEVIS, Olivia – **O curriculum de enfermagem enquanto educação profissional: alguns modelos teóricos subjacentes**. In: BEVIS, Olivia; WATSON, Jean - Rumo a um currículo de cuidar: uma nova pedagogia para a enfermagem. Trad. Ana Paula Sousa Santos Espada. Loures: Lusociência, 2005. P. 75-119.

BEVIS, Olivia – **Grupos de factores que influenciam a tomada de decisões práticas sobre o curriculum.** In: BEVIS, Olivia; WATSON, Jean - Rumo a um currículo de cuidar: uma nova pedagogia para a enfermagem. Trad. Ana Paula Sousa Santos Espada. Loures: Lusociência, 2005. P. 121-172.

BEVIS, Olivia. **Ensinar e aprender: a chave para a educação e o profissionalismo.** In: BEVIS, Olivia; WATSON, Jean - Rumo a um currículo de cuidar: uma nova pedagogia para a enfermagem. Trad. Ana Paula Sousa Santos Espada. Loures: Lusociência, 2005. P.173-211.

BEVIS, Olivia; WATSON, Jean – **Rumo a um currículo de cuidar: uma nova pedagogia para a enfermagem.** Trad. Ana Paula Sousa Santos Espada. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-98-3.

BOURDIEU, Pierre – **Quand les Canaques Prennent la Parole** (entretien avec Alban Bensa). Actes de la Recherche en Sciences Sociales. N° 56 (1985), p. 69-83.

BRENNAN, Barbara - **Luz emergente: a jornada da cura pessoal.** Trad. Paulo César de Oliveira. S. Paulo: Cultrix, 1993. ISBN 85-316-0487-7.

BRYKCYNSKI, Karen – **Patricia Benner: de principiante a perito – excelência e poder na prática clínica de enfermagem.** In: TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha - Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem. Loures: Lusociência, 2004. p. 185-207.

BUSH, Elizabeth – **The use of human touch to improve the well-being of older adults: a holistic nursing intervention.** Journal of Holistic Nursing. Vol.19, n° 3 (2001), p. 256-270.

CANÁRIO, RUI - **Educação de adultos – um campo e uma problemática.** Lisboa: Educa, 1999. ISBN 972-8036-21.3.

CAPRA, Fritjof – **O tao da física.** Trad. Maria José Quelhas Dias e José Carlos Almeida. 3ª ed. Lisboa: Editorial Presença, 2009. ISBN 978-97.

CARA, Chantal - **A pragmatic view of Jean Watson`s caring theory.** International Journal of Human Caring, 7 (3), (2003), p. 51-61.

CARAPINHEIRO, Graça - **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares.** Porto: Edições Afrontamento, 1993. ISBN 972-36-0306-3.

CARIA, Telmo – **Teoria e prática em contexto.** In: 5º Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação. Edições Colibri, 2002, p. 121-124.

CARPER, Bárbara A. **Fundamental patterns of knowing in nursing.** Advances in Nursing Science, 1 (1), (1978), p. 13-23.

CERDEIRA, Ana – **Informação e consentimento.** Ordem dos Enfermeiros. Nº 29 (2008), p. 12-17.

CHOPRA, Deepak - **A sabedoria do mago.** Trad. Elisa Evangelista. Lisboa: Círculo de Leitores, 2008. ISBN 978-972-42-4367-2.

CODY, William. **Lyrical language and nursing discourse: can science be the tool of love?** Nursing Science Quarterly. Vol. 15, nº 2 (April, 2002), p. 98-106.

COOMBS, Maureen - **Power and conflict between doctors and nurses – breaking through the inner circle in clinical care.** London: Routledge, (2004). ISBN 0-415-30192-0 (hbk).

COPPA, Denise – **The internal process of therapeutic touch.** Journal of Holistic Nursing. Vol. 26, nº 1 (2008), p. 17-24.

COSTA, Ana Cristina; FARIA, Luísa – **A inteligência emocional no contexto de enfermagem: estudo exploratório com o questionário de competência emocional (QCE).** In: Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. Braga: Universidade do Minho, 2009. ISBN 978-972-8746-71-1.

COVINGTON, Holly – **Caring presence: delineation of a concept for holistic nursing.** Journal of Holistic Nursing. Vol. 21, nº 3 (2003), p. 301-317.

CRUZ, Diná – **Classificações em enfermagem: tensões e contribuições.** Revista Saúde-UnG. Vol. 1, nº1 (2007), p. 20-31.

CUSHING, Pamela – **Negotiating power inequities in caregiving relationships.** Journal of Developmental Disabilities. Vol.10, nº1 (2003), p. 83-91.

DANIS, Claudia, SOLAR, Claudie (coord.) - **Aprendizagem e desenvolvimento dos adultos.** Trad. Joana Chaves. Lisboa: Instituto Piaget, 2001. ISBN 972-771-444-7.

DE CASTERLÉ, Bernardette e outros – **Ethics meetings in support of good nursing care: some practice-based thoughts.** Nursing Ethics. 9 (6), (2002), p. 612-622.

DELGADO, Cheryl – **A discussion of the concept of spirituality.** Nursing Science Quarterly. Vol. 18, nº 2 (2005), p. 157.162.

DIOGO, Paula - **Metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar: o processo de uso terapêutico das emoções em enfermagem pediátrica.** Lisboa: [s.n.], 2009. Tese de doutoramento em enfermagem, apresentada à Universidade Católica Portuguesa.

DOONA, Mary Ellen; CHASE, Susan; HAGGERTY, Lois – **Nursing presence: as real as a milky way bar.** Journal of Holistic Nursing. Vol.17, nº1 (1999), p. 54-70.

DONABEDIAN, Avedis - **Quality assurance in health care: consumers' role.** Quality in Health Care. 1: (1992), p.247-251.

DONALDSON, Sue; CROWLEY, Dorothy - **The discipline of nursing.** In: NICOLL, Leslie. Perspectives on Nursing Theory. Philadelphia: Lippincott, 1997. p. 235-245.

DOSSEY, Barbara e outros - **Florence Nightingale today: healing, leadership, global action.** Maryland: ANA (American Nurses Association), 2005. ISBN 1-55810-220-5.

DOSSEY, Larry – **Palavras que curam.** Trad. Maria Isabel Cardoso. Cascais: Sinais de Fogo, 2001. ISBN 972-8541-18-X.

DOWD, Thérèse - **Katharine Kolcaba: teoria do conforto.** In: TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha - Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem. Loures: Lusociência, 2004. p. 481-495.

EASTER, Anna – **Construct analysis of four modes of being present.** Journal of Holistic Nursing. 18 (2000), p. 362-377.

ELDH, Ann citrine; EKMAN, Inger; EHNFORSS, Margareta – **Conditions for patient participation and non-participation in health care.** Nursing Ethics. 13 (5), (2006), p. 503-513.

ENGBRETSON, Joan - **A multiparadigm approach to nursing.** Advanced Nursing Science, 20 (1), (1997), p. 21-33.

FAWCETT, Jacqueline; ALLIGOOD, Martha – **Influences on advancement of nursing knowledge.** Nursing Science Quarterly. Vol. 18, nº 3 (2005), p. 227-232.

FAWCETT, Jacqueline - **The nurse theorists: 21st century updates - Jean Watson (Interview).** Nursing Science Quarterly. Vol.15, nº 3 (2002), p. 214-219.

FERNANDES, Josicélia e outros – **Ensinar saúde/enfermagem numa nova proposta de reestruturação acadêmica.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. 41 (esp.), (2007), p. 830-834.

FIELD, John; FITZGERALD, Mary – **Therapeutic nursing: emerging imperatives for nursing curricula.** In: McMAHON, Richard; PEARSON, Alan – Nursing as therapy. Cheltenham: Nelson Thornes, 2002. p. 93-110.

FINFGELD-CONNETT, Deborah – **Meta-synthesis of presence in nursing.** Journal of Advanced Nursing. 55 (2006), p. 708-714.

FREIDSON, Eliot - **La profession médicale.** Trad. (do inglês) Andrée lyotard-May e Catherine Malamoud. Paris: Piaget, 1984.

GASTMANS, Chris – **Care as a moral attitude in nursing** – Nursing Ethics. 6 (3), (1999), p. 214-223.

GOFFMAN, Erving - **Les rites d'interaction**. Paris: Les Editions Minuit, 1974.
ISBN 2-7073-0022-5.

GOLEMAN, Daniel – **Inteligência emocional**. Trad. Mário Dias Correia. 15ª ed. Camarate: Círculo de Leitores, 2010. ISBN 978-989-644-090-9.

GOLEMAN, Daniel - **Inteligência social**. Trad. Mário Dias Correia. Barcelos: Círculo de Leitores, 2010. ISBN 978-989-644-117-3.

GÓMEZ, Maria Beatriz – **Medicina occidental y otras alternativas: es possível su complementariedad? Reflexiones conceptuales**. Cad. de Saúde Pública. 19 (2), (2003), p. 635-643.

GOOSSEN, William - **Cross-mapping between three terminologies with the international standard nursing reference terminology model**. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications. Vol. 17, nº 4 (2006), p.153-164.

HALCÓN, Linda e outros – **Incorporating alternative and complementary health practices within university-based nursing education**. Complementary Health Practice Review. Vol. 6, nº 2 (2001), p. 127-135.

HALL, Beverly - **The art of becoming a nurse healer**. Orlando: Bandido Books, 2005. ISBN 1-929693-49-4.

HARDY, Sally; TITCHEN, Angie; MANLEY, Kim – **Patient narratives in the investigation and development of nursing practice: a potential for transformation**. Nursing Inquiry. 14 (1), (2007), p. 80-88.

HENDERSON, Virginia - **Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE**. Trad. Idalina Gomes e outros. Loures: Lusodidacta, 2007. ISBN 978-989-8075-00-0.

HENDERSON, Virginia - **The concept of nursing**. Blackwell Scientific Publications/Journal Compilation. 30th anniversary issue, (1978/2006), p. 21-31.

HESBEEN, Walter - **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Trad. Maria Isabel Baptista Ferreira. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972- 8383- 11-8.

HESBEEN, Walter - **Dire et écrire la pratique soignante du quotidien**. In: Walter Hesbeen (dir.) - Dire et écrire la pratique soignante du quotidien: Révéler la quête du sens du soin. Paris: Seli Arslan, 2009. ISBN 978-28427-615-23.

HESELBEIN, Frances; GOLDSMITH, Marshall - **The leader of the future 2 – visions, strategies and practices for the New Era**. New York: Leader to Leader Institute, 2006. ISBN-13 978-0-7879-8667-4 (cloth)

HONORÉ, Bernard - **La santé en projet**. Paris: InterEditions, 1996. ISBN 2-7296-0614-9.

HORTON, Khim; TSCHUDIN, Verena; FORGET, Armored – **The value of nursing: a literature review**. Nursing Ethics, 14 (6), (2007), p. 716-740.

JUNE, Dame, coord. – **Defining nursing**. London: Royal College of Nursing, 2003. WIG ORN 020 7409 3333.

LANSISALMI, Hannakaisa; PIRJO AALTO, Mika; RUORANEN, Raija - **Innovation in healthcare: A systematic review of recent research**. Nursing Science Quarterly. Vol. 19, N° 1 (2006), p. 66-72.

LE BOTERF, Guy – **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. Trad. Patrícia Chittoni Ramos Reuillard. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. ISBN 2-7081-2445-5.

LIMA, António - **Avaliação de resultados do paciente obtidos a partir dos cuidados de enfermagem**. Acta Paulista de Enfermagem. Vol. 22 – Especial, 70 anos, (2009), p. 872-74.

LOPES, Noémia – **Recomposição profissional da enfermagem – estudo sociológico em contexto hospitalar**. Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN 972-8717-17-2.

LUZ, Madel – **Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX**. Physis, Revista de Saúde Colectiva. 15 - suplemento, (2005), p. 145-176.

JOSÉ, Helena - **Humor: que papel na saúde? – uma revisão da literatura**. Pensar Enfermagem, Vol. 10, N° 2 (2006), p. 1-20.

JOSÉ, Helena Maria Guerreiro – **Resposta humana ao humor: quando o humor integra o agir profissional dos enfermeiros**. Lisboa: [s.n.], 2008. Tese de doutoramento em enfermagem, apresentada à Universidade de Lisboa.

JÚNIOR, Arthur Bittes – **O cuidar sob a perspectiva do budismo de nitiren daishonin e da ciência do ser humano unitário: uma história de revolução humana**. S. Paulo: [s.n.], 2003. Tese do doutoramento em enfermagem, apresentada à Universidade de S. Paulo.

KAUFFMANN, Jean-Pierre - **L'Acupuncture en 200 questions**. Paris: Editions De Vecchi, 2000. ISBN 2-7328-1548-9.

KÉROUAC, Suzanne e outros – **La pensée infirmière: conceptions et stratégies**. Québec: Éditions Maloine, 1994. ISBN 2-7607-0584-6.

KIM, Hesook; KOLLAK, Ingrid - **Nursing theories: conceptual and philosophical foundations**. New York: Springer Publishing Company, 1999. ISBN 0-8261-1287-0 (hardcover).

KRIEGER, Dolores - **The Therapeutic Touch: how to use your hands to help or to heal**. New York: Fireside, 1992. ISBN 0-671-76537-X.

KUNZ, Dora; KRIEGER, Dolores – **The spiritual dimension of therapeutic touch**. Rochester, Vermont: Bear & Company, 2004. ISBN 1-591-43025-9.

LEONARD, Barbara; TOWEY, Sue - **Self as healer**. In: Snyder, Mariah; Lindquist, Ruth. Complementary/Alternative Therapies in Nursing. New York: Springer Publishing Company, 2006. p. 25-33.

LOPES, Manuel – **A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica**. 1ª ed. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN 972-8485-6-X.

MACKERETH, Peter; STRINGER, Jacqui – **Integrating complementary therapies: the need for funded research that is relevant to practice**. Nursing Times Research. Vol. 9, nº 2 (2004), p. 86-87.

MALAGÓN PLATA, Luís – **El currículo: perspectivas para su interpretation**. Investigación y Educación en Enfermería. Vol. XXVI, nº 2 (2008), p. 136-142.

MALTA, José e outros - **Terapias naturais na prática de enfermagem**. Coimbra: Sinais Vitais, 2003. ISBN 972-8485-32-8.

MARK, Edmond; PICARD, Dominique. **A interação social**. Trad. Emília Laura Seixas. Porto: Rés, [s. d.].

MARTINS, Amaro e outros. **Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem?** Pensar Enfermagem, Vol. 12, Nº 2 (2008), p.52-61.

MATHIAS, Jania; ZAGONEL, Ivete; LACERDA, Maria Ribeiro – **Processo clinical caritas: novos rumos para o cuidado de enfermagem transpessoal**. Acta Paulista Enferm. 19 (3), (2006), p. 332-337.

McMAHON, Richard; PEARSON, Alan – **Nursing as therapy**. 2nd ed. Cheltenham: Nelson Thornes, 2002. ISBN 0-7487-3326-4.

MELEIS, Afaf - **Theoretical nursing: development & progress**. 3ª ed. Philadelphia: Lippincott, 2005. ISBN 0-7817-5767- 3 (hardcover: alk. Paper).

MELEIS, Afaf – **Theoretical nursing: development & progress**. 4ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. ISBN 10: 0-7817-3673-0 (alk. paper).

MELEIS, Afaf - **Transitions theory – middle range and situation specific theories in nursing research and practice**. New York: Springer Publishing Company, 2010. ISBN 978-0-8261-0535-6.

MEYER, Dagmar; WALDOW, Vera; LOPES, Marta (org) – **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artmed, 1998. ISBN 85-87582-23-2.

MILTON, Constance – **Boundaries: ethical implications for what it means to be therapeutic in the nurse-person relationship**. Nursing Science Quarterly. Vol.21, nº 1 (2008), p. 18-21.

MINTZBERG, Henry - **Estrutura e dinâmica das organizações**. Trad. Amélia Salavisa Brooker. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1995. ISBN 972-20-1147-2.

MONTI, Elizabeth; TINGEN, Martha - **Multiple paradigms of nursing science**. Advanced Nursing Science, 21(4), (1999), p. 64-80.

MOORHEAD, Sue Ann - **The nursing outcomes classification**. Acta Paulista Enferm. Vol.22 – especial 70 anos, (2009), p.868-871.

MORIN, Edgar - **Os sete saberes para a educação do futuro**. Trad. Ana Paula de Viveiros. Lisboa: Instituto Piaget, 1999/2002. ISBN 972-771-540-0.

MORIN, Edgar - **Introdução ao pensamento complexo**. Trad. Dulce Matos. 5ª ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2008. ISBN 978-972-771-951-8.

NAYLOR, Mary - **Advancing the science in the measurement of health care quality influenced by nurses**. Medical Care Research and Review – supplement to vol.64, nº 2 (2007), p. 144S-169S.

NEIL, Ruth – **Jean Watson: filosofia e ciência do cuidar**. In: TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha - Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem. Loures: Lusociência, 2004. p. 163-183.

NIGHTINGALE, Florence – **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. (Ed. póstuma. Ed. original, 1859). Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN 978-972-838392-3.

OLIVEIRA, Carla e outros - **Projecto Bem-Estar: massagem e relaxamento para alívio da dor oncológica**. Info – Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil. nº 10 (2007), p. 10-12.

