



DECISÃO CLÍNICA (PARTILHADA) EM ENFERMAGEM: VIVÊNCIAS DE QUEM É CUIDADO

TIAGO FILIPE ANASTÁCIO REIS

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2009

TIAGO FILIPE ANASTÁCIO REIS

DECISÃO CLÍNICA (PARTILHADA) EM ENFERMAGEM: VIVÊNCIAS DE QUEM É CUIDADO

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre
em Ciências de Enfermagem submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas Dr. Abel
Salazar, da Universidade do Porto.

Orientador – Doutor João Manuel Garcia do
Nascimento Graveto

Categoria – Professor Adjunto

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem de
Coimbra

2009

À MARISA

Pelo amor, carinho e apoio incondicional

À LORENA

Luz dos meus olhos

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento deste trabalho apenas foi possível com o apoio e incentivo de várias pessoas. Neste sentido, não podemos deixar de expressar a nossa enorme gratidão pelo empenho demonstrado, aos diferentes níveis, por essas pessoas.

- Ao Professor Doutor João Graveto pela sua orientação, disponibilidade, minúcia e, especialmente, pelo seu apoio e incentivo.
- À Marisa pelo apoio, paciência e compreensão nos momentos de indisponibilidade.
- Aos pais, pelos constantes incentivos em todos os momentos desta caminhada.
- Aos informantes deste estudo, por terem aceitado participar e pela riqueza das experiências partilhadas.
- À Prof. Doutora Maria do Céu Barbieri, por toda ajuda e compreensão.
- Ao serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, nas pessoas da Directora do serviço Prof. Manuela Carvalheiro e da Enfermeira Chefe Laura Couto, por terem autorizado a realização do estudo.
- A todos aqueles que, directa ou indirectamente, nos ajudaram a almejar os objectivos a que nos propusemos.

LISTA DE SIGLAS

E1 – Entrevista número um

E2 – Entrevista número dois

E3 – Entrevista número três

E4 – Entrevista número quatro

E5 – Entrevista número cinco

E6 – Entrevista número seis

E7 – Entrevista número sete

E8 – Entrevista número oito

E9 – Entrevista número nove

E10 – Entrevista número dez

E11 – Entrevista número onze

E12 – Entrevista número doze

HUC, EPE – Hospitais da Universidade de Coimbra, Entidade Pública Empresarial

IAPO – International Alliance of Patients' Organizations

UNS – Unidades Naturais de Significado

RESUMO

Diariamente, na sua prática, os enfermeiros deparam-se com diferentes situações que envolvem doentes com necessidades específicas, de acordo com a individualidade de cada um, estando o processo de Decisão Clínica sempre implícito. Este processo melhora a qualidade dos cuidados e dá uma imagem mais favorável da Enfermagem à sociedade.

Cada vez mais, é dado mais ênfase à autonomia do doente e ao seu envolvimento no processo de decisão clínica, tornando-a partilhada e, consequentemente, mais próxima das suas necessidades reais. No entanto, para que os enfermeiros tenham a consciência que a decisão clínica deva ser partilhada também com o doente, e não apenas com os outros membros da equipa intra/transdisciplinar, precisam de compreender como os doentes vivenciam este processo. É neste contexto que surge o tema da investigação – **Decisão Clínica (Partilhada): vivências de quem é cuidado**, bem como pelo escassos estudos realizados em Portugal. Nesse sentido, os objectivos desta pesquisa foram: descrever as vivências sentidas por doentes acerca da Decisão Clínica (Partilhada) em Enfermagem e compreender o significado dessas mesmas vivências.

Dada a natureza do fenómeno a estudar, realizámos um estudo exploratório-descritivo com recurso ao método fenomenológico, segundo a proposta de análise fenomenológica de Loureiro (2002). Utilizámos como modo de abordagem a entrevista semi-estruturada e como instrumento de colheita de informação o guião de entrevista e gravador áudio.

A análise das entrevistas foi efectuada com o software NUD*IST (N6). Desta análise identificou-se a estrutura das vivências de doentes acerca da Decisão Clínica (Partilhada), emergindo três áreas temáticas: Tomar Decisão, Enfermeiro “Bom” e Enfermeiro “Mau”. Na primeira área os informantes referiram que, por vezes, adoptaram um papel mais activo, onde são eles que tomam a decisão clínica ou participam nela, como também sentem noutras vezes não deter nenhum papel, pois é o enfermeiro ou o médico que tomam a decisão. Esta área foi considerada a central, pois as outras duas emergem dela. Na segunda área, revelaram ter sentido que foram “bem tratados”, experienciando sentimentos positivos e sentindo que são o centro dos cuidados no processo de tomada de decisão clínica. A terceira área originou a percepção de que foram “mal tratados” e experienciado sentimentos negativos.

Este trabalho proporciona um contributo importante para a prática de Enfermagem, visto que a participação do doente na tomada de decisão constitui um

indicador da qualidade dos cuidados de saúde e o enfermeiro, para atingir a excelência dos seus cuidados, sendo relevante compreender este fenómeno, como é que o doente o vivencia, o que sente e o significado que lhe atribui.

Daí que a finalidade deste trabalho tenha subjacente contribuir para uma melhoria dos cuidados de Enfermagem e, conseqüentemente, da satisfação do doente para com esses cuidados.

Palavras-chave: Decisão Clínica, Partilha, Vivências, Interação enfermeiro/doente

ABSTRACT

Nurses constantly have to deal with different situations on their daily practice that involve tackling with patients with specific needs, namely regarding their own individual characteristics, where the process of Clinical Decision is most of the times implicit. This process may improve the quality of the healthcare and help to give a more positive image of the nursing profession to the overall society.

The patients' autonomy and their collaboration in the process of clinical decision that concerns them is being valued more and more, making it possible for them to share their concerns and for the professionals to meet their real needs more closely. However, in order to raise the awareness of the nurses for the need to share the process of clinical decision with their patients, and not only with the other members of the trans-disciplinary team, it is necessary to make them understand the diversity of ways in which the patients experience their illness and the treatment process. Hence our research subject: – **(Shared) Clinical Decision: The Significance of the Patients' Experience**. For the choice of this area of study the authors have furthermore taken into consideration the fact that there have been very few studies made on this subject in Portugal. Bearing that in mind, the goals of this research were: 1) to describe the emotional changes experienced by the patients along the process of Shared Clinical Decision concerning their relationship with the care-taking Nurse; and 2) to understand the significance of these experiences.

Given the nature of our object of study, the authors have conducted an exploratory/descriptive research, resorting to Loureiro's (2002) proposal of a phenomenological method. As an approach method the authors have used the semi-structured interview, and as instruments to collect the necessary data the authors have used the script and the tape-recorder.

The interviews were analyzed using the NUD*IST (N6) software. From this analysis the authors have been able to identify the structure of the patients' experience of the (Shared) Clinical Decision, from which three main topics emerged: The decision making; the "Good" Nurse; and the "Bad" Nurse. As to the first topic, the authors found that the patients relate having, on the one hand, participated more actively in the process, whether by sometimes making the decisions themselves or participating in the decision-making process and, on the other hand, sometimes not having participated at all since the Nurse or the Doctor appear to have made all the decisions for them. This was the topic around which this work ended up evolving, for the others seem to derive from it. As to the second topic, the patients considered that they had been "well taken care of", experiencing overall positive emotions and feeling that they had been at the center of the

process of clinical decision-making. The third topic left them with the perception that they had been “badly treated” and brought about negative feelings.

This study intends to make an important contribution to the nursing practice, since the patients’ participation in the decision-making process that concerns them constitutes an important factor for the determination of the level of health services provided, all the while helping the nurse to realize that, in order to achieve professional excellence in health care, it is of the utmost relevance to understand how the patients experience this situation, what they felt like on the course of their treatment and the significance they attributed to the relationship established between the parties for the outcome of the process.

Consequently, the underlying final goal of this work would be to improve the quality of the nurses’ care-taking skills and therefore the patients’ satisfaction.

Keywords: Clinical Decision, Sharing, Experiencing, Nurse/patient interaction

RESUMÉE

En tant qu'infirmiers on doit constamment faire face à des différentes situations dans le quotidien qui impliquent d'aborder des patients présentant des besoins spécifiques, à savoir concernant leurs propres caractéristiques en tant qu'individus, où le processus de prise de décision clinique est dans la plupart implicite. Ce processus peut améliorer la qualité du soin médical et aider à donner une image plus positive de la profession pour la société en générale.

L'autonomie des patients et leur collaboration dans le processus de la prise de décision Clinique est de plus en plus valorisée, permettant aux patients de partager leurs soucis et possibiler aux professionnels de satisfaire leurs besoins réels plus étroitement. Cependant, afin de réveiller la conscience des infirmières pour la nécessité de partage du processus de prise de décision clinique avec leurs patients, et non seulement avec les autres membres de l'équipe inter et trans-disciplinaire, il est nécessaire de les inciter à comprendre la diversité de manières dans lesquelles les patients éprouvent leur maladie et le processus de traitement.

Par conséquent notre sujet de recherche: – **La Prise de Décision clinique (Partagée): L'expérience des patients**. Pour le choix de ce domaine d'étude on a pris en compte le fait qu'il y a eu très peu d'études réalisés à ce sujet au Portugal. Ayant cela en considération, les buts de cette recherche étaient : 1) décrire les émotions éprouvées par les patients le long du processus de la prise de décision clinique partagée, dans ce qui concerne leur rapport avec l'infirmier; et 2) comprendre la signification de ces expériences.

Etant donné la nature de l'objet d'étude, les auteurs ont conduit une recherche exploratoire/descriptive, recourant à la proposition de Loureiro (2002) d'une méthode phénoménologique. Comme méthode d'approche les auteurs ont employé l'entrevue demi-structurée, et comme instruments pour rassembler les données nécessaires les auteurs ont utilisé le manuscrit et l'enregistreur.

Les entrevues ont été analysées en utilisant le logiciel de NUD*IST (N6). De cette analyse les auteurs ont été capables d'identifier la structure de l'expérience de la prise de décision clinique partagée du côté du patient, dont trois matières principales ont émergé : La prise de décision; le « bon » infirmier ; et le « mauvais » infirmier. Quant à la première matière, les auteurs ont constaté que les patients rapportent, d'une part, avoir participé plus activement au processus, parfois prenant les décisions eux-mêmes ou participant au processus décisionnel et, d'autre part, ne participant du tout puisque l'infirmière ou le docteur semblent avoir pris toutes les décisions pour eux. Celle-là a été la matière autour

de laquelle ce travail a fini par évoluer, parce que les autres semblent dériver d'elle. Quant à la deuxième matière, les patients ont considéré qu'ils avaient été «bien soignés», éprouvant des émotions d'une manière générale positives et estimant qu'ils avaient été au centre du processus de la prise de décision clinique. La troisième matière les a laissés avec la perception qu'ils avaient été «mal traités » et a provoqué des sentiments négatifs.

Cet étude prévoit d'apporter une contribution importante à la pratique du nursing en matière de la qualité des soins, puisque la participation des patients au processus décisionnel qui les concerne constitue un facteur important pour le niveau des services de santé fournis, en même temps aidant l'infirmier à se rendre compte que, afin de réaliser l'excellence professionnelle, il est de la plus grande pertinence la compréhension des façons dans lesquelles les patients ont vécu la situation, comme ils se sont sentis sur le cours de leur traitement et l'importance qu'ils ont attribué au rapport établi entre les parties.

En conséquence, l'objectif final fondamental de ce travail serait d'améliorer la qualité du nursing et donc la satisfaction des patients.

Mots-clés : Décision clinique, partage, expérience, interaction infirmier/patient

SUMÁRIO

Pág.

INTRODUÇÃO	18
------------------	----

CAPITULO I

ENQUADRAMENTO ONTO-EPISTEMOLÓGICO DA FENOMENOLOGIA

1 -	A FENOMENOLOGIA	21
1.1 -	MÉTODO FENOMENOLÓGICO	24
1.1.1 -	Conceitos Fundamentais	29
2 -	ORIENTAÇÕES FENOMENOLÓGICAS APLICADAS À ENFERMAGEM	33
2.1 -	ORIENTAÇÃO FENOMENOLÓGICA DE GIORGI	34
2.2 -	ORIENTAÇÃO FENOMENOLÓGICA DE COLAIZZI	34
2.3 -	ORIENTAÇÃO FENOMENOLÓGICA DE VAN KAAM	35
2.4 -	ORIENTAÇÃO FENOMENOLÓGICA DE BENNER	35
2.5 -	ORIENTAÇÃO FENOMENOLÓGICA DE VAN MANEN	36

CAPITULO II

ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL

1 -	DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM	40
1.1 -	DEFINIÇÃO	40

1.2 -	TEORIAS -----	42
1.3 -	MODELOS -----	43
1.4 -	FACTORES QUE A INFLUENCIAM -----	44
2 -	DECISÃO CLÍNICA PARTILHADA -----	46
2.1 -	MODELOS CLÍNICOS -----	47
2.1.1 -	Autonomia do doente -----	48
2.2 -	O PAPEL DO DOENTE -----	50
2.3 -	FACTORES QUE INFLUENCIAM A PARTICIPAÇÃO DO DOENTE --	51

CAPITULO III

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1 -	ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO -----	54
1.1 -	ESCOLHA DA TEMÁTICA -----	54
1.2 -	NÍVEL DO ESTUDO -----	55
1.3 -	PARADIGMA -----	55
1.4 -	MÉTODO -----	56
1.5 -	QUESTÃO E OBJECTIVOS DE INVESTIGAÇÃO -----	57
1.6 -	PROCEDIMENTOS ÉTICOS -----	49
1.7 -	LOCAL DO ESTUDO, INFORMANTES E PROCESSO DE SELECÇÃO -----	58
1.8 -	COLHEITA DA INFORMAÇÃO -----	60
1.9 -	ANÁLISE DOS ACHADOS -----	61

CAPITULO IV

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS ACHADOS

1 -	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS ACHADOS -----	65
1.1 -	TOMAR DECISÃO? -----	67
1.1.1 -	Papel mais activo -----	68
1.1.1.1 -	EU... -----	68
1.1.1.2 -	DOU A MINHA OPINIÃO -----	70
1.1.1.3 -	TOMADA EM CONJUNTO -----	70
1.1.2 -	Não tem papel -----	71
1.1.2.1 -	ENFERMEIROS -----	72
1.1.2.2 -	MÉDICOS -----	74
1.2 -	ENFERMEIRO “BOM” -----	74
1.2.1 -	Fui bem “tratado” -----	76
1.2.1.1 -	PERGUNTAM SE... -----	77
1.2.1.2 -	CONVERSAM COMIGO -----	78
1.2.1.3 -	ENSINAR -----	79
1.2.1.4 -	DISPONIBILIZOU-SE -----	80
1.2.1.5 -	ESTÃO AQUI PARA AJUDAR -----	81
1.2.1.6 -	INCENTIVAM MUITO MAIS -----	81
1.2.1.7 -	ENFERMEIRO DE “AGORA” -----	82

1.2.2 -	Sentimentos “positivos”	82
1.2.3 -	O doente é o centro	83
1.3 -	ENFERMEIRO “MAU”	84
1.3.1 -	Fui mal “tratado”	85
1.3.1.1 -	NEM SEQUER PERGUNTARAM	86
1.3.1.2 -	NÃO ERA OUVIDO	87
1.3.1.3 -	NÃO ESTÃO A ENSINAR	87
1.3.1.4 -	NÃO ME AJUDAREM POR NÃO ESTAR COMIGO	88
1.3.1.5 -	NÃO ERA À PRIMEIRA	88
1.3.1.6 -	RECUSA “QUE ELA ME TRATASSE”	89
1.3.1.7 -	ANTIGAMENTE...	89
1.3.2 -	Sentimentos “negativos”	90
2 -.	DISCUSSÃO E SÍNTESE DOS ACHADOS	92
2.1 -	TOMAR DECISÃO?	92
2.1.1 -	Papel mais activo	93
2.1.1.1 -	EU...	95
2.1.1.2 -	DOU A MINHA OPINIÃO	96
2.1.1.3 -	TOMADA EM CONJUNTO	97
2.1.2 -	Não tem papel	98
2.1.2.1 -	ENFERMEIROS	100
2.1.2.2 -	MÉDICOS	102
2.2 -	ENFERMEIRO “BOM”	103
2.2.1 -	Fui bem “tratado”	106

2.2.1.1 -	PERGUNTAM SE...	107
2.2.1.2 -	CONVERSAM COMIGO	109
2.2.1.3 -	ENSINAR	110
2.2.1.4 -	DISPONIBILIZOU-SE	111
2.2.1.5 -	ESTÃO AQUI PARA AJUDAR	111
2.2.1.6 -	INCENTIVAM MUITO MAIS	112
2.2.1.7 -	ENFERMEIRO DE “AGORA”	112
2.2.2 -	Sentimentos “positivos”	113
2.2.3 -	O doente é o centro	115
2.3 -	ENFERMEIRO “MAU”	116
2.3.1 -	Fui mal “tratado”	118
2.3.1.1 -	NEM SEQUER PERGUNTARAM	119
2.3.1.2 -	NÃO ERA OUVIDO	119
2.3.1.3 -	NÃO ESTÃO A ENSINAR	120
2.3.1.4 -	NÃO ME AJUDAREM POR NÃO ESTAR COMIGO	120
2.3.1.5 -	NÃO ERA À PRIMEIRA	121
2.3.1.6 -	RECUSA “QUE ELA ME TRATASSE”	122
2.3.1.7 -	ANTIGAMENTE...	122
2.3.2 -	Sentimentos “negativos”	123

CAPITULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

1 -	IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM -----	127
------------	--	------------

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

ANEXO I – Guião da entrevista

ANEXO II – Autorização da Comissão de Ética e do Conselho de Administração dos HUC, EPE

ANEXO III – Autorização da Exmas. Directora e Enfermeira chefe do serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo dos HUC, EPE

ANEXO IV – Pedido do consentimento informado para a realização da entrevista

APÊNDICES

APÊNDICE I – Quadro ilustrativo dos achados

LISTA DE DIAGRAMAS

	Pág.
Diagrama I – Estrutura do fenómeno investigado	66

LISTA DE QUADROS

	Pág.
QUADRO I – Proposta de Análise Fenomenológica de Loureiro	61

INTRODUÇÃO

Os enfermeiros deparam-se frequentemente com situações que exigem tomada de decisões clínicas e que têm uma influência, directa ou indirecta, na vida dos doentes e suas famílias.

O processo de tomada de decisão clínica tem sido amplamente debatido a nível mundial, dada as implicações que tem nos resultados do doente e na qualidade dos cuidados prestados. Os enfermeiros, como profissionais preocupados com o doente, têm participado activamente com estudos acerca desta temática (Carnevali e Thomas, 1993; Thompson e Dowding, 2002; Hagbaghery, Salsali e Mahvash, 2004; Bakalis e Watson, 2005; Gurbutt, 2006; Florin, 2007).

Nos últimos anos, os estudos sobre este fenómeno têm incidido no doente e nos papéis que os intervenientes deste processo preferem adoptar (Cahill, 1996; Benbassat, Pilpel e Tidhar, 1998; Deber *et al.*, 2007; Berti *et al.*, 2008), sendo que os sistemas de saúde estão a ser pressionados pelas organizações internacionais para que o doente participe nas tomadas de decisões. A IAPO (2006) afirma mesmo que os sistemas de saúde não podem continuar a focar-se nas doenças em vez de nos doentes, tendo que envolver cada doente nos cuidados com o intuito de melhorar a sua adesão ao tratamento, fazer mudanças comportamentais e a auto-gerir-se.

O enfermeiro ao promover e incentivar o envolvimento do doente nas tomadas de decisão clínica em Enfermagem, reconhece a autonomia do doente e permite a prestação de cuidados individualizados mais próximos das reais necessidades, com níveis mais elevados de satisfação. Mas, para que os enfermeiros se consciencializem da importância da partilha da decisão clínica, é necessário que compreendam como o doente vivencia este processo, o que sente e o que significa para ele. Foi essa uma das justificações da escolha desta temática – **Decisão Clínica (Partilhada) em Enfermagem: vivências de quem é cuidado**. A outra razão que nos levou a esta escolha foi os escassos estudos existentes em Portugal.

Neste contexto, a investigação levou-nos a formular a seguinte questão:

- Quais as vivências e significado atribuído por doentes na Decisão Clínica (Partilhada) em Enfermagem?

Consequentemente com esta questão, pretendeu-se atingir os seguintes objectivos:

- Descrever as vivências sentidas por doentes acerca da Decisão Clínica (Partilhada) em Enfermagem.
- Compreender o significado dessas mesmas vivências.

Para a realização deste estudo, considerámos que a metodologia mais adequada incide sobre a investigação qualitativa com orientação fenomenológica, uma vez que se pretende conhecer e descrever a natureza do fenómeno em questão, ou seja, as vivências de doentes, nomeadamente o significado que lhes atribuem, com toda a subjectividade que lhe está inerente, satisfazendo assim os objectivos supra delineados.

Este trabalho subdivide-se em cinco capítulos, sendo eles: enquadramento ontológico da Fenomenologia, enquadramento contextual, enquadramento metodológico, apresentação, análise e discussão dos achados e as implicações deste estudo na (para a) Enfermagem.

No primeiro capítulo desenvolvemos o conceito de Fenomenologia, método fenomenológico e orientações fenomenológicas aplicadas à Enfermagem.

No segundo capítulo fundamentámos o conceito de decisão clínica em Enfermagem, suas teorias e modelos, bem como os factores que a influenciam. Foi também analisado o conceito de Decisão Clínica Partilhada, os modelos clínicos da relação profissional de saúde-doente, os diferentes papéis que o doente pode adoptar, bem como os factores que podem influenciar a participação do doente na tomada de decisão clínica. É de salientar que a referência a alguns aspectos contidos neste capítulo constitui apenas um suporte para um melhor enquadramento e compreensão do fenómeno em estudo.

No terceiro, descrevemos todo o processo metodológico realizado nesta investigação e respectivas justificações das escolhas efectuadas.

O quarto capítulo inclui a apresentação e análise dos achados resultantes das entrevistas dos informantes e respectivo diagrama representativo do fenómeno, tendo depois sido efectuado a respectiva discussão desses achados através da confrontação com a bibliografia existente.

Por último, mas não menos importante, temos o quinto capítulo onde foram tecidas as considerações finais e suas implicações para a Enfermagem.

Trata-se, portanto, de um estudo com características algo peculiares em que esperamos que as informações aqui contidas revelem linhas orientadoras para melhor entender este universo das vivências de doentes face fenómeno da Decisão Clínica (Partilhada).