OLIVEIRA, Célia - **O cuidado confortador à pessoa idosa hospitalizada: contributos para uma revisão sistemática da literatura**. Pensar Enfermagem, Vol. 10, Nº 1 (2006).

OLIVEIRA, Célia - **O cuidado confortador à pessoa idosa hospitalizada: Individualizar a intervenção conciliando tensões.** Lisboa [s.n.], 2011. Tese de doutoramento em enfermagem, apresentada à Universidade de Lisboa.

O'MATHÚNA, Dónal – **The best of both approaches: the role of science in complementary and alternative medicine.** Embo Reports. 2 (12), (2001), p. 1054-1057.

PACHECO, José – **Currículo: teoria e práxis.** Col. Ciências da educação. 3ª ed. Porto: Porto Editora, 2001. ISBN 978-972-0-01323-1.

PACHECO, José – **Estudos curriculares: para a compreensão crítica da educação.** Col. Currículo, Políticas e Práticas. Porto: Porto Editora, 2005. ISBN 978-972-0-34824-1.

PAIVA, Abel - **Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina.** Servir. Vol. 55, nº 01-02 (2007), p. 11-20.

PARSE, Rosemarie - **Outcomes: saying what you mean.** Nursing Science Quarterly. Vol.19, nº 3 (2006), p.189.

PAULO, Marisa - **O lugar do afecto na prática de cuidados de enfermagem em contexto pediátrico: perspectivas de crianças, jovens, pais e enfermeiros.** Pensar Enfermagem. Vol. 14, n.º 2 (2010), p. 70-81.

PEREIRA, Filipe Miguel Soares - **Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem.** Porto: [s. n.]. 2007. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

PETERS, Rosalind – **The effectiveness of therapeutic touch: a meta-analytic review.** Nursing Science Quarterly. Vol.12, nº1 (1999), p. 52-61.

PETITAT, André – **Les infirmières: de la vocation à la profession.** Montréal: les Éditions du Boréal, 1989. ISBN 2-89052-252-0.

PFETTSCHER, Susan – **Florence Nightingale: enfermagem moderna.** In: TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha - Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem. Loures: Lusociência, 2004. p. 73-93.

PILKINGTON, Beryl – **Myth and symbol in nursing theories.** Nursing Science Quarterly. Vol 18, nº 3 (2005), p. 198-203.

PING, Li - **El gran libro de la medicina China.** 4ª ed. Madrid: Ediciones Martinez Roca, 2002. ISBN 84-270-2512-2.

PINK, Daniel – **A nova inteligência: treinar o lado direito do cérebro é o novo caminho para o sucesso.** Trad. Alcinda Marinho. 5ª ed. Alfragide: Academia do livro, 2010. ISBN 978-989-8194-16-9.

POST-WHITE, Janice; FITZGERALD, Maura - **Imagery.** In: SNYDER, Mariah; LINDQUIST, Ruth. Complementary/Alternative Therapies in Nursing. New York: Springer Publishing Company, 2006. p. 59-78.

POTTER, Pamela – **What are the distinctions between Reiki and Therapeutic Touch?** Clinical Journal of Oncology Nursing. Vol. 7. Nº 1 (2003), p.89-91.

QUEIROZ, Marcos – **O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde.** Cad. Saúde Pública. 16 (2), (2000), p. 363-375.

RENAUD, Michel – **O respeito pelos direitos humanos na perspectiva ética.** Ordem dos Enfermeiros. Nº 15 (2004), p. 7-8.

RENAUD, Michel – **Da falibilidade humana.** Ordem dos Enfermeiros. Nº 24 (2007), p. p. 6-12.

RIBEIRO, Rita Luzia Morais – **A escolha entre terapias não convencionais e medicina convencional: uma análise sociológica das motivações e preferências dos doentes.** Coimbra: [s.n.], 2010. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

RISJORD, Mark - **Nursing knowledge – science, practice and philosophy.** Iowa: Wiley-Blackwell, 2010. ISBN 978-1-4051-8434-2.

RODRIGUES, Maria de Lurdes – **Sociologia das profissões.** Oeiras: Celta, 1997. ISBN 972-8027-84-2.

ROMBALSKI, Jennifer – **A personal journey in understanding physical touch as a nursing intervention.** Journal of Holistic Nursing. Vol.21, nº 1 (2003), p. 73-80.

SAKALYS, Jurate – **Restoring the patients`voice: the therapeutics of illness narratives.** Journal of Holistic Nursing. Vol. 21, nº 3 (2003), p. 228-241.

SANTOS, Maria Irene Mendes Pedro - **O trabalho de risco na construção da saúde em contexto hospitalar.** Lisboa: [s. n.], 2001. Dissertação de Mestrado em Sociologia, apresentada à Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.

SAVATER, Fernando - **Convite à ética.** Lisboa: Fim de Século, 2008. ISBN 978-972-754-229-1.

SAWATZKY, Rick; PESUT, Barbara – **Attributes of spiritual care in nursing practice.** Journal of Holistic Nursing. Vol.23, nº1 (2005), p. 19-33.

SCHON, Donald – **Le praticien réflexiv.** Montréal: Editions Logiques, 1994. ISBN 10-289381-226-0.

SEGANFREDO, Deborah; ALMEIDA, Miriam - **Produção de conhecimento sobre resultados de enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem. Vol. 63, Nº 1 (2010).

SERAPIONI, Mauro - **Avaliação da qualidade em saúde: reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional.** Revista Crítica de Ciências Sociais. 85: (2009), p. 65-82.

SILVA, Carlos Alberto - **O labirinto da enfermagem – participação e profissionalismo.** Lisboa: Edições Colibri, 2004. ISBN 972-772.450-7.

SMITH, Kevin – **Humor.** In: SNYDER, Mariah; LINDQUIST, Ruth - Complementary/alternative therapies in nursing. New York: Springer Publishing Company, 2006. p. 93-106.

SNYDER, Mariah; LINDQUIST, Ruth - **Complementary/alternative therapies in nursing.** 5ª ed. New York: Springer Publishing Company, 2006. ISBN 0-8261-1447-4.

SNYDER, Mariah - **Presence.** In: SNYDER, Mariah; LINDQUIST, Ruth. Complementary/alternative therapies in nursing. 5ª ed. New York: Springer Publishing Company, 2006.

SOUSA, Mário Alberto Borges – **Medicinas complementares e o seu desenvolvimento no contexto económico e social.** Lisboa: [s.n.], 1998. Dissertação de Mestrado em gestão do Desenvolvimento e Cooperação Internacional, apresentada à Faculdade de Ciências Políticas e Sociais da Universidade Moderna.

SOUSA, Paulo e outros - **Avaliação da qualidade em saúde: a importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença coronária.** Revista Portuguesa de Saúde Pública, volume temático, 7 (2008), p.57-65.

SKOTT, Carola – **Caring narratives and the strategy of presence: narrative communication in nursing practice and research.** Nursing Science Quarterly. Vol. 14, nº 3 (2001), p. 249-254.

SULLIVAN-MARX, Eileen – **Directions for the development of nursing knowledge.** Policy, Politics & Nursing Practice. Vol.7, nº 3 (2006), p. 164-168.

SWANSON, Kristen - **Nursing as informed caring for the well-being of others.** Journal of Nursing Scholarship, 25 (4), (1993), p. 352-57.

TAVARES, João; SILVA, Alcione - **Barreiras e soluções nos cuidados continuados a pessoas idosas: percepções de enfermeiros(as)**. Referência, III Série – nº1, (2010), p.17-27.

TENENBAUM, Décio – **A linguagem corporal**. In: mesa redonda, Rio de Janeiro. O corpo: do discurso médico à psicanálise. [s.l.]: [s.n.], 1993.

TODARO-FRANCESWCHI, Vidette – **Energy: a bridging concept for nursing science**. Nursing Science Quarterly. Vol. 14, nº2 (2001), p.132-140.

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha - **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem**. Trad. Ana Rita Albuquerque. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6.

TOMEY, Ann – **Virginia Henderson: definição de enfermagem**. In: TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha - Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem. Loures: Lusociência, 2004. P. 111-125.

TRINDADE, Ângela – **Informação em saúde: perspectiva deontológica**. Ordem dos Enfermeiros. Nº 34 (2010), p. 29-31.

TRUANT, Tracy; MCKENZIE, Michael – **Discussing complementary therapies: there`s more than efficacy to consider**. Canadian Medical Association. 160 (3), (1999), p. 351-352.

VAN NGHI, Nhuyen; BIJAOU, André - **Les bases fondamentales de l`acupuncture/moxibustion – médecine traditionnelle chinoise**. 2ª ed. Marseille: Autres Temps, 2000. ISBN 2-84521-021-3.

VIEIRA, Margarida – **A vulnerabilidade e o respeito no cuidado**. Ordem dos Enfermeiros. Nº 10 (2003), p. 26-30.

WARDELL, Diane – **Spirituality of healing touch participants**. Journal of Holistic Nursing. Vol. 19, nº 1 ((2001), p. 71-86.

WATANUKI, Shigeaki; TRACY, Mary Fran; LINDQUIST, Ruth - **Therapeutic Listening**. In: SNYDER, Marah; LINDQUIST, Ruth, coord. Complementary/Alternative Therapies in Nursing. New York: Springer Publishing Company, 2006. p. 45-56.

WATSON, Jean - **Postmodern nursing and beyond**. New York: Churchill, Livingstone, 1999. ISBN 0-443-05744-3.

WATSON, Jean - **Enfermagem Pós-Moderna e Futura – Um novo paradigma da enfermagem**. Trad. João M. Machado Enes. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-37-1.

WATSON, Jean - **Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem**. Trad. João Enes. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-33-9.

WATSON, Jean – **Um novo paradigma de desenvolvimento curricular**. In: BEVIS, Olivia; WATSON, Jean – Rumo a um currículo de cuidar: uma nova pedagogia para a enfermagem. Trad. Ana Paula Sousa Santos Espada. Loures: Lusociência, 2005. P. 43-56.

WATSON, Jean – **O pensamento transformativo e um currículo de cuidar**. In: BEVIS, Olivia; WATSON, Jean – Rumo a um currículo de cuidar: uma nova pedagogia para a enfermagem. Trad. Ana Paula Sousa Santos Espada. Loures: Lusociência, 2005. P. 57-74.

WATSON, Jean - **Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice**. Texto & Contexto Enfermagem. 16 (1), (2007), p. 129-135.

WATSON, Jean - **Caring as the essence and science of nursing and health care**. O Mundo da Saúde, 33 (2), (2009), p. 143-149.

WEBER, Max – **Conceitos sociológicos fundamentais**. (1º capítulo do livro economia e sociedade, 1ª ed. 1910). Trad. Artur Morão. Lisboa: Edições 70, 1997 (depósito legal). ISBN 972-44-0950-3.

WELCH, Alice - **Madeleine Leininger: cuidar cultural - teoria da diversidade e da universalidade**. In: TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha - Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem. Loures: Lusociência, 2004. p. 563-591.

ZAHOUREK, Rothlyn – **Intentionality: evolutionary development in healing: a grounded Theory study for holistic nursing**. Journal of Holistic Nursing. Vol. 23, nº 1 (2005), p. 89-109.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Traditional medicine: growing needs and potential**. WHO – Policy Perspectives on Medicines. Nº 2, (2002), p.1-6.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Traditional and modern medicine: harmonizing the two approaches**. Western Pacific Region – China: WHO, 2000.

ZOHAR, Danah; MARSHALL, Ian - **Inteligência espiritual**. Trad. Cristina Rodriguez e Artur Guerra. Lisboa: Sinais de Fogo, 2004. ISBN 972-8541-50-3.

Bibliografia de âmbito metodológico e epistemológico

ARBORIO, Anne-Marie; FOURNIER, Pierre - **L'enquête et ses méthodes: L'observation directe**. Paris: Nathan, 1999. ISBN 2-09-190358-2.

ALEXANDER, Jeffrey - **Las teorías sociológicas desde la segunda guerra mundial: análisis multidimensional**. Barcelona: Gedisa Editorial, 1989. ISBN 84-7432-384-3.

BASZANGER, Isabelle – **Introduction: les chantiers d'un interactioniste américain**. In: Strauss, Anselm. La Trame de la Négociation – Sociologie qualitative et interaccionisme. Paris: L'Harmattan, 1992. p. 11-63.

BLANCHET, Alain; GOTMAN, Anne - **L'enquête et ses méthodes: L'entretien**. Paris: Editions Nathan, 1992. ISBN 2-09-190652-2.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari - **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Trad. Maria João Alvarez, Sara Bahia dos Santos e Telmo Mourinho Baptista. Porto: Porto Editora, 1994. ISBN 972-8027-43-5.

BRIEY, Laurent - **O conflito dos paradigmas**. Trad. Rui Pacheco. Lisboa: Instituto Piaget, 2009. ISBN 978-989-659-005-5

BURGESS, Robert - **A pesquisa de terreno: uma introdução**. Trad. Eduardo de Freitas e Maria Inês Mansinho. Oeiras: Celta Editora, 1997. ISBN 972-8027-43-5.

CARAÇA, João – **Estará a ciência a aproximar-se dos seus limites?** In: STEINER, George, coord. A ciência terá limites? Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Gradiva, 2008. P. 201-204.

CAMPENHOUDT, Luc Van - **Introdução à análise dos fenómenos sociais**. Trad. Eduardo de Freitas. Lisboa: Gradiva, 2003. ISBN 972-662-896-2.

CARVALHO, J. Eduardo - **Metodologia do trabalho científico**. 2ª ed. Lisboa: Escolar Editora, 2009. ISBN 978-972-592-244-6.

CHARMAZ, Kathy - **Constructing Grounded Theory: a practical guide through qualitative analysis**. London: SAGE Pub, 2006. ISBN 10-0-7619-7352-4.

CHARMAZ, Kathy - **On constructing Grounded Theory** (Special interview by Antony Puddephatt). Qualitative Sociology Review, Vol. II, Issue 3 (2006b), p.5-20.

CHARMAZ, Kathy - **Constructionism and the Grounded Theory Method**. In: HOLSTEIN, James; GUBRIUM, Jaber (coord. Handbook of Constructionist Research. [s.l.]: Guildford Publications, 2008. p. 397-412.

CORBIN, Juliet; STRAUSS, Anselm – **Basics of qualitative research**. 3^o ed. London: Sage Publicationa, 2008. ISBN 978-1-4129-0643-2. (cloth).

CRAIG, Jean; SMYTH, Rosalind - **Prática baseada na evidência – manual para enfermeiros**. Trad. Maria Julieta Sampaio. Loures: Lusociência, 2004.

DANCY, Jonathan - **Epistemologia contemporânea**. Lisboa: Edições 70, 1985. ISBN 972-44-0811-6.

DE BRUYNE, Paul; HERMAN, Jacques; SCHOUTHEETE, Marc - **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais**. Trad. Ruth Joffily. 5^aed. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1991.

DE LA CUESTA BENJUMEA, Carmen – **El investigador como instrumento flexível de la indagación**. International Journal of Qualitative Methods, 2 (4), (2003), p. 25-38.

DE LA CUESTA BENJUMEA, Carmen – **Estratégias cualitativas mas usadas en el campo de la salud**. Nure Investigación. Nº 25, (2006).

DE LA CUESTA BENJUMEA, Carmen – **teoría y método: la teoría fundamentada como herramienta de análisis**. Cultura de los Cuidados. Nº 20 (2006), p. 236-140.

DE LA CUESTA BENJUMEA, Carmen – **La investigación cualitativa y el desarrollo del conocimiento en enfermería**. Texto & Contexto – Enfermagem. Vol 19, nº 4, (2010), p. 1-9.

DUBAR, Claude - **A socialização: construção das identidades sociais e profissionais**. 1^a ed. Porto: Porto Editora, 1997. ISBN 972-0-34124-6.

FLICK, Uwe - **Métodos qualitativos na investigação científica**. Trad. Artur M. Parreira. Lisboa: Monitor, 2005. ISBN 972-9413-67-3.

GAUTHIER, Benôit (Dir.) - **Investigação social: da problemática à colheita de dados**. Trad. Nídia Salgueiro e Rui Pedro Salgueiro. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-55-X.

GHEZELJEH, Tahereh; EMAMI, Azita – **Grounded Theory: methodology and philosophical perspective**. Nurse Researcher, Vol. 17, nº 1 (2009), p.15-23.

GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin – **O inquérito: teoria e prática**. Trad. Conceção Lemos Pires. 2^a ed. Oeiras: Celta editora, 1993. ISBN 972-8027-13-3.

GONÇALVES-MAIA, Raquel - **O legado de Prometeu – uma viagem na história das ciências**. Lisboa: Escolar Editora, 2006. ISBN 972-592-196-8.

GRAWITZ, Madeleine - **Méthodes des sciences sociales**. 8^a éd. Paris: Précis, 1990. ISBN 2-247 01558-1.

GUERRA, Isabel - **Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo**. Estoril: Príncipe Editora, 2006. ISBN 972-8818-66-1.

HERMAN, Jacques – **Les langages de la sociologie**. 2^a ed. Paris: Presses Universitaires de France, 1988. ISBN 2-13-042111-3.

LEININGER, Madeleine – **Critérios de avaliação e de crítica de estudos de investigação qualitativa**. In: MORSE, Janice, coord. Metodologia de investigação qualitativa. Coimbra: Formasau, 2007. P. 102-121.