CAPÍTULO I
ENQUADRAMENTO ONTO-EPISTEMOLÓGICO DA
FENOMENOLOGIA

1 - A FENOMENOLOGIA

A necessidade do Homem compreender o ambiente que o rodeia acompanha-o desde sempre, tendo para isso desenvolvido diversos métodos para adquirir esse conhecimento, utilizando preferencialmente os quantitativos pelo sucesso demonstrado na medição, análise e réplica (Streubert e Carpenter, 2002). No entanto, a insatisfação da medição de alguns fenómenos e a incapacidade de medir quantitativamente outros originou um crescente interesse pela utilização de outras abordagens de índole qualitativo, com o intuito de estudar os fenómenos humanos, o que originou a aceitação destas abordagens como nova forma de produzir conhecimento (*Idem*).

No que diz respeito à investigação qualitativa ela pode ser definida como “...uma forma de estudo da sociedade que se centra na forma como as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências e ao mundo em que eles vivem” Holloway (1997, p. 1).

Na investigação qualitativa existem diversas abordagens que, apesar de partilharem algumas características comuns, não aspiram atingir os mesmos objectivos (Fortin, 2000). Uma dessas abordagens é a Fenomenologia, tendo sido através dela que algumas das reflexões do filósofo alemão Edmund Husserl foram conhecidas. Ela surgiu como uma consciência filosófica em alternativa à metodologia positivista, significando o estudo dos fenómenos, ou seja, daquilo que nos é dado à consciência (Lyotard, 2008).

Seria uma abordagem que, de acordo com Moreira (2002), possibilitaria retornar às próprias coisas para chegar à essência do fenómeno em estudo.

Ao longo dos anos, diversos autores têm efectuado tentativas de descrever a fenomenologia, mas sem consenso. Para Merleau-Ponty (2002, p. viii), a própria fenomenologia não se tem conseguido definir a si própria, afirmando que “depende de nós próprios encontrar o único e verdadeiro significado”.

A palavra Fenomenologia tem a sua raiz etimológica em duas palavras gregas: *phainomenon* que significa aquilo que se mostra a partir de si mesmo e *logos* que designa ciência ou estudo (Gomes *et al.*, 2008).

Husserl define a fenomenologia como “(...) uma ciência rigorosa, mas não exata, uma ciência eidética que procede por descrição e não por dedução. Ela se ocupa de fenómenos, mas com uma atitude diferente das ciências exactas e empíricas. Os seus fenómenos são os vividos da consciência, os atos e os correlatos dessa consciência.” (Capalbo, 2008, p. 14)

Para a Fenomenologia, o Homem não é um objecto, nem as suas atitudes simples reacções. Ela tem como principal preocupação descrever apenas o fenómeno não procurando estabelecer relações causais (*Idem*).

Desta forma, Heidegger (1997) refere que a fenomenologia pode ser definida como a ciência dos fenómenos, caracterizando-se por deixar e fazer ver por si mesmo aquilo que se mostra.

Por sua vez, Merleau-Ponty (2002, p. vii) define a fenomenologia como:

«...estudo das essências, e todos os problemas, segundo ela, resumem-se em definir essências (...) Mas a fenomenologia é também uma filosofia que repõe as essências na sua existência, e não pensa que se possa compreender o Homem e o mundo de outra maneira senão a partir da sua “facticidade”»

Já Spiegelberg (1975, p. 3) afirmou que esse conceito é

“...o nome para um movimento filosófico cujo principal objectivo é a investigação directa e a descrição do fenómeno tal como é experimentado conscientemente, sem teorias de explicação causal e tão livre quanto possível de preconceitos e de pressupostos não examinados.”

Enquanto para Loureiro (2002), é a nova denominação da filosofia moderna, não sendo o seu papel refutar teorias, mas trazer a novidade (experiência como ela é vivida). A sua finalidade é descrever fenomenologicamente a vivência de um fenómeno, tal qual como o indivíduo o experiência.

Após uma breve descrição do conceito de Fenomenologia, entendemos ser importante perceber como surgiu, as escolas existentes, o seu objecto de estudo, entre outros aspectos para uma melhor compreensão desta filosofia.

No início do século XX, com a crise do subjectivismo e do irracionalismo, o filósofo Edmund Husserl, fundou na Alemanha esta nova filosofia, a Fenomenologia, tendo recebido influências dos pensamentos de Descartes, Platão e Brentano e influenciado os de Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty, entre outros (Oliveira e Silva, Lopes e Diniz, 2008). No entanto, existem outros autores que afirmam que foi no século XVIII pelo filósofo suíço J. H. Lambert em *Neues Organon*, que foi utilizada pela primeira vez esse conceito para designar a ciência das aparências (Terra *et al.*, 2006; Gomes *et al.*, 2008). Apesar desta divergência sobre quem fundou esta filosofia, ela só se afirmou como uma linha de pensamento com a corrente filosófica Husserliana, daí que para a maioria dos autores ele é considerado como o pai da Fenomenologia (Terra *et al.*, 2006).

Para Streubert e Carpenter (2002), o movimento filosófico consistiu em três fases:

- Preparatória: dominada por Brentano e Strumpf, seu aluno, que procuraram clarificar o conceito de intencionalidade, referindo que este significa que a consciência é sempre consciência de algo;
- Alemã: Husserl e Heidegger foram os líderes durante esta fase, sendo que o segundo desenvolveu os conceitos de essências, redução fenomenológica e intuição que serão abordados posteriormente
- Francesa: Marcel, Sartre e Merleau-Ponty desenvolveram os conceitos de incorporação e ser-no-mundo. A incorporação significa que é pela consciência, que o indivíduo está consciente de ser-no-mundo e é através do seu corpo que acede ao mundo. Em qualquer altura e para cada indivíduo existe uma perspectiva única.

Husserl para conseguir consolidar a Fenomenologia como um movimento filosófico rigoroso, opôs-se ao psicologismo e empirismo, procurando superar a oposição entre realismo e idealismo (Terra *et al.* 2006).

Polit, Beck e Hungler (2004), referem existir duas escolas de fenomenologia: a descritiva e a hermenêutica ou interpretativa. A primeira, desenvolvida por Husserl, dá ênfase às descrições do significado da experiência humana ao preocupar-se com a questão o que sabemos como pessoas? A segunda escola, fundada por Heidegger, preocupou-se principalmente com o que é ser?

A principal diferença entre as duas escolas é que a interpretativa defende que os pressupostos não devem ser suspensos ou eliminados, pois são o que possibilita a compreensão (Ray, 2007). Mas apesar das diferenças, ambos defendem que não se deve separar o sujeito do fenómeno, sendo percebidos como indissociáveis (Terra *et al.*, 2006).

Para a Fenomenologia, o interesse não é o mundo, mas sim o modo como cada indivíduo percebe o conhecimento do mundo (Gomes *et al.*, 2008).

O foco da investigação fenomenológica é o que o indivíduo experiencia relativamente a um fenómeno (fenomenologia descritiva) e como interpreta essa experiência (interpretativa) (Terra *et al.* 2006).

O objecto da investigação fenomenológica é o fenómeno, que pode ser definido como "...o modo de aparição interna das coisas na consciência, sendo que a Fenomenologia interroga a experiência vivida e busca captar o significado atribuído da relação sujeito-objecto, pois o fenómeno aparece para uma consciência que o interroga e questiona" (Bruyne, Herman e Schoutheete *apud* Gomes *et al.*, 2008, p. 147).

Os fenomenologistas, usualmente, interessam-se por quatro aspectos da experiência vivida: corporeidade, espacialidade, temporalidade e o relacionamento (Terra *et al.*, 2006).

A intencionalidade da consciência é um dos princípios básicos da fenomenologia, sendo que ela está dirigida para um objecto, logo a consciência é sempre de alguma coisa e o objecto também é sempre objecto para um indivíduo (Correa, 1997). Os conceitos consciência e objecto não são aspectos separados na natureza, sendo definidos em relação ao outro e não existindo um sem o outro (*Idem*).

Na relação profissional de saúde-utente, se a saúde é entendida apenas na sua dimensão física o fenómeno não é apreendido, pois existe uma restrição da sua compreensão aos factores causais. Apenas é possível apreender o fenómeno na sua globalidade se percepcionarmos a saúde na experiência de quem vivencia o processo saúde-doença, associado a todos os seus determinantes (biólogos, psicológicos, culturais, etc.) que estão envolvidos na vivência diária (Gomes *et al.*, 2008).

Para a Fenomenologia, o Homem não é um objecto, nem as suas atitudes simples reacções. Ela tem como principal preocupação descrever apenas o fenómeno não procurando estabelecer relações causais (*Idem*).

1.1 – MÉTODO FENOMENOLÓGICO

O método fenomenológico permite tornar a fenomenologia numa ciência rigorosa, face ao relativismo e ao subjectivismo psicológico. A fenomenologia tem de ser uma ciência descritiva, indutiva, teórica e interessada por descrever as essências antes de qualquer pensar teórico, para se poder aceder com um método (Merleau-Ponty, 2002).

Concomitantemente Boemer (1994, p. 86) afirma que é

“...um procedimento científico, criativo, que requer um investimento grande, o desenvolvimento do pensamento crítico bem como energia emocional e intelectual. É preciso um interesse verdadeiro, autêntico, em desvelar o fenómeno, descobrir significados, desenvolver compreensão e explorar o fenómeno na maior diversidade possível.”

O método fenomenológico permite a investigação crítica, sistemática e rigorosa de um fenómeno, sendo que, de acordo com Rose, Beeby e Parker *apud* Streubert e Carpenter (2002, p. 55),

“o propósito da pesquisa fenomenológica é explicar a estrutura ou a essência das experiências vividas de um fenómeno, na procura da unidade de significado o qual é a identificação da essência de um fenómeno e a sua descrição rigorosa, através da experiência vivida quotidiana.”

Apenas através do método fenomenológico se pode aceder à fenomenologia, sendo as suas funções: analisar as vivências intencionais da consciência e compreender o sentido dos fenómenos (Husserl, 2008).

Complementarmente, Queirós, Meireles e Cunha (2007) refere que este método pesquisa fenómenos subjectivos com a convicção de que apenas através da experiência vivida no mundo do dia-a-dia do indivíduo se pode obter verdades essenciais da realidade. Não é importante o que pensamos, lemos ou dizemos acerca de determinada experiência, mas sim ela, tal como se apresenta.

A utilização deste método só é possível se o investigador estiver atento à temática e seja capaz de lidar com imprevistos, com a flexibilidade e com o incerto, porque os fenómenos podem emergir a qualquer instante (Terra *et al.*, 2006). Além disso, o investigador deve saber que a colheita dos achados e a sua análise devem ocorrer simultaneamente, daí que o critério para finalizar a colheita dos achados é a repetição da essência do fenómeno em estudo (Boemer, 1994).

Para Gomes *et al.* (2008), a sequência da utilização deste método é composta por três fases:

- ✓ Descrição – revelação das experiências e das estruturas do fenómeno, com o intuito de obter a sua essência.
- ✓ Redução – decidir quais as partes descritas que são essenciais, pondo em suspenso todos os pensamentos relacionados com as vivências.
- ✓ Compreensão – consiste em perceber fenomenologicamente o fenómeno.

O método fenomenológico requer dois momentos fundamentais: suspensão do juízo relacionado com tudo o que é empírico e a redução dos dados fácticos e do sujeito à pureza das suas essências (Loureiro, 2002).

Na óptica de Husserl, existem três momentos fundamentais para a viabilização de um método na fenomenologia: redução Fenomenológica ou Epoché, redução Eidética e redução Transcendental (Terra *et al.*, 2006).

a) Redução Fenomenológica ou Epoché

Esta redução ou epoché consiste na capacidade de restrição das crenças e pressupostos sobre o objecto de pesquisa de forma a reduzi-lo a fenómeno (Correa, 1997, Terra *et al.*, 2006).

Gomes et al. (2008, p. 147) também partilha dessa opinião quando afirma que esta redução

“...consiste em pôr ‘entre parênteses’ a confiança espontânea e ingénua das certezas positivas da communis opinio procedendo a uma descrição do fenómeno anterior a qualquer sofisticação teórica, captando a essência a partir dos diferentes sentidos e formas atribuídas pelas pessoas na sua vivência no mundo.”

A apreensão do conhecimento da essência do fenómeno só é possível quando o investigador efectua esta redução, sendo que para isso é necessário praticar uma atitude natural, isto é, cada participante deve exprimir o que a experiência directa lhe oferece (Husserl, 2008). A atitude natural é uma protocrença, ou seja, uma atitude ingénua (Cordon e Martinez, 1998).

Complementarmente, Moura (1989) refere que a atitude natural caracteriza-se por criar o objecto independentemente da percepção, isto é, separar o objecto das suas manifestações.

De uma forma geral, esta redução consiste na mudança da atitude natural para a fenomenológica, permitindo ao investigador ver o sujeito e o mundo como fenómenos, pertencentes a uma globalidade, na qual, ambos se vão mostrando como significações (Forghieri (1991).

Efectuar esta redução não é a negação da realidade do mundo, mas deixar apenas que a experiência do indivíduo seja dada à sua autenticidade, sendo este processo denominado de epoché (Terra *et al.*, 2006). Nesse sentido Valentin *apud* Terra *et al.* (2006) afirma que a epoché é o “...acesso transcendental à subjectividade, à intersubjectividade, ao mundo todo; é a volta do realismo, a volta ao cogito, não no sentido cartesiano, mas husserliano, não a percepção de si por si mas da realidade do mundo que inclui o eu, o nós”.

No entanto, Fortin (2000) refere que para efectuar esta redução é necessário seguir as seguintes etapas:

- ✓ Realizar uma ou mais leituras flutuantes, de forma a aproximar-se do fenómeno;
- ✓ Identificar as unidades de significado que emergem da descrição e que representam a estrutura do fenómeno, possibilitando a passagem do vivido para o conceito;

✓ Desenvolver o conteúdo dessas unidades de forma a aprofundar o sentido que contém o material. Nesta etapa, o investigador explica, pelas suas palavras e as do participante, o que contém essa parte da experiência, possibilitando a apropriação do sentido, sua compreensão, explicitação e elaboração.

✓ Efectuar o resumo de todos os desenvolvimentos das unidades, sempre respeitando o fenómeno em estudo e descrever a estrutura do fenómeno.

No entanto, o que é revelado na redução fenomenológica, não é a experiência “pura”, mas sim, a experiência constituída nos laços de alguém com o mundo. Isto porque, a redução completa é impossível, devido a que a consciência está ligada num mundo. Isso provoca que a descrição fenomenológica seja contingente ao contexto da experiência e apesar da tentativa de parar o tempo e, conseqüente, suspensão dos actos intrínsecos da consciência à redução, a descrição fenomenológica pressupõe sempre uma contextualização da experiência no tempo (Boyd, 2001).

b) Redução Eidética

De acordo com o pensamento de Husserl, a redução eidética consiste em descrever o fenómeno de forma a deixar aparecer o que tem de essencial. (Handem *et al.*, 2004)

Partilhando dessa opinião, Merleau-Ponty (2002, p. xvii), define a redução eidética como “...a resolução de fazer o mundo aparecer tal como ele é antes de qualquer retorno sobre nós mesmos, é a ambição de igualar a reflexão à vida irreflectida da consciência.” Loureiro (2002) acrescenta que ao procurar obter a essência, o investigador procura o que na estrutura do fenómeno é essencial e invariável, separando-o de tudo o que é contingente.

Logo, esta redução é o meio com o qual o filósofo passa da consciência de objectos individuais para o domínio das essências puras, chegando assim à intuição do eidos (Queirós, Meireles e Cunha, 2007). Então, a essência “define a existência do ser, a sua ‘humanidade’, revelando o ser como ele realmente é, dando assim, sentido à vida” (Terra *et al.*, 2006, p. 673). Lyotard (2008) acrescenta que a essência é constituída pelo invariante do objecto, ou seja, aquilo que permanece idêntico através das variações.

Assim, para Merleau-Ponty (2002) não é procurando aquilo que o fenómeno é em ideia que constitui a sua essência, mas sim procurando aquilo que ele é antes de qualquer tematização.

Neste sentido, Lyotard (2008) distingue três tipos de essências, de forma hierárquica e partindo do empírico:

- ✓ Essências materiais – estudadas por ontologistas ou ciências eidéticas materiais (ex.: vestuário).
- ✓ Essências regionais – envolvem as anteriores e são explicitadas como eidéticas regionais.
- ✓ Essências do objecto em geral – envolvem todas as essências regionais e são estudadas pela ontologia formal, que define a noção de teoria em geral e todas as formas de teoria possíveis.

No entanto, para a obtenção da essência do fenómeno em estudo, é necessário que a consciência do indivíduo, na sua intencionalidade, reduza e exclua do fenómeno o que não é essencial, utilizando uma técnica denominada de variação eidética (Correa, 1997). Esta técnica consiste na imaginação de todas as possíveis variações que o fenómeno em estudo pode ter, chegando assim às características que não podem ser eliminadas sem a destruição do próprio fenómeno, sendo essas, possivelmente, pertencentes à sua essência (*Idem*).

Apesar da utilidade da variação eidética praticada por diversos autores, como por exemplo Giorgi e Van Manem, houve um autor, Boltom, que defendeu que esta técnica não permite “...compreender como os conceitos e métodos de recolha dos dados e o relato do estudo possam mostrar positivismo fenomenológico” (Cohen e Omery, 2007, p. 144).

Pode-se ainda referir que este tipo de redução pode considerar-se mundana, ou seja, em todas as ciências empíricas está envolvida uma essência da consciência (*Idem*).

c) Redução Transcendental

De acordo com Loureiro (2002, p. 10), esta redução “...reconduz a consciência empírica à consciência enquanto consciência: Eu puro ou Absoluto ou Transcendental. Este, permanecendo absolutamente idêntico a si mesmo, é que pode ser o fundamento da verdade do conhecimento.” A redução transcendental possibilita uma visão interior completa que torna o comportamento transparente na sua integridade e permite ao indivíduo perceber como surge o significado e como está fundamentado em outros significados (Cordon e Martinez, 1998).

Ainda Sokolowski (2000) acrescenta que, mesmo na atitude natural, a consciência é transcendental, pois, além de si mesma, ela atinge as identidades e coisas que lhe são dadas.

Para Spiegelberg (1982) existe uma actividade filosófica denominada subjectividade transcendental que, de acordo com Husserl, consiste no processo em que

se efectua o epoché ou isolamento dos pressupostos ou teorias do fenómeno e posterior reflexão profunda, permitindo a pesquisa do início do conhecimento no processo subjectivo. Nesta actividade, o transcendental "...pode ser entendido como conferindo significado através do conhecedor, ou *self*, reflectindo em si próprio" (Ray, 2007, p. 125).

A utilização do termo transcendental deve-se à sua relação sem pressupostos com o mundo, através da suspensão dos pressupostos acerca deste, para que se obtenha o conhecimento verdadeiro (Hammond, Howarth e Keat, 1991)

Em conclusão, esta redução permite apreender a essência da essência, obtendo-se o que está oculto por valores, crenças e ideologias (Terra *et al.*, 2006).

1.1.1 - Etapas Fundamentais

Aquando da descrição das características essenciais das diversas orientações fenomenológicas, Spiegelberg (1975) estabeleceu seis etapas essenciais nas investigações fenomenológicas, sendo elas a fenomenologia descritiva, das essências, redutiva, das aparências, constitutiva e hermenêutica. Já Boyd (2001) refere que Spiegelberg identificou sete etapas, sendo elas as já referidas anteriormente, apenas considerando que a etapa denominada por fenomenologia das essências deve ser dividida em duas etapas, uma a apreensão da(s) essência(s) do fenómeno e outra seguinte a de procura de relações na própria essência ou entre essências apreendidas.

Nesse sentido, Streubert e Carpenter (2002) acrescentam que é desnecessário a adopção de todas as etapas para a utilização do método fenomenológico, sendo as mais utilizadas as três primeiras.

Nesse sentido, esta orientação define que cada etapa pressupõe a anterior, mas pode não ser o resultado dela (Spiegelberg, 1975).

As etapas fundamentais são:

✖ Fenomenologia Descritiva

Esta etapa pressupõe "...explorações directas, análise e descrição de um determinado fenómeno, tão livre quanto possível de pressupostos não examinados, exigindo a máxima apresentação intuitiva" (Spiegelberg, 1975 p. 57). Logo, este autor acrescenta que esta etapa é constituída por três operações fundamentais: intuição, análise e descrição (*Idem*). Mas antes da realização destas operações, deve-se efectuar

a suspensão de todas as crenças e preconceitos acerca do fenómeno (Terra *et al.*, 2006; Loureiro, 2002).

A primeira operação (intuição) acontece quando o investigador continua aberto aos significados que são atribuídos ao fenómeno pelos participantes (Terra *et al.*, 2006). No entanto, de acordo com o mesmo Spiegelberg (1982, p. 682),

“Intuir é uma das operações mais exigentes, que requer muita concentração no objecto intuído sem se tornar absorvido nele, ao ponto de já não se observar criticamente. No entanto há pouco que se pode dar ao fenomenologista principiante, através de instruções precisas que vão para além de frases metafóricas como «abrir os olhos», «mantê-los abertos», «não ficar cego», «olhar e ouvir», etc.”

Portanto, a intencionalidade é a atribuição de um sentido ao fenómeno, de forma a permitir a relação entre o sujeito que sai de si para o mundo (Gomes *et al.*, 2008).

A segunda operação (análise) implica a extracção de afirmações importantes, classificação e atribuição de sentido a aspectos essenciais do fenómeno em estudo (Terra *et al.*, 2006).

Nesse sentido, Anderson (1989, p. 22-23) afirma que esta operação

“Não é como se o investigador estivesse a descrever estruturas que estão por aí fora e que são independentes do investigador e do informante (...) O que é preciso explicitar é que as estruturas descritas são as que são criadas e impostas no mundo – estas estruturas estão fixadas no sistema das relevâncias do investigador, o que é produzido como conhecimento resulta do processo dialectal entre investigador e informante.”

A mesma autora acrescenta que através da análise fenomenologia, a estrutura identificada no final é a do investigador, sendo a identificação dos elementos do fenómeno e das suas relações (*Idem*).

Frequentemente, a intuição e a análise ocorrem em simultâneo neste tipo de investigações (Streubert e Carpenter, 2002)

Por fim, a terceira operação (descrição) tem como objectivo a descrição e comunicação, verbal e por escrito, dos elementos distintos e críticos do fenómeno, baseando-se numa classificação do fenómeno (*Idem*). Mas Spiegelberg (1982) alerta para a descrição prematura, considerando-a um erro comum deste tipo de investigação.

Em conclusão, o mesmo autor (1982, p. 693) afirma que “a descrição é baseada numa classificação do fenómeno. Uma descrição, portanto, pressupõe uma estrutura de nomes de classes, e tudo o que pode fazer é determinar a localização do fenómeno, tendo em conta um sistema de classes já desenvolvido”.

✖ Fenomenologia das Essências

Esta etapa envolve procurar nos dados as essências comuns, elaborando padrões de correspondência partilhados por um determinado fenómeno, sendo que para isso o investigador utiliza uma técnica denominada variação imaginativa livre (Streubert e Carpenter, 2002). Nesse sentido Spiegelberg (1975) refere que esta procura das essências permite determinar o que é essencial e o que não o é na descrição do fenómeno. No entanto, nesta etapa, o investigador deve continuar com as três operações fundamentais anteriormente descritas (*Idem*).

✖ Fenomenologia das Aparências

À medida que se familiariza com os achados, o investigador deve centrar a sua atenção nos modos como o fenómeno lhe é apresentado (Streubert e Carpenter, 2002). No entanto, esta etapa pode fazer com que existam perspectivas infinitas do fenómeno (Spiegelberg 1975).

✖ Fenomenologia Constitutiva

Aqui o fenómeno vai sendo estudado tal como está na nossa consciência, sendo que ele vai adquirindo forma na consciência à medida que se vai avançando nas impressões que se tem dele, até à aquisição de um quadro estrutural completo (Streubert e Carpenter, 2002).

✖ Fenomenologia Redutiva

O investigador deve colocar de lado os preconceitos e crenças acerca do fenómeno para poder obter uma descrição mais pura, sendo esta separação essencial para que se preserve a objectividade do método fenomenológico (*Idem*). É importante referir que a redução além de permitir a descrição pura, é também a base de qualquer revisão bibliográfica até que o investigador analise os achados (*Ibidem*).

✖ Fenomenologia Hermenêutica ou Interpretativa

Nesta etapa, Lincoln e Guba (1989) referem que a procura, fora das relações e significados, da relação entre o conhecimento e o contexto constituem os enquadramentos interpretativos da fenomenologia.

Complementarmente, Spiegelberg (1975) refere que o objectivo é ir de encontro aos significados que não foram identificados nas três operações fundamentais, tendo o investigador de ir muito além daquilo que lhe é directamente dado. Para isso, o investigador deve, em primeiro lugar, ler o texto como um todo para o interiorizar e, de seguida, desenvolver pensamentos sobre o que leu. Depois deve procurar identificar padrões de conexão e, por último, interpretar o todo, isto é, reflectir sobre a leitura inicial

e sobre a leitura interpretativa, para assegurar a compreensão dos achados (Ricoeur, 1976).

Em conclusão, Allen e Jensen (1990, p. 241) afirmam que

“O valor do conhecimento na Enfermagem é, em parte, determinado pela sua relevância e significado para uma compreensão da experiência humana. No sentido de obter essa compreensão, a Enfermagem exige modos de pesquisa que ofereçam a liberdade de explorar a riqueza desta experiência. A hermenêutica oferece esta forma de pesquisa. Com a estratégia interpretativa, é fornecido um meio para chegar a uma compreensão mais profunda da existência humana através da atenção à natureza e significado da linguagem.”

2 - ORIENTAÇÕES FENOMENOLÓGICAS APLICADAS À ENFERMAGEM

O método fenomenológico foi criado e utilizado, inicialmente, como um método a utilizar na investigação filosófica. No entanto, alguns investigadores das ciências sociais resolveram adaptá-lo às suas áreas de especialidade, como, por exemplo, a Enfermagem (Loureiro, 2002). Esta adaptação deveu-se ao facto dos seus investigadores não pretenderem saber apenas o observável e mensurável dos indivíduos, mas também perceber o mundo, as suas vivências e experiências (Boyd, 2001).

Visto que as enfermeiras na sua prática diária de cuidados se deparam com questões existenciais do indivíduo, a fenomenologia dá uma contribuição importante para o pensar e fazer, isto porque para compreendermos a realidade diária na qual estamos inseridos é preciso que consigamos submergir na subjectividade e na sua essência, sem desprezar a objectividade que a permeia (Terra *et al.*, 2006).

Nesse sentido, a Enfermagem pressupõe os cuidados ao indivíduo de forma holística, evitando o reducionismo, logo se a fenomenologia exige a exploração do todo integrado, o seu uso é adequado na investigação de fenómenos importantes para a prática, ensino e administração em Enfermagem (Streubert e Carpenter, 2002).

Partilhando dessa opinião Ray (1985, p. 84) afirma que “a fenomenologia (...) pode oferecer um meio pelo qual as experiências vividas do mundo-vida das enfermeiras podem ser estudadas e compreendidas”. Em Enfermagem, ela possibilita um saber compreensão que não é evidente, mas é intrínseco aos fenómenos humanos, sendo que esse saber conduz à reflexão e acarreta mudanças no agir e na percepção do indivíduo (Souza e Simões, 1997).

Os estudos de cariz fenomenológico que têm sido realizados em Enfermagem incidem principalmente na tentativa de explicação de experiências saúde-doença e de cuidados, ou seja, abordam essencialmente o modo como a realidade é entendida pelos indivíduos (Fortin, 2000).

Segundo Queirós, Meireles e Cunha (2007), faz-se frequentemente referência ao método fenomenológico no singular. No entanto, apesar de se poder afirmar que apenas existe um método fenomenológico, surgiram diversas escolas com abordagens diferentes que podem ser agrupadas em três grandes grupos: a Husserliana ou eidética (pretende obter conhecimento fundamental do fenómeno – descritiva), a Heideggeriana ou

hermenêutica (pretende interpretar o fenómeno) e a combinação dessas duas escolas (guiados essencialmente pela escola holandesa) (Cohen e Omery, 2007).

A escola Husserliana teve como investigadores Giorgi, Colaizzi e Van Kaam, entre muitos outros. Já a escola Heideggeriana foi usada, por exemplo, por Benner. Por fim, a escola holandesa foi seguida por Van Manem e Barritt et al., entre outros (*Idem*). De seguida irá ser descrito os aspectos essenciais de, pelo menos, uma orientação fenomenológica de cada escola, tendo-se optado por seguir a ordem que foi descrita anteriormente.

2.1 - ORIENTAÇÃO FENOMENOLÓGICA DE GIORGI

Para Queirós, Meireles e Cunha (2007), esta orientação é a mais utilizada no campo da psicologia fenomenológica, tendo como objectivo a obtenção de unidades de significado contidas nas descrições e que representem a estrutura do fenómeno.

De acordo com Streubert e Carpenter (2002, p. 56), as etapas processuais desta orientação são:

- “1. Leia a descrição inteira da experiência para obter um sentido do todo*
- 2. Releia a descrição*
- 3. Identifique as unidades de transição da experiência*
- 4. Clarifique e elabore o significado relacionando os constituintes uns com os outros e com o todo*
- 5. Reflicta nos constituintes segundo a linguagem concreta do participante*
- 6. Transforme a linguagem concreta em linguagem ou conceitos científicos*
- 7. Integre e sintetize a compreensão numa estrutura descritiva do significado da experiência”*

2.2 - ORIENTAÇÃO FENOMENOLÓGICA DE COLAIZZI

Esta orientação utiliza preferencialmente como meio de colheita dos achados, a entrevista, tendo muitas vezes de serem longas e repetidas para facilitar a descrição das experiências (Boyd, 2001).

De acordo com Streubert e Carpenter (2002, p. 57), as etapas processuais desta orientação são:

- “1. Descreva o fenómeno de interesse*
- 2. Colha as descrições dos participantes sobre o fenómeno*
- 3. Leia todas as descrições do fenómeno feitas pelos participantes*
- 4. Retorne às transcrições originais e extraia as declarações significantes*
- 5. Tente soletrar o significado de cada declaração significativa*

6. *Organize os significados agregados formalizados em grupos de temas*
7. *Escreva uma descrição exaustiva*
8. *Regresse aos participantes para validar a descrição*
9. *Se novos dados forem revelados durante a validação, incorpore-os na descrição exaustiva”*

Apesar da ordem das etapas descritas, Moreira (2002) afirma que elas devem ser vistas de forma flexível pelo investigador, dependendo de como ele se aproxima do fenómeno.

Esta orientação é muito popular entre os fenomenologistas devido à clareza com que é formulada (*Idem*).

2.3 - ORIENTAÇÃO FENOMENOLÓGICA DE VAN KAAM

Esta orientação fenomenológica tem como objectivo principal, o estudo da vertente psicológica de um fenómeno, sendo que para tal deve-se efectuar a pergunta da investigação a um elevado número de indivíduos que devem descrever por escrito as suas experiências relativas a um determinado fenómeno (Van Kaam, 1959). Este autor debruçou-se sobre o fenómeno de “se sentir realmente compreendido”, sendo este fenómeno uma forma perceptual-emocional em que um indivíduo percepção o que outro co-experencia, o que as coisas significam para si e aceita-o. Após isso, e inicialmente, sente-se aliviado da solidão experiencial e, gradualmente, participa experiencialmente com essa pessoa e com o que essa pessoa parece representar (*Idem*).

Nesse sentido, de acordo com Moreira (2002, p. 119), após a realização da recolha das descrições da experiência, o investigador deve analisá-las tendo em conta os seguintes cinco passos:

1. *“Obter um núcleo de experiências comuns;*
2. *Listar e preparar um agrupamento preliminar rudimentar de cada expressão apresentada pelos participantes;*
3. *Redução e eliminação; (...)*
4. *Tentativamente, identificar os constituintes descritivos; (...)*
5. *Finalmente, identificar os constituintes descritivos por aplicação”.*

2.4 - ORIENTAÇÃO FENOMENOLÓGICA DE BENNER

Este autor baseou-se na fenomenologia hermenêutica, sendo o seu objectivo a procura de exemplos de casos paradigmáticos que incluam o significado da prática

quotidiana através da recolha de notas de observações participantes, entrevistas, amostras comedidas de comportamento e interacção em ambientes naturais (Boyd, 2001).

O mesmo autor acrescenta que os significados das experiências vividas devem ser compreendidos como constituintes da experiência do indivíduo, sendo que essa compreensão requer uma operação entre o individual e a situação (*Idem*).

Nesse sentido, para a utilização da abordagem hermenêutica é necessária a adopção de três estratégias, sendo elas:

- **Análise temática** – através da descrição, o material da entrevista e das observações são convertidas em texto. É realizada uma análise global para cumprir quatro tarefas:
 - Identificação de linhas de inquérito de temas emergentes e background teórico em estudo;
 - Desenvolvimento de um plano interpretativo e um protocolo de codificação;
 - Codificar as entrevistas;
 - Identificar categorias gerais que formam bases de descoberta de estudo;
- **Análise de exemplares** – nesta fase, todos os aspectos de uma situação particular e as respostas dos participantes são codificadas para capturar os significados das experiências dos participantes;
- **Identificação de casos pragmáticos** – pode-se considerar como caso pragmático um forte exemplo de um padrão particular de significados, sendo que a sua apresentação permite a descrição necessária para compreender como as acções e as interpretações de um indivíduo surgem do seu contexto situacional. Nesta fase, a análise é utilizada para relacionar aquilo que o caso representa e a razão pela qual fundamental como exemplo de um determinado significado.

(*Ibidem*)

2.5 - ORIENTAÇÃO FENOMENOLÓGICA DE VAN MANEN

O autor desta orientação fenomenológica identificou a sua orientação fenomenológica como hermenêutica, tendo como objectivos a explicação dos significados dos fenómenos humanos e a compreensão das estruturas desses significados (Boyd, 2001). Para isso, utiliza uma reflexão textual acerca das experiências vivenciadas e do quotidiano, com o objectivo de aumentar a capacidade de raciocínio e eficiência dos recursos (*Idem*).

Nesse sentido, realizar fenomenologia é questionar os modos como nós experienciamos o mundo, vinculado através do projecto de pesquisa ao mundo numa perspectiva particular (*Ibidem*).

Segundo Van Manen *apud* Boyd (2001) a sua orientação assenta em oito linhas orientadoras, consistindo elas:

1. **No estudo da experiência vivida** - a pesquisa está relacionada com questões sobre o modo como a experiência é, tentando compreender o seu significado. O seu resultado é denominado de conhecimento plausível, o que permite um contacto mais directo do mundo.
2. **Na explicação dos fenómenos tal como são percebidos pela consciência** - não se pode reflectir sobre a experiência enquanto se está a vivenciá-la, sendo então a reflexão retrospectiva.
3. **No estudo das essências** - uma essência é um conceito universal que é intuitivamente compreendido pelo investigador através do estudo da estrutura interna de exemplos do fenómeno em estudo.
4. **Na descrição dos significados experienciais vividos, tal como foram vivenciados** - essa descrição, que é interpretativa, é fundamental para a sua compreensão, pois a simples explicação ou análise é insuficiente.
5. **No estudo científico dos fenómenos humanos** - a fenomenologia é sistemática, explícita, autocrítica e intersubjectiva, sendo caracterizada pela preocupação com os assuntos das estruturas de significados do mundo humano vivido.
6. **Na tentativa prática de raciocínio** - a fenomenologia permite ao enfermeiro intervir sempre com base em raciocínios cuidadosamente construídos.
7. **Na procura do significado do Homem** - o objectivo da investigação fenomenológica é compreender a essência do Homem.
8. **Na actividade poética** - a apresentação dos achados é caracterizada pela paixão que inspira o processo de investigação. A fenomenologia é comparável à poesia, pois em ambas é inapropriado perguntar por uma conclusão ou um sumário. Isto porque, sumarizar um poema para apresentar o resultado, iria destruir o resultado, porque o poema, em si, é o resultado.

Para a aplicabilidade desta orientação, Streubert e Carpenter (2002, p. 57) estabeleceram quatro etapas processuais, que são:

“1. Atenda à natureza da experiência vivida pela orientação do fenómeno, formulando a pergunta fenomenológica e explicando assunções e pré-compreensões

2. Comprometa-se com a investigação existencial, a qual exige a exploração do fenómeno: colheita de dados, uso da experiência pessoal como ponto de partida, descoberta de fontes etimológicas, procura de frases idiomáticas, obtenção de descrições das experiências dos participantes, localização das descrições das experiências na literatura e consulta de literatura fenomenológica, arte, etc.

3. Comprometa-se com a reflexão fenomenológica, a qual exige execução de análise temática, descoberta de aspectos temáticos das descrições, isolamento das declarações temáticas, composição de transformações linguísticas e compilação de descrições temáticas de fontes artísticas

4. Comprometa-se com a escrita fenomenológica, a qual inclui atenção à linguagem falada, variando os ex.s, escrevendo e reescrevendo”

Após a descrição de diversas orientações fenomenológicas, conclui-se que, apesar de todos terem como base o método fenomenológico, cada um possui aspectos particulares que o diferencia dos outros. Não foram apresentados todas as orientações, pois considerou-se que isso era desnecessário nesta dissertação, sendo os critérios utilizados para a escolha das orientações a descrever o da representatividade (pelo menos um exemplo de cada escola da fenomenologia) e o da utilização (os mais utilizados em fenomenologia).

No enquadramento metodológico será descrita a orientação que se adoptou para a realização desta investigação.

CAPÍTULO II

ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL

1 – A DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

A saúde é um direito básico de todos os indivíduos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, ela pode ser definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. Daí que o indivíduo tem que ser capaz de identificar e, se possível, realizar as suas ambições, satisfazer as suas necessidades e adaptar-se ao meio envolvente. Por isso, a saúde não pode ser vista como finalidade de vida, mas como um recurso para a vida (1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1986). Para que a saúde não seja vista como um conceito estático, posteriormente, foi acrescentada uma dimensão social ao seu conceito, ou seja, a ideia de que a saúde deve ser um processo contínuo e interdependente de preservação da vida. Isto significa que ela é comumente um direito e um dever de todos os indivíduos, cabendo também a ele a sua manutenção (Goldim, 1997).

Os enfermeiros são profissionais que cuidam de pessoas, saudáveis ou doentes, sendo cada uma detentora da sua individualidade que deve ser tida em conta aquando da prestação de cuidados (Florin, 2007). Só assim é possível ambicionar prestar cuidados de Enfermagem de excelência.

No seu dia-a-dia, os enfermeiros deparam-se frequentemente com situações que exigem tomada de decisões clínicas e que têm uma influência, directa ou indirecta, na vida dos doentes e suas famílias.

Antes de prosseguir a análise deste tema, é importante esclarecer alguns aspectos relativos à sua definição.

1.1 – DEFINIÇÃO

A literatura consultada não é unânime na adopção da terminologia para a descrição do fenómeno em estudo, tendo utilizado, além do termo tomada de decisão clínica, termos como pensamento crítico, juízo clínico, raciocínio diagnóstico, entre outros (Thompson e Dowding, 2002; Rashotte e Carnevale, 2004; Florin, 2007). Logo, devido a esta variedade de termos, é pertinente a definição de cada um antes de avançarmos.

Quanto ao pensamento crítico, pode ser definido como o processo de tomar decisões sensatas acerca de o que acreditar e o que fazer (Ennis, 1996). Este processo envolve actividades criativas como a formulação de hipóteses, planos e contra-exemplos, planeamento de experiências e descoberta de alternativas (*Idem*). Já Scriven e Paul

(1997) define-o como um processo intelectual disciplinado que utiliza hábil e activamente o conhecimento para conceptualizar, aplicar, analisar, resumir, e/ou avaliar informação adquirida através da observação, experiência, reflexão, raciocínio ou comunicação.

O juízo clínico pode ser definido como “...um conjunto de decisões realizadas pelo enfermeiro em interacção com o doente, relativamente ao tipo de observações a serem realizadas acerca da situação do doente, à avaliação da informação observada e da consequente derivação de significados (diagnósticos) e as intervenções de Enfermagem que devem ser tomadas com ou em nome do doente (Tanner, 1987, p. 154). Nesta definição estão bem patentes as fases do processo de Enfermagem, enfatizando claramente a importância da interacção com o doente. Redelmeier *et al.* (2001) acrescenta que o juízo clínico combina a teoria, a experiência pessoal do profissional de saúde, a perspectiva do doente, além de outros aspectos. Um exemplo disso é quando o enfermeiro faz um *juízo* que a condição de um doente está a piorar e então *decide* comunicar ao médico. Apesar de ser importante reconhecer que juízo e decisão clínica são conceitos diferentes, na prática dos cuidados de saúde estão muitas vezes interligados e são, frequentemente, analisados como uma entidade única (Thompson e Dowding, 2002).

Já o raciocínio diagnóstico foi definido por Carnevali e Thomas (1993, p. 41) como “...um conjunto de juízos clínicos realizados durante e após a colheita de dados, que resultam na formulação de juízos informais ou diagnósticos formais”.

Para Tanner (1987), a tomada de decisão clínica é um processo que envolve tanto o juízo clínico como o raciocínio diagnóstico, sendo, de acordo com O'Reilly (1993) a capacidade de filtrar e resumir a informação, tomar decisões e implementá-las adequadamente no meio clínico. Dowie (1993) simplifica a definição deste conceito, ao defini-lo como o processo de realizar mentalmente uma escolha entre duas ou mais opções. Partilhando dessa opinião, Nunes (2007) acrescenta que a escolha deve ser efectuada com racionalidade, competência e consciência para que ela resulte no alcance do objectivo.

No processo de decisão clínica, o “enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de Enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade) (Ordem dos Enfermeiros, 2004, p. 6).

Independentemente da intenção e finalidade de cada conceito descrito, estes são intermutáveis, pois descrevem um único processo (Thompson, 1999).

1.2 – TEORIAS

Ao longo dos anos, as teorias utilizadas no estudo da decisão clínica em Enfermagem têm evoluído, sofrendo influências das disciplinas que se dedicam ao estudo da decisão em geral, sobretudo da psicologia cognitiva.

De acordo com Jesus (2004), a maioria dos estudos realizados têm sido à luz das teorias da decisão e de processamento de informação, as quais podem ser classificadas, respectivamente, como prescritivas e descritivas.

As teorias prescritivas partem do pressuposto que o Homem é um ser racional e lógico, focando-se em como as decisões deveriam ser tomadas, baseando-se para isso em abordagens estatísticas (Thompson e Dowding, 2002).

Estas teorias também foram designadas de racionais (Harbinson, 1991) ou analíticas (Rashotte e Carnevale, 2004). Um exemplo de um modelo prescritivo é a inferência de Bayesian que se baseia no teorema de Bayes, em que a decisão clínica é representada em hipóteses, cada qual é caracterizada por uma probabilidade subjectiva que representa a confiança na sua verdade (Fischhoff e Beyth-Marón *apud* Rashotte e Carnevale, 2004).

Ao contrário das teorias analíticas, as descritivas baseiam-se no pressuposto de que a acção precede o pensamento racional analítico, correspondendo a uma visão holística da prática de Enfermagem, pois o tomador da decisão observa a situação toda em vez de a reduzir a elementos discretos (Gurbutt, 2006). Estas teorias procuram descrever como as decisões são tomadas, focando-se em todos os processos envolvidos (*Idem*).

Estas teorias, também apelidadas de fenomenológicas (Harbinson, 1991) ou intuitivas (Rashotte e Carnevale, 2004), tiveram em Benner o seu principal investigador, que refere que nem todo o conhecimento incorporado na perícia pode ser obtido através de estratégias analíticas, mas sim identificando todos os elementos que dão origem à decisão (Harbinson, 1991). Para Benner, o princípio básico de todos os modelos de tomada de decisão intuitivos é que o juízo intuitivo distingue o perito do novato, sendo que o perito não depende dos princípios analíticos para estabelecer a ligação entre a compreensão da situação e à respectiva acção (Thompson, 1999).

De acordo com Brooks e Thomas *apud* Jesus (2004, p. 47),

“...as teorias prescritivas tendem a mecanizar o processo de decisão e falham ao não considerarem os processos intrapessoais tais como percepções, pensamentos, sentimentos, emoções e inclinações (bias) inerentes a cada decisão que a pessoa toma. Por outro lado, vários estudos qualitativos sobre a intuição

baseiam-se em alguns aspectos humanos envolvidos no processo de decisão, mas não abordam o processo de decisão como um processo intrapessoal integral (completo).”

Isto acontece porque a maior parte dos estudos realizados acerca da decisão clínica têm-se focado apenas nos processos interpessoais, esquecendo-se dos intrapessoais (*Idem*).

Esta divisão das teorias foi consensual na bibliografia que consultámos, à excepção de Thompson e Dowding (2002) que além destas duas categorias, acrescentam uma terceira: a normativa. Para estes autores, a teoria normativa traduz-se naquilo que descrevemos anteriormente como prescritiva, já a prescritiva é uma tentativa de melhorar os juízos e as decisões dos indivíduos, através da análise de como os indivíduos formulam juízos e tomam decisões e tentam ajudá-los (*Idem*).

Apesar das muitas teorias existentes, não existe uma teoria unificadora que represente completamente o fenómeno da tomada de decisão, no entanto, constantemente, têm sido feitas tentativas para desenvolver uma (Gurbutt, 2006).

1.3 – MODELOS

Os modelos explicativos do processo de tomada de decisão, tanto prescritivos como descritivos, têm vindo a surgir ao longo dos anos e podem ser agrupados em duas categorias: sistemático-positivista e intuitivo-humanista.