LENOIR, Remi – **Objecto sociológico e problema social**. In: CHAMPAGHE, Patrick e outros - Iniciação à prática sociológica. Trad. Guilherme João de Freitas Teixeira. Petrópolis: Vozes, 1998. P.59-106.

LESSARD-HÉBERT, Michelle; GOYETTE, Gabriel; BOUTIN, Gérald - **Investigação qualitativa – fundamentos e práticas**. Trad. Maria João Reis. Lisboa: Instituto Piaget, 1990. ISBN 972-9295-75-1.

LEVINE, Donald – **Visões da tradição sociológica**. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997. ISBN 85-7110-392-5.

LOPES, Manuel – **A metodologia da Grounded Theory: um contributo para a conceitualização na enfermagem**. Revista Investigação em Enfermagem. Nº 8, (2003), p. 63-74.

MALINSKI, Violet – **Nursing research and the human sciences**. Nursing Science Quarterly. Vol.15, nº 1 (2002), p. 14-20.

MARTINS, Gilberto (2006). **Sobre confiabilidade e validade**. RBGN, S. Paulo. Vol.8, nº 20 (2006), p. 1-12.

MAY, Tim - **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. Trad. Carlos Alberto Silveira Netto Soares. 3^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. ISBN 85-363-0199-6.

MILLS, Jane; BONNER, Ann; FRANCIS, Karen – **The development of constructivist Grounded Theory**. International Journal of Qualitative Methods, 5 (1), March,2006, p. 1-10.

MOREIRA, Carlos - **Teorias e práticas de investigação**. Lisboa: ISCSP, 2007. ISBN 978-972-8726-95-9.

MORSE, Janice - **Aspectos essenciais de metodologia de investigação qualitativa**. Trad. Ana Paula Sousa Espada. Coimbra: Formasau, 2007.

NAJAFI, Tahereh; EMAMI, Azita – **Grounded Theory: methodology and philosophical perspective.** Nurse Researcher. 17, 1 (2009). p. 15-23.

PENEF, Jean - **L'hôpital en urgence.** Paris: Editions Métailié, 1992. ISBN 2-86424-115-3.

PERETZ, Henri - **Métodos em sociologia.** Trad. Joaquim Cândido Machado da Silva. Braga: Temas e Debates, 2000. ISBN 972-759-216-3.

POLIT, Denise; BECK, Cheryl; HUNGLER, Bernardette. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** Trad. Ana Thorell. 5ª ed. S Paulo: Artmed., 2004. ISBN 0-7817-2557-7.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van - **Manual de investigação em ciências sociais.** Trad. João Minhoto Marques e Maria Amália Mendes. Lisboa: Gradiva, 1992. ISBN 972-662-275-1.

REED, Pamela – **The practice turn in nursing epistemology.** Nursing Science Quarterly. Vol. 19, nº 1 (2006), p. 36-38.

REED, Pamela – **The practice of nursing science: crossing boundaries.** Nursing Science Quarterly. Vol.28, nº1 (2008), p. 37-44.

REED, Pamela; RUNQUIST, Jennifer – **Reformulation of a methological concept in Grounded Theory.** Nursing Science Quarterly, 20:2 (2007), p. 118-122.

RUQUOY, Danielle. - **Situação de entrevista e estratégia do entrevistador.** In: Albarelo, Luc, coord. Práticas e métodos de investigação em ciências sociais. Lisboa: Gradiva, 1997.

SANTOS, Boaventura de Sousa - **Introdução a uma ciência pós-moderna.** 5ª ed. Porto: Afrontamento, 1998. ISBN 972-36-0207-5.

SANTOS, Boaventura de Sousa - **Um discurso sobre as ciências.** 11ª ed. Porto: Afrontamento, 1999. ISBN 972-36-0174-5.

SILVA, Santos e PINTO, Madureira - **Metodologia das ciências sociais.** 9ª ed. Porto: Afrontamento, 1986. ISBN 978-972-3605-03-7 (reimpressão: 1999).

SOARES, Maria Luísa - **O que é o conhecimento? – introdução à epistemologia.** Porto: Campo das Letras, 2004. ISBN 972-610-857-8.

SPRADLEY, James - **Participant observation.** Orlando: Library of Congress Cataloging in Publication Data, 1980. ISBN 0-03-044501-9.

STEINER, George coord. - **A ciência terá limites?** Trad. Patrícia Beldade e outros. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian – Gradiva, 2008. ISBN 978-989-616-256-6.

STERN, Phyllis - **Explorar a teoria fundamentada**. In: MORSE, Janice, coord. Metodologia de Investigação Qualitativa. Coimbra: Formasau, 2007. p. 212-222.

STRAUSS, Anselm - **La trame de la negociation**. Coord. Isabelle Baszanger. Paris: L'Harmattan, 1992. ISBN 2-7384-1411-7.

STREUBERT, Helen; CARPENTER, Dona – **Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista**. Trad. Ana Paula Sousa Santos. 2ª ed. Loures: Lusociência. 2002. ISBN 972-8383-29-0.

WALLERSTEIN, Immanuel pres. - **Para abrir as ciências sociais: relatório da comissão Gulbenkian para a reestruturação das ciências sociais**. Trad. Ângela Maria Moreira; João Paulo Moreira. Sintra: Publicações Europa-América, 1996. ISBN 972-1-04099-1.

WALKER, Lorraine; AVANT, Kay - **Strategies for theory construction in nursing**. 4ª ed. New Jersey: Pearson - Prentice Hall, 2005. ISBN 0-13-11912b-8.

WALKER, Jan; SOFAER, Beatrice - **Randomised controlled trials in the evaluation of non-biomedical therapeutic interventions for pain: the gold standard?** Nursing Times Research. Vol. 8, (2003), p. 317-329.

WILBER, Ken - **Uma teoria de tudo**. Trad. Mário Oliveira; Pedro Soares. Cruz Quebrada: Estrela Polar, 2000. ISBN 972-8929-07-2.

Referências Normativo/Legais e Linguísticas

ALEXANDRE, Diniz; CALADO, Beatriz; ALMEIDA, Manuela coord. - Plano Nacional de Luta contra a Dor. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2001. (Aprovado por despacho ministerial em 26 de Março de 2001).

DECRETO-LEI nº 104/98 de 21 de Abril. Diário da República – I Série – A. (Ministério da Saúde. Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o seu Estatuto).

Dicionários escolares: dicionário de inglês-português. Porto: Porto Editora, [s.d.]. ISBN 972-0.05320-8.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0**. Trad. António Manuel Vieira Alves da Silva e outros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006. ISBN 92-95040-36-8.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. **Health informatics: integration of a reference terminology model for nursing: ISO 18104**.

Geneva, 2003. Available from:
http://www.iso.org/iso/iso_catalogue/catalogue_tc/catalogue_detail.htm?csnumber=33309

LEI nº 111/2009 de 16 de Setembro. Diário da República, 1ª Série – nº 180. (Procede à 1ª alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo decreto-lei nº 104/98, de 21 de Abril).

LEI nº 45/2003, de 22 de Agosto. Diário da República – I Série – A. Lei do (Enquadramento Base das Terapêuticas Não Convencionais).

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Divulgar competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2004.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2007.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Enunciado de posição da ordem dos enfermeiros: consentimento informado para intervenções de enfermagem**. Ordem dos Enfermeiros. Nº 25 (2007), p. 11-17.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Dor: guia orientador de boa prática**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. **Circular Normativa Nº 11 DSCS/DPCD. 18/06/2008**. Programa Nacional de Controlo da Dor.

PORTARIA nº 256/2005 de 16 de Março. Diário da República –I Série – B. Ministério das Actividades Económicas e do Trabalho. Aprova a actualização da Classificação Nacional das Áreas de Educação e Formação.

ROYAL COLLEGE OF NURSING – **Complementary therapies in nursing, midwifery and health visiting practice: RCN guidance complementary therapies into clinical care**. London: RCN, 2003.

VILLAR, Mauro de Salles, dir. – **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Tomos I a VI. Lisboa: Círculo de Leitores, 2002.

VILLAR, Mauro de Salles, dir. – **Dicionário Houaiss: sinónimos e antónimos**. Lisboa: Círculo de Leitores, 2007

Referências electrónicas

FONNEBO, Vinjar - **Researching complementary and alternative treatments – the gatekeepers are not at home** . BMC – Medical Research Methology, 2007. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/7/7>.

FRISCH, Noreen – **Nursing as a context for alternative/complementary modalities**. Online Journal of Issues in Nursing. Vol. 6, nº 2 (May 2001). [Acedido a 25/4/2007]. Disponível em: http://www.nursingworld.org/ojin/topic15/tpc15_2.htm.

GRECO, John; TURRI, John - **Virtue epistemology**. Stanford Encyclopedia of Philosophy. 1999/2004. [Acedido a 4/2/2007]. Disponível em: <http://plato.stanford.edu/entries/epistemology-virtue/> .

JASON, Baehr. **Virtue epistemology**. Loyola Marymount University - The Internet Encyclopedia of Philosophy, 2006. [Acedido a 28/2/2007]. Disponível em: <http://iep.utm.edu/v/VirtueEp.htm>.

ORDEM DO ENFERMEIROS – **Membros: evolução do número de enfermeiros, 2000-2010**. Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt .

PATTERSON, Christine e outros - **Complementary therapy practice: defining the role of advanced nurse practitioners**. *Journal of Clinical Nursing*, 12 (6), 2003. Disponível em: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2702.2003.00819.x>

RANKIN-BOX - **Therapies in practice: a survey assessing nurse use of complementary therapies**, 1997. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=A>

SILVA, Mary; LUDWICK, Ruth – **Ethical issues in complementary/alternative therapies**. Online Journal of Issues in Nursing. 2001. [Acedido a 25/04/2007]. Disponível em: http://www.nursingworld.org/ojin/ethicol/ethics_7.htm

SOHN, Patricia; COOK, Cynthia - **Nurse practitioner knowledge of complementary alternative health care: foundation for practice**. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 39, 2002. Disponível em: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.2002.02238..?journal...>

ANEXOS

ANEXOS – Organização

Organizámos os anexos em 3 grupos, os quais se referem respectivamente: aos procedimentos de preparação da pesquisa; aos instrumentos/procedimentos de colheita de dados; e à análise dos dados; o seguimento desta lógica pode implicar que não sejam referenciados no texto do relatório segundo a ordem numérica sequencial.

Relativos aos procedimentos de preparação da pesquisa:

- Quadro-síntese dos estudos obtidos pela revisão sistemática da literatura (anexo I)
- Carta de pedido de autorização para a observação (anexo II)
- Carta de cedência de autorização para a observação (anexo III)
- Modelo de consentimento informado (anexo IV)

Relativos à construção dos instrumentos colheita de dados:

- Guião de entrevista (anexo V)
- Guião de observação (anexo VI)
- Notas de contextualização (anexo VII)
- Notas metodológicas e reflexivas (Excertos) (anexo VIII)

Relativos à análise de dados:

- Constituição da base de dados (anexo IX)
- Roteiro de análise: um exemplo dos procedimentos (anexo X)
- Excerto de *memorandum* inicial (anexo XI)
- Quadro das categorias induzidas (anexo XII)
- Relatório do workshop de validação da análise dos dados (anexo XIII)
- Documento orientador de ajuizamento científico da análise dos dados (anexo XIV)

Anexo I – Quadro nº 10: síntese dos estudos obtidos pela revisão sistemática de literatura

Método	Estudos Primários	Revisões Sistemáticas
População	Pessoas doentes.	Pessoas doentes.
	Pessoas saudáveis.	Pessoas saudáveis
	Profissionais de saúde	
Intervenções (ões)	- Utilização da música: diminuição da ansiedade pré-operatória - Acupressão: agitação comportamental na demência - Acupressão: diminuição das náuseas por quimioterapia.	Pessoas com: - Dor (de qualquer tipo): música; - Lombalgia: massagem; - Ansiedade: meditação; - Feridas agudas: toque terapêutico.
	- Recitação de Mantras: situações de stress - Toque terapêutico/Reiki: estado de relaxamento e redução do stress; - Massagem terapêutica vs técnicas de relaxamento “em áudio”: redução do stress.	- Mulheres em trabalho de parto: acupuntura; acupressão; hipnose; música; aromaterapia; massagem.
	- Avaliação de conhecimentos, atitudes e comportamentos, face ao uso de CAM	
Outcomes	Efeitos significativos na redução de: - Ansiedade pré-operatória; - Agitação comportamental; - Náuseas por quimioterapia.	- Melhoria significativa do alívio da dor, em 55% dos estudos; - Resultados <u>variáveis</u> na redução da lombalgia; - Redução significativa da ansiedade, com meditação transcendental. - Resultados <u>contraditórios</u> , na cicatrização de feridas.
	- <u>Útil</u> no controlo de pensamentos indesejados e emoções, e redução da insónia; - Melhorias significativas , com alteração de parâmetros biológicos; - Melhorias significativas nas duas modalidades (mas forte preferência dos clientes pela massagem).	
	- Interesse em aprender, abertura; referenciação de clientes.	- Acupuntura e auto-hipnose, revelaram-se importantes no controlo da dor, com redução significativa da necessidade de analgesia farmacológica.
Desenho	Qualitativo: 1 Quantitativo: 3 RCT: 2 Experimental: 1 Quasi-experimental: 1	Ensaio aleatório ou quasi-aleatório: 8 RCT: 71
País, Ano	China: 2002; 2007 EUA: 2000. Escócia: 2003; EUA: 2001; 2006. EUA: 2005; UK: 2004	1999 – 2006

Anexo II – Carta de pedido de autorização para a observação

Exmº Sr Presidente do Conselho de Administração
do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE
Dr. Manuel António Silva

Meu nome é Maria Irene Santos, sou enfermeira, professora na escola Superior de Saúde de Santarém e estou a fazer o curso de Doutoramento em Enfermagem, na Universidade de Lisboa.

Encontro-me a desenvolver a tese de doutoramento no âmbito da “integração de modalidades terapêuticas não convencionais na prática de enfermagem” (também designadas não farmacológicas ou complementares), tendo entrevistado no mês de Maio p.p. a Srª enfermeira Graças Folhas, que gentilmente se disponibilizou.

Tomei conhecimento, através da referida entrevista e também da “Info”, revista da v/ Instituição, do projecto Bem-Estar, relativamente ao tratamento da dor oncológica, que considero do maior interesse no âmbito deste tipo de intervenções de Enfermagem.

Tendo iniciado a minha pesquisa através da realização de entrevistas a enfermeiros que, em diversos hospitais realizam algumas destas terapias, estou neste momento a programar a 2ª fase da investigação em que a colheita de dados será feita pela técnica de Observação Participante.

Assim, esta carta tem por objectivo solicitar a VEXª autorização formal para realizar Observação na Unidade da Dor da v/ Instituição, nomeadamente nas situações de prestação de cuidados de enfermagem, assentes nas terapias não convencionais, com os objectivos de:

- Identificar estratégias e modos de intervenção dos enfermeiros na utilização deste tipo de terapias;
- Percepcionar níveis e áreas de eficácia terapêutica destas terapias;
- Aprender a *dinâmica cuidativa* subjacente à prestação deste tipo de cuidados, tendo por base a díade enfermeiro-doente.

Como a própria técnica de colheita de dados pressupõe, após cada situação observada poderá ser indicada a realização de entrevistas informais e de curta duração aos actores do processo de cuidados: enfermeiros e doentes, numa perspectiva de clarificação dessas

mesmas situações; na mesma linha, as notas de campo relativas a cada situação observada, depois de efectuado o registo expandido, serão validadas com o enfermeiro prestador de cuidados do respectivo período de trabalho/observação.

Dada a existência de apenas dois dias por semana para este tipo de atendimento na Unidade da Dor e os requisitos da técnica de Observação Participante, não me é possível determinar antecipadamente, com rigor, a duração da mesma; em cada dia de presença, os períodos de Observação serão combinados com os enfermeiros responsáveis pela prestação de cuidados. A data de início mais favorável, tendo em conta o andamento da pesquisa, seria o próximo mês de Abril.

Ciente da delicadeza das situações de cuidados, comprometo-me, como é meu dever de investigadora (e de enfermeira) a respeitar plenamente o sigilo e a privacidade das situações observadas, bem como o anonimato dos diversos intervenientes no processo de cuidados: enfermeiros e doentes/famílias.

Coloco-me inteiramente ao v/ dispor para quaisquer esclarecimentos adicionais que entender necessários, pela via que entender mais adequada.

Convicta de que o meu pedido merecerá o v/ melhor acolhimento pelo interesse de que, estou certa, se reveste para a enfermagem e para os utentes dos serviços de saúde, na procura dos cuidados mais adequados às suas necessidades, aguardo a v/ resposta, que antecipadamente agradeço, enviando os meus melhores cumprimentos.

Santarém, 18 de Fevereiro de 2009

Maria Irene Santos

Contactos:

Tlm: 96 638 89 89

e-mail: marirene_mps@hotmail.com

Endereço: Rua de Timor, lote 7, Jardim de Cima

2005-439 Santarém

Anexo III – Carta de cedência de autorização para observação



INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE COIMBRA
FRANCISCO GENTIL, E.P.E.

16-04-09 1457

Exma. Senhora
Enf. Maria Irene Santos
Rua de Timor, Lote 7
Jardim de Cima
2005-439 SANTARÉM

Nossa referência
CR/SCA

Assunto: Realização de observação no âmbito da tese de doutoramento "À integração de modalidades terapêuticas não convencionadas no processo clínico".