De acordo com Thompson (1999), até à década de 80, as posições explicativas acerca da tomada de decisão em Enfermagem eram sustentadas por modelos que retratavam a tomada de decisão como um processo racional hipotético-dedutivo, ou seja, eram sistemático-positivistas, sendo um exemplo dessa categoria, o modelo de processamento de informação.

De acordo com Buckingham e Adams (2000), este tipo de modelos surgiram após a análise feita aos juízos clínicos de médicos, tendo posteriormente sido aplicados à Enfermagem. Estes modelos baseiam-se em dois tipos de raciocínio: a indução (proporciona a colheita de informação e posterior criação de hipóteses) e a dedução (permite o teste dessas hipóteses) (*Idem*).

Já na categoria intuitivo-humanista, que surgiu posteriormente, podemos incluir o modelo intuitivo, sendo Patricia Benner, a autora que mais desenvolveu este modelo (Thompson e Dowding, 2002). Nestes modelos, o perito é distinguido do novato, porque o perito não depende de princípios analíticos para estabelecer a sua compreensão da

situação e aplicação das medidas adequadas (*Idem*). Nesse sentido, as boas decisões são aquelas que são tomadas intuitivamente por profissionais com conhecimentos (Thompson, 1999). Hamers *et al.* (1994), acrescenta que as decisões clínicas são o resultado de um nível quase inconsciente de cognição.

Nesse sentido, Luker *et al.* (1998), referem que do estudo da decisão efectuado por diferentes autores, esta poderá ser concebida como estando dividida em duas perspectivas: os que vêem a decisão objectivamente (positivista), como algo que pode ser reduzido a factos e a processos lineares e os que acreditam serem estes processos baseados na intuição. No entanto, para os defensores humanistas, a intuição é um processo que não é facilmente reduzível e, consequentemente, não poderá ser apresentado sob a forma de um esquema lógico.

Thompson (1999) analisou as vantagens e desvantagens dos modelos sistemático-positivista e intuitivo-humanista segundo quatro temas: comunicabilidade, simplificação, especificidade contextual e aplicabilidade, tendo concluído que nenhum dos modelos oferece uma explicação perfeita que represente o processo de tomada de decisão clínica em Enfermagem.

Daí que um profissional reflexivo deve estar informado acerca das vantagens e desvantagens dos modelos destas duas categorias e deve procurar combiná-los na sua prática diária (Harbinson, 1991).

1.4 – FACTORES QUE A INFLUENCIAM

A literatura consultada acerca dos factores que podem influenciar a tomada da decisão clínica em Enfermagem, permitiu agrupá-los em duas grandes categorias: individuais e contextuais. Pois, de acordo com Jesus (2004), apesar da maioria das decisões clínicas relacionadas com determinação de diagnósticos ou de intervenções implicarem muito conhecimento e habilidade para atingir os resultados esperados, elas são, muitas vezes, tomadas em contextos complexos, pouco facilitadores, dinâmicos, na presença de informação imperceptível ou até mesmo escassa.

Relativamente aos factores individuais do enfermeiro temos a experiência, o conhecimento, a capacidade de pensamento crítico, a educação e o auto-conceito (O'Reilly, 1993). Já Hoffman, Donoghue e Duffield (2004) referem também a educação e o conhecimento, mas acrescenta o nível de compromisso, a idade, a ideologia e a área da prática. Além destes, Jesus (2004) na sua tese identificou os valores e a flexibilidade como factores influenciadores da tomada de decisão.

No que diz respeito aos factores contextuais, ou seja, os exteriores ao enfermeiro, temos os factores stressores, como por exemplo a existência de uma equipa inadequada e de conflitos interpessoais (O'Reilly, 1993). Já Hagbaghery, Salsali e Ahmadi (2004) identificaram a estrutura organizacional, a acessibilidade a recursos de apoio e a formação em Enfermagem. Nesse mesmo ano, Jesus (2004) consultou autores que referem que estes factores podem ser: contexto da actividade, as características do doente e o conhecimento que temos dele, a complexidade do problema, a informação disponível, a intensidade do trabalho, a prática reflectida e as fontes de informação.

Apesar de todos os factores descritos, os estudos existentes sobre os factores que influenciam o processo de tomada de decisão clínica em Enfermagem não são abundantes e, muitos deles, apresentam algumas limitações metodológicas, como por exemplo a não generalização (*Idem*).

2 – DECISÃO CLÍNICA PARTILHADA

Em todo o mundo, os sistemas de saúde estão sob pressão, não podendo continuar a focar-se nas doenças em vez de nos doentes, tendo que envolver cada doente nos cuidados com o intuito de melhorar a sua adesão ao tratamento, fazer mudanças comportamentais e a auto-gerir-se (IAPO, 2006). É nesse sentido que Edwards *apud* Florin (2007) refere que a importância da intervenção dos doentes no planeamento e execução dos cuidados tem vindo continuamente a ser salientada ao longo dos anos, pois os doentes devem ser considerados como membros honorários da equipa de saúde. De acordo com diversos estudos, essa inclusão, permitindo ao doente transmitir o seu ponto de vista, trás melhoras para os cuidados de Enfermagem e para os resultados do doente (Ruland, 1999). Isto faz com que a participação do doente na tomada de decisão clínica seja um indicador da qualidade dos cuidados, indo de encontro ao direito do doente à autodeterminação (*Idem*).

O termo participação do doente é muitas vezes utilizado indiferentemente com outros termos, como colaboração do doente, envolvimento e parceria (Cahill, 1996), descrevendo o mesmo fenómeno. Nesse seguimento é pertinente a sua definição, Brownlea *apud* Florin, Ehrenberg e Ehnfors (2006, p. 1499) define a participação do doente como “...estar envolvido ou ser-lhe permitido tornar-se envolvido num processo de tomada de decisão ou na prestação de um serviço ou mesmo simplesmente para ser um de um grupo de pessoas consultadas num assunto ou matéria.”

De acordo com Florin (2007), a participação do doente está interligada com os conceitos de poder e empowerment. O aumento do poder de um tem que ser equilibrado com a diminuição de poder do outro. O empowerment pode ser visto como um processo individual no qual a pessoa em interacção com o meio prossegue impacto sobre a sua vida (Kuokkanen e Leino-Kilpi, 2000).

A participação do doente nos cuidados e, mais especificamente, na tomada de decisão em Enfermagem, permite considerar essa decisão como partilhada.

Para Gerteist *et al.* (1993), a decisão clínica partilhada é um dos elementos incluídos na definição dos cuidados de saúde centrados no doente.

Muitas têm sido as tentativas de definir os cuidados de saúde centrados no doente, mas ainda não houve consenso. Optámos por apresentar a definição que o Observatório Europeu da Organização Mundial de Saúde adoptou para a Europa. De acordo com IAPO (2005), a Europa adoptou a definição dada pela Agência Norte-Americana para o

Desenvolvimento Internacional que é baseada em Gerteist *et al.* (1993). Segundo esta agência *apud* IAPO (2005, p. 9), estes cuidados são:

“...uma abordagem dos cuidados que conscientemente adopta a perspectiva do doente. Essa perspectiva pode ser caracterizada à volta de dimensões como o respeito pelos valores, preferências e necessidades expressas do doente no que diz respeito à coordenação e integração nos cuidados, informação, comunicação e educação, conforto físico, suporte emocional e alívio do medo e ansiedade, envolvimento de família e amigos, transição e continuidade.”

Nesse sentido, um ano depois a IAPO (2006) fez sair um documento onde descreve os 5 princípios que devem servir de base a um sistema de saúde centrado no doente, sendo eles:

1. Respeito: pela autonomia do doente, bem como os seus valores, preferências e necessidades únicas.
2. Escolha e empowerment: o doente tem o direito e a responsabilidade de participar, de acordo com a sua preferência e capacidade, como um parceiro na tomada de decisão nos cuidados de saúde.
3. Envolvimento dos doentes na política de saúde: o doente e as organizações que os representam devem partilhar a responsabilidade na criação de políticas de saúde.
4. Acesso e apoio: a quantidade de serviços de saúde deve ser feita de forma a possibilitar que todos os doentes possam aceder aos serviços que necessitam sem ter em conta a sua condição ou o status socioeconómico.
5. Informação: deve ser fornecida informação exacta e relevante ao doente, tendo em conta as suas características para permitir uma tomada de decisão informada.

Nesse sentido, esta abordagem centrada no doente traz benefícios, que, de acordo com Bauman *et al.* (2003) são a satisfação com os cuidados, o envolvimento e orientação das tarefas, redução da ansiedade, qualidade de vida, satisfação do profissional de saúde e um aumento da eficiência.

A abordagem centrada no doente constitui uma evolução positiva nos modelos clínicos existentes nos sistemas de saúde mundiais.

2.1 MODELOS CLÍNICOS

Os modelos clínicos da relação profissional de saúde-doente são diversos, sendo que optámos por descrever o modelo Paternalista, o Centrado no doente ou de Decisão Partilhada e o de Plena Autonomia. De acordo com Lourenço (2008), os modelos

correspondem, entre outras coisas, a formas diferentes de ver o doente pelo profissional de saúde, tendo sido mais estudados na Medicina, no entanto também se aplicam à Enfermagem.

Na saúde, mais concretamente na medicina, surgiu o modelo paternalista clássico há mais de 2300 anos imbuído numa tradição hipocrática, onde a decisão que o médico toma não tem em consideração os desejos, crenças ou opiniões do doente (*Idem*). O médico exerce não só a sua autoridade, mas também o poder na relação com o doente (Goldim e Francisconi, 1999). Partilhando esta ideia, Lourenço (2008) acrescenta que o doente tem uma autonomia reduzida, sendo o médico visto como um guardião que implementa o que for melhor para o doente.

Há pouco mais de duas décadas surgiram outros modelos, como o informativo, interpretativo e deliberativo, mas nenhum destes são adequados actualmente (*Idem*).

Relativamente ao modelo centrado no doente ou de decisão partilhada o profissional de saúde mantém a responsabilidade pelas decisões técnicas, enquanto portador de conhecimentos e habilidades específicas, sendo que ao doente cabe decidir, segundo os seus valores e estilo de vida. Daí que o processo de tomada de decisão ocorre num clima de troca de informação e negociação (Goldim e Francisconi, 1999). Neste modelo de partilha, o doente quer compreender a doença que possui e as opções disponíveis, pretendendo ser ouvido na tomada de decisão de aspectos relacionados com a sua qualidade de vida, mas está disposto a deixar muita da responsabilidade de tarefas que requeiram perícia para o profissional de saúde (Deber *et al.*, 2007).

Por último, mas não menos importante, temos o modelo da plena autonomia em que o profissional de saúde é um informador passivo e predomina o saber e a experiência do doente, daí que a decisão e toda a responsabilidade que lhes está associada é totalmente dele (Lourenço, 2008).

2.1.1 Autonomia do doente

Respeitar o direito que o doente tem de ser informado sobre o seu diagnóstico, prognóstico e opções de tratamento é reconhecer e valorizar a autonomia do doente no processo de Decisão Clínica (Barbosa e Silva, 2007). A autonomia é um dos princípios que rege a bioética e que, de acordo com Nunes (2006, p. 2), significa a “...capacidade humana em dar leis a si próprio.”

Segundo Alves *et al.* (2008, p. 246):

“Na área da saúde, reconhecer que os indivíduos são seres livres e autônomos para determinarem seu próprio destino implica oferecer alternativas terapêuticas e de cuidado, explicitar os riscos e benefícios inerentes a cada uma delas, certificar-se que os clientes tenham compreendido claramente todas as informações prestadas e, respeitar sua decisão final.”

Em diversas pesquisas efectuadas foi constatado que, mesmo sabendo dos direitos do doente, a sua autonomia quando se encontra internado é difícil de ser valorizada, pois existem normas hospitalares que dificultam a execução de alguns desejos dos doentes (Barbosa e Silva, 2007). Essa situação foi investigada no estudo que realizaram em que, qualitativamente, procuraram verificar os aspectos da rotina hospitalar onde o enfermeiro percebe os princípios bioéticos no atendimento do doente. Numa das categorias foi afirmado por um dos participantes que a rotina hospitalar acaba por retirar a autonomia ao doente, em especial aos idosos (*Idem*). Outro participante afirmou na mesma categoria que, mesmo que os doentes manifestem a vontade de não comerem no momento em que vêm as refeições porque têm outro horário em casa, os enfermeiros não podem fazer nada, ficando sem comer porque o serviço de alimentação não permite que a comida fique junto ao doente durante muito tempo (*Ibidem*). Berti *et al.* (2008) corrobora da mesma opinião, pois no estudo que efectuou em que, utilizando também o paradigma qualitativo, investigou a percepção de enfermeiros recém-graduados sobre o processo de tomada de decisão do doente constatou que uma das subcategorias identificadas foi as dificuldades do enfermeiro em relação à observação da autonomia do doente. Nesta, um dos exemplos que é descrito é quando algumas vezes, os doentes perguntam porque é que para realizar uma intervenção cirúrgica ao nariz têm que ir sem roupa interior e os enfermeiros têm dificuldade em responder porque eles próprios não concordam. Nos hospitais há horário para tudo, o que pode impedir todos os desejos do doente. No entanto, a equipa de Enfermagem tem de ser flexível ao ponto de, mesmo cumprindo as normas hospitalares, como por exemplo o horário das visitas, conseguir respeitar vontades do doente, promovendo a sua autonomia (Barbosa e Silva, 2007).

O direito à participação na selecção do tratamento a realizar também é frequentemente violado. No entanto, em contrapartida o respeito pela autonomia do doente na participação das decisões referentes ao seu tratamento tem sido cada vez mais uma preocupação dos enfermeiros, pois reconhecem que este possui direitos que lhe permitem ter uma “palavra a dizer” (*Idem*).

Como foi supra referido a autonomia é um direito fundamental do indivíduo, devendo ser respeitada e, mesmo, incentivada. No entanto, será que todos os indivíduos

querem ter um papel autónomo na tomada de decisão clínica? É essa questão que irá ser respondida de seguida.

2.2 O PAPEL DO DOENTE

A posição do doente nos cuidados de saúde está, gradualmente, a mover-se em direcção a um cliente, com aumento do grau de escolha pessoal e dos seus direitos, bem como com direito à autodeterminação (Nordgreen *apud* Florin, 2007). É importante salientar que a maior responsabilidade de incentivar o doente a ter esse papel activo na tomada de decisão em Enfermagem é sem dúvida o enfermeiro, pois não é de esperar que seja ele a assumir a liderança (Florin, 2007).

Alguns estudos foram realizados pela medicina acerca da participação do doente no processo de tomada de decisão. O Instituto de Medicina defende que os médicos devem encorajar os seus doentes para adoptarem um papel activo no processo de cuidados e na tomada de decisão clínica, pois se os doentes o adoptarem, obtém melhores resultados de saúde (Levinson *et al.*, 2004). Então, estes autores realizaram um estudo para verificar qual o nível de participação que os doentes norte-americanos querem ter na tomada de decisão clínica. Entrevistaram 2765 doentes, tendo chegado à conclusão que a quase totalidade pretende saber quais as opções de tratamento que dispõe e que a sua opinião seja respeitada, mas cerca de metade (52%) prefere deixar a responsabilidade da decisão final para o médico e 44% prefere deixar para o médico os conhecimentos médicos do que irem eles próprios pesquisá-los (*Idem*). Já 6 anos antes, Benbassat, Pilpel e Tidhar (1998) tinham chegado às mesmas conclusões, acrescentando que a maioria dos inquiridos não queriam ter nem um papel activo, nem totalmente passivo.

Outro estudo significativo foi o realizado por Deber *et al.* (2007) em que entrevistaram mais de 2756 indivíduos com diferentes patologias onde chegaram à conclusão que apenas 0,6% pretendiam adoptar um papel totalmente autónomo, 65,2% um papel de partilha nas decisões e 33,9% pretendiam ser passivos.

Na decisão clínica em Enfermagem, as escassas investigações existentes vieram revelar dados semelhantes aos descritos na medicina. Doherty e Doherty (2005) na sua investigação concluíram que apenas 30% pretende ter um papel activo. Um ano após, na Suécia, Florin, Ehrenberg e Ehnfors (2006) comparam as percepções de enfermeiros e doentes acerca da participação do doente na tomada de decisão clínica em Enfermagem. Uma das conclusões do estudo foi que a maioria dos enfermeiros percepcionou que os seus doentes preferiam um grau mais elevado de participação na tomada de decisão que

os próprios doentes referem preferir ter. Contrariamente a esta descoberta, Cahill (1998) *apud* Florin, Ehrenberg e Ehnfors (2006) concluiu no seu estudo que os doentes geralmente preferem a adopção de um papel mais activo, mas os prestadores preferem vê-los como passivos beneficiários de cuidados, apesar de saberem a mais-valia que é a adopção de um papel activo pelo doente.

No estudo realizado no Reino Unido, Doherty e Doherty (2005) procuraram identificar as preferências dos doentes para o envolvimento na tomada de decisão clínica questionando doentes acerca do papel que preferem adoptar perante a decisão clínica médica e a de Enfermagem. Concluíram que em relação à decisão clínica médica, apenas 20% prefere adoptar um papel activo e 40% um papel colaborativo. Já em relação à decisão clínica em Enfermagem, 30% referiu preferir adoptar um papel activo e 35% um papel colaborativo, sendo que 10% referiram não conseguir escolher um papel a adoptar porque consideram que os enfermeiros não estão envolvidos na tomada de decisão. De salientar que 25% dos doentes que referiram querer adoptar uma decisão clínica médica partilhada, escolheram tomar a decisão final acerca do tratamento após considerar seriamente a opinião do enfermeiro.

2.3 FACTORES QUE INFLUENCIAM A PARTICIPAÇÃO DO DOENTE

De acordo com Florin (2007), os factores que podem facilitar ou inibir a participação do doente na tomada de decisão em Enfermagem são o acesso à informação, qualidade da relação enfermeiro-doente, tempo disponível, situação de saúde actual e as características pessoais de enfermeiro e doente. A capacidade de comunicação da enfermeira é um pré-requisito essencial para a participação do doente na tomada de decisão (*Idem*). Esta afirmação é confirmada por Keatinge *et al.* (2002) que no seu estudo identificou os deficits de comunicação como uma das principais barreiras à construção de uma parceria entre enfermeiro e doente.

Além de pretenderem saber qual o papel que os doentes preferem desempenhar na decisão clínica, algumas das investigações realizadas nesta área procuraram ainda identificar quais os factores que podem influenciar a adopção de determinado papel. Stiggelbout e Kiebert (1997), Benbassat, Pilpel e Tidhar (1998), Levinson *et al.* (2004) e Doherty e Doherty (2005) chegaram à conclusão que os indivíduos de raça branca, as mulheres e as detentoras de um nível de cultura e saúde mais elevado preferem adoptar um papel activo na tomada da decisão clínica. Relativamente à variável idade, constataram que a preferência pela adopção de um papel activo vai aumentando até aos

45 anos, mas depois vai diminuindo. Benbassat, Pilpel e Tidhar (1998) acrescenta que há estudos que confirmam a associação entre a tendência para adoptar um papel passivo na decisão clínica e a gravidade ou duração da doença.

O enfermeiro está numa posição preferencial para identificar, facilitar e apoiar as preferências dos doentes na participação da tomada de decisão clínica (Florin, Ehrenberg e Ehnfors, 2006). É de importância vital para a qualidade dos cuidados que o enfermeiro tenha conhecimento das preferências dos doentes na participação, para construir uma relação forte entre ambos e para prestar cuidados de acordo com essas preferências (*Idem*).

CAPÍTULO III

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A metodologia desempenha um papel fundamental em toda a investigação, pois nela está contida o desenvolvimento de todo o processo investigativo. Nesse sentido Fortin (2000) refere que é na fase metodológica que o investigador decide, entre outros assuntos, qual o método que irá utilizar no seu estudo para obter resposta à(s) questão(ões) de investigação, daí ser essencial a escolha de um desenho de investigação adequado ao estudo que se pretende desenvolver, consistindo este num plano lógico realizado e usado pelo investigador para a consecução da investigação.

Neste capítulo iremos descrever o desenho de investigação, isto é, categorizar o tipo de estudo, descrever a questão de investigação e respectivo objectivo, explicar os procedimentos éticos efectuados, caracterizar os participantes/informantes e modo de selecção adoptado, referir e justificar o instrumento de colheita de dados utilizado e explicar o procedimento de análise dos achados e respectivo processo de validação.

1.1 – ESCOLHA DA TEMÁTICA

Ao prestar cuidados, os enfermeiros deparam-se constantemente com situações em que têm que tomar decisões, sendo a capacidade do enfermeiro para realizar uma tomada de decisão eficaz o factor que mais afecta a qualidade dos cuidados (Hagbaghery, Salsali e Ahmadi, 2004).

Desse modo, a tomada de decisão em Enfermagem pode ser definida como um processo que os enfermeiros utilizam para recolher informação acerca dos doentes, avaliá-la e realizar juízos que resultam na prestação de cuidados de Enfermagem (Clark, 1996 *apud* Bakalis e Watson, 2005)

No estudo realizado por Hagbaghery, Salsali e Ahmadi (2004), os factores que identificaram como facilitadores da tomada de decisão clínica pelo enfermeiro foram: ser competente (conhecimentos e experiências), ter auto-confiança (auto-eficácia e auto-assertividade), estrutura organizacional (ter autoridade, cultura organizacional), sentir-se apoiado (possuir suporte emocional, estruturas de acolhimento, fornecer bem-estar económico) e formação em Enfermagem (conteúdo do curriculum, metodologias de formação, modelos de actuação). Por sua vez, os factores que podem facilitar ou inibir a participação do doente na tomada de decisão em Enfermagem são o acesso à informação, qualidade da relação enfermeiro-doente, tempo disponível, situação de saúde actual e as características pessoais de enfermeiro e doente (Florin, 2007).

A decisão clínica acerca das intervenções de Enfermagem é fundamental para obter os resultados desejados. Todos os indivíduos são detentores de um saber e valores próprios a cada um, adquirido e aperfeiçoado ao longo da sua existência. Ao nos depararmos com acontecimentos diários, tomamos decisões com base neles, mas nos cuidados de saúde as decisões são, frequentemente, desequilibradas, ou seja, muitas vezes o prestador de cuidados de saúde toma as decisões sem ter em conta esse conhecimento e valores do indivíduo que é cuidado (Florin, 2007). No entanto, a Carta dos Direitos dos Doentes alerta que o doente deve ser informado claramente acerca do seu diagnóstico, prognóstico, tratamentos a efectuar com os riscos que deles decorrem e, caso existam, tratamentos alternativos (Centro Hospitalar do Médio Tejo - EPE, 2007).

Esta foi uma das razões que nos levou a optar pelo tema “Decisão clínica (Partilhada) em Enfermagem. Outra razão foi devido à escassez de estudos de investigação e de bibliografia acerca deste assunto em Portugal.