Em resposta ao V. ofício, sobre o assunto em epígrafe, informa-se V. Exa. que, com base nos pareceres favoráveis da Comissão de Ética, da Sra. Enfermeira Chefe do Serviço de Cirurgia, da Sra. Enfermeira Directora e do Sr. Director Clínico, o Conselho de Administração autorizou o V. pedido.

Com os melhores cumprimentos.

PEL'O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
O PRESIDENTE

(Dr. Manuel António L. Silva)

Anexo IV – Modelo de consentimento informado

PROGRAMA DE DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM - UNIVERSIDADE DE LISBOA

REALIZAÇÃO DE UM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

O estudo em desenvolvimento destina-se a compreender o efeito dos cuidados de enfermagem que os enfermeiros do IPO facultam aos seus doentes, na Unidade da Dor.

Para isso, a investigadora, que também é enfermeira, permanecerá por alguns períodos a observar a prestação de cuidados, não interferindo directamente nos mesmos; se o doente manifestar o desejo de interromper a situação de observação isso será respeitado.

No final, poderá ter interesse para o estudo fazer uma pequena entrevista ao doente ou família, sendo o sigilo e o anonimato dos mesmos integralmente respeitados; de acordo com o compromisso assumido, da presença da investigadora não resultará qualquer dano para os doentes/famílias.

Assim, solicita-se que, após devidamente informado, o doente (ou, em caso de seu impedimento, a pessoa significativa), preencha este documento, dando o seu consentimento, nos seguintes termos:

Eu, abaixo assinado, declaro que aceito a presença da investigadora Maria Irene Santos, enquanto estiver a receber os cuidados de enfermagem que habitualmente me são prestados, bem como a conceder, se para isso for solicitado(a), uma curta entrevista, de acordo com a utilidade para o estudo, no qual participo livremente.

Nome: _____

Coimbra, ____/____/____

Anexo V - Guião de entrevista

Objectivos:

- Identificar as modalidades terapêuticas não convencionais que os enfermeiros utilizam na sua prática;
- Identificar o significado atribuído à utilização deste tipo de modalidades no processo de cuidados
- Colher contributos para a clarificação das estratégias de integração deste tipo de terapias, na prática de enfermagem.
- Identificar áreas da prática mais propícias à utilização de modalidades terapêuticas não convencionais.

Questões:

1- O que pensa sobre a integração de modalidades terapêuticas não convencionais, na prática de enfermagem?

2 – Que modalidade(s) terapêutica(s) não convencional(ais) utiliza, na sua prática?

2.1 – Como é que as utiliza?

Indicadores:

- Estratégias de utilização: abertura vs. Invisibilidade
- Tempos e espaços próprios vs. Tempos e espaços comuns aos cuidados *habituais*

3 - Quais são as principais dificuldades que sente, nessa utilização?

Indicadores:

- Credibilidade/confiança nas Instituições Formadoras
- Aceitação (dos pares, da equipa de saúde, dos órgãos reguladores da profissão)
- Credibilidade/aceitação pelos clientes

4 – Como lida com essas dificuldades?

5 - Que áreas da prática identifica como mais propiciadoras à integração deste tipo de terapias?

Indicadores:

- Conhecimento (concreto) de utilização de terapias não convencionais.

6 – Que avaliação faz, da eficácia das modalidades terapêuticas não convencionais, que utiliza?

6.1 – Como faz essa avaliação?

Indicadores:

- Verbalização dos utentes
- Verbalização de familiares/pessoas significativas
- Alteração de parâmetros fisiológicos

Fontes bibliográficas:

Blanchet, A. E Gotman, A. (1992). L'Enquête et ses Méthodes: L'Entretien. Paris: Editions Nathan.

Charmaz, K. (2006). Constructing Grounded Theory. A practical Guide through Qualitative Analysis. London: SAGE Pub.

Flick, U. (2005). Métodos Qualitativos na Investigação Científica. Lisboa: Monitor.

May, T. (2004). Pesquisa Social: Questões, Métodos e Processos. (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Moreira, C. (2007). Teorias e práticas de Investigação. Lisboa: ISCSP.

Peretz, Henri (2000). Métodos em Sociologia. Lisboa: Temas e Debates.

Anexo VI – Guião de observação

Programa de Doutoramento em Enfermagem

Universidade de Lisboa

Guião de Observação Participante

(**Questão de investigação:** *Como é que os enfermeiros de uma Unidade de Dor, em contexto hospitalar, integram modalidades terapêuticas não convencionais no processo de cuidados?*)

Abril, 2009

Observação de “Grande Volta” * (Spradley, 1980)

Objectivos	Dimensões	Indicadores
Caracterizar genericamente o contexto de observação, dos pontos de vista do espaço, dos actores e das actividades desenvolvidas	A - Espaço	A – Características do espaço físico: dimensão, cor, temperatura ambiente, adequação às actividades desenvolvidas, etc.; pode incluir planta do espaço
	B - Actor	B - As pessoas envolvidas (enfermeiros e doentes): caracterização sócio-demográfica; razões da procura (doente)
	C – Actividade	C - Conjunto de actos relacionados que as pessoas desenvolvem em interacção: prestação de cuidados (díade enfermeiro-doente; relação entre elementos da equipa de saúde)
	D – Objectos	D - Instrumentos e/ou equipamentos de trabalho; pode incluir o mobiliário, objectos decorativos, etc.
	E - Actos	E - “Acções simples” que as pessoas desenvolvem isoladamente; a preparação individual do espaço de trabalho
	F - Tempo	F – Duração e sequencialidade das diversas actividades de cuidados
	G - Finalidade(s)	G – o que se espera alcançar: respostas humanas mais eficazes à situação de doença
	H – Sentimentos	H – Emoções expressadas pelos participantes: enfermeiros e doentes/famílias

Observação de “Pequena Volta”***(Spradley, 1980)

Objectivos	Dimensões	Indicadores - (Estar atenta a)
<p>1 - Identificar estratégias e modos de intervenção de enfermagem na utilização de modalidades terapêuticas não convencionais;</p>	<p>A - Razões para a acção</p> <p>B - Características das modalidades terapêuticas que utiliza</p> <p>C - Individualização da terapia</p> <p>D - Registo das MTNC</p>	<p>A - Como é que o enf. avalia a necessidade de cuidados? Mobiliza registos anteriores? Questiona doente/família? Tem em conta apreciação doutros elementos da equipa?</p> <p>B - Que MTNC utiliza? Como as utiliza: técnicas <i>puras</i> ou combina várias, recompondo uma terapia diferente? Como as nomeia/fala sobre elas? A que <i>coisas</i> chama cuidados de enfermagem?</p> <p>C - Executa-as sempre do mesmo modo ou adequa-as à situação da pessoa? Como tem em conta a avaliação feita no início da sessão?</p> <p>D - Como é que o enfermeiro regista os cuidados? Registo <i>standardizado</i>? Que taxonomia? O que valoriza no registo: a sua observação vs a verbalização do doente/família?</p>
<p>2 - Percepcionar áreas e indicadores de eficácia terapêutica destas terapias;</p>	<p>A - Áreas em que o efeito terapêutico dos cuidados é/foi mais importante</p> <p>B - Impacto do efeito terapêutico deste tipo de terapias(s) no quotidiano do doente/família</p>	<p>A - Avaliar <i>funcionamento</i> do doente nas dimensões:</p> <ul style="list-style-type: none"> * fisiológica: alimentação, mobilização, sono, eliminação, comunicação, dor... *emocional: expressão de sentimentos; capacidade de manter a esperança... *psicológica: atitude <i>ánimica</i> face à situação de doença; conhecimento e crenças face ao prognóstico... *social: interacção com família, amigos, vizinhos, rede social habitual *espiritual: atribuição de sentido à vida, ao sofrimento, à morte em perspectiva... <p>B - Actividades do quotidiano (mais) favorecidas pelo efeito terapêutico das MTNC: menos queixas? Mais participação do doente na vida familiar? Melhor tolerância ao esforço? Maior independência e autonomia?</p>

	<p>C – Indicadores de eficácia terapêutica</p> <p>D - Duração do efeito terapêutico</p>	<p>C – Como mede(m) a eficácia terapêutica ? Parâmetros biológicos? Quais? Parâmetros subjectivos de bem-estar? Como é que o doente os descreve/se lhes refere? Que avaliação faz o enfermeiro?</p> <p>D - apenas com as MTNC? Terapêutica farmacológica associada: diminuição da dose?</p>
<p>3 - Apreender a <i>dinâmica cuidativa</i> subjacente à prestação deste tipo de cuidados, tendo por base a díade enfermeiro-doente.</p>	<p>A - Comunicação terapêutica</p> <p>B - Importância da relação</p> <p>C - Participação do doente/família nos seus próprios cuidados</p> <p>D – Estratégias de auto-preservação do enfermeiro</p>	<p>A - A escuta activa/terapêutica ; tipos de discurso; “o <i>meio-dito</i> e o que fica por dizer”; a comunicação não verbal: mímica, postura corporal, sinais de disponibilidade, arranjo pessoal...</p> <p>B - A interacção enfermeiro/doente: que (tipos de) <i>presença</i> do enfermeiro? Como é que o enfermeiro percepção <i>a sua presença</i> junto do doente? Que <i>estatuto</i> tem o doente na relação com o enfermeiro? Como é que o enfermeiro <i>toca</i> o doente? Que consciência tem do toque? Como gere o toque instrumental enquanto base das modalidades terapêuticas que oferece ao doente?</p> <p>C - <i>Empoderamento</i> do doente/família pelo enfermeiro/capacitando para o auto-cuidado: EPS (Educação Para a Saúde); que continuidade de cuidados é possível desenvolver pelo doente/família?</p> <p>D - Que tipo de desgaste identifica o enfermeiro mais frequentemente em si próprio? Como é que gere o desgaste deste tipo de cuidados? Que instrumentos de reequilíbrio utiliza? Como se protege?</p>

* Diz respeito aos referenciais mais genéricos da situação; serve, sobretudo, para o investigador se orientar no *terreno*.

** Refere-se aos **aspectos particulares e específicos** da situação social a observar, tendo em conta (direccionada ao) o objecto de estudo.

Fontes bibliográficas:

Arborio, Anne-Marie e Fournier, Pierre (1999). L'Enquête et ses Méthodes: L'Observation Directe. Paris: Nathan.

Burgess, R. (1997). A Pesquisa de Terreno - Uma Introdução. Oeiras: Celta Editora.

Charmaz, K. (2006). Constructing Grounded Theory. A practical Guide through Qualitative Analysis. London: SAGE Pub.

Flick, U. (2005). Métodos Qualitativos na Investigação Científica. Lisboa: Monitor.

May, T. (2004). Pesquisa Social: Questões, Métodos e Processos. (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Peretz, Henri (2000). Métodos em Sociologia. Lisboa: Temas e Debates.

Spradley, James (1980). Participant Observation. Florida: Library of Congress Cataloging in Publication Data.

Moreira, C. (2007). Teorias e práticas de Investigação. Lisboa: ISCSP.

Anexo VII – Notas de contextualização

OBSERVAÇÃO DE *GRANDE VOLTA*⁶

A Instituição Hospitalar na qual decorreu a observação foi o Centro Regional de Oncologia de Coimbra (estamos autorizados a divulgar o nome da Instituição), mais conhecido por Instituto português de Oncologia de Coimbra, criado em 1962, como Centro Anticancerígeno. Integra, conjuntamente com os Centros Oncológicos de Lisboa e Porto, o Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil. Cobre uma população de mais de 2 milhões de habitantes, tendo como área de atracção toda a Região Centro; no entanto atende doentes de todo o País, desde que referenciados pelo respectivo médico. De acordo com informação gentilmente cedida pela Sr^a Enf^a Directora, em Maio de 2009, tem uma capacidade de 186 camas, sendo o número de profissionais, em 31/3/2009, de 923, dos quais 240 enfermeiros.

Assume como Missão “desenvolver acções nos domínios de prestação de cuidados de saúde, da prevenção primária e secundária, da investigação, da formação e ensino oncológicos, do rastreio oncológico, do registo oncológico e da colaboração na definição e acompanhamento de execução da política oncológica nacional” (IPOFG – CROC, SA, 2004).

Assenta numa tipologia organizacional tripartida em Serviços de Prestação de Cuidados, Serviços de Suporte à Prestação de Cuidados e Serviços de Gestão e Logística; os primeiros, aos quais pertence a Unidade (de Tratamento) da Dor⁷ (contexto der observação), estão estruturalmente organizados em departamentos, um dos quais - o Departamento de Especialidades Cirúrgicas - integra o serviço de anestesia, ao qual está directamente afectada a referida unidade.

OBSERVAÇÃO DE *PEQUENA VOLTA*⁸

Aqui, na sala de massagem, realizam-se modalidades terapêuticas não convencionais, sobretudo massagem terapêutica - como a designam os enfermeiros - reflexologia, musicoterapia, relaxamento induzido por voz (através de gravação áudio), aplicação de agentes físicos (calor e frio) e, por vezes, aromaterapia. Se a maioria destas modalidades são facilmente observáveis, no que se refere à massagem propriamente dita, esta configura uma situação de cuidados complexa em que, a par dos vários movimentos de manipulação corporal que a caracterizam (deslizamento, amassamento, percussão e vibração), estão presentes outras *formas de cuidar*, nomeadamente relacionais e de presença, provavelmente nem sempre conscientes mas encerrando um enorme

⁶ De acordo com Spradley (1980), este tipo de observação diz respeito aos referenciais mais genéricos da situação; serve, sobretudo, para o investigador se orientar sobre o terreno.

⁷ Esta Unidade foi caracterizada no capítulo 3 deste relatório, mostrando os aspectos relevantes para o conhecimento do processo de investigação, nomeadamente no que se refere ao espaço, aos actores e às actividades desenvolvidas.

⁸ De acordo com Spradley, (1980), este tipo de observação refere-se aos aspectos particulares e específicos da situação social a observar, tendo em conta o objecto de estudo.

potencial terapêutico; *de* notar, também, actividades educativas e de apoio psicológico/emocional, no sentido de capacitar os doentes a gerir o seu processo de doença com o máximo de independência e de bem-estar.

As várias situações de observação a seguir descritas dão conta dessa complexidade, recompondo sucessivamente e por fragmentos as várias actividades de cuidados, umas mais objectivas, outras mais subtis, decorrentes de um processo de observação rigoroso dos aspectos particulares e específicos da situação social em estudo, tendentes a um posterior empreendimento de análise, compreensão, e nomeação, quando apropriado, desses mesmos cuidados. O fio condutor da descrição será o doente/utente, na medida em que vários enfermeiros, em diferentes dias, cuidam de cada um dos doentes, sujeitos deste programa; assim, os vários momentos de observação centrados num mesmo doente estão devidamente datados e identificado o enfermeiro que co-constituiu a *diade* observada; os nomes de todos os participantes são fictícios, para preservação do anonimato (apesar da maioria dos doentes e alguns enfermeiros se terem manifestado no sentido de poder/dever usar os seus nomes reais).

Para evitar repetições na descrição das várias situações observadas, e apesar destas terem como *pano de fundo* comum a massagem, não apresentamos a técnica em pormenor, relativamente a todas elas, dado que consideramos que a apresentação da massagem-padrão, reconstituída a partir dos vários momentos de observação, *mostra* adequadamente a referida técnica; assim, a partir do registo condensado, seleccionamos, para desenvolver o registo expandido apenas os aspectos que, em cada situação, se nos revelarem mais interessantes: leia-se, com maior poder analítico, face à diversidade e subtilidade de práticas cuidativas possíveis de identificar.

Uma primeira constatação impõe-se-nos: a massagem aqui realizada é constituída por uma diversidade de tipos de massagem quase tão numerosos quantos os enfermeiros que a realizam; partindo duma formação de base relativamente comum (pós curso de base), cada enfermeiro tem vindo a completar essa formação em vários outros momentos e com diferentes formadores, o que os capacita diferencialmente para o desempenho da técnica de massagem; por outro lado, esta é uma situação de cuidados, como já vimos, caracterizada por uma grande proximidade entre os dois elementos da *diade*, o que a torna particularmente sensível à vivência de cada um dos actores, no momento em que a interacção acontece: relativamente ao enfermeiro, não só o seu estado físico mas também emocional, a capacidade de se entregar, a disponibilidade para acolher o outro, o estar “aqui e agora”... tudo isto são factores que influenciam grandemente o modo como a acção se vai desenvolver. Por outro lado, a situação particular de saúde e de vida dos doentes/utentes, numa perspectiva mais global, e o modo como cada um se apresenta “no momento”, avaliado pelo enfermeiro no início da interacção, orientam para uma abordagem diferenciada, consoante as situações, o que pode passar por modalidades como: massagem completa, massagem parcial (com as imensas variantes que admite), relaxamento guiado por voz ou relaxamento com música, aplicação de calor ou de frio, realização da massagem predominantemente em silêncio ou

conversando (e estimulando a conversação), dando orientações de auto-cuidado, entre outras. Estes aspectos levam a que, as várias sessões de massagem, como formalmente são referidos estes momentos de atendimento, sejam todos diferentes entre si e irrepetíveis.

A descrição a seguir apresentada pretende reconstituir uma massagem completa, dando conta do modo de fazer predominante da generalidade dos enfermeiros, apesar da enorme variabilidade individual que assinalámos.