1.2 – NÍVEL DO ESTUDO

Tal como foi referido, existem poucos estudos acerca do tema escolhido e tal como refere Fortin (2000), deve-se utilizar um desenho exploratório-descritivo quando os conhecimentos acerca do fenómeno são inexistentes ou escassos.

O mesmo autor (2000, p. 52) afirma que “o nível I, a descoberta de factores, consiste em descrever, nomear e caracterizar um fenómeno, uma situação ou um acontecimento, de modo a torná-lo conhecido, o que corresponde à investigação exploratória-descritiva”.

1.3 – PARADIGMA

Após a especificação do nível de estudo, o próximo passo foi a escolha do paradigma a adoptar. De acordo Patton *apud* Munhall (2001, p. 10) o paradigma é “...uma visão do mundo, uma perspectiva geral, um modo de separarem em pedaços a complexidade do mundo real.”

Decidimos escolher o paradigma qualitativo, pois o que pretendíamos era conhecer um fenómeno através do(s) indivíduo(s) e suas vivências/sentimentos e, de acordo, com Streubert e Carpenter (2002) os enfermeiros devem adoptar este paradigma quando pretendem descrever e compreender as experiências humanas.

Ao utilizar este método, o investigador ambiciona uma percepção mais aprofundada do fenómeno em estudo, sem controlar variáveis, pois os objectivos são descrever e interpretar e não avaliar (Fortin, 2000).

Polit, Beck e Hungler (2004) corroboram dessa ideia quando referem que os estudos de cariz qualitativo são, normalmente, descritos como holísticos, porque estão preocupados tanto com o indivíduo como com o meio envolvente em todas as suas vertentes, isto é, ele é visto como um todo que é superior à soma das suas partes. A estes estudos é também atribuída a característica de naturalistas, visto não haver qualquer limitação ou controlos impostos ao e pelo investigador (*Idem*).

As vantagens da utilização dos métodos qualitativos são:

- produzir informações ricas e pormenorizadas, mantendo as perspectivas dos informantes;
- permitir a compreensão do contexto dos comportamentos de saúde e dos efeitos de programas;
- proporcionar informações relacionadas com assuntos de mais difícil abordagem.

(Queirós, Meireles e Cunha, 2007)

Por sua vez, as limitações destes estudos são:

- a tendência a uma maior subjectividade das informações e a possibilidade de viés do investigador que pode comprometer a validade do estudo;
- não se deve efectuar generalização dos achados;
- o trabalho é intenso, moroso e pode envolver custos elevados;
- a subjectividade dos achados pode ser vista como problemática e trabalhosa e o observador deve possuir experiência para poder conseguir criticar o seu próprio viés da observação.

(*Idem*)

1.4 – MÉTODO

No paradigma qualitativo existem vários métodos, como são exemplo a fenomenologia e a teoria fundamentada, sendo que apesar de partilharem algumas características comuns, perseguem objectivos diferentes. Por exemplo, a fenomenologia pretende compreender um fenómeno, para retirar a sua essência, enquanto a teoria fundamentada visa a criação de uma teoria a partir dos dados colhidos no terreno com indivíduos que possuam uma experiência pertinente (Fortin, 2000).

Após alguma reflexão optámos pela fenomenologia, pois o que pretendíamos era descrever as vivências e identificar os sentimentos experienciados e, de acordo com Streubert e Carpenter (2002), a fenomenologia é a mais indicada quando se pretende conhecer as vivências da pessoa, podendo desse modo descobrir como a experiência é vivida. Polit, Beck e Hungler (2004) acrescentam que o investigador não pretende apenas conhecer como a experiência é vivenciada, mas também o significado que o indivíduo atribui a essas experiências.

A fenomenologia é bastante importante para a Enfermagem, pois permite novas formas de explicar a natureza da consciência do mundo (Streubert e Carpenter, 2002). Nesse sentido, Loureiro (2002) acrescenta que a fenomenologia pode provocar uma maneira, não apenas, de pensar em Enfermagem, mas também de pensar a própria Enfermagem, sendo que os resultados dessa maneira podem dar ao enfermeiro um sentido da relação de partilha que estabelece com o outro.

1. 5 – QUESTÃO E OBJECTIVOS DE INVESTIGAÇÃO

Uma questão de investigação, de acordo com Fortin (2000, p. 51), “...é um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população-alvo e sugere uma investigação empírica”.

Todos os trabalhos de investigação têm uma ou mais questões ou hipótese(s) de investigação que irão nortear o estudo. Assim, com esse intuito resolvemos elaborar as seguintes questões de investigação:

- Quais as vivências e significado atribuído por doentes na Decisão Clínica (Partilhada) em Enfermagem?

Para obter resposta às questões de investigação é necessário elaborar objectivos congruentes, pois eles irão delimitar a pretensão do alcance do estudo, bem como explicitar aquilo que o estudo se propõe realizar e os aspectos que pretende analisar. Essa ideia é partilhada por Fortin (2000, p. 40) quando afirma que “o objectivo é um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo”.

O nosso estudo orientou-se pelos seguintes objectivos:

- Descrever as vivências sentidas por doentes acerca da Decisão Clínica (Partilhada) em Enfermagem.
- Compreender o significado dessas mesmas vivências.

Tendo em consideração as questões e objectivos de investigação supra descritos elaborou-se o guião de entrevista, com a finalidade de obtermos respostas a essas mesmas questões (ANEXO I).

1.6 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Após a escolha do serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo dos HUC, EPE para efectuar o estudo, a primeira etapa foi a solicitação de autorização formal ao Gabinete de Apoio à Investigação que, posteriormente, fez seguir para a Comissão de Ética e para o Conselho de Administração, tendo sido aprovado em 01 de Outubro de 2009 (ANEXO II). Nessa altura, fizemos seguir o pedido de autorização à Exmas. Directora do Serviço e Enfermeira Chefe da Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo para a realização de entrevistas a indivíduos internados nesse serviço (ANEXO III).

Quando se realiza investigação em que o objecto de estudo é o ser humano, corre-se o risco de violar os direitos/liberdades dos indivíduos (Fortin, 2000). Daí a importância em adoptar todos os procedimentos necessários para proteger os direitos dos indivíduos em estudo.

Nesse âmbito, foram respeitados os cinco direitos fundamentais do código de ética dos seres humanos que participam em investigações, sendo eles a autodeterminação, intimidade, anonimato e confidencialidade, protecção contra o desconforto e o prejuízo e tratamento justo e equitativo (*Idem*).

Antes de cada entrevista, os participantes foram informados da temática, objectivos do trabalho, do carácter confidencial dos dados, da finalidade dos achados e da metodologia adoptada. Após essas informações foi solicitado aos participantes o consentimento informado (ANEXO IV) para a realização da entrevista e para a gravação da mesma em suporte magnético, só se iniciando depois da obtenção de resposta afirmativa a essas solicitações.

Nesse sentido, após a obtenção de resposta afirmativa para a realização do estudo, iniciámos a realização das entrevistas.

1.7 – LOCAL DO ESTUDO, INFORMANTES E PROCESSO DE SELECÇÃO

A escolha da instituição foi por conveniência devido à proximidade com residência e local de trabalho. Relativamente ao serviço, a escolha deveu-se à acessibilidade e a

considerarmos que neste tipo de serviço é mais provável encontrar participantes que satisfaçam os critérios de inclusão que determinámos inicialmente e que foram: apresentarem-se conscientes, orientados e colaboradores e estarem internados há mais de 4 dias no serviço para poderem ter oportunidade de vivenciar experiências acerca da temática em estudo.

Após a obtenção de autorização para a realização das entrevistas, a etapa seguinte foi a de seleccionar os indivíduos para participar no estudo. O processo de selecção dos informantes foi uma selecção não probabilística intencional por casos tipo, pois foram incluídos aqueles que possuíam os critérios supramencionados. Streubert e Carpenter (2002), referem que este tipo de selecção é o mais adoptado na fenomenologia, porque permite ao investigador efectuar uma escolha lógica e com algum poder, seleccionando casos ricos em informação, com os quais se poderá aprender muito sobre assuntos importantes para a investigação.

De salientar que uma vez que os elementos do estudo têm parte activa no mesmo e que os achados não deverão ser generalizados a todos doentes, não iremos utilizar o termo amostra para designar o conjunto de indivíduos sobre o qual irá ser efectuada a colheita de dados, mas sim o termo Participantes ou Informantes.

No entanto, o facto de não se fazer generalizações, não significa que não haja implicações para a prática dos cuidados noutros contextos semelhantes, pois as observações estão definidas em função dos contextos específicos em estudo.

Os participantes neste estudo foram doze doentes. Para Fortin (2000), nos estudos de carácter qualitativo é de evitar um elevado número de participantes, pois isso vai provocar um aglomerado de dados difícil de analisar. Corroborando dessa afirmação, Streubert e Carpenter (2002) referem que nos estudos onde se utiliza metodologia qualitativa não interessa o número de participantes, mas sim a riqueza das informações obtidas. Daí que não faça sentido falar-se em representatividade ou falta desta nos participantes.

Logo, o número de participantes no estudo é condicionado pela riqueza da informação que se vai recolhendo e pela saturação dos achados, isto é, o momento em que o investigador se apercebe que já não apreende nada de novo.

No decorrer das entrevistas apercebemo-nos que depois do décimo primeiro informante a informação fornecida estava a ser repetitiva, daí termos decidido elaborar o nosso trabalho com doze entrevistas, ou seja, a saturação daquele grupo, naquele momento tinha sido atingida.

Os participantes foram 6 do género feminino e 8 do género masculino, tendo idades compreendidas entre os 30 e os 79 anos, com uma média de 55. Relativamente à escolaridade, 3 tinham a 3ª classe, 2 a 4ª classe, 1 o 6º ano, 1 o 9º ano, 1 o 11º ano, 3 o 12º ano e 1 a Licenciatura. O tempo de internamento variou entre os 4 e os 100 dias, sendo a média de aproximadamente 17 dias.

1.8 – COLHEITA DA INFORMAÇÃO

Antes da escolha do método a utilizar na colheita da informação, o investigador deve conhecer todos os disponíveis, bem como as suas vantagens e desvantagens. Deve ainda ter em conta o nível da questão, as características dos indivíduos e estratégias de análise definidas (Fortin, 2000).

Tendo em conta os factores supra referidos, seleccionámos como modo de abordagem, a entrevista semi-estruturada. Relativamente a essa escolha, Queirós, Meireles e Cunha (2007) refere que a entrevista é o modo de abordagem mais utilizado nos estudos qualitativos. A escolha da entrevista em detrimento da observação, auto-relato e da consulta de arquivo deveu-se ao facto de este método, segundo Fortin (2000), permitir colher dados junto dos informantes relativamente aos factos, ideias, comportamentos, preferências, sentimentos, expectativas e atitudes.

No modo de abordagem da entrevista, optámos por escolher como instrumentos de recolha de informação, o guião de entrevista e o gravador áudio. O guião da entrevista era composto por duas perguntas abertas, para que os informantes tivessem maior liberdade de resposta.

As entrevistas decorreram no período de 02 de Outubro e 03 de Novembro de 2009, com uma duração média de aproximadamente 23 minutos, cada uma. Tal como já foi referido, as entrevistas foram gravadas em suporte magnético e posteriormente transcritas na íntegra, sendo essa transcrição da nossa responsabilidade.

Durante as entrevistas adoptámos uma postura assertiva e empática, de forma a possibilitar aos entrevistados, um ambiente propício à expressão das respostas o mais sinceras e espontâneas possível. Durante as questões procurámos manter sempre contacto visual com os informantes e proporcionar o tempo que cada um achava necessário para responder às perguntas.

As questões presentes no guião foram realizadas em todas as entrevistas, mas cada uma decorreu de acordo com a sua própria evolução, ou seja, cada entrevista foi

conduzida de forma específica com cada informante. Apenas findávamos as entrevistas, quando ambas as partes, assumiam a exaustão da informação pretendida. No fim, agradecemos a colaboração dos informantes no nosso estudo.

1.9 – ANÁLISE DOS ACHADOS

Após a colheita da informação, a etapa seguinte consiste em analisar essa informação de forma qualitativa, tendo essa análise como objectivo principal a preservação do que é único em cada experiência de vida do informante e possibilitar uma compreensão do fenómeno em estudo.

Para o procedimento de análise dos achados optámos pelo método fenomenológico, proposta de análise fenomenológica de Loureiro (2002). Esta proposta assenta essencialmente em alguns trabalhos de Giorgi, tendo sido também introduzidos conceitos fundamentais de outras abordagens fenomenológicas, nomeadamente de Colaizzi e Van Kaam. Isto significa que esta proposta converge numa única várias abordagens, mantendo o essencial da proposta de Husserl, apresentada depois por Spiegelberg em 1971 (Loureiro, 2002).

QUADRO III – Proposta de Análise Fenomenológica de Loureiro.

<i>Passos principais:</i>	<i>Conteúdos:</i>
 Leitura intuitiva e global da informação	Tem como intuito apreender o sentido e o significado da vivência dos sujeitos numa perspectiva global. Depois de transcritas as entrevistas, deverão ler-se tantas vezes quantas forem necessárias para ter uma visão intuitiva sobre o fenómeno em estudo. Coloque entre parêntesis todo o conhecimento que tem sobre o assunto. É necessário que: <i>Esteja aberto ao fenómeno!</i> <i>Esteja consciente dos seus próprios pontos de vista!</i>

 Formação de um perfil constitutivo – a procura da essência na experiência a) Unidades naturais de significado b) Atribuição de significados c) Temas centrais d) Perfis constitutivos	Estas unidades (UNS) são segmentos discretos - expressões do texto referentes aos aspectos individuais da experiência dos participantes. Uma regra usada consiste em construir as unidades de significado, sempre que o investigador perceba uma mudança psicológica de significado da situação para o participante na investigação. Partindo das unidades naturais de significado, o investigador procura atribuir significados. O essencial da descrição não deve ser alterado! Procura-se reduzir as significações atribuídas às unidades naturais de significado em temas centrais, agrupando-se e apagando o que é redundante ou unidades repetidas. Na construção dos temas centrais procura-se a convergência/divergência entre as unidades de significado. Correspondem à reconstituição dos temas centrais, o que nos faculta uma lista de afirmações não repetidas e que descrevem o significado da experiência de cada participante.
 Validação	Nesta fase é essencial que se recorra a um especialista, normalmente enfermeiro com larga prática de investigação e que já tenha orientado trabalhos de investigação ou então um profissional com experiência de investigação fenomenológica, para que este possa avaliar o processo desde a formação das UNS até aos perfis

	constitutivos.
 Formação de um índice temático	O índice temático estabelece uma lista não repetida e sequencial de afirmações de significado contido nos perfis constitutivos. Nesta fase, os perfis constituintes de cada participante são usados como base para a construção de um índice temático (dados de todos os participantes).
 Trabalho no índice temático	Permite-nos constituir um conjunto de temas para interpretação. É de notar que o foco está centrado na compreensão dos achados que informa sobre o significado da experiência. É essencial reavaliar o índice temático.
 Síntese e descrição dos “achados”	São usados os temas emergidos no índice temático e explicado rigorosamente o significado atribuído ao fenómeno sob estudo. Esta descrição é um resumo dos temas interpretados para produzir um quadro detalhado da experiência dos participantes do fenómeno que investigamos.
 Validação	Retorna-se junto dos participantes na investigação com a sua descrição exaustiva, para que estes possam verificar os “achados”. No caso de novas sugestões obtidas junto dos participantes, elas deverão ser introduzidas no trabalho.

FONTE: Loureiro (2002, p. 15).

Durante toda a análise procurámos evitar a formulação de juízos de valor, pois estes poderiam deturpar as informações.

O processo de validação foi, tal como as outras etapas, realizado de acordo com o modelo supracitado, tendo-se após à obtenção das UNS e construção do perfil constitutivo recorrido ao Prof. Doutor João Graveto (Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, na área de Enfermagem Fundamental) para a validação, visto possuir experiência de investigação fenomenológica.

CAPÍTULO IV
**APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS
ACHADOS**

1 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS ACHADOS

Este capítulo centra-se na apresentação e análise pormenorizada de achados das entrevistas, onde é realizada a descrição da estrutura do fenómeno em estudo – **“Decisão Clínica (Partilhada) em Enfermagem: vivências de quem é cuidado”**, incluindo os temas comuns e significativos das experiências vivenciadas pelos participantes e que foram relatados nas entrevistas. De salientar que, na análise, procurámos evidenciar os achados, independentemente pela ordem que surgem.

Outro aspecto importante, é que decidimos omitir as referências ao autor/informante e data, porque todos os achados referem-se à mesma realidade em análise.

Logo, através do processo de análise fenomenológica de Loureiro (2002) realizado às informações obtidas nas entrevistas, identificaram-se os seguintes temas:

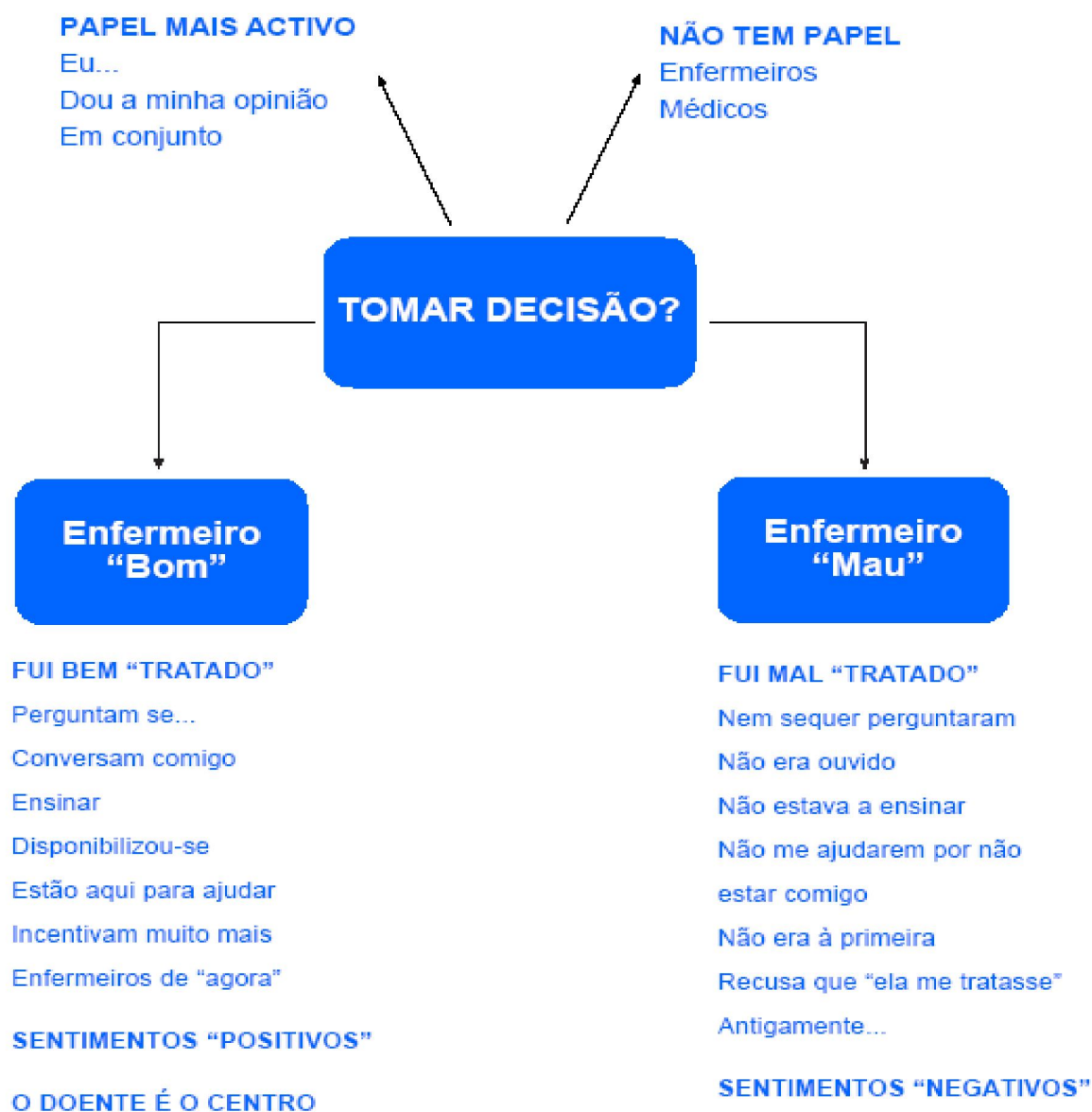
1. *Tomar Decisão?*
2. *Enfermeiro “Bom”*
3. *Enfermeiro “Mau”*

Considerámos *“Tomar Decisão?”* como o tema principal deste trabalho, pois as categorias *Enfermeiro “Bom”* e *Enfermeiro “Mau”* são influenciadas e influenciam-no, daí também o termos colocado em primeiro lugar. Toda a restante hierarquização, não tem qualquer significado específico.

Além destes temas centrais, está subjacente aos mesmos um complexo contexto onde o fenómeno foi estudado, como exemplo, a disponibilidade do informante e do investigador e local onde foram realizadas as entrevistas.

Deste modo, apresentamos o diagrama I que considerámos representar a estrutura do fenómeno investigado. Também, em anexo, apresentamos o quadro ilustrativo dos achados (ANEXO V).

DIAGRAMA I – Estrutura do fenómeno investigado



Para um melhor entendimento dos achados em análise, iremos apresentá-los segundo os três temas identificados, sendo estes descritos de forma individual e específica, apesar de ser perceptível que o fenómeno em estudo só pode ser compreendido através da sua apreensão global.

1.1 - TOMAR DECISÃO?

Diariamente, enfermeiro e doente confrontam-se com situações em que é necessário tomar decisões acerca dos cuidados de enfermagem a prestar, sendo que essas decisões irão afectar a qualidade dos cuidados percebida pelo doente. Por isso, esse aspecto da necessidade de se tomar decisões foi referido pelos informantes durante as entrevistas.

“Quem tem que tomar a decisão são os enfermeiro, mas muitas vezes também a tomo eu” (E10, L163-164)

“Eu acho que, aqui, as decisões são tomadas todas, todas bem. Porque, não tenho isto (faz gesto com os dedos a sinalizar pouco) para dizer de qualquer enfermeiro...” (E4, L129)

“Agora, se aqui um enfermeiro ou um médico tomam uma decisão que seja para meu bem, como eu sempre tenho recebido eu não posso interferir de maneira nenhuma.” (E5, L67-69)

No entanto, o doente pode adoptar diversos papéis o que irá reflectir-se na forma como são tomadas as decisões.

“O papel do doente, logicamente, se me diz eu vou-lhe cortar a perna. Eu digo, epá, um momento.” (E2, L114-115)

“Prefiro ter um papel mais activo, embora sempre com os poucos conhecimentos que tenho...” (E10, L173-174)

Devido ao facto de existirem vários papéis a adoptar, os informantes referiram nem sempre exercer o mesmo, o que foi traduzido em diferenças quanto ao nível de participação do doente no processo de tomada de decisão em enfermagem.

1.1.1 – Papel mais activo

A participação do doente nos cuidados é uma mais-valia, que vai permitir diversos benefícios para o enfermeiro e, principalmente, para o doente, sendo que o enfermeiro deve incentivar o doente a participar activamente nessas decisões clínicas.

Cada vez mais os doentes se mostram mais interessados em adoptar essa postura participativa, não deixando que outros decidam por eles algo que lhes diz respeito. Querem ter uma opinião ou mesmo decidir o quê, como e quando se deve fazer.

Actualmente, os doentes necessitam de se sentir informados, para poderem decidir, sendo essa uma função importante do enfermeiro.

“Prefiro ter um papel mais activo, embora sempre com os poucos conhecimentos que tenho e por isso falo quando tenho experiência...” (E10, L173-174)

“O papel do doente, logicamente, se me diz eu vou-lhe cortar a perna. Eu digo, epá, um momento. Mas se diz: eu vou-lhe curar a perna, vou-lhe operar. Vou-lhe cortar aqui, dar uns pontos acolá. Vou fazer isto, vou fazer aquilo. Eu estou a ouvir e estou consciente de que é para o meu próprio bem, para o meu próprio benefício, não é. Agora se me vai amputar uma perna, um braço ou um dedo já exijo explicações. O que é natural, não é?” (E5, L82-85)

“Eu pensei, não, agora também tenho direito a saber.” (E6, L139)

Quando o doente prefere ter um papel mais activo na tomada de decisão, então essa decisão, de acordo com os informantes, é tomada pelo próprio ou este alvitra mas não decide ou então é tomada em conjunto com o enfermeiro.

1.1.1.1 – EU...

Por vezes, o doente sente-se capacitado para ser ele a tomar a decisão, sabendo que aliada à opção que fez, está implícita a responsabilidade inerente pelo que resultar dela.

Nas entrevistas, os informantes mencionaram ser eles a decidir, como foi os exemplos referidos acerca da técnica de colheita de sangue e da administração de insulina, onde escolheram o local para o enfermeiro executar a técnica e a realização de tratamento a uma úlcera, onde decidiram quando é que deveria ser feito.

“Quem escolhe o braço é o doente. Eu, por acaso, tive a opção de dar o braço tanto para a picada do dedo como para colher sangue. Fui eu que decidi e disse à enfermeira.” (E7 L51-52)

“...tirar o sangue? Neste ou naquele? E eu dizia, eu é que escolhia, aqui. Desta vez foi aqui (apontar para braço), desta vez também foi aqui. As picadelas da insulina, também, são os enfermeiros que me dão no braço. Também peço para dar num lado ou noutro.” (E1, L98-101)

“A seguir ao pequeno-almoço, punha a toalha, as minhas coisas. E mesmo estando lá o enfermeiro a fazer pensos, dizia-lhe “olhe, vou agora à casa de banho e depois eu vou tomar banho e depois faz-me o penso”. “Então pronto, faz-se assim”. Por norma, isto aconteceu sempre.” (E10, L98-101)

Na prestação de cuidados, se houver alguma intervenção que o doente não concorde com ela, recusa-a, não deixando o enfermeiro executá-la.

“...se for uma coisa que eu veja que não me agrada digo ao enfermeiro: Olhe, isso não quero.” (E1, L111-112)

“...se o enfermeiro disser que tenho que fazer uma recolha de sangue e se eu achar que não devo aceitar essa recolha, não aceito.” (E8, L87-88)

No entanto, quando o doente toma uma decisão, para que ela seja respeitada é necessário que o enfermeiro a compreenda e a aceite, tendo isso acontecido neste estudo.

“A minha decisão foi aceite.” (E7, L55)

“Sentia que realmente tinha a capacidade de transmitir ao enfermeiro que era isso que eu queria e ele aceitava.” (E8, L106-107)

“À noite quando eu peço o comprimido para me deitar mais cedo porque já não vou aguentar até às 22h. Normalmente, eu falo com o enfermeiro e ele compreende e dá-me o comprimido.” (E4, L167-169)

1.1.1.2 – DOU A MINHA OPINIÃO

Nem sempre o doente aceita arcar com a responsabilidade de ser ele a tomar a decisão, então, por vezes, pode não ser ele a tomá-la, mas tem um papel activo partilhando a sua opinião com o enfermeiro.

“Também dou a minha opinião.” (E1, L108)

“Posso dar uma opinião, a decisão isso não posso dar.” (E11, L54)

1.1.1.3 – EM CONJUNTO

A decisão clínica também é tomada, em algumas situações, em conjunto, ou seja, existe uma colaboração/partilha entre o enfermeiro e o doente, participando ambos activamente nessa tomada de decisão. O doente e enfermeiro partilham opiniões e decisões, chegando depois a um “acordo”, o que vai influenciar positivamente os cuidados prestados.

“...com o penso, quando isto está bem e nós tomamos a decisão. Ainda hoje de manhã, eu disse que o penso estava mais ou menos, só que eu preciso disto assim mais almofadado para eu sentir força na mão. Pronto, e acordámos que sim e foi feito.” (E4, L133-136)

“Quem tem que tomar a decisão são os enfermeiros, mas muitas vezes também a tomo eu. Mas isto, por causa das feridas e do problema no coto. Principalmente quando são enfermeiros novos nos centros de saúde, que querem por outras coisas e eu digo que não, que mandaram-me do hospital que só para por isto e isto. E chegamos a um acordo.” (E10, L163-167).

Para a existência desse consenso e, de acordo com os informantes, tem que haver cedências de ambas as partes, não podendo ser algo imposto por uma das partes. Daí que uma abordagem flexível traga melhores resultados para ambos os intervenientes no processo de decisão. Os informantes chamaram a este processo de cedências uma negociação.

“Tem que haver um consenso das duas partes. No mínimo, não é. Nem pode ser à bruta, nem o enfermeiro pode deixar que o doente abuse, nem vice-versa. (...). É mesmo assim.” (E2, L109-111)

“Para mim, eu acho que para haver entendimento, portanto de ambas as partes, tanto tem que ceder um como ceder o outro.” (E2, L114-115)

“Para já o doente como está muito mais débil, fica muito mais acessível. E para o enfermeiro acho que depois também é muito mais fácil. Se houver uma abordagem mais flexível, as coisas funcionam muito melhor para os dois lados.” (E8, L100 – 103)

“Uma negociação, vá.” (E2, L219)

Nesse sentido, quando a decisão é partilhada, existindo divisão da responsabilidade, é porque se está a tomar uma boa decisão, trazendo consequências benéficas para o receptor dos cuidados.

“Uma boa decisão é quando a decisão é tomada em conjunto. Em que nem fica mal uma parte, nem outra.” (E4, L174 – 175)

1.1.2 – Não tem papel

Apesar de os informantes terem mencionado que tiveram um papel activo na tomada de decisão em enfermagem, nem sempre isso aconteceu, tendo referido sentir, por vezes, não ter tido nenhuma intervenção nesse processo. Mas, isso aconteceu porque os informantes não se achavam com capacidade para intervir, nem tinham vontade de o fazer.

“...nós entregamos o nosso corpo ao enfermeiro, estamos aqui não é para outra coisa ou às auxiliares. E eles fazem de nós aquilo que precisam, que estão talvez dentro do assunto deles.” (E3, L30-32)

“Os enfermeiros tomam uma decisão que seja para meu bem, como eu sempre tenho recebido eu não posso interferir de maneira nenhuma. Não posso, nem devo, porque eu não sei nada disso. Se eu soubesse não tinha necessidade de vir para aqui.” (E5, L64-66)

“A minha opinião seria vã já que, primeiro desconheço...” (E5, L86)

Por vezes, a adopção de uma postura passiva na prestação dos cuidados resulta da ideia de que esse é o papel correcto que o doente deve ter, ou seja, quem toma as decisões é o enfermeiro, sendo o doente o mero receptor dos cuidados que resultam dessas decisões.

“Eu estou como doente, não posso tomar decisão nenhuma. Aqui a gente está à vontade de toda a gente do que for necessário fazer. O doente não toma decisões, é o que eu acho. Eu não tomei decisão nenhuma.” (E7, L28-30)

“O meu papel é o de...de doente. Eu é que sou doente. Eu vim para ser tratado. A gente sente-se mal, tem que vir procurar ajuda num sítio onde se sinta mais ou menos.” (E7, L42-43)

A postura passiva do doente também pode dever-se a uma tentativa de agradar o enfermeiro, de forma a obter melhores cuidados, como também ao medo.

“...nem que eu estivesse à rasca, eu não me estava a manifestar que estava cheio de dores, ou que estava assim. Havia lá gajos que a gente via, eles às vezes não ligavam nada ao que estavam a dizer, porque eles já sabiam o que ele era. Não estava bem com nada. Mas eu estava sempre bem com tudo e eles também.” (E12, L44-47)

“Mas uma pessoa não pode dizer nada, não pode reclamar.” (E11, L46)

Mas nem sempre a passividade nos cuidados é uma opção do doente, podendo ser uma imposição do enfermeiro, ao não permitir a adopção de um papel activo na tomada de decisão.

O desrespeito pelas preferências do doente, não permitindo que ele participasse activamente nos cuidados foi outro dos aspectos que foi mencionado pelos informantes.

«Não tem papel. Para mim acho que o enfermeiro está a ser “otário”, porque não deixa o doente ter o seu papel. Esse tal dito enfermeiro quer mandar e eu acho que assim não dá.» (E2, L106-108)

“Por isso é que eu digo que servi de cobaia.” (E4, L53)

“Eu não era visto nem achado. Eu dizia o que se passava, o problema que tinha. Eu dizê-lo ou não dizê-lo era a mesma coisa.” (E6, L130-131)

1.1.2.1 - ENFERMEIROS

Na tomada de decisão em enfermagem, quando, por qualquer razão, o doente adopta uma atitude passiva é necessário que seja outro interveniente do processo a decidir, sendo isso visto como algo natural.

Os informantes referiram que quem tem de decidir é o enfermeiro, até porque ele é que possui conhecimentos que sustentem a decisão e não o doente.

“Quem decide é o enfermeiro sempre. Que é que deve saber o que é que lá põe. Não é? Não sou eu, não sou enfermeiro.” (E1, L50-51)

“Quem as tem que tomar é o enfermeiro (...). Tem que ser o profissional de saúde.” (E5, L 79-80)

“Porque não me acho capacitado para tomar decisões relativamente a coisas que desconheço, como é lógico.” (E10, L170-171)

Além de não terem tantos conhecimentos como o enfermeiro, o doente também acha que tem que “obedecer” ao enfermeiro, ou seja, se quer ser cuidado tem que respeitar o enfermeiro e fazer o que ele diz.

“A decisão tem de ser respeitada. A pessoa precisa do enfermeiro, já que está ali pensa que vem para se vir tratar e é isso mesmo que a gente pensa. E temos que obedecer ao enfermeiro.” (E3, L52-54)

Nem sempre é opção do doente que seja o enfermeiro a tomar a decisão, podendo ser este a impor que assim seja, tal como foi referido nas entrevistas.

“...aquele enfermeiro que quer mandar já não cede. O doente é que tem que ceder. Do meu ponto de vista é assim que eu vejo as coisas.” (E2, L116-117)

“Custa, porque eu não posso e o enfermeiro não respeita.” (E11, L40)

“A enfermeira queria fazer uma espécie de controlo total e absoluto, sem qualquer lógica. Então se pedem que o diabético seja autónomo e ali era controlo que ela queria fazer.” (E10, L 34-36)

Apesar dessa passividade, as decisões agradaram ao doente, pois a ausência de responsabilidade deixa-o mais descansado.

“As decisões que eles tomaram foram muito boas.” (E3, L8)

“O enfermeiro tomou a decisão conforme devia de ser.” (E5, L45)

“O meu cuidado fica ao cuidado do enfermeiro. Eu é que estou na cama descansada porque senão eu tinha de estar alerta para ver as horas, tinha que eu ter o cuidado. O cuidado é do enfermeiro.” (E3, L73-75)

1.1.2.2 - MÉDICOS

De acordo com os informantes, a tomada de decisão em enfermagem, nem sempre é realizada pelo doente e/ou enfermeiro, podendo ser por outro profissional de saúde, nomeadamente o médico. Isto porque, na ideia de alguns doentes, é o médico que manda no enfermeiro, sendo que ele deve cumprir todas as ordens.

“A colheita de sangue tem de ser a colheita de sangue porque os médicos mandam, não é?” (E1, L58-59)

“...compreendi que tinha que ser assim, que o médico é que tinha a decisão de dar as explicações acerca do tratamento.” (E8, L56-57)

“...eu tratei como doutora a chefe dos enfermeiros.” (E6, L26)

Por vezes, a visão que o doente tem acerca do médico deve-se também ao próprio enfermeiro, que desvaloriza a sua competência, preferindo transferir a responsabilidade das decisões para outros profissionais de saúde, nomeadamente para o médico.

“Isso foi logo nos primeiros dias quando eu comecei a fazer tratamentos em que a enfermeira foi-me fazer o tratamento e eu perguntei à enfermeira que tipo de tratamento era aquele. E a enfermeira disse-me que não era ela que me ia explicar que tratamento era, mas sim o médico é que tinha que conversar comigo acerca do tratamento. (...) No início não achei muito correcta.” (E8, L49-53)

1.2 - ENFERMEIRO “BOM”

Esta área temática emerge da área “Tomar decisão”, pois se a decisão for tomada de acordo com a preferência do doente, então este sente-se satisfeito e percebe o enfermeiro de forma positiva, como alguém que o trata bem. De salientar que não é apenas quando o doente adopta um papel mais activo que o enfermeiro agrada ao doente, pois alguns doentes preferem, como foi descrito anteriormente, ser passivos.

No entanto, nem todos os enfermeiros agradam aos doentes, devendo para isso possuir algumas qualidades. Nesse sentido, de acordo com os informantes, um enfermeiro que demonstre ser humano é um profissional de saúde bom.

“Para mim um enfermeiro bom é aquele enfermeiro, que sobretudo, entenda as pessoas, a dificuldade que as pessoas têm, que ajude, que seja humano.” (E2, L97-98)

“Sentia que elas eram bons profissionais. Eu achava que aqueles enfermeiros eram todas pessoas dignas para estar ali ao pé das pessoas.” (E12, L65-66)

O carinho e o conforto transmitido aos doentes são também características que também agradaram aos doentes.

“...o enfermeiro tem carinho pelos doentes.” (E1, L189)

“...muito apoio e muito carinho do enfermeiro.” (E3, L46)

“É darem carinho às pessoas, porque há ali muita gente que não tem ninguém. Eram mesmo boas pessoas que estavam ali.” (E12, L68-69)

“Conforta a pessoa.” (E1, L66)

A simpatia e a responsabilidade do enfermeiro também foram características que os informantes referiram como favorecendo a interação enfermeiro-doente.

“Gosto da pessoa, pronto. Acho simpático, pronto...” (E2, L129)

“Mas outros enfermeiros não são assim. São mais abertos, mais meigos, mais dóceis.” (E2, L171-172)

“...sempre o fizeram carinhosamente e com responsabilidade até donde eu sentia, porque isso sente-se. Não se diz, sente-se...essa responsabilidade.” (E5, L10-11)

Quando o doente sente que o enfermeiro o ouve, e mais do que isso, o compreende, isso é referido como algo tão bom que até é difícil de explicar por palavras.

“Senti-me bem. Que fui ouvida.” (E4, L148)

“Isso é, isso é, é uma coisa que não se consegue descrever (sorri). É bom. Todos me compreendem.” (E4, L171-172)

A comunicação é a base da relação humana, daí que seja impossível imaginar o mundo sem comunicação, pois o indivíduo é um ser gregário. Visto a enfermagem fazer

da relação uma mais-valia, a comunicação enfermeiro-doente desempenha um papel fundamental para o sucesso dos cuidados. Nesse sentido, as qualidades comunicacionais do enfermeiro também foram referidas pelos participantes como contributo para a satisfação do doente.

“...a vossa maneira de ser, de estar, de nos tratar, tudo isso. O enf. T. é um caso flagrante disso, a boa disposição, de conversar, de falar e não sei quê.” (E10, L55-56)

“...pedem com educação. O enfermeiro chega fala normalmente, abertamente. Não está ali, hei dê cá o braço (a falar alto) ...” (E2, L64-65)

“Ele entrou, carinhosamente, com educação, com respeito saúda, dirigiu-se a mim dizendo que tinha que por o cateter porque ia tomar antibiótico do que é injectado nas veias.” (E5, L26-28)

“...eles sempre com muita calma, diziam vamos ver, não há-de haver problema nenhum.” (E8, L75-76)

A atitude adoptada pelo enfermeiro perante o doente também foi referida pelos participantes, como algo que influencia a sua satisfação, pois uma atitude positiva gera comportamento positivo.

“Se um doente estiver triste desanimando e o enfermeiro chegar lá com uma atitude alegre e perguntar o que se passa, as coisas funcionam muito melhor a partir daí.” (E8, L120-121)

As características físicas também influenciaram a forma como o enfermeiro é “visto” pelo doente, sendo que as enfermeiras mais velhas compreendem mais os doentes que as mais novas.

“...notei é que as enfermeiras mais velhas eram mais compreensivas que as enfermeiras, assim, novitas.” (E10, L127-128)

1.2.1 - Fui bem “tratado”

A satisfação do doente com os cuidados de enfermagem deve ser um dos objectivos do enfermeiro na sua prática diária, e não apenas, a sua satisfação. Esse sentimento permite ao doente encarar melhor a sua situação de doença, levando-o, mais

facilmente, a colaborar com o enfermeiro na busca do mesmo fim: melhor qualidade de vida.

Durante as entrevistas, os informantes referiram que quando estiveram internados sentiram que foram bem tratados pelos enfermeiros, pois eles faziam tudo o que fosse possível para que o doente se sentisse bem.

“...desde que estive aqui internado da primeira vez e agora sempre fui bem tratado, Que eu disse à mulher, que não tenho razão de queixa.” (E1, L94-95)

“Sinto-me bem. Gosto de estar a ser bem tratada.” (E2, L127)

“A forma como esse enfermeiro procedeu comigo, e todos os enfermeiros e enfermeiras sempre me trataram bem.” (E5, L35-36)

“Pela positiva, a vossa maneira de ser, de estar, de nos tratar, tudo.” (E10, L55)

Um dos aspectos que fez com que o doente sentisse que foi bem tratado foi a ausência de dor nos procedimentos que o enfermeiro executou, ou seja, quando realizou algo ao doente fê-lo sem o magoar, o que lhe agradou bastante.

“limpou-me a ferida com cuidado, sempre com cuidado, sem me aleijar.” (E1, L31)

“...quando me dói mas sempre o tratou de fazer da maneira mais suave, da maneira mais profissional.” (E5, L22-23)

Ao estarem a ser bem tratados, os doentes por vezes conseguem esquecer-se que estão no hospital e penso que estão no seu lar ou junto da sua família, isto é, num sítio onde se sentem bem e rodeado por pessoas que gostam.

“...mais bem tratada por vocês, do que se fosse em minha casa. Isto aqui é como se fosse a minha casa.” (E4, L159-160)

“Depois era um sistema que já era familiar, era uma família autêntica, já não era preciso pedir nada.” (E6, L73-74)

1.2.1.1 - PERGUNTAM SE...

Um dos aspectos importantes na prestação de cuidados de saúde, é a obtenção do consentimento do doente para a realização de algo. Só devo poder fazer algo à outra pessoa se ela me autorizar, permitindo assim que participe na tomada de decisão clínica.

De acordo com os informantes, essa era uma preocupação que os enfermeiros tinham constantemente. Um dos aspectos com que os enfermeiros se preocupavam era a dor, procurando ao doente se tinham dores.

“Perguntou se tinha dores ou não. Pronto e é isso, é o dia-a-dia. É sempre a mesma coisa. Fala comigo, pergunta se tenho dores, seja quem for. Perguntam se tenho dores, lavam-me o pé, põem-me o creme, perguntam se me estão a aleijar e fazem-me o penso.” (E1, L36-39)

O enfermeiro procura incentivar o doente a participar activamente nos cuidados, ao dar-lhe, sempre que possível, a opção de escolha, o que é importante para que o doente se sinta como parte integrante da equipa de saúde. Os participantes referem que o enfermeiro os questionava sobre a sua preferência, por exemplo, em intervenções como colheita de sangue, realização de tratamento a feridas e administração de insulina

“Ela perguntou-me qual é o braço que preferia, e eu dei-lhe o direito.” (E11, L32)

“O enfermeiro perguntou-me em que braço é que eu queria, se tinha preferência.” (E5, L31-32)

“O enfermeiro chega e diz: vamos tirar sangue Sr. A. e perguntam se podem. Eu respondo que podem. Já quando o enf. R. me vinha fazer o curativo perguntava-me você quer que seja seu amigo ou seu inimigo. Eu disse, R. quero que sejas meu inimigo. Eu já sei para o que é.” (E6, L99-102)

“Perguntou-me se eu queria levar na perna ou no braço.” (E1, L136)

“O enfermeiro perguntava sempre se queria dar ou dar o enfermeiro.” (E1, L154)

1.2.1.2 - CONVERSAM COMIGO

Outro aspecto que faz com que o doente se sinta bem cuidado é a comunicação. A disponibilidade do enfermeiro para estabelecer uma comunicação eficaz com o doente é algo que os faz sentir satisfeitos. Por vezes, uma simples palavra que para o enfermeiro não custa nada a dizer, para o doente pode significar muito.

“Que é bom, que é bom o enfermeiro falar para o doente...” (E1, L85)

“Estivemos ali à conversa e ela palpou-me os braços.” (E2, L213)

Por vezes, o doente encontra-se carente de afecto e basta uma pequena conversa, para ele desabafar, sentindo-se muito melhor, pois sente que o compreendem e que tem ali alguém que o faz sentir bem.

“Quando vocês chegam ao pé de mim e conversam comigo e eu, às vezes, desabafo com vocês.” (E4, L124-125)

De acordo com os participantes, por vezes uma pequena conversa antes de qualquer procedimento, permitia estabelecer uma interligação entre ambos o que depois facilitaria os cuidados.”

“Diziam logo, olhe temos que ir tirar sangue. Primeiro diziam, geralmente, sempre bom dia e que daqui a um bocadinho nós vamos tirar sangue. Chegavam, conversavam um bocadinho com o doente, faziam uma interligação com o doente, se estava tudo bem, se estava bem-disposta, se a noite tinha corrido bem, se não houve problemas. Era o 1º contacto.” (E8, L78-82)

1.2.1.3 - ENSINAR

Uma das funções do enfermeiro é ensinar o doente naquilo que ele desconhece, permitindo assim que ele progressivamente fique autónomo. A realização desta função é de agrado do doente, já que sente que o enfermeiro se preocupa com ele. Um dos exemplos que os participantes descreveram em que o enfermeiro os ensinou foi na administração de insulina.