Assim, a realização da massagem compreende basicamente 2 momentos: a preparação do ambiente e a técnica propriamente dita.

Preparação do ambiente

Compreende: marquesa “feita”, com dois lençóis e colcha; sala escurecida, através do fecho do estore e persiana da janela exterior, bem como dos estores das 4 clarabóias interiores; a música, escolhida normalmente em função do gosto do enfermeiro, mas “validada” com cada doente, atendendo-se à sua preferência, se manifestada (o que nunca observámos acontecer); mesa de apoio próxima da marquesa, com os óleos e/ou cremes de massagem a utilizar, que vão dos simplesmente hidratantes aos aromatizados e aos anti-inflamatórios; colocação de uma ou várias toalhas sobre o aquecedor a óleo, para aplicação de calor seco, se necessário; por vezes, uma taça de inox com água quente salgada, com dupla finalidade: aquecer o óleo de massagem, em *banho-maria*, e enxaguar as mãos dos enfermeiros, aquando da lavagem das mesmas, após a massagem de cada doente/utente.

O passo seguinte é o convite à entrada do doente marcado para a respectiva *hora* de atendimento, e a avaliação da sua situação, tendo como referência principal o nível de dor - avaliada pelos respectivos doentes, na escala quantitativa de 0 – 10, mas englobando vários outros aspectos da sua vida, não só fisiológicos mas também psicológicos, relacionais e sociais; esta avaliação é feita com base numa pequena entrevista e na consulta do respectivo processo clínico. Desta avaliação resulta uma tomada de decisão partilhada entre enfermeiro e doente, face ao tipo de massagem a fazer: total ou parcial (e, neste caso, que parte do corpo), sendo contudo mobilizados vários outros factores nesta decisão, tal como o tempo disponível, quer do enfermeiro quer do doente, bem como o tipo de massagem feito na sessão anterior; negocia-se, também, nesta altura, o tipo de relaxamento a fazer a seguir à massagem: se apenas com música ou se guiada por voz, através de gravação áudio e, neste caso, que orientação (uma vez que a unidade dispõe de 2 versões de relaxamento).

A pessoa despe-se, sendo ajudada, se necessário, e coloca a sua roupa sobre uma cadeira destinada a esse fim e/ou no bengaleiro, à entrada da sala; deita-se então sobre a marquesa, normalmente em decúbito ventral, pois a massagem, na sua forma *padronizada*, é iniciada pela face posterior do corpo: regiões dorsal e lombo-sagrada.

A massagem Padrão

Princípios gerais: Esta é a técnica reconstituída a partir de vários momentos de massagem observados, que ilustra adequadamente um tratamento completo, fiel aos princípios e *modo de fazer*, de acordo com o aprendido no respectivo curso, “como o professor ensinou”.

Alguns princípios-base – uns explicitados, outros implícitos mas facilmente apreendíveis pela observação, asseguram a necessária uniformidade na diversidade, isto é, que modos diferentes de fazer produzam idêntico efeito terapêutico; a este propósito, uma doente referia: “gosto de todas elas... e também do enfermeiro; são todos diferentes mas saímos daqui sempre muito bem... muito melhor do que entrámos; o efeito é muito parecido” (Eugénia).

Desses princípios, salientamos:

- O “pedir licença” `à pessoa para *entrar* no seu espaço pessoal;
- Manter a pessoa confortável e não desnecessariamente exposta na sua (quase) nudez;
- O creme/óleo de massagem coloca-se nas mãos do enfermeiro e não directamente sobre a pele do doente;
- Os vários movimentos de massagem realizam-se (quase) sempre no sentido da circulação de retorno;
- Os movimentos de deslizamento iniciam e terminam a massagem, bem como fazem a transição entre os vários outros tipos de movimentos;
- Os vários tipos de movimento de massagem são efectuados por 3 vezes;
- Durante todos os procedimentos de uma sessão de massagem, o contacto corporal deve ser mantido;
- A sequência habitual, numa massagem completa, é a seguinte: face posterior do tronco, desde a região nadegueira até ao pescoço, incluindo também, por vezes, o terço superior dos braços; membros inferiores, com sequência perna/pé variável; face anterior do corpo, começando pelo último membro inferior; zona abdominal e torácica, excluindo as mamas; membros superiores, sendo aqui também a sequência mão/braço, variável; ombros, pescoço e face, incluindo por vezes a orelha e a cabeça.

Assim, e tendo em conta a especificidade do doente oncológico, relativamente à sua fragilidade, à existência frequente de cicatrizes operatórias, à probabilidade ou já existência de metástases, ao estado da pele frequentemente apresentando radiodermite (na sequência de submissão a radioterapia), etc., esta massagem assenta fundamentalmente em dois dos quatro movimentos clássicos: deslizamento e amassamento, se bem que em circunstâncias particulares de bom estado geral e sobretudo no doente não oncológico, se utilize também a percussão e a vibração; são, de acordo com as enfermeiras e com a nossa observação, movimentos de fraca intensidade, predominantemente superficiais, validados frequentemente com o doente face ao nível

de conforto proporcionado/nível de dor associado; cada um dos tipos de movimento enunciados admite diversas variantes, que cada enfermeiro executa de acordo com a situação específica de cada doente, em cada momento de cuidado, e da sua preferência pessoal.

A técnica: Doente em decúbito ventral, com ou sem almofada (dependendo da sua preferência), braços estendidos lateralmente ao longo do corpo. A enfermeira coloca um pouco de creme ou óleo de massagem nas suas mãos, que espalha suavemente, friccionando-as uma na outra, o que também tem como função aquecê-las. Começa com movimentos longos e muito superficiais, de deslizamento (ou *effleurage*), espalhando o creme sobre o tronco do doente, como que *a pedir licença* para entrar no seu *espaço íntimo*; os movimentos são ascendentes, no sentido da circulação de retorno, sendo que ao descer sobre o corpo as mãos mantêm o contacto mas aliviam a pressão; os movimentos de deslizamento, agora um pouco mais profundo, fazem a transição entre qualquer outro tipo de movimentos, nomeadamente o amassamento (ou *petrissage*), nas suas diversas variantes, a percussão (ou *tapotement*) e a vibração; estes dois últimos tipos de movimentos não se realizam a todos os doentes, o que o enfermeiro avalia face ao estágio da doença e às consequentes adequações que isso implica; os movimentos de amassamento transversal realizam-se de uma só vez, percorrendo transversalmente todo o tronco, ou em cada hemicorpo, individualmente; outra variante deste tipo de movimentos consiste em percorrer longitudinalmente e/ou em movimentos circulares, com os *nós* dos dedos, toda a face posterior do tronco; quando adequado, mas com frequência reduzida, a enfermeira realiza percussão, normalmente com a mão em concha, bem como a vibração, muito apreciada pelos doentes/utentes; a massagem deste segmento corporal, que compreende os ombros e terço superior dos braços, demora em média 15 a 20 minutos.

Passa-se para os membros inferiores e pés, também na face posterior dos mesmos: à semelhança do anteriormente dito, o creme é espalhado por todo o membro, em movimentos longos, rápidos e superficiais, após o que se realizam os movimentos padrão já descritos, com a devida adequação às dimensões dos membros bem como ao respectivo estado circulatório sendo que, se houver varizes, os únicos movimentos permitidos são a *effleurage*; aqui é mais comum fazer-se percussão com a mão em concha, o que activa a circulação de retorno; algumas enfermeiras realizam uma massagem diferenciada ao pé – reflexologia – dependendo do conhecimento que têm desta técnica, a qual todos reconhecem de enorme utilidade para o doente; a sequência habitual de massagem neste segmento corporal é de pé/perna, ou seja o membro tomado como inteiro, no caso de massagem *simples*, ou perna e pé, separadamente, no caso da massagem reflexa do pé; é relativamente comum, também, a execução de movimentos de rotação a nível da articulação tíbio-társica, e flexão dorsal vs plantar, dos dedos do pé. A massagem simples em cada membro inferior demora de 3 a 7 minutos sendo que, se praticada reflexologia, a duração da mesma é de 10 a 12 minutos.

Nesta altura é pedido ao doente que se posicione em decúbito dorsal, massajando-se agora a face anterior do corpo, começando pelos membros inferiores e, nestes, pelo último massajado na posição anterior, assegurando-se assim uma certa continuidade na manipulação dos tecidos; os procedimentos são idênticos aos anteriores, bem como a duração dos mesmos.

Segue-se a massagem do abdómen, em movimentos circulares que alternam com movimentos seguindo o trajecto do cólon, com base no deslizamento e algum amassamento, sendo também utilizada, com alguma frequência, a percussão, no sentido de activar os movimentos peristálticos do intestino, de acordo com a necessidade e estado do doente; o terço superior do tronco é então também massajado, com particular atenção às mamas, sobretudo na mulher, normalmente cobertas com uma toalha e sobre as quais se evita fazer qualquer tipo de manipulação, confinando-se esta às *zonas vizinhas*. Neste momento da massagem e nas doentes mastectomizadas, faz-se uma *effleurage* muito leve, com creme hidratante, sobre a cicatriz operatória, no sentido de a hidratar adequadamente e evitar situações fibróticas, a este nível.

Os membros superiores são o segmento corporal massajado a seguir, o que inclui braços, antebraços e mãos, sendo que os movimentos e a duração são semelhantes aos utilizados nos membros inferiores e, também aqui, em relação às mãos, alguns enfermeiros fazem reflexologia, o que implica uma adequação da sequência, semelhante à já assinalada para os membros inferiores.

Frequentemente, a massagem dos segmentos corporais mencionados é finalizada com um *movimento sedante* ou de “pentear a pele”, extremamente leve, mal roçando o corpo do doente, e em sentido contrário ao da massagem.

Uma sessão completa termina com a massagem dos ombros, pescoço e face, sendo os movimentos de deslizamento os preferencialmente utilizados nestes locais anatómicos, bem como a petrissage, especificamente nos ombros; alguns enfermeiros dispensam atenção particular à orelha, sem que no entanto isso constitua uma massagem reflexa; contudo, e face à avaliação que fazem do potencial de relaxamento da mesma, consideram que “o importante é massajar”. Uma sessão completa tem a duração aproximada de 1 hora.

Esta descrição *idealtípica* da massagem mostra-nos a técnica “pura”, entendida apenas enquanto manipulação dos tecidos corporais, através dos vários movimentos descritos; contudo, a massagem, como já notámos, vai muito além da manipulação corporal; ainda numa perspectiva puramente descritiva, é possível identificar outro tipo de cuidados complementares e que potenciam os seus efeitos, tais como: a aplicação de frio e de calor – este bastante mais frequente; a escuta activa; a orientação, através do ensino de práticas alimentares, de mobilização e outras, com o objectivo de melhorar globalmente a qualidade de vida do doente; a identificação de outros potenciais problemas relacionados com a evolução da patologia e respectivo encaminhamento; a comunicação verbal e não verbal, traduzida na atenção do enfermeiro relativamente à reacção do doente à manipulação corporal, mas também às mensagens que o corpo envia, a cada momento, captadas através de zonas de contractura, nódulos, flacidez, entre outros; o toque, base fundamental

da massagem e tão bem identificado pelos doentes, ao afirmarem, como ilustramos a seguir: “ao fim de uma semana, o corpo dá sinal... de que precisa ser mexido” (Aida); “ao fim duns dias, parece que o corpo dói mais... parece que está a pedir mais... massagem... precisa que lhe toquem” (Eugénia).

A *simples* presença do enfermeiro é frequentemente *sentida*, em si mesma, como terapêutica, pelos doentes, que referem como “só o estar ali” lhes faz bem: o sorriso, a voz suave, a disponibilidade... são aspectos da relação de uma enorme importância em termos de potencial terapêutico, de que enfermeiros e doentes parecem ter consciência, apesar de (ainda) não nomeados e possivelmente também não considerados, *per si*, como cuidados de enfermagem.

Anexo VIII - Notas metodológicas e reflexivas⁹ (Excertos)

A ENTRADA NO CAMPO

Abril/2009 (dia 28, 1º dia de observação): Um *mergulho* noutro mundo: um mundo desconhecido relativamente ao espaço, aos actores, às práticas concretas; um mundo que se previa fechado e dificilmente penetrável, no qual a construção do nosso papel de investigadora/observadora se nos afigurava, por estas razões, difícil. No entanto, a abertura surpreendeu-nos: sinte-se “em casa; fique à vontade...”, foram expressões várias vezes utilizadas pelas duas enfermeiras presentes no serviço; várias vezes, também, nos sentimos envolvidas e “da casa” quando, após cada sessão de prestação de cuidados, a enfermeira partilhava connosco informação da doente, que considerava interessante ou pertinente para o nosso estudo.

Um aspecto que nos parece grandemente facilitador deste entrosamento mais fácil do que o esperado, no quotidiano dos actores, é o entendimento fácil pela partilha de linguagem, códigos e valores profissionais bem como o conhecimento e o interesse partilhados relativamente a estas terapias: dir-se-ia que a investigação em si mesma é sentida pelas participantes como tradutora da importância da sua prática e por isso a mostram tão facilmente.

Um outro aspecto que nos parece importante na construção deste *clima de observação* prende-se com as características da própria modalidade terapêutica efectuada: com efeito, a massagem caracteriza-se não só por uma grande proximidade da díade enfermeiro/doente como implica uma presença que ultrapassa a dimensão física; em vários momentos tivemos a forte e nítida sensação de que a enfermeira não dava pela nossa presença, era como se não estivesse ali mais ninguém, tal parecia ser a *entrega* à situação de cuidados.

O *efeito do observador* parece ter sido, assim, bastante atenuado, o que não obstante nos exige uma atitude de permanente vigilância e de construção lúcida do nosso papel, conscientes que estamos da sua “delicadeza”.

(...)

A NATURALIZAÇÃO

Mai/2009: a observação continua, de acordo com o programado; o espaço, os circuitos de funcionamento e comunicação inter e intra-equipa vão-se revelando e clarificando; a presença do investigador parece *naturalizada*; uma atitude de vigilância continua a ser necessária, numa gestão adequada e equilibrada do papel de observador participante, tendo em mente *até onde se pode ir*, isto é, o grau de participação aceitável por parte do observador. Esta questão colocou-se-nos com particular acuidade quando, numa fase ainda inicial da observação, fomos confrontadas com o

⁹ Este tipo de notas refere-se a problemas de abordagem ao terreno, constrangimentos, bloqueios ou, pelo contrário, abertura e facilitação, bem como à expressão dos sentimentos do investigador, dando conta da construção do seu papel de observador (Arborio e Fournier, 1999; Peretz, 2000).

convite para realizarmos, nós próprias, uma sessão de massagem, a uma doente que, de acordo com a enfermeira, seria “criteriosamente seleccionada e informada”, no sentido de vivenciar, por dentro, esta situação particular de prestação de cuidados. Foi um convite totalmente inesperado que exigiu de nós um processamento rápido do que significa ser observador participante, no sentido da recusa que, naquele momento, se nos afigurou inevitável, sem que isso permitisse a leitura de desinteresse ou má vontade em colaborar; os argumentos mobilizados foram essencialmente os relativos ao nosso papel, naquele contexto... mas, pressupondo este papel a naturalização do investigador, o tornar-se *um deles* (apesar disso não significar fazer o eles fazem), pareceu-nos não ser argumento suficiente a mobilizar, no sentido em que isso poderia ser entendido como um distanciamento excessivo; assim, mobilizámos também o facto da nossa inexperiência em relação à técnica de massagem, o *não ter a mão feita*, o que seguramente se traduziria em perda da eficácia terapêutica para o doente; este último argumento pareceu equilibrar o efeito de aparente distanciamento do anterior, introduzindo na recusa um elemento de proximidade, entendível e aceitável, no contexto do papel que construíamos, dado termos colocado em evidência a própria finalidade da acção que observávamos.

(...)

Da parte dos doentes a aceitação foi total: surpreende-nos, a cada momento, a facilidade com que se abrem, falando da sua vida e do seu sofrimento, muitas vezes num primeiro contacto, poucos minutos após a nossa apresentação e pedido de autorização para observarmos a situação de cuidados. Sentimo-nos frequentemente como mediadoras da comunicação estabelecida entre enfermeiro e doente quando, durante a realização da massagem, aquele preferia o silêncio e este tinha necessidade de falar sobre aspectos da sua vida que o preocupavam, muitas vezes por desconhecimento: exemplificamos com uma doente que, após várias tentativas pouco conseguidas em estabelecer comunicação verbal com a enfermeira, afirma, olhando para mim: “esta semana fiz uma avaria!”, esperando ter despertado a curiosidade da enfermeira ou a minha, e esperando obviamente uma resposta que *validasse* o seu comportamento, no contexto do seu estado de saúde (esta senhora tinha passado a ferro, tarefa desaconselhada em situação do esvaziamento ganglionar a que tinha sido submetida).

Surpreende-nos, também, a facilidade com que as doentes nos expõem problemas da sua intimidade, com uma abertura que só a confiança no ouvinte permite ter... (...)