“E explicou-me como é que trabalha a caneta. O que é que eu tinha de pôr, tinha de pôr a caixinha das cargas de insulina no frigorífico na porta do fundo. E ensinou-me a pôr a carga.” (E1, L128-130)

“Informou-me para pôr uma mão sobre o umbigo, dar só da mão para lá, por causa de não ganhar caroços, E, pronto, foram essas informações, que o doente agradece. Que não sabe, depois vai aprendendo com o tempo. Mas vai com as luzes já...eu cheguei a casa e comecei logo a dar.” (E1, L138-141)

Outras situações foram descritas em que o enfermeiro ensinou o doente, para que ele se tornasse autónomo.

“Inclusive o enf. T. que pôs lá da 1ª vez, me disse como era e eu facilmente aprendi e ultrapassei, ultrapassei essa fase.” (E10, L43-44)

“Eu pergunto explicações disto ou daquilo sobre os medicamentos, tudo me têm esclarecido.” (E3, L 24-25)

No entanto, nota-se quando o enfermeiro faz algo com gosto e isso foi percebido pelos informantes relativamente à função ensinar.

“Portanto, o enfermeiro tem sempre a intenção de ensinar o doente para quando for com alta para estar dentro das coisas, portanto, saber dar a insulina.” (E1, L166-167)

1.2.1.4 - DISPONIBILIZOU-SE

Outra característica importante para que o doente fique satisfeito com os cuidados de enfermagem é a disponibilidade, ou seja, a vontade em realizar algo que o doente necessita. Nem sempre isso acontece, mas quando acontece, o doente agradece e recorda com satisfação. Para os participantes isso pode ser visto como uma atitude humana e profissional.

“Não me esqueço, que uma vez fui ao serviço E. fazer o penso e era algum enfermeiro que estava com o pé diabético e o enf. T. estava lá, tinha um bocado de tempo e fez-me o penso. E a enf. chefe até disse “é assim mesmo”.” (E10, L112-114)

“Ele estava ali, tinha um bocadinho de tempo, disponibilizou-se. Profissionalismo e uma atitude humana.” (E10, L117-118)

Aliás, para que um enfermeiro seja um bom profissional tem que estar disponível para o doente, deixando de parte os seus problemas e focando-se apenas nos do doente, de forma a compreendê-lo.

“Porque, realmente em termos de enfermagem, tem que se ter uma grande disponibilidade humana, uma grande disponibilidade de estar, de compreender de certo modo o doente, que não pode ser aquela de “ah, hoje estou maldisposto ou maldisposta.” (E10, L156-158)

1.2.1.5 - ESTÃO AQUI PARA AJUDAR

Para que o doente se sinta bem cuidado é preciso que ele percepcione que o enfermeiro está ao pé dele para o ajudar, em tudo o que o doente precisar e estiver ao alcance do enfermeiro. Isto deve acontecer independentemente se, naquele turno, o doente é da responsabilidade de determinado enfermeiro.

“Vocês estão aqui para ajudar.” (E1, L198)

“Lá, no serviço E. nunca aconteceu não me ajudarem por não estar comigo distribuído.” (E10, L94-95)

“...disse para essa enfermeira: “Ó sra. enf. não me podia arranjar aí alguma coisa que me esfregasse as costas? Eu tenho um calor nas costas.” “Deixe estar, que eu vou-lhe já arranjar isso”. Ia-me lá todos os dias, eles me esfregavam as costas, qualquer um deles, ela depois comunicou aos outros, todos os dias esfregavam-me as costas. “Vá, vire-se um bocadinho que a gente esfrega-lhe as costas”, ou com álcool ou com pomada que elas me deitavam e eu ficava ali porreiro.” (E12, L30-35)

“Por exemplo, à noite quando eu peço o comprimido para me deitar mais cedo porque já não vou aguentar até às 22h. Normalmente, eu falo com o enfermeiro e ele compreende e dá-me o comprimido. “ (E4, L167-169)

1.2.1.6 - INCENTIVAM MUITO MAIS

O enfermeiro deve procurar incentivar o doente a conseguir atingir os seus objectivos de saúde. No entanto, isso só é possível se o enfermeiro estabelecer uma interacção com o doente, para conhecer quais são esses objectivos e as suas preferências. Por exemplo, quando o doente está triste, o enfermeiro deve incentivá-lo a mudar de estado de espírito, utilizando os conhecimentos que detém sobre ele.

Os informantes vivenciaram situações em que os enfermeiros os incentivaram, referindo que isso traz benefícios para os cuidados.

“As pessoas que são mais para a frente, incentivam muito mais os pacientes o que vai trazer melhoras para os cuidados.” (E2, L227-228)

“Sei lá, quando vocês me deixam ir lá abaixo, vai, vai, vai, faz-te bem.” (E4, L181)

1.2.1.7 - ENFERMEIROS DE “AGORA”

Outro aspecto mencionado positivamente pelos informantes foi a evolução que a enfermagem sofreu nos últimos anos. Melhor material e competências técnicas mais apuradas permitem que o desempenho do enfermeiro agrade mais ao doente que antigamente. Até as competências relacionais sofreram evolução, pois os participantes referiram que agora o enfermeiro já estabelece uma “ligação” com o doente antes da execução de algo, o que não acontecia antigamente.

Esta evolução foi referida como algo que traz satisfação para o doente.

“Mas agora não. Eles têm uma prática da agulha, tudo esterilizadinho. Achei que a enfermagem está mais bem preparada.” (E9, L41-42)

“...porque neste internamento já achei que a atitude da enfermagem perante o doente que é espectacular. Chegam de manhã, às 7h ou às 8h, quando vão para pôr o termómetro. Não é aquela brutidade como antigamente. Vão lá, tocam no doente, vamos por o termómetro. Já há uma interligação doente-enfermeiro e isso é muito bom, muito positivo.” (E8, L65-69)

“Eu achei que desta vez, a enfermagem está mais classificada, mais preparada para tirar sangue e falar para os doentes.” (E9, L49-50)

“Sinto satisfeita pelos enfermeiros de agora, porque da primeira vez não era assim.” (E9, L37-38)

1.2.2 – Sentimentos “Positivos”

Da interacção enfermeiro-doente emergem constantemente um conjunto de sentimentos, que podem influenciar a qualidade da relação, positivamente se forem sentimentos do agrado dos intervenientes e vice-versa.

Nesse sentido, as tomadas de decisão efectuadas diariamente desperta no doente diversos sentimentos, sendo que quando sentem que estão a interagir com um enfermeiro “bom”, esses sentimentos foram classificados pelos participantes como positivos. Os participantes referiram que se sentiam como se tivessem em casa, rodeado da sua família.

“Sentimentos positivos, sei lá. Sentia-me como se estivesse em casa. As pessoas eram simpáticas, tanto enfermeiros como pessoal de limpeza.” (E7, L31-32))

“Sinto-me bem. Sinto como se vocês fossem a minha família.” (E4, L127)

Os participantes referiram outros sentimentos como a satisfação, orgulho, bem-estar, alívio e alegria, sendo por vezes tão bom que nem conseguem expressar realmente o que estão a sentir, só sabendo que é bom.

“Eu estava sentado lá num sofazito e ela veio com o café e não aceitou o dinheiro. Aí senti uma satisfação enorme.” (E10, L43-44)

“Sinto-me satisfeita pelos enfermeiros de agora.” (E9, L37)

“Senti um bem-estar, porque já viu o que é levar com um tubo pela goela abaixo. Uma sensação de bem-estar.” (E11, L22-23)

“Era um sentimento de bem-estar. Embora estivesse no hospital, sentíamos relativamente bem, compreendidos. Que as enfermeiras estavam interessadas em nós, o que é muito bom.” (E8, L135-137)

“Sinto-me até orgulhosa. Sinto-me orgulhosa de me tratarem tão bem.” (E3, L59)

“Sinto-me bem, sinto-me aliviada. Sei lá. Como eu tenho tantas coisas más e eu aqui estou a viver uma coisa boa. E quando essas decisões são tomadas e são...não sei. Não sei explicar, é bom.” (E4, L177-179)

“Sinto-me bem. Sinto assim uma alegria.” (E4, L188)

1.2.3 - O doente é o centro

Nos cuidados de saúde, o doente deve ser o principal actor e não os profissionais de saúde, mas para isso é preciso que eles o percepcionem, reconhecendo as suas competências e valorizando as preferências.

Relativamente ao enfermeiro, ele deve pensar na qualidade de vida do doente, mas para isso tem de compreender a personalidade do doente que está a cuidar. O doente deve ter um papel activo nos cuidados e isso é possível quando o enfermeiro considera que o doente é o centro dos cuidados. Esses aspectos foram referidos pelos participantes.

“Mas aí já existe a tal ligação do doente com o enfermeiro. E por aí é que se deve ir. O doente é o principal actor, é ele o centro das atenções. Não o enfermeiro, mas sim o doente. O doente é o centro. Temos que pensar sempre na qualidade, na perspectiva de o doente se sentir o melhor possível.” (E8, L110-113)

“O doente tem de intervir sempre. Primeiro o doente, depois o enfermeiro. Primeiro temos que nos centrar no doente, até porque se o enfermeiro começar a centrar-se no doente e a tentar perceber a sua personalidade, as coisas começam a funcionar muito melhor.” (E8, L117-119)

1.3 - ENFERMEIRO “MAU”

Nem sempre o enfermeiro é visto positivamente pelo doente, sendo que as consequências dessa percepção são as inversas das que existem quando ele lhe agrada, ou seja, a interação entre ambos é prejudicada, podendo influenciar o sucesso dos cuidados.

Aquele enfermeiro que é percepcionado negativamente pelo doente, não atribui ao doente o papel que este queria ter no processo de tomada de decisão, “forçando-o” a ser passivo. Para os informantes, esse profissional é um enfermeiro “mau”.

“O enfermeiro mau é aquele que chega ali de nariz empinado e diz vamos fazer isto, fazer aquilo. Isso para mim não dá.” (E2, L 97-98)

“É aquele enfermeiro que quer mandar e já não cede. O doente é que tem que ceder”. (E2, L116-117)

A ideia que o doente tem da interação com esses enfermeiros pode ser resultado de diversos aspectos, nomeadamente o desagrado sobre a sua maneira de estar ou de ser, tal como foi referido pelos participantes.

“Porque ela embirrou comigo de eu ter as insulinas.” (E10, L27)

“A outra era novita e por vezes acham que sabem tudo ou não ter queda para aquela profissão.” (E10, L155-156)

“Umas enfermeiras têm o nariz mais empinado que as outras.” (E2, L8)

“...acho que ela também não tinha o direito de falar connosco naquele tom. Estava arrogante...” (E2, L90-91)

“Há uma, uma única que passou por aqui, foi a tal P. que não é assim aberta. Pode nem ser má pessoa, mas é mais trancada. Não convive com os pacientes como os outros convivem.” (E6, L92-94)

“Senti não só falta de responsabilidade, como algum desprezo.” (E5, L120)

“Nesse momento eu não senti reacção. Senti que a enfermeira estava a ser mal-educada, que a sra. não tinha condições para estar a exercer aquilo, porque não tinha a sensibilidade para uma pessoa que estava com aquelas funções.” (E8, L34-36)

Tal como foi referido, esta interacção pode pôr em causa o sucesso dos cuidados, pois o doente ao experienciar uma situação destas deixa de colaborar, podendo adoptar duas posições: recusar os cuidados por parte desse profissional ou então não se manifestar e adoptar uma postura passiva.

“Eu prefiro dizer: olhe desculpe não quero ser tratada por você do que estar ali a fazer cedências, cedências, cedências, sem ter que as fazer.” (E2, L152-153)

“Se o enfermeiro chegar com um tom agressivo ou um tom de não ligar muito, de eu é que estou aqui a trabalhar, eu é que mando, aí não há hipótese.” (E8, L123-124)

“Que eu já chegava a uma certa altura em que ela cá estava que eu nem sequer a chamava. É mesmo assim. Podia-me estar a doar, podia estar isto, podia estar aquilo mas que eu já não a chamava.” (E2, L154-156)

“Já não me sentia à vontade com ela.” (E2, L160)

1.3.1 – Fui mal “tratado”

Nas interacções com enfermeiros “maus”, os participantes acharam que foram mal cuidados, o que é negativo, tanto para o doente que fica insatisfeito como para o enfermeiro que transparece uma má imagem pessoal e profissional.

Por si só, o estar internado num hospital é negativo pois ninguém o deseja e quando os profissionais que têm a responsabilidade de cuidar não o fazem da maneira que o doente gostaria então torna-se pior. Sendo que, por vezes, basta a maneira como se comunica, para o doente ter uma má imagem do enfermeiro.

“...fui mal tratado por esses enfermeiros.” (E2, L207)

“...estamos aqui para ser tratadas, também não estamos aqui para nos tratarem mal. Que é mesmo assim. A gente vem para aqui, ninguém gosta de estar.” (E2, L165-166)

“Nem resposta lhe dei. Opá, porque estava a ser arrogante e eu não estou em casa, mas, também acho que não precisamos de ser tratadas dessa maneira.” (E2, L192-194)

“A situação acabou como se eu fosse mesmo uma cobaia. Taparam-me, foram-se embora. Continuaram a falar, que foi fácil.” (E4, L55-56)

“O enfermeiro disse: ai, este dedo vai, isto não está nada bom, está muito coiso e tal” e para o sr. ao lado que ele disse “ai, isto é para cortar”. De uma forma fria.” (E10, L62-63)

1.3.1.1 - NEM SEQUER PERGUNTARAM

Um dos aspectos que foi referido como tendo significado para os informantes que estavam a ser mal cuidados, foi a abordagem que o enfermeiro lhes fez em algumas situações, onde nem sequer obteve o seu consentimento para a realização de alguma intervenção. A não obtenção de autorização para a realização de uma intervenção pode ser considerada como uma má prática de cuidados de enfermagem, pois o doente, que é o alvo dos cuidados, não é ouvido, não revelando assim a sua preferência.

“Pronto, e eles nem sequer perguntaram. Pronto, não disseram nada.” (E4, L12)

“Não explicaram nada. O enfermeiro chefe deu a sonda a um estagiário para pôr, mas a mim não disseram nada. Não me disseram o que iam fazer.” (E4, L 43-44)

“O enfermeiro chega, diz-me a mim que vamos tirar sangue, onde deita o álcoolzito na veia, faz por não doer muito e depois já está.” (E1, L63-64)

“Para furar? Chegou, furou e disse tem que ter cuidado para não voltar a sair.” (E2, L182)

“A enfermeira chega, acende a luz do quarto, o quarto estava às escuras com a persiana corrida. Ela dirige-se, acende a luz, abre a persiana sem dizer nada. Então, bate as palmas e diz: vá, faz favor agora não são horas de dormir. Dormir é à noite.” (E8, L15-17)

1.3.1.2 - NÃO ERA OUVIDO

Não perguntar ao doente as suas preferências é negativo, no entanto, não basta fazê-lo para passar a ser positivo, pois se não ouvimos o que o doente tem para nos dizer ou ignoramos as suas preferências, então ele continua a sentir-se insatisfeito com os cuidados. Para os participantes, essa foi um aspecto que eles experienciaram enquanto estiveram internados, significando desagrado.

“Ora eu pedia por favor desliguem-me no final porque eu não posso ter isso ligado porque o meu organismo não aceita aquilo ligado. Dizia hoje, nada. Dizia amanhã, nada.” (E6, L9-10)

“Eu dizê-lo ou não dizê-lo era a mesma coisa. Eu estava a falar para um balão porque não era ouvido...” (E6, L131-132)

“Foram por decisão deles. Ignoraram a minha.” (E4, L37)

Por vezes, nem se tratava de ouvir as preferências dos doentes relativamente a alguma técnica, mas “apenas” ouvir o doente, os seus problemas, os medos, as suas dúvidas, etc, antes de realizar a intervenção, de forma a estabelecer um clima de confiança entre ambos.

“...essa ficou-me marcada, porque estava mesmo sensível, estava frágil, precisava de apoio e precisava que alguém que chegasse ali e com amabilidade, dissesse vamos fazer isto ou vamos fazer aquilo que me dissesse vamos tirar sangue, vamos ver se há veias. Conversasse um pouco com o doente para pô-lo mais à vontade. Mas não aconteceu. Negativa.” (E8, L43-47)

1.3.1.3 - NÃO ESTAVA A ENSINAR

Outro aspecto que significou um “mau” cuidado de enfermagem diz respeito à não execução de uma função do enfermeiro: ensinar. De acordo com os informantes, houve situações em que o enfermeiro não tentou ensinar o doente, o que o deixou insatisfeito.

“É chato estar num hospital e o enfermeiro não ensinar o doente e depois chego a casa, e se não souber, quem é que ma dá?” (E1, L168-169)

“Acho que aí não estava a ensinar.” (E1, L186)

“Achei que a enfermeira podia dar mais qualquer explicação.” (E8, L55)

1.3.1.4 - NÃO ME AJUDAREM POR NÃO ESTAR COMIGO

Quando o método de trabalho do enfermeiro é o individual, ele durante o seu turno fica responsável por prestar cuidados a determinados doentes, em tudo o que eles necessitem e seja da sua competência. No entanto, o facto de o método ser individual

não significa que não possam prestar cuidados a outros doentes que não aqueles pelos quais está responsável, pois acima de qualquer método está a pessoa. De acordo com os informantes, nem sempre isso aconteceu, ou seja, houve situações em que o enfermeiro não o ajudou por não ser um dos doentes pelos quais estava responsável.

“Lá, no serviço E. nunca aconteceu não me ajudarem por não estar comigo distribuído. Mas onde estive agora, diziam “ah, é fulana tal”.” (E10, L94-95)

“Uma vez que eu pedi, já não sei o que foi, pedi qualquer coisa, e uma enfermeira disse-me “ah, tem de esperar porque quem está consigo neste turno é a enf. tal que neste momento está não sei onde”.” (E10, L97-99)

Essa situação desagradou os informantes, pois sentiam que o enfermeiro poderia ter procedido de outra forma, isto é, ter satisfeito a solicitação, achando que ele foi irresponsável e insensível.

“...senti, aquela está comigo, se ela estiver ocupada, não está só comigo, eu estou aqui no quarto, se ela estiver ocupada com outro doente, bem que pode estar uma ali a passar, que...chapéu.” (E10, L101-103)

“Porque não se olha ao doente que precisa disto ou daquilo, olha-se que eu estou com A, B e C, portanto os outros não interessam para nada. Ela podia perfeitamente ter colaborado e dizia à colega dela “olha, fiz isto, isto e isto ao doente tal”, à tal que estava responsável.” (E10, L107-110)

“Se sente melhor, se sente pior não é comigo, é com a outra pessoa.” (E10, L122)

1.3.1.5 - NÃO ERA À PRIMEIRA

Outro aspecto que, segundo os informantes, significou que estavam a ser “mal” tratados foi quando o enfermeiro não conseguia executar alguma intervenção à primeira, como por exemplo, a colheita de sangue.

A insatisfação com o tratamento foi influenciada pela eficácia do enfermeiro na realização de um cuidado, sendo que antigamente esse sentimento era mais frequente porque havia mais ineficácia.

“...chegar para me tirar sangue e picar-me 5/6 vezes sem me conseguir tirar sangue. Essa marcou-me. Foi uma negativa.” (E8, L12-13)

“Espetavam-me aqui, espetavam-me ali, espetavam-me acolá. “Não sou capaz, Ó colega, anda cá”.” (E9, L48-49)

“Antigamente, não eram capazes de há primeira vez tirar sangue.” (E9, L51)

1.3.1.6 - RECUSA QUE “ELA ME TRATASSE”

Houve situações em que os informantes sentiram que não estavam a ser cuidados por parte de determinado enfermeiro como achavam que deveria ser, tendo adoptado uma atitude de recusa relativamente aos cuidados prestados por esse profissional. Esta situação pode comprometer o sucesso dos cuidados, mas é um direito do doente a recusa de um profissional ou tratamento e que deve ser respeitado.

“Eu nunca mais consegui. Sempre que ela vinha tirar sangue, eu dizia que não, que preferia outra pessoa. Recusa que ela me tratasse.” (E8, L29-30)

“Foram de recusa, de simplesmente não querer mais aquela enfermeira ao pé de mim.” (E8, L129-130)

1.3.1.7 - ANTIGAMENTE...

De acordo com os participantes, a insatisfação com os cuidados acontecia com maior frequência antigamente, pois os enfermeiros agiam mais “agressivos”, tecnicamente, não eram tão desenvolvidos como actualmente e nem sequer tinham iniciativa ou decidiam.

“...aquela brutidade como antigamente.” (E8, L67)

“Antigamente, não eram capazes de há primeira vez tirar sangue.” (E9, L51)

“Da primeira vez, os enfermeiros não tinham iniciativa de procurar e de decidir. Atrasadamente era assim.” (E9, L40-41)

1.3.2 - Sentimentos “Negativos”

Visto terem experienciado situações em que, segundo eles, foram “mal” tratados”, então, como é previsível, os sentimentos associados foram “negativos”, tendo sido descritos vários, como foram exemplo, o sentimento de abandono e de serem contrariados.

“Sentia que estávamos mal atendidos, que estamos abandonados, porque quando a pessoa pede um serviço e este não é feito, está abandonado. São sentimentos negativos.” (E6, L125-127)

“Opá, o sentimento de um gajo estar a ser contrariado é um sentimento negativo. Mas um gajo não pode dizer nada, não pode reclamar.” (E11, L45-46)

Houve mais sentimentos “negativos”, nomeadamente a raiva, revolta, insensibilidade, frustração, vergonha, incompreensão, tristeza e medo das consequências de uma decisão.

“Raiva, senti raiva porque eu não estava a fazer aquilo que ela disse que eu estava a fazer.” (E2, L29-30)

“Senti uma revolta. Senti que ela estava a exagerar e que não estava a ter em consideração a pessoa que estava como se fosse numa prisão. Não tem o mínimo de sensibilidade.” (E10, L144-146)

“Senti um bocado de revolta, não acreditaram em mim. Assim um bocado frustrada.” (E4, L34-35)

“Senti que era mais um. Que não valia nada.” (E10, L121)

“Que eu não era compreendida, que eles não compreendiam, que deviam estar do meu lado na parte de doente para sentirem a necessidade de ir fumar por causa da ansiedade.” (E4, L82-84)

“Fiquei um pouco triste, porque estava com expectativa, queria informações.” (E8, L60)

“Sentia uma grande revolta, uma falta de confiança. Sei lá, muita coisa junta.” (E4, L114)

Todos estes sentimentos, sendo negativos, podem comprometer a interacção enfermeiro/doente, dificultando a obtenção dos objectivos do doente. O enfermeiro deve estar desperto para estes sentimentos, de forma a prestar o apoio que o doente

necessitar. Se o doente estiver insatisfeito com os cuidados de enfermagem, então o enfermeiro não conseguiu almejar os cuidados de excelência.

2 – DISCUSSÃO E SÍNTESE DOS ACHADOS

Neste capítulo, os achados das entrevistas serão confrontados com opiniões de vários autores, de forma a permitir uma melhor compreensão e contextualização do fenómeno em estudo, que foi descrito e agrupado em três áreas temáticas mais abrangentes.

De salientar, que com este capítulo não pretendemos uma futura generalização dos achados, porque todas as conclusões são intrínsecas ao grupo que participou no contexto em causa, não obstante a sua possível transferibilidade.

2.1 – TOMAR DECISÃO?

Durante os cuidados de enfermagem, enfermeiros e doentes deparam-se constantemente com situações em que existe a necessidade de tomar decisões. É um processo que está implícito na prática de cuidados e extremamente importante, pois influencia a sua qualidade.

A tomada de decisão clínica pode ser definida como o processo de realizar mentalmente uma escolha entre várias opções (Dowie, 1993), tendo essa escolha de ser efectuada com racionalidade, competência e consciência para que ela resulte no alcance do objectivo (Nunes, 2007). No entanto, para definir este fenómeno, a literatura consultada utilizou também outros termos como pensamento crítico, juízo clínico, raciocínio diagnóstico, entre outros (Thompson e Dowding, 2002; Jesus, 2004; Rashotte e Carnevale, 2004; Florin, 2007). Os informantes durante as entrevistas referiram-se sempre a este processo como a tomada de decisão.

“Quem tem que tomar a decisão são os enfermeiros, mas muitas vezes também a tomo eu” (E10, L163-164)

“Eu acho que, aqui, as decisões são tomadas todas, todas bem. Porque, não tenho isto (faz gesto com os dedos a sinalizar pouco) para dizer de qualquer enfermeiro...” (E4, L129)

“Agora, se aqui um enfermeiro ou um médico tomam uma decisão que seja para meu bem, como eu sempre tenho recebido eu não posso interferir de maneira nenhuma.” (E5, L67-69)

Outro aspecto abordado pelos informantes foi a adopção de um papel enquanto estiveram internados, o que se irá reflectir na forma como são tomadas as decisões.

“O papel do doente, logicamente, se me diz eu vou-lhe cortar a perna. Eu digo, epá, um momento.” (E2, L114-115)

“Prefiro ter um papel mais activo, embora sempre com os poucos conhecimentos que tenho...” (E10, L173-174)

Esse papel depende do modelo de relação enfermeiro-doente adoptado nos cuidados, podendo ser o paternalista, em que o profissional de saúde é que decide o que fazer, como e quando, dando ao doente apenas a informação que achar necessária, o de partilha em que a tomada de decisão é partilhada com constante trocas de informações e o de plena autonomia em que o papel do profissional é apenas o de fornecer a decisão para que o doente possa decidir a sua opção (Doherty e Doherty, 2005; Lourenço, 2008). Nesse sentido, podemos afirmar que o modelo de partilha e de plena autonomia implicam que o doente tenha um papel activo e no paternalista tenha um papel passivo, logo a participação do doente na tomada de decisão varia num contínuo entre a total passividade e a plena autonomia (Sainio, Lauri e Eriksson, 2001).

Nas diversas situações, os informantes fizeram a distinção entre situações em que tiveram um papel mais activo e outras em que consideraram não ter tido nenhum papel, ou seja, que tiveram um papel passivo. Muitos têm sido os estudos, especialmente na medicina, sobre qual o papel que os doentes preferem adoptar nos cuidados, sendo que, de acordo com Levinson *et al.* (2004), nem todos os doentes querem o mesmo grau de participação na tomada de decisão. Nesse sentido, Benbassat, Pilpel e Tidhar (1998) referem que os estudos realizados sobre esta temática indicam que a maioria dos doentes quer ser informado sobre a sua doença, sendo que alguns pretendem também participar no planeamento dos cuidados, enquanto outros preferem ser completamente passivos e evitar qualquer informação.

2.1.1 – Papel mais activo

A participação do doente na tomada de decisão clínica é um indicador da qualidade dos cuidados, pois a inclusão da perspectiva do doente tem como consequências a melhoria dos cuidados de enfermagem e dos resultados do doente (Ruland, 1999). Partilhando dessa informação, Florin (2007) refere que o incentivo à adopção de um papel activo por parte do doente é da responsabilidade do enfermeiro.

No estudo realizado por Doherty e Doherty (2005), 55% dos doentes preferiram adoptar um papel activo, enquanto 45% preferiram ser passivos na tomada de decisão. Neste mesmo estudo, os participantes referiram preferir adoptar uma postura mais activa face aos cuidados de enfermagem (65%), que em relação aos cuidados médicos (60%), sendo que 10% dos inquiridos referiram que não sabiam que papel adoptar na tomada de decisão clínica em enfermagem pois achavam que os enfermeiros não estavam envolvidos nesse processo (*Idem*). Essa diferença entre a tomada de decisão clínica em enfermagem e em medicina deve-se, de acordo com os inquiridos, ao facto de as decisões em enfermagem acarretarem menos responsabilidade (*Idem*).

Dois anos depois, Deber *et al.* (2007) apresentaram resultados semelhantes do estudo efectuado, onde entrevistaram mais de 2756 indivíduos com diferentes patologias e chegaram à conclusão que aproximadamente 66% preferia ter um papel activo nos cuidados.

Algumas das investigações realizadas nesta área procuraram identificar quais os factores que podem influenciar a adopção de determinado papel. Stiggelbout e Kiebert (1997), Benbassat, Pilpel e Tidhar (1998), Levinson *et al.* (2004) e Doherty e Doherty (2005) chegaram à conclusão que os indivíduos de raça branca, as mulheres e as detentoras de um nível de cultura e saúde mais elevado preferem adoptar um papel activo na tomada da decisão clínica. No entanto Florin (2007) refere que os resultados são inconclusivos.

Nas entrevistas, os participantes descreveram situações onde preferiram adoptar um papel activo na tomada de decisão, questionando o enfermeiro sobre os cuidados.

“Prefiro ter um papel mais activo, embora sempre com os poucos conhecimentos que tenho e por isso falo quando tenho experiência...” (E10, L173-174)

“O papel do doente, logicamente, se me diz eu vou-lhe cortar a perna. Eu digo, epá, um momento. Mas se diz: eu vou-lhe curar a perna, vou-lhe operar. Vou-lhe cortar aqui, dar uns pontos acolá. Vou fazer isto, vou fazer aquilo. Eu estou a ouvir e estou consciente de que é para o meu próprio bem, para o meu próprio benefício, não é. Agora se me vai amputar uma perna, um braço ou um dedo já exijo explicações. O que é natural, não é?” (E5, L82-85)

“Eu pensei, não, agora também tenho direito a saber.” (E6, L139)

No entanto, tanto no modelo de partilha como no de plena autonomia, o enfermeiro deve fornecer todas as informações que o doente necessite, pois essa é uma pré-condição para a participação na tomada de decisão (Sainio, Lauri e Eriksson, 2001). Não

o fazer, implica desrespeitar o dever de informação que o doente possui e que está regulamentado no artigo 84º, alínea a) do Código Deontológico do Enfermeiro (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005).

Complementarmente Jewell *apud* Florin, Ehrenberg e Ehnfors (2006) refere que o acesso a informação suficiente e pertinente é um dos requisitos fundamentais para a participação do doente na tomada de decisão clínica.

2.1.1.1 – EU...

Os informantes mencionaram ter vivenciado situações em que se sentiram capacitados para serem eles a tomar a decisão, como por exemplo aquando da colheita de sangue, administração de insulina e tratamento à ferida.

Quando é o doente que toma as decisões estamos perante o modelo da plena autonomia, onde o profissional de saúde é apenas um informador passivo e o que predomina é o saber e experiência do doente (Lourenço, 2008). Ao ser ele que decide, a responsabilidade inerente à decisão é-lhe imputada (*Idem*).

A literatura consultada refere que a adopção por um papel em que o doente é que decide é o menos adoptado dos três, sendo no estudo de Deber *et al.* (2007) apenas 1% dos doentes com patologia crónica e 0,6% com patologia aguda e no de Florin (2007) de 9%.

“Quem escolhe o braço é o doente. Eu, por acaso, tive a opção de dar o braço tanto para a picada do dedo como para colher sangue. Fui eu que decidi e disse à enfermeira.” (E7 L51-52)

“...tirar o sangue? Neste ou naquele? E eu dizia, eu é que escolhia, aqui. Desta vez foi aqui (apontar para braço), desta vez também foi aqui. As picadelas da insulina, também, são os enfermeiros que me dão no braço. Também peço para dar num lado ou noutro.” (E1, L98-101)

“A seguir ao pequeno-almoço, punha a toalha, as minhas coisas. E mesmo estando lá o enfermeiro a fazer pensos, dizia-lhe “olhe, vou agora à casa de banho e depois vou tomar banho e depois faz-me o penso”. “Então pronto, faz-se assim”. Por norma, isto aconteceu sempre.” (E10, L98-101)

Outro aspecto importante mencionado pelos informantes é a recusa dos cuidados quando não lhes “agrada”. Essa situação é salvaguardada na carta dos direitos do doente

internado no ponto 8 que menciona que o doente pode recusar os cuidados que lhe são propostos (Direcção Geral de Saúde, 200?).

“...se for uma coisa que eu veja que não me agrada digo ao enfermeiro: Olhe, isso não quero.” (E1, L111-112)

“...se o enfermeiro disser que tenho que fazer uma recolha de sangue e se eu achar que não devo aceitar essa recolha, não aceito.” (E8, L87-88)

De acordo com o artigo 84º, alínea b) do Código Deontológico do Enfermeiro (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005, p. 109) o enfermeiro deve valorizar a autonomia do doente, ao “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”.

A autonomia pode ser definida como “...a capacidade humana em dar leis a si próprio” (Nunes, 2006). Partilhando dessa definição, Queirós (2001, p. 57) afirma que o princípio da autonomia implica que o enfermeiro promova “...quanto possível comportamentos autónomos por parte dos pacientes, informando-os convenientemente, assegurando a correcta compreensão da informação ministrada e livre decisão”.

Os informantes sentiram que o princípio da autonomia foi respeitado pelo enfermeiro.

“A minha decisão foi aceite.” (E7, L55)

“Sentia que realmente tinha a capacidade de transmitir ao enfermeiro que era isso que eu queria e ele aceitava.” (E8, L106-107)

“À noite quando eu peço o comprimido para me deitar mais cedo porque já não vou aguentar até às 22h. Normalmente, eu falo com o enfermeiro e ele compreende e dá-me o comprimido.” (E4, L167-169)

2.1.1.2 – DOU A MINHA OPINIÃO

Nem todos os doentes pretendem aceitar ou partilhar a responsabilidade de uma tomada de decisão, no entanto, adoptam um papel activo ao participar através da manifestação da sua opinião. Essa opinião vai de encontro à de Levinson *et al.* (2004) que refere que alguns doentes querem ser activos na discussão das opções, mas preferem deixar que seja o profissional de saúde a tomar a decisão na sua totalidade em seu interesse. Também Ende *et al.* (1989) no seu estudo constatou que a maioria das

peessoas não queria a responsabilidade da tomada de decisão, mas pretendiam ser informados.

Os informantes também referiram que vivenciaram situações em que manifestaram a opinião, mas não tomaram a decisão.

“Também dou a minha opinião.” (E1, L108)

“Posso dar uma opinião, a decisão isso não posso dar.” (E11, L54)

2.1.1.3 – EM CONJUNTO

A tomada de decisão quando é tomada em conjunto passa a ser partilhada, daí que o modelo que lhe está implícito é o da Decisão Clínica Partilhada. Este modelo, de acordo com Charles, Gafni e Whelan (1997), pode ser descrito como um intercâmbio de informações entre doente e profissional de saúde, permitindo a partilha das preferências para depois atingir um consenso sobre a decisão a tomar.

Este modelo foi no estudo que Deber *et al.* (2007) realizou, o que os doentes mais referiram preferir adoptar, 78,1% os com patologia crónica e 65,2% os com patologia aguda. Florin (2007) não conseguiu resultados tão elevados no seu estudo, tendo apenas sido escolhido este modelo por 30% dos inquiridos.

“...com o penso, quando isto está bem e nós tomamos a decisão. Ainda hoje de manhã, eu disse que o penso estava mais ou menos, só que eu preciso disto assim mais almofadado para eu sentir força na mão. Pronto, e acordámos que sim e foi feito.” (E4, L133-136)

“Quem tem que tomar a decisão são os enfermeiros, mas muitas vezes também a tomo eu. Mas isto, por causa das feridas e do problema no coto. Principalmente quando são enfermeiros novos nos centros de saúde, que querem por outras coisas e eu digo que não, que mandaram-me do hospital que só para por isto e isto. E chegamos a um acordo.” (E10, L163-167).

Tal como foi referido anteriormente, este modelo de partilha não permite o domínio de uma parte em relação à outra, sendo as suas características-chave pelo menos dois participantes que partilham informação e interagem para a obtenção de um consenso acerca da decisão a tomar (Florin, 2007). Esse consenso só é possível com cedências de ambas as partes, o que foi algo referido pelos participantes, a que atribuíram o termo negociação, o mesmo que Florin (2007) utilizou.

“Tem que haver um consenso das duas partes. No mínimo, não é. Nem pode ser à bruta, nem o enfermeiro pode deixar que o doente abuse, nem vice-versa. (...). É mesmo assim.” (E2, L109-111)

“Para mim, eu acho que para haver entendimento, portanto de ambas as partes, tanto tem que ceder um como ceder o outro.” (E2, L114-115)

“Para já o doente como está muito mais débil, fica muito mais acessível. E para o enfermeiro acho que depois também é muito mais fácil. Se houver uma abordagem mais flexível, as coisas funcionam muito melhor para os dois lados.” (E8, L100 – 103)

“Uma negociação, vá.” (E2, L219)

Para Doherty e Doherty (2005), a satisfação do doente com os cuidados de saúde está intimamente relacionada com a participação do doente na tomada de decisão de acordo com as suas preferências. Daí que, doentes que preferem um papel activo consideram uma boa decisão aquela onde participam.

“Uma boa decisão é quando a decisão é tomada em conjunto. Em que nem fica mal uma parte, nem outra.” (E4, L174 – 175)

2.1.2 – Não tem papel

A não adopção de nenhum papel por parte do doente significa que este tem uma postura passiva nos cuidados. Esta postura está implícita no modelo paternalista, em que cabe apenas ao profissional de saúde decidir o que é melhor para o doente, independentemente das preferências deste (Lourenço, 2008).

Apesar do ênfase que se tem dado nos últimos anos à participação do doente e à sua autonomia na tomada de decisão, nem todos querem adoptar este papel (Florin, Ehrenberg e Ehnfors, 2006).

No estudo realizado por Deber *et al.* (2007), 20,4% dos doentes com patologia crónica e 33,9% dos com patologia aguda mencionaram preferir adoptar um papel passivo. Florin (2007) encontrou números mais elevados (61%), o que demonstra bem o peso que ainda tem o modelo paternalista.

“...nós entregamos o nosso corpo ao enfermeiro, estamos aqui não é para outra coisa ou às auxiliares. E eles fazem de nós aquilo que precisam, que estão talvez dentro do assunto deles.” (E3, L30-32)

“Eu estou como doente, não posso tomar decisão nenhuma. Aqui a gente está à vontade de toda a gente do que for necessário fazer. O doente não toma decisões, é o que eu acho. Eu não tomei decisão nenhuma.” (E7, L28-30)

“O meu papel é o de...de doente. Eu é que sou doente. Eu vim para ser tratado. A gente sente-se mal, tem que vir procurar ajuda num sítio onde se sinta mais ou menos.” (E7, L42-43)

“Os enfermeiros tomam uma decisão que seja para meu bem, como eu sempre tenho recebido eu não posso interferir de maneira nenhuma. Não posso, nem devo, porque eu não sei nada disso. Se eu soubesse não tinha necessidade de vir para aqui.” (E5, L64-66)

“A minha opinião seria vã já que, primeiro desconheço...” (E5, L86)

A falta de conhecimento foi apontada pelos informantes como uma causa da adopção desse papel. A ausência de conhecimento foi identificado por Florin (2007) como podendo inibir a participação do doente na tomada de decisão.

De acordo com o artigo 84º do Código deontológico do enfermeiro tem o dever de informar o doente naquilo que ele necessitar (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005).

“...nem que eu estivesse à rasca, eu não me estava a manifestar que estava cheio de dores, ou que estava assim. Havia lá gajos que a gente via, eles às vezes não ligavam nada ao que estavam a dizer, porque eles já sabiam o que ele era. Não estava bem com nada. Mas eu estava sempre bem com tudo e eles também.” (E12, L44-47)

“Mas um gajo não pode dizer nada, não pode reclamar.” (E11, L46)

Alguns doentes estão mais preocupados em fazer o certo para agradar ao enfermeiro, que em fazer o que querem (Waterworth e Luker *apud* Florin, Ehrenberg e Ehnfors, 2006). Aliás, num meio onde se incentive a participação do doente na tomada de decisão, ele pode consentir ter um papel mais activo do que realmente desejaria (Florin, Ehrenberg e Ehnfors, 2006).

No entanto, os informantes sentiram que, por vezes, o enfermeiro não deixou o doente adoptar o papel que pretendia.

«Não tem papel. Para mim acho que o enfermeiro está a ser “otário”, porque não deixa o doente ter o seu papel. Esse tal dito enfermeiro quer mandar e eu acho que assim não dá.» (E2, L106-108)

“Por isso é que eu digo que servi de cobaia.” (E4, L53)

“Eu não era visto nem achado. Eu dizia o que se passava, o problema que tinha. Eu dizê-lo ou não dizê-lo era a mesma coisa.” (E6, L130-131)

No entanto, por vezes a adopção de um papel passivo não é opção do doente, mas sim imposto pelo enfermeiro que não permite que o doente participe, indo esta postura de encontro ao que defende o modelo paternalista (Lourenço, 2008).

2.1.2.1 - ENFERMEIROS

De acordo com Florin (2007), na tomada de decisão em enfermagem, o doente encontra-se numa posição subordinada e, por isso, não é de esperar que ele tome a iniciativa de participar, cabendo ao enfermeiro a função de incentivá-lo.

Um dos factores que dificulta a participação do doente na tomada de decisão por parte do doente é a ausência de informação, sendo que como foi referido anteriormente, é um dever do enfermeiro fornecer a informação ao doente que ele necessitar (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005). Na carta dos direitos do doente internado também está salvaguardada esse aspecto, quando no ponto 6 diz que o doente tem direito às informações relacionadas com o seu estado de saúde, devendo ser fornecidas de forma que o doente a entenda (Direcção Geral de Saúde, 200?).

Os informantes vivenciaram situações em que quem teve que decidir foram os enfermeiros por eles não se sentirem portadores de conhecimentos que sustentassem a decisão.

“Quem decide é o enfermeiro sempre. Que é que deve saber o que é que lá põe. Não é? Não sou eu, não sou enfermeiro.” (E1, L50-51)

“Quem as tem que tomar é o enfermeiro (...). Tem que ser o profissional de saúde.” (E5, L 79-80)

“Porque não me acho capacitado para tomar decisões relativamente a coisas que desconheço, como é lógico.” (E10, L170-171)

Além do défice de conhecimentos, os informantes sentiram que tinham que obedecer ao enfermeiro e portanto deixá-lo decidir. Mais uma vez essa é uma situação que é representada pelo modelo paternalista, onde o doente tem que obedecer às decisões do profissional de saúde porque ele é que sabe (Goldim, 1997).

“A decisão tem de ser respeitada. A pessoa precisa do enfermeiro, já que está ali pensa que vem para se vir tratar e é isso mesmo que a gente pensa. E temos que obedecer ao enfermeiro.” (E3, L52-54)

Nem sempre é opção do doente que seja o enfermeiro a tomar a decisão, podendo ser este a impor que assim seja, tal como foi referido nas entrevistas. O que vai contra aquilo que está no código deontológico do enfermeiro, no artigo 81º, alínea f) em que ele deve respeitar “...as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa” (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005, p. 89).

Esta situação também vai contra a autonomia do indivíduo, pois não deixa que ela decide o que quer fazer (Nunes, 2006).

“...aquele enfermeiro que quer mandar já não cede. O doente é que tem que ceder. Do meu ponto de vista é assim que eu vejo as coisas.” (E2, L116-117)

“Custa, porque eu não posso e o enfermeiro não respeita.” (E11, L40)

“A enfermeira queria fazer uma espécie de controlo total e absoluto, sem qualquer lógica. Então se pedem que o diabético seja autónomo e ali era controlo que ela queria fazer.” (E10, L 34-36)

Apesar dessa passividade, as decisões agradaram ao doente, pois a ausência de responsabilidade deixa-o mais descansado. A ausência de responsabilidade nos cuidados é a consequência de um papel passivo, o que agrada a alguns doentes (Florin, 2007)

“As decisões que eles tomaram foram muito boas.” (E3, L8)

“O enfermeiro tomou a decisão conforme devia de ser.” (E5, L45)

“O meu cuidado fica ao cuidado do enfermeiro. Eu é que estou na cama descansada porque senão eu tinha de estar alerta para ver as horas, tinha que eu ter o cuidado. O cuidado é do enfermeiro.” (E3, L73-75)

Apesar da satisfação, Doherty e Doherty (2005) afirmam que a satisfação do doente com os cuidados é proporcional à participação do doente na tomada de decisão em todos os grupos étnicos, ou seja, quanto mais participar na tomada de decisão, mais satisfeito o doente fica.

2.1.2.2 - MÉDICOS

A população em geral e, em particular as organizações de saúde, atribuem à enfermeira um papel dependente, de cumprir ordens estabelecidas por outros, quer sejam da própria profissão (ex.: enfermeiro-chefe), quer sejam de outros grupos da equipa multidisciplinar (ex.: médico) (Basto, 1998). No estudo que fez, Basto (1998) identificou que, por vezes, os enfermeiros entrevistados adoptavam como papel a preparação do doente para o tratamento médico, ou seja, seguiam as normas da unidade, as prescrições médicas ou as decisões da enfermeira-chefe que foram previamente negociadas com a equipa médica.

Esta visão de que, no processo de tomada de decisão, quem tomou a decisão não foi nem o enfermeiro, nem o doente, mas sim outra pessoa, médico ou enfermeiro-chefe, transpareceu dos informantes.

“A colheita de sangue tem de ser a colheita de sangue porque os médicos mandam, não é?” (E1, L58-59)

“...compreendi que tinha que ser assim, que o médico é que tinha a decisão de dar as explicações acerca do tratamento.” (E8, L56-57)

“...eu tratei como doutora a chefe dos enfermeiros.” (E6, L26)

“Isso foi logo nos primeiros dias quando eu comecei a fazer tratamentos em que a enfermeira foi-me fazer o tratamento e eu perguntei à enfermeira