A CONFIANÇA

Junho/2009: Sentimos um percurso de observação já com alguma solidez; conhecemos a maior parte dos doentes sujeitos deste projecto, observámos alguns deles em vários períodos, conversámos com eles, acompanhámos a evolução da sua luta pelo bem-estar possível, na sua situação de doença. Conhecemos o funcionamento do serviço para além “do palco”, estamos (mais) a par das dificuldades vividas pelos enfermeiros, nos bastidores, e que condicionam a acção. Ao

longo do período de observação já transcorrido, e situando-nos ainda na relação com os enfermeiros, temos experienciado consistentemente uma relação de confiança face aos aspectos mais subtis da complexa situação de prestação de cuidados que co-protagonizam; exemplificamos: a maior parte das enfermeiras, enquanto procede à massagem, tira os sapatos, colocando um lençol no chão, ou calçando mini-meias de algodão, para proteger os pés. Questionamos habitualmente a razão deste procedimento sendo que, numa 1ª fase, as enfermeiras dão diversos motivos, tais como: “dá-me mais jeito; gosto mais, porque tenho uma base de sustentação maior; é-me mais confortável; é melhor para os doentes porque faço menos *barulho...*”; num segundo momento de conversação, contudo, e após termos dado algum sinal de total abertura face a modalidades de cuidar menos conhecidas e menos aceites – para o que basta falar em *energia*, sob qualquer forma – as enfermeiras quase invariavelmente acrescentam ao já dito que, trabalhar descalças (também) lhes faculta uma *ligação directa à Terra*, o que permite um escoamento das energias negativas emanadas pelos doentes e, como consequência, um desgaste e cansaço muito menores, ao fim do dia de trabalho.

A partir daqui falam abertamente sobre as diversas modalidades terapêuticas de cariz energético que conhecem, manifestando diversos graus de interesse em aprender mais sobre o assunto, estando o reiki no topo das suas preferências. Contam-nos, ainda, a percepção que os doentes verbalizam acerca destes aspectos cuidadosos ainda sem nome, ao fazerem referência: ao calor que emana das mãos dos enfermeiros e como isso é sentido como profundamente agradável; à sensação de choque ou corrente eléctrica que as mãos transmitem; ou ainda à sensação de libertação do seu corpo (dos doentes) de algo que provocava dor e desconforto, através das mãos dos enfermeiros.

Nesta experiência de observação que sentimos já de alguma solidez, somos confrontadas, de novo, com o convite a uma maior participação, no sentido da realização de massagem. Aqui já não respondemos com a recusa mas com o adiamento, sob o argumento de que nos encontrávamos a sistematizar as observações realizadas, o que incluía a execução da técnica propriamente dita, explicação aparentemente aceite. Contudo, este incidente repetido suscitou inevitavelmente uma reflexão e novas leituras sobre o papel do observador, nomeadamente o grau de implicação que seleccionámos, relembramos: o de observador (como) participante, o qual pressupõe um reduzido grau de implicação, sendo que este reduzido é muito pouco clarificado pelos diversos autores. Cremos que se coloca aqui, sobretudo, uma questão de bom senso entre proximidade vs distanciamento ou seja, uma participação mais ou menos activa na acção observada, o que não deixará de nortear a nossa decisão, perante um possível (e certamente altamente provável) 3º convite explicitado à nossa participação activa, relativamente a esta técnica terapêutica específica. Esta atitude de reflexão, permitindo-nos equacionar a hipótese duma eventual participação, não considerada à partida, parece-nos fundamental não já na construção mas na *aceitação*

compreensiva do nosso papel enquanto investigadora, dado tratar-se de valores e conhecimentos relativamente partilhados.

A PARTICIPAÇÃO NA ACÇÃO

Julho/2009 (...)

A experiência de observação está numa fase que podemos designar de maturidade: temos, neste momento, um conhecimento da generalidade dos doentes; frequentemente damos informações aos enfermeiros que observamos, os quais vão à massagem sensivelmente de 5 em 5 semanas, sendo que a nossa presença tem sido praticamente semanal, o que nos permite ter uma visão de conjunto do funcionamento *da massagem*, bem como dos doentes recém entrados neste projecto.

Este aspecto constitui também uma forma de participação na acção que observamos, na medida em que os enfermeiros observados têm em conta a informação que lhes prestamos, reconhecendo que “estamos por dentro” da situação, e que esta informação é *confiável*.

Como antecipáramos, o convite à acção aconteceu de novo, aquando da 13ª sessão de observação, com a enfermeira que o formulara inicialmente. Chegámos ao serviço um pouco antes da hora agendada para o atendimento da 2ª doente; após o arranjo do espaço de atendimento a enfermeira veio à porta para convidar a senhora a entrar; como esta ainda não se encontrava na sala de espera, a enfermeira fez uma pequena pausa, durante a qual tomou conhecimento de algumas alterações entretanto ocorridas, nomeadamente a nível da gestão do espaço: o local de espera tinha passado a ser a sala geral da consulta externa (e já não a pequena sala no interior do serviço, contígua à sala de massagem).

A par dos novos circuitos entretanto estabelecidos a enfermeira foi confrontada com uma situação inesperada: afinal, na sala de espera geral, estavam as senhoras marcadas para a 2ª e 3ª horas, e já com um atraso (ainda que ligeiro) desta última. Era inevitável: preocupada com a situação e disposta a responder em tempo útil e de acordo com o programado, relativamente às duas doentes, a enfermeira solicita-me encarecidamente ajuda, no sentido de cada uma de nós, em simultâneo, realizarmos a massagem, sendo que uma doente ficaria na marquesa, como habitualmente, e a outra deitar-se-ia na cama; far-se-iam, assim, 2 espaços de massagem, improvisados mas adequados, dado o sala dispor de cortina que permitiria a privacidade de cada uma das senhoras relativamente à outra. Era o 3º convite à acção, desta vez transformado em solicitação. Desta vez e tendo em conta as circunstâncias bem como as reflexões anteriores, aceitámos cooperar, realizando uma massagem completa à doente que já conhecíamos (a outra senhora ainda não tínhamos encontrado), na marquesa de massagem, altamente facilitadora da realização desta técnica, quando comparada com a cama.

É difícil discernir com clareza os vários sentimentos vivenciados: em acção, *a enfermeira* assumiu o 1º plano, quer relativamente à execução da técnica propriamente dita quer a todos os

procedimentos que a prepararam e que a sucederam; a investigadora ficou provisoriamente “entre parênteses”, pelo que obviamente não teve em conta esta situação como de observação; o seu interesse centrou-se na interacção com a doente, a qual se revestiu de uma particularidade única, no contexto geral da observação.

Quanto à doente, aceitou naturalmente esta intervenção, aparentemente com a mesma confiança com que acontecia com a enfermeira, e cujo efeito foi avaliado como igualmente positivo: de um nível inicial de dor de intensidade 6/7, como a doente avaliou, passou, após a massagem, para um nível de 3/4, referindo sentir, como habitualmente após a massagem, um enorme bem-estar.

Contudo, parece-nos que o maior ganho se traduziu no sentimento de gratidão abertamente expressado pela enfermeira, registando a nossa colaboração como propiciadora de um atendimento normal em circunstâncias anormais; face ao muito que até então recebêramos em termos de colaboração e abertura incondicionais, na colheita de dados para a investigação em curso, parece-nos que tinha chegado o momento de, de alguma forma, retribuir, intervindo como resposta a necessidades óbvias, naquela situação de cuidados.

QUESTIONANDO PRÉ-CONCEITOS

Setembro/2009: terminámos (...) o 1º ciclo de observações, entendendo este como a observação de todos os enfermeiros que constituem a equipa de massagem; simultaneamente observámos também a admissão neste projecto de uma nova doente, constituindo este momento uma oportunidade interessante para, através da informação veiculada, apreender a forma como os enfermeiros falam do que fazem, traduzindo níveis de consciência e/ou conhecimento diferentes, face às várias modalidades apresentadas. Exemplificando, o enfermeiro dizia à doente: “fazemos massagem, relaxamento e *outras terapias*”, traduzindo a consciência de que fazem “outras coisas” com interesse terapêutico mas ainda sem nome ou, pelo menos, mais difíceis de nomear.

Contudo, o aspecto mais interessante do momento que reportamos, refere-se, como o título sugere, ao questionamento a que a observação nos conduziu, relativamente a (pré) conceitos, tidos como adquiridos e quase inquestionáveis, numa relação de cuidados caracterizada pela proximidade e pela importância da mediação do toque, enquanto veículo fundamental desses mesmos cuidados. É praticamente consensual, na literatura e também na cultura profissional, que o uso de luvas é inapropriado para realizar massagem porque funcionaria como barreira à comunicação táctil, reduzindo a sensibilidade nessa mesma comunicação; todas as enfermeiras observadas anteriormente realizam a massagem sem luvas, conformes a este pressuposto, afirmando sem hesitação a vantagem terapêutica deste modo de fazer, na medida em que se acredita que o contacto pele-a-pele é, em si mesmo, dotado de potencial terapêutico. Foram estes princípios amplamente aceites e fortemente valorizados que a observação em referência nos forçou a questionar: o enfermeiro (que observávamos) realizava a massagem com luvas calçadas, sem que

aparentemente a doente manifestasse qualquer incómodo; questionado (a sós) sobre a razão do uso das luvas, o enfermeiro esclareceu que era por uma questão de protecção pessoal, pois já fizera um panarício alguns anos antes; a partir daí, sempre que as intervenções de enfermagem implicavam manipulação corporal, usava luvas. Quisémos saber se considerava que esse facto interferia nos cuidados prestados, de forma menos positiva, afirmando que da sua parte não sentia qualquer influência, nem qualquer perda ou diminuição da sensibilidade; da parte das doentes, acrescentou, supunha que também não mas “nada como perguntar-se-lhes”. E foi o que aconteceu quando massajava outra doente, num período de atendimento posterior, a quem perguntou se se sentia incomodada com o facto de estar a ser massajada com luvas; a senhora respondeu que não e que nem sequer tinha percebido isso, não notando qualquer diferença relativamente às massagens anteriores, no que se relacionava com “o toque das mãos”. A doente corroboraria esta percepção quando, já na fase final da massagem, o enfermeiro descalçou as luvas para massajar a face, sem que a doente dissesse se tenha apercebido, já que permaneceu durante todo o tempo de olhos fechados; no final questionámo-la relativamente a eventuais diferenças, afirmando ela de que não se tinha apercebido de qualquer alteração.

Este foi para nós um momento de surpresa: o toque pele-a-pele não se diferencia do toque *luva-pele*? Será mesmo indiferente realizar/receber a massagem com e sem luvas? Foi difícil processar esta nova forma de entender algo que se considerava de fundamental importância, e perspectivá-la como eventualmente secundária, no processo de cuidados. Este incidente levou inevitavelmente ao questionamento do pré-conceito adoptado, tentando perceber novas nuances que antes não se nos tinham apresentado. Pesquisando sobre o toque, damos-nos conta de que este ultrapassa, efectivamente, o contacto cutâneo: Krieger¹⁰ diz-nos que “não terminamos na nossa pele, e que há um campo para além das fronteiras da mesma”, o que leva a considerar a possibilidade do toque *para além de* ou não incluindo o contacto cutâneo directo, como aliás a autora refere na sua obra “The Therapeutic Touch”; o toque terapêutico, desenvolvido por esta enfermeira enquanto conceito e enquanto modalidade terapêutica sobre a qual desenvolveu investigação realiza-se, de facto, na proximidade entre enfermeiro cuidador e pessoa cuidada, sem contudo haver contacto físico efectivo.

Com base nestas reflexões, parece-nos adequado, no mínimo, considerar a hipótese de *esse campo para além da pele* não ficar confinado à luva, antes ir além dela, permitindo sentir o outro na sua proximidade que não é só física mas também intencional; situando-nos de novo no contexto de observação, e corroborando este aspecto, uma enfermeira afirmava, com convicção: “para que estes cuidados que aqui prestamos sejam eficazes, é preciso querer ajudar o outro e acreditar que somos capazes de o fazer... estar disponíveis, entregarmo-nos... a manipulação, só por si, pouco faz!”.

¹⁰ Krieger, Dolores (1986). The Therapeutic Touch. Fireside

Sem pretendermos fazer neste momento uma incursão analítica sobre o tema, o que exige um maior amadurecimento do facto ocorrido e elucidação teórica mais aprofundada, merece-nos contudo uma menção especial a construção do papel de investigadora: por um lado, o reconhecimento da humildade como condição fundamental de abordagem do campo de investigação, numa fase em que facilmente podíamos cair na tentação de pensar que praticamente já conhecíamos tudo, que pouco mais havia para se nos revelar e, sobretudo, de consolidar ideias conformes a princípios “bem estabelecidos”, de um modo naturalmente muito cómodo mas, sabemo-lo também, perigosamente distorcido ou *enviesado*; por outro lado e abandonando a posição cómoda que assinalámos, ter a coragem para não avaliar precipitada e valorativamente os modos de fazer observados, substituindo velhos estigmas por *novas compreensões* dos mesmos. Este modo de fazer investigação, tão peculiar ao método qualitativo, permite alargar e actualizar conceitos com a consistência científica que o enraizamento nos dados ou seja, na realidade, permite fazer, como é próprio da Grounded Theory.

A actualização do conceito de toque é, pois, um dos desafios que se nos colocam neste momento, o que constitui simultaneamente um compromisso com a jornada científica que empreendemos e um forte factor de motivação.

Anexo IX – Constituição da base de dados

O quadro seguinte mostra a constituição da base de dados, discriminando o tratamento analítico efectuado o qual, relativamente às notas de campo, admite diferentes tratamentos, nomeadamente:

- A codificação, de acordo com o método adoptado;
- Apresentação de nível descritivo, constituindo informação de base - quer do campo, em sentido lato (contextualização), quer da acção social em estudo, em sentido estrito (caracterização); as notas metodológicas, também de nível descritivo, cumprem a função a que já nos referimos, enquanto mediadoras da construção do papel de observadora, através da reflexividade que suscitam e suportam.

Assim, os procedimentos de codificação foram efectuados sobre um *corpus* de 470 folhas de texto.

Quadro N° 11 - Constituição da base de dados

Instrumento de colheita de dados/N° de folhas							
Entrevistas (15) (Transcritas)	Observação						Total Geral
	Notas de Observação/Descritivas			Notas metodológi -cas	Entrevistas enfermeiros observados	Total Observa- ção	
	Contextualiza- ção	Caracteriza- ção	Práticas				
351	13	9	110	11	9	152	503
Tratamento							Total Análise
Codificação	Descrição	Descrição	Codificação	Descrição	Codificação		470

Anexo X – Roteiro de análise: um exemplo dos procedimentos

Este documento tem como objectivo exemplificar o processo de análise explicitado no capítulo 3. É constituído (apenas) por pequenos excertos dos vários passos analíticos, evitando a exaustividade e a repetição da informação.

Apresenta os seguintes aspectos:

1 - Os (3) níveis de codificação propostos por Charmaz (2006), tendo como base um pequeno excerto de uma entrevista, o qual se repete em cada nível de codificação no sentido de exemplificar com clareza os procedimentos desenvolvidos. O processo foi semelhante para as notas de campo da observação sujeitas a codificação (de acordo com anexo IX);

2 - Um excerto da recontextualização do *verbatim* analítico, relativo a uma categoria, englobando conteúdos de duas entrevistas e de um episódio de observação (o texto reconstituído, de acordo com as respectivas categorias a que se refere, foi integralmente submetido a ajuizamento científico, como consta no capítulo 5.4);

3 - Um excerto, sob a forma de quadro, da enumeração das frases significativas por categoria /propriedade;

4 - Um excerto, também na forma de quadro, da sistematização do desenvolvimento analítico das categorias, a partir da recontextualização do *verbatim*, dando voz aos participantes de um modo genericamente equitativo (com base na qualidade das asserções, em termos da sua *exemplaridade* face ao assunto em análise, com é próprio do método, e não na representatividade estatística).

(...)	1 - (...) EI 3 – CODIFICAÇÃO DE NÍVEL I	(...)
100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117	A integração neste momento faz todo o sentido acontecer, apesar de não acontecer de uma forma muito formalizada, mas faz sentido acontecer. As coisas podem estar mais ou menos estandardizadas, a individualidade consegue-se na forma como cada profissional operacionaliza os conhecimentos e os faz transmitir ou os faz chegar junto dos cuidados que presta; são situações únicas, aí sim! Nós temos de ter procedimentos <i>standardizados</i> na classificação internacional da prática da enfermagem que seja uma linguagem comum e lá há que haver lugar para este tipo de modalidades terapêuticas. Neste momento a sustentação da prática, e se eu disser perante alguns colegas que vou fazer determinado tipo de intervenção menos ortodoxa, mais alternativa e menos convencional, isso não é muitas vezes bem aceite, mas está a ser cada vez mais aceite. Eu julgo que estamos a caminhar no bom sentido.	Integração faz todo o sentido Individualidade de cuidados baseia--se na forma de operacionalização Necessidade de standardização de procedimentos e linguagem Aceitação tendencialmente crescente de MTNC
118 119 120 121 122 123 124 125	Quando na sua prática habitual integra também essas outras modalidades, ou que nas tais circunstâncias percebe que existe alguma sintonia entre si e a pessoa que está a cuidar, como é que se sente nesse momento? Presta cuidados de enfermagem + reiki + alguma técnica de relaxamento... ou sente que está a fazer enfermagem?	
126 127 128 129 130	Tudo isso faz parte da enfermagem. Porque, ao contrário das outras ciências, a enfermagem é diferente porque tenta por em jogo todos os aspectos da vida. É isso que também a caracteriza. O que nos interessa são as respostas humanas, o que nos interessa é focarmo-	Tudo isto é enfermagem* Enfermagem tem em conta todos os aspectos da vida Identificando o foco da enfermagem: as respostas humanas, no processo

* "Tudo isto é Enfermagem" – código in vivo

131	nos nas respostas humanas que cada indivíduo tem, na	de saúde/doença
132	sequência do seu processo de saúde ou de doença. Se as	
133	respostas humanas vão no sentido de procurar uma	procurando respostas para este tipo
134	ajuda, inclusivamente mais espiritualizada, mais	de necessidades - espirituais
135	vocacionada para esferas mais ascendentes e para além	
136	daquilo que é comum, nós no fundo estamos a ser	“Estamos a ser completamente
137	completamente enfermeiros. Estamos à procura destas	enfermeiros”
138	respostas. Temos que as trabalhar e temos que arranjar	
139	estratégias para responder a este tipo de necessidades.	
140	Esses conhecimentos não só nas modalidades	<i>Ampliando o conceito</i> de MTNC*:
141	terapêuticas, mas, por exemplo, pelo facto de nós	- Leitura guiada de jornal
142	fazermos a leitura guiada de um jornal com um doente	
143	que não tem essa capacidade, por muitas situações... se	
144	fizermos uma leitura participada, desenvolvendo no	
145	utente competências... para uma determinada	
146	situação... aí estamos a ser também holísticos. É de	“Estamos a ser holísticos”
147	facto nesses cuidados do dia-a-dia, no treino dessas	
148	competências e na satisfação dessas necessidades mais	
149	transcendentes que estamos a prestar efectivos	Concebendo “cuidados efectivos”
150	cuidados, utilizando modalidades terapêuticas que	
151	fazem todo o sentido, eu não estou a acrescentar nada,	Utilizando modalidades terapêuticas
152	sinto-me a responder às respostas humanas que consigo	como satisfação das respostas
153	detectar e às necessidades espirituais. E a corresponder	humanas
154	a algumas expectativas porque, talvez pela forma como	Correspondendo às expectativas do
155	nós nos posicionamos, pela forma como nós nos	utente, através da relação
156	mostramos, nos damos a conhecer no momento de	
157	relação, isso é detectado pelo doente. Há sinais	Sinais de abertura do enfermeiro
158	efectivos de que ele pode ter abertura para poder	para o doente
159	abordar esse tipo de necessidades, satisfação das suas	
160	necessidades espirituais. A espiritualidade como ocupa	Valorizando positiva e fortemente a
161	na minha vida também tem um lugar importante...	espiritualidade
162	valorizo-a muito aquando da prestação directa de	
163	cuidados. Eu acho que abro muito essa porta (...)	Abrindo portas ao doente (...)

*A reflectir: Ampliando conceitos...

<p>(...)</p> <p>100</p> <p>101</p> <p>102</p> <p>103</p> <p>104</p> <p>105</p> <p>106</p> <p>107</p> <p>108</p> <p>109</p> <p>110</p> <p>111</p> <p>112</p> <p>113</p> <p>114</p> <p>115</p> <p>116</p> <p>117</p> <p>118</p> <p>119</p> <p>120</p> <p>121</p> <p>122</p> <p>123</p> <p>124</p> <p>125</p> <p>126</p> <p>127</p> <p>128</p> <p>129</p> <p>130</p>	<p>(...) EI 3 – CODIFICAÇÃO DE NÍVEL II</p> <p>A integração neste momento faz todo o sentido acontecer, apesar de não acontecer de uma forma muito formalizada, mas faz sentido acontecer. As coisas podem estar mais ou menos estandardizadas, a individualidade consegue-se na forma como cada profissional operacionaliza os conhecimentos e os faz transmitir ou os faz chegar junto dos cuidados que presta; são situações únicas, aí sim! Nós temos de ter procedimentos <i>standardizados</i> na classificação internacional da prática da enfermagem que seja uma linguagem comum e lá há que haver lugar para este tipo de modalidades terapêuticas. Neste momento a sustentação da prática, e se eu disser perante alguns colegas que vou fazer determinado tipo de intervenção menos ortodoxa, mais alternativa e menos convencional, isso não é muitas vezes bem aceite, mas está a ser cada vez mais aceite. Eu julgo que estamos a caminhar no bom sentido.</p> <p>Quando na sua prática habitual integra também essas outras modalidades, ou que nas tais circunstâncias percebe que existe alguma sintonia entre si e a pessoa que está a cuidar, como é que se sente nesse momento? Presta cuidados de enfermagem + reiki + alguma técnica de relaxamento... ou sente que está a fazer enfermagem?</p> <p>Tudo isso faz parte da enfermagem. Porque, ao contrário das outras ciências, a enfermagem é diferente porque tenta por em jogo todos os aspectos da vida. É isso que também a caracteriza. O que nos interessa são as respostas humanas, o que nos interessa é focarmo-</p>	<p>(...)</p> <p>Integração faz todo o sentido</p> <p>Individualidade de cuidados baseia-se na forma de operacionalização</p> <p>Necessidade de standardização de procedimentos e linguagem</p> <p>Aceitação tendencialmente crescente de MTNC</p> <p>Tudo isto é enfermagem*</p> <p>Enfermagem tem em conta todos os aspectos da vida</p> <p>Identificando o foco da enfermagem: as respostas humanas, no processo</p>
---	--	--

* Tudo isto é enfermagem: revela uma concepção “lata” do que é a enfermagem, para além da “definição clássica ou habitual...”

<p>131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163</p>	<p>nos nas respostas humanas que cada indivíduo tem, na sequência do seu processo de saúde ou de doença. Se as respostas humanas vão no sentido de procurar uma ajuda, inclusivamente mais espiritualizada, mais vocacionada para esferas mais ascendentes e para além daquilo que é comum, nós no fundo estamos a ser completamente enfermeiros. Estamos à procura destas respostas. Temos que as trabalhar e temos que arranjar estratégias para responder a este tipo de necessidades. Esses conhecimentos não só nas modalidades terapêuticas, mas, por exemplo, pelo facto de nós fazermos a leitura guiada de um jornal com um doente que não tem essa capacidade, por muitas situações... se fizermos uma leitura participada, desenvolvendo no utente competências... para uma determinada situação... aí estamos a ser também holísticos. É de facto nesses cuidados do dia-a-dia, no treino dessas competências e na satisfação dessas necessidades mais transcendentais que estamos a prestar efectivos cuidados, utilizando modalidades terapêuticas que fazem todo o sentido, eu não estou a acrescentar nada, sinto-me a responder às respostas humanas que consigo detectar e às necessidades espirituais. E a corresponder a algumas expectativas porque, talvez pela forma como nós nos posicionamos, pela forma como nós nos mostramos, nos damos a conhecer no momento de relação, isso é detectado pelo doente. Há sinais efectivos de que ele pode ter abertura para poder abordar esse tipo de necessidades, satisfação das suas necessidades espirituais. A espiritualidade como ocupa na minha vida também tem um lugar importante... valorizo-a muito aquando da prestação directa de cuidados. Eu acho que abro muito essa porta (...)</p>	<p>de saúde/doença</p> <p>Procurando respostas para este tipo de necessidades - espirituais</p> <p>“A ser completamente enfermeiros”</p> <p><i>Ampliando o conceito</i> de MTNC*: - Leitura guiada de jornal</p> <p>“Estamos a ser holísticos”</p> <p>Concebendo “cuidados efectivos”</p> <p>Utilizando modalidades terapêuticas como satisfação das respostas humanas</p> <p>Correspondendo às expectativas do utente, através da relação</p> <p>Sinais de abertura do enfermeiro para o doente</p> <p>Valorizando positiva e fortemente a espiritualidade</p> <p>Abrindo portas ao doente (...)</p>
--	--	---

*A reflectir:

Ampliando conceitos: das modalidades terapêuticas não convencionais? Ou da enfermagem?

<p>(...)</p> <p>100</p> <p>101</p> <p>102</p> <p>103</p> <p>104</p> <p>105</p> <p>106</p> <p>107</p> <p>108</p> <p>109</p> <p>110</p> <p>111</p> <p>112</p> <p>113</p> <p>114</p> <p>115</p> <p>116</p> <p>117</p> <p>118</p> <p>119</p> <p>120</p> <p>121</p> <p>122</p> <p>123</p> <p>124</p> <p>125</p> <p>126</p> <p>127</p> <p>128</p> <p>129</p> <p>130</p>	<p>(...) EI 3 - CODIFICAÇÃO DE NÍVEL III</p> <p>A integração neste momento faz todo o sentido acontecer, apesar de não acontecer de uma forma muito formalizada, mas faz sentido acontecer. As coisas podem estar mais ou menos estandardizadas, a individualidade consegue-se na forma como cada profissional operacionaliza os conhecimentos e os faz transmitir ou os faz chegar junto dos cuidados que presta; são situações únicas, aí sim! Nós temos de ter procedimentos <i>standardizados</i> na classificação internacional da prática da enfermagem que seja uma linguagem comum e lá há que haver lugar para este tipo de modalidades terapêuticas. Neste momento a sustentação da prática, e se eu disser perante alguns colegas que vou fazer determinado tipo de intervenção menos ortodoxa, mais alternativa e menos convencional, isso não é muitas vezes bem aceite, mas está a ser cada vez mais aceite. Eu julgo que estamos a caminhar no bom sentido.</p> <p>Quando na sua prática habitual integra também essas outras modalidades, ou que nas tais circunstâncias percebe que existe alguma sintonia entre si e a pessoa que está a cuidar, como é que se sente nesse momento? Presta cuidados de enfermagem + reiki + alguma técnica de relaxamento... ou sente que está a fazer enfermagem?</p> <p>Tudo isso faz parte da enfermagem. Porque, ao contrário das outras ciências, a enfermagem é diferente porque tenta por em jogo todos os aspectos da vida. É isso que também a caracteriza. O que nos interessa são as respostas humanas, o que nos interessa é focarmo-</p>	<p>(...)</p> <p>Integração faz todo o sentido A</p> <p>b Individualidade de cuidados baseia--se na forma de operacionalização J</p> <p>Necessidade de standardização de procedimentos e linguagem</p> <p>Aceitação tendencialmente crescente de MTNC</p> <p>Tudo isto é enfermagem J</p> <p>Enfermagem tem em conta todos os aspectos da vida A</p> <p>Identificando o foco da enfermagem: as respostas humanas, no processo</p>
---	---	---

“Tudo isto é Enfermagem”: *Código in vivo*

Questões a reflectir: a necessidade de ampliar o reportório de práticas para poder responder à perspectiva *holística*: “todos os aspectos da vida”.

131	nos nas respostas humanas que cada indivíduo tem, na	de saúde/doença A
132	sequência do seu processo de saúde ou de doença. Se as	
133	respostas humanas vão no sentido de procurar uma	Procurando respostas para este tipo
134	ajuda, inclusivamente mais espiritualizada, mais	de necessidades – espirituais J
135	vocacionada para esferas mais ascendentes e para além	
136	daquilo que é comum, nós no fundo estamos a ser	“A ser completamente enfermeiros”
137	completamente enfermeiros. Estamos à procura destas	
138	respostas. Temos que as trabalhar e temos que arranjar	
139	estratégias para responder a este tipo de necessidades.	<i>Ampliando o conceito de MTNC*</i>
140	Esses conhecimentos não só nas modalidades	- leitura guiada de jornal J
141	terapêuticas, mas, por exemplo, pelo facto de nós	
142	fazermos a leitura guiada de um jornal com um doente	
143	que não tem essa capacidade, por muitas situações... se	
144	fizermos uma leitura participada, desenvolvendo no	
145	utente competências... para uma determinada	
146	situação... aí estamos a ser também holísticos. É de	“Estamos a ser holísticos” J
147	facto nesses cuidados do dia-a-dia, no treino dessas	
148	competências e na satisfação dessas necessidades mais	Concebendo “cuidados efectivos”
149	transcendentes que estamos a prestar efectivos	J
150	cuidados, utilizando modalidades terapêuticas que	
151	fazem todo o sentido, eu não estou a acrescentar nada,	utilizando modalidades terapêuticas
152	sinto-me a responder às respostas humanas que consigo	como satisfação das respostas
153	detectar e às necessidades espirituais. E a corresponder	humanas J
154	a algumas expectativas porque, talvez pela forma como	
155	nós nos posicionamos, pela forma como nós nos	Correspondendo às expectativas do
156	mostramos, nos damos a conhecer no momento de	utente, através da relação C
157	relação, isso é detectado pelo doente. Há sinais	
158	efectivos de que ele pode ter abertura para poder	Sinais de abertura do enfermeiro
159	abordar esse tipo de necessidades, satisfação das suas	para o doente H
160	necessidades espirituais. A espiritualidade como ocupa	
161	na minha vida também tem um lugar importante...	Valorizando positiva e fortemente a
162	valorizo-a muito aquando da prestação directa de	espiritualidade J
163	cuidados. Eu acho que abro muito essa porta (...)	Abrindo portas ao doente H (...)

*A reflectir: *Ampliando conceitos*: das modalidades terapêuticas não convencionais? Ou da enfermagem?

Nota: integrando as modalidades terapêuticas não convencionais **como conhecimento de enfermagem**,

2 - RECONTEXTUALIZAÇÃO – CATEGORIA G			
Linha (Inic.)	Frases significativas	Propriedades	Obs
	Ent. 1		
479	Em processo clínico hospitalar não (registo). Tenho os meus registos, cada doente tem a sua bolsa, onde faço toda a programação	G4	
488	Então faço essa primeira avaliação (...) é preciso ter algum cuidado no relaxamento... quero saber se há antidepressivos ou não à mistura, ou se há depressão, porque a depressão pode abrir alguma “caixa de pandora” que eu não goste que esteja aberta	G1	
641	na minha prática do dia-a-dia do hospital não há avaliação, porque não há registo, não há dados.	G4	
	Ent2		
41	no final do meu trabalho tive conclusões muito interessantes em que as pessoas reconheceram esse contributo, até eram pessoas com alguma dificuldade a nível cognitivo, mas tinham consciência do efeito terapêutico daquelas técnicas.	G2	
53	foi um trabalho muito interessante, em que eu podia ter chegado ao fim e ter percebido que para aquelas pessoas não fazia sentido aquela actividade, mas não, foi muito ao contrário, confirmei	G2	
97	satisfazer de alguma forma os doentes, os profissionais, como tinham que estar num ritmo e num nível de stress para conseguir trabalhar e dar resposta àquilo que é pedido no serviço... porque temos as manhãs muito ocupadas, eles não gostavam deste tipo de música e criticavam, um bocado na brincadeira	G2	
165	A massagem acaba por ser a técnica que eu faço de forma mais sistematizada porque é uma técnica individual (...) e que tem um feedback imediato	G1	
	tem a ver com o ser mais explícito a massagem, o resultado	G1	

210	final é mais explícito na pessoa que a sente, tem um efeito mais imediato...		
284	consegue-se perceber quando o doente fica mais calmo, não porque ele nos verbalize isso, mas pelo meio envolvente, pelo tipo de respiração que tem, pela agitação que acaba por abrandar e diminuir	G3	
	(...)		
	OP2		
6	Está muito queixosa, refere dor de nível 4-5, antes da massagem.	G2	
7	a enfermeira (...) colhe dados no sentido de fazer uma 1ª avaliação, nomeadamente em relação ao tipo de trabalho que a senhora realiza, face à sua situação álgica	G1	
15	A enfermeira decide fazer massagem completa por ser a 1ª vez	G1	
52	Avaliando “esse bem” a enfermeira pergunta qual o nível de dor, no final do tratamento, e a cliente refere: “neste momento é zero, não me dói nada... há muito tempo que não me sentia tão bem”	G3	
56	O fâcies rosado, o sorriso fácil, uma postura corporal “relaxada”..., são indicadores congruentes com esta afirmação.	G3	
68	a enfermeira procede a uma rápida avaliação do efeito “destas terapias”, já que esta é a 2ª vinda da utente;	G1	
70	“andei tão bem durante dois dias, nem tomei nada (analgésico)...”; negoceiam então uma massagem completa	G2	
98	Enquanto conversa, a enfermeira está atenta à reacção da utente e pergunta-lhe como se sente	G1	
100	“(sinto-me) muito bem! Deus lhe dê tanta saúde como de bem	G3	

	me está a fazer!”		
134	(enfermeira) saindo para a sala de espera, onde consulta o processo da D ^a Dália e inicia os registos;	G4	
137	... e avaliar de “um modo mais objectivo a eficácia da massagem”, perguntando qual o nível de dor antes e depois da mesma	G3	
140	“era de 8 e agora é só 4... sinto-me muito melhor...”, o que é concordante com a agilidade com que continua a vestir-se e com o sorriso franco que exhibe.	G3	
178	continua a referir queixas à mobilização, embora menos intensas, e sentir-se muito bem – “mais leve, com mais energia... muito melhor!”.	G3	
210	a enfermeira coloca algumas questões à utente no sentido de avaliar a sua situação de saúde/doença, bem como a eficácia da massagem;	G1	
213	“vir para a massagem foi o melhor que me aconteceu; o ideal era ter saúde... mas já que os problemas surgem, ao menos que vamos tendo ajuda para lidar com eles...”.	G2	
240	a doente parece relaxada, o que avalio sobretudo pela quietude do corpo, pela respiração tranquila e pelo silêncio que (também) mantém (dado o ambiente escurecido não permitir observar outro tipo de indicadores)	G3	
273	a enfermeira pergunta à utente como se está a sentir, e esta diz que está muito bem, muito mais leve e que se sente, efectivamente, muito relaxada;	G3	
282	encontramos uma senhora aparentemente muito bem-disposta, com um sorriso <i>grande</i> e verbalizando um “bem-estar enorme”.	G3	
	(...)		

3 – Quadro nº 12: Enumeração das frases significativas por categoria/propriedade

Categoria	Propriedade	u.e. (unidades de enumeração)
Avaliando o processo (cod. G)	Seguindo a lógica do processo de cuidados	94
	Actores no processo de avaliação	51
	Indicadores de resultados	134
	Documentando os cuidados	49
Perspectivando uma prática informada (cod. F)	Produção científica intradisciplinar	18
	Naturalização destas modalidades nas práticas	25
	Recorrendo à oferta formativa disponível	31
	Integração destas modalidades no ensino de enfermagem	69
(...)		

4 – Quadro nº 13: Sistematização do desenvolvimento analítico por categoria
(categoria “avaliando o processo”, propriedade “documentando os cuidados” – G4)

Ideia-chave	Participante	Fundamentação teórica
* Registrar implica: - Avaliar; - Caracterizar os cuidados e também “medir” o resultado	EI 1 EI 2	Amendoeira et al, 2003 (p. 210)
* Não registo → Não visibilidade	EI 13 ++; EI 3	Martins et al, 2008
* A medição e a valorização pelo registo: - Mede a eficácia/resultado... - Suscita a reflexão sobre a prática	EI 5 ++ EI 7; EI 2	Graig e Smith, 2004, p.7
(...)	(...)	(...)

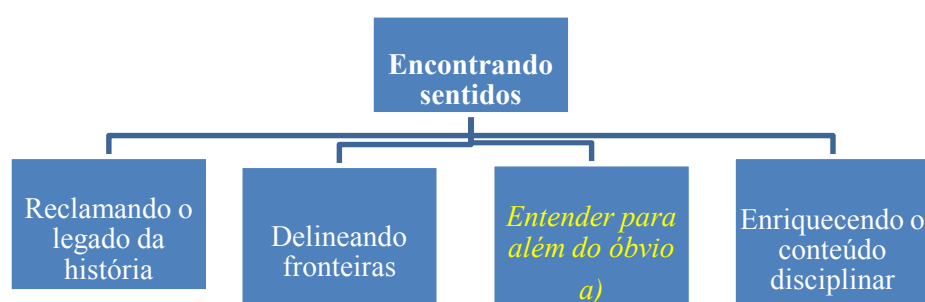
Anexo XI - Excerto de *memorandum* inicial

Setembro, 2008

Nota introdutória: a cada um dos *memos* foi atribuído um título igual à designação da respectiva categoria, ainda provisória. A apresentação da categoria corresponde à definição/caracterização da mesma bem como à identificação das propriedades que admite.

ENCONTRANDO SENTIDOS (código A)

Esta categoria consiste na perspectiva mais teórica, conceptual, da disciplina de enfermagem. Refere-se à sintonia que os participantes encontram entre as modalidades terapêuticas não convencionais e a essência da própria disciplina, a essência da enfermagem. Aliás, muitos deles, a maior parte, faz mesmo um apelo à História (da enfermagem), o que nós contemplamos na propriedade “**reclamando o legado da história**”. Eles dizem com frequência “Isto é nosso desde as origens; desde a Virgínia Henderson, estas terapias estavam lá (EI9); aquilo faz parte de nós” (EI1). Portanto há aqui como que um apelo ao legado histórico, como que uma reclamação no sentido de reaver algo que já fez parte integrante da enfermagem e que se foi perdendo ao longo dos tempos. Foi-se perdendo sobretudo à custa de uma certa *cientifização* da enfermagem, de um certo aceitar e assumir uma crescente tecnologia que deslumbra muitas vezes o jovem enfermeiro, que os leva a aproximar da medicina e os faz esquecer das práticas de enfermagem *simples*, mas altamente eficazes e que, por outro lado, têm uma ressonância muito grande com esta perspectiva holística que também as modalidades não convencionais nos oferecem.



a) Num momento de análise posterior esta propriedade foi integrada noutra.

Nota: completando este memo, vamos ter que procurar, do ponto de vista de referências teóricas, alguns marcos históricos, desde Florence Nightingale aos nossos dias, passando por alguns teóricos da enfermagem, sem esquecer Virgínia Henderson. Vamos consubstanciar estes aspectos que os nossos participantes nos referem e que estamos a reflectir.

Uma outra propriedade desta categoria “Enfermagem à procura de si” é: **“delineando fronteiras”**; sabemos que as profissões de saúde são variadas, que o atendimento na saúde é altamente complexo e que exige diversos e variados saberes, que em contexto da prática e do seu quotidiano de trabalho se entrecruzam nas zonas de fronteira. Através da adopção destas terapias não convencionais, os enfermeiros procuram delimitar fronteiras e fazem-no sobretudo porque assumem ferramentas de trabalho, instrumentos terapêuticos que dão resposta às necessidades do doente e que não advêm duma prescrição médica, como a grande maioria das intervenções da enfermagem ainda hoje advêm. (EI6): os motivos pelos quais a enfermeira procurou uma nova aprendizagem, fez iniciação e formação em Reiki, foi precisamente para poder responder a necessidades não satisfeitas dos doentes e a que os médicos são pouco abertos e pouco sensíveis, como é o caso da dor. Portanto, ao assumir estes conteúdos, estas terapias, os enfermeiros procuram recheiar o seu leque de intervenções no sentido de se afirmarem e de se distinguirem, em termos de abordagem, da resposta ao doente, do outro técnico que frequentemente trabalha com ele.

Por outro lado, estas terapias **“enriquecem o conteúdo disciplinar”** (propriedade); enriquecem-no porque vão permitir ao enfermeiro olhar para o doente de uma forma mais completa, mais holística, como todos os participantes o referem. O holismo, que consiste em ver a pessoa como um ser complexo, um ser multidimensional, muito para além do físico, em que as várias dimensões que o constituem interagem umas com as outras e têm efeitos umas sobre as outras. Esse holismo fica muito enriquecido se conseguirmos olhar a pessoa através de outros óculos, de outros olhos que não apenas ou que não essencialmente o aspecto físico e quando muito o psicológico ou o social, que as ciências da saúde mais convencionais também já vão aceitando. Mas ao olhá-las numa dimensão espiritual, numa dimensão energética, numa dimensão emocional, estas terapias efectivamente permitem-nos compreender melhor a pessoa, permitem-nos entendê-la melhor e portanto enriquecem o conteúdo da disciplina da enfermagem, se forem nela integrados. Permitem **“entender para além do óbvio”** (mais uma propriedade) porque, sendo a pessoa um ser complexo, muitas vezes nós nem conseguimos avaliá-lo na totalidade. E este entendimento para além do óbvio tem uma conotação, uma abrangência muito grande, no sentido em que aquilo que é óbvio, que é explícito... para isso há ferramentas adequadas. Mas todos os outros aspectos que muitas vezes se consubstanciam numa frase já muito ouvida, de que a enfermagem é “muito mais do que isso”, é muito mais do que o óbvio. E estas terapias, ao serem integradas na disciplina da enfermagem, permitem essa visão para além do óbvio, para além do que é facilmente visível, que é mais factual, que é mais facilmente entendível.

Anexo XII – Quadro nº 14: categorias induzidas

Código	Categoria	Propriedade
A	Encontrando sentidos	Enriquecendo o conteúdo disciplinar
		Expandindo fronteiras
		Reclamando o legado da história
J	Tudo isto é enfermagem	Ampliando o reportório das práticas
		Tudo o que possa ajudar os utentes
		Cuidando da pessoa inteira
C	O enfermeiro como instrumento terapêutico	A Presença terapêutica
		O Toque cuidativo
		<i>A construção de si</i>
H	Modos de acção	O fazer ético
		Desmontagem/recombinação de técnicas
		Dissimulando/assumindo terapias
		O agir consciente
L	Condições da acção	Ambiente físico
		Ambiente social da equipa
		Ambiente normativo
M	Razões da acção	Diversidade de linguagens, de saberes e de poderes
		(Des)valorização das práticas
		Preservação de si
F	Perspectivando uma prática informada	Produção científica intradisciplinar
		Naturalização das modalidades terapêuticas não convencionais na prática de enfermagem
		Recorrendo à oferta formativa disponível
		Integração das modalidades terapêuticas não convencionais no ensino de enfermagem
E	Caracterizando as modalidades terapêuticas não convencionais	Identificando e sistematizando as modalidades terapêuticas
		Distinguindo a natureza das modalidades terapêuticas
		Condições e Settings de aplicação
G	Avaliando o processo	Seguindo a lógica do processo de cuidados
		Actores no processo de avaliação
		Indicadores de resultados
		Documentando os cuidados

Anexo XIII - Relatório do workshop de validação da análise dos dados

Este documento tem como finalidade dar conta do modo como decorreu o workshop de validação de dados, realizado em 29 de Abril de 2010, conforme programado.

Estiveram presentes 9 enfermeiros, 7 dos quais do grupo observado (dum total de 10), a enfermeira directora e a enfermeira coordenadora da comissão de ética.

Face ao previsto em termos operacionais e como resposta ao documento de programação¹¹, notamos que:

¹¹ WORKSHOP DE VALIDAÇÃO DA ANÁLISE DE DADOS - Abril (29), 2010 (Excerto exemplificativo)

(...) Este documento contém as orientações de operacionalização do Workshop de Validação da análise de dados, colhidos pela técnica de observação participante, realizada entre Abril e Setembro de 2009.

Princípios de organização dos grupos de trabalho:

Na impossibilidade de sabermos *à priori* o número exacto de participantes, organizamos as actividades tendo como pano de fundo 2 cenários possíveis:

1 – Participação elevada (6 ou mais enfermeiros), o que permite a organização de 3 grupos, identificados com os números: **I, II e III**.

Grupo I: apreciação das **categorias com os códigos A, C e J**;

Grupo II: apreciação das **categorias com os códigos M, L, H, F, e E**;

Grupo III: apreciação da **categoria com o código G**.

2 – Participação baixa (5 ou menos participantes), organizando-se 2 grupos de trabalho, com a seguinte distribuição:

Grupo I: apreciação das **categorias com os códigos C, E, H e J**;

Grupo II: apreciação da **categoria com o código G**.

Princípios orientadores da apreciação/ajuizamento científico da análise:

De acordo com a apresentação do estudo com que iniciámos este workshop, relembramos que, da análise efectuada pelo método de comparação constante, induzimos 9 categorias as quais, após recontextualização, submetemos a apreciação/ajuizamento científico pelos enfermeiros participantes e sujeitos da observação; para isso, facultamos os seguintes elementos:

- Esquema, do tipo hierárquico, que relaciona cada categoria com as respectivas propriedades;
- Definição sumária de cada uma das categorias, tendo em conta as respectivas propriedades;
- As frases significativas extraídas do corpus – composto pela transcrição das notas descritivas da observação, as quais suportam a indução de cada uma das categorias apresentadas;
- A sinalização das propriedades de cada categoria, através da indexação de um número às letras de código respectivas (ex: C1 refere-se à categoria C, numa das suas propriedades, neste caso “A presença: cumplicidade e reciprocidade”, que é a propriedade 1).

Sugerimos que:

Para cada unidade de discordância, assinale, na respectiva coluna (propriedade), com a letra *d*, anotando sumariamente na coluna “obs.” os motivos da mesma e as sugestões que considerar pertinentes.

A ausência de sinalização será interpretada como concordância, sendo que também neste caso as sugestões serão um contributo importante.

Muito Obrigada pela vossa colaboração.
Santarém, 7 de Abril de 2010

Maria Irene Santos

- A elevada participação (mais de 6 enfermeiros) permitiu a organização de 3 grupos de trabalho, tendo as enfermeiras *não observadas* integrado nos mesmos, mas em grupos diferentes;

- Apesar dos 3 grupos de trabalho, optou-se pelo previsto para o cenário 2: validaram-se apenas as categorias para as quais o contributo da observação foi mais significativo, excluindo-se as designadas pelos códigos A, M, L e F. Esta opção deveu-se à menor duração do workshop, relativamente ao previsto, dado o atraso (de cerca de 15 minutos) da maior parte dos participantes, que se encontravam a fazer o turno da manhã nos respectivos contextos de trabalho. A categoria J foi apenas parcialmente validada na medida em que o grupo a que pertenceu a apreciação da mesma necessitou de um tempo considerável para apreciar a categoria C.

As actividades decorreram de acordo com os seguintes tempos:

- ❖ 14h 45m - Acolhimento dos participantes;
- ❖ 15h - Apresentação sumária (através de *powerpoint*) da investigação em curso;
- ❖ 15h 20m – Explicitação dos procedimentos a efectuar, através de exemplo em *powerpoint*, e organização dos (3) grupos de trabalho;
- ❖ 15h 30m - Apreciação da análise efectuada, de acordo com as categorias induzidas;
- ❖ 16h - Discussão em plenário: Partilha das opiniões dos enfermeiros relativamente à análise apreciada e sugestões;
- ❖ 16h 30m - *Terminus* do workshop.

A discussão foi amplamente participada; os enfermeiros referiram sentir-se, por um lado, “plenamente retratados” no modo de olhar da investigadora e, por outro lado, mostraram-se surpreendidos por esse olhar ter revelado mais do que os mesmos tinham consciência relativamente aos cuidados que prestam; este aspecto foi muito evidente em relação à categoria C, que descobre e especifica o que designavam de “outras técnicas”, bem como propõe a nomeação de uma delas (o *aconchego*).

A análise dos documentos apreciados pelos enfermeiros revela um nível muito elevado de concordância (superior a 90%), comum às várias categorias validadas, sendo que na categoria G essa concordância é de aproximadamente 100%.

Anexo XIV - Documento orientador de ajuizamento científico da análise dos dados

Este documento pretende facultar a informação essencial da investigação em curso, para formulação de juízo científico da análise dos dados efectuada, o que a investigadora antecipadamente agradece.

O estudo tem por objecto a integração de modalidades terapêuticas não convencionais na enfermagem, construindo-se em torno da seguinte questão (principal) de investigação:

Como é que os enfermeiros integram, no processo de cuidados, em contexto hospitalar, modalidades terapêuticas não convencionais?

Desta, decorrem as seguintes questões de investigação secundárias:

1 – Que modalidades terapêuticas não convencionais utilizam os enfermeiros na sua prática?

2 - Que significados atribuem os enfermeiros, à integração de modalidades terapêuticas não convencionais, no processo de cuidados?

3 – Que estratégias utilizam os enfermeiros na integração de modalidades terapêuticas não convencionais, na sua prática?

4 – Como avaliam – enfermeiros e doentes – a eficácia das modalidades terapêuticas não convencionais?

Como **objectivo**, propomo-nos:

• *Compreender o processo de integração de modalidades terapêuticas não convencionais na prática de enfermagem, em contexto hospitalar.*

O estudo insere-se no paradigma interpretativo e qualitativo (Herman, 1988; Santos, B. S., 1999), sendo que em termos conceptuais/filosóficos da enfermagem, se situa no paradigma transformador (Watson, J., 1999/2002). Assenta numa perspectiva epistemológica indutiva, em que a teoria surge a partir dos dados (Burgess, 1997; Moreira, 2007), através do método da Grounded Theory, (Charmaz, 2006).

Como técnicas de colheita de dados, realizámos: 15 entrevistas em profundidade a enfermeiros de 9 hospitais públicos, que integram na sua prática modalidades terapêuticas não convencionais, seleccionados por um processo de amostragem do tipo “bola de neve”; observação participante numa unidade de dor dum Hospital de Oncologia, a 10 enfermeiros e 17 doentes¹², parceiros destes cuidados.

¹² O fio condutor do registo de observação foi o utente/doente nas várias ocasiões de cuidados, o que explica que frequentemente pareça haver um “voltar atrás” nas actividades descritas; significa tão-somente que já estamos “a falar” de outro momento de observação. Os nomes de todos os participantes são fictícios, para preservação do anonimato.

Da análise efectuada, pelo método de comparação constante¹³, induzimos 9 categorias que, após recontextualização, submetemos a ajuizamento científico, para o que facultamos os seguintes elementos:

- Esquema, do tipo hierárquico, que relaciona cada categoria com as respectivas propriedades;

- Definição sumária de cada uma das categorias, tendo em conta as respectivas propriedades;

- As frases significativas extraídas do corpus – composto pela transcrição das entrevistas e notas descritivas da observação, de forma integrada, as quais suportam a indução de cada uma das categorias apresentadas;

- A sinalização das propriedades de cada categoria, através da indexação de um número às letras de código respectivas (ex: A1 refere-se à categoria A, numa das suas propriedades, neste caso “Enriquecendo o conteúdo disciplinar”, que é a propriedade 1).

Sugerimos que:

Para cada unidade de discordância, assinale, na respectiva coluna (propriedade), com o símbolo β , disponível no menu “Símbolo”, do Word - versão 2007, referindo na coluna “obs.” os motivos da mesma e as sugestões que considerar pertinentes. **A ausência de sinalização será interpretada como concordância.**

Mais uma vez, Muito Obrigada!

14 de Maio de 2010

Maria Irene Santos

¹³ Seguimos as orientações propostas por Charmaz, K. (2006), quer em relação aos procedimentos de análise quer à terminologia adoptada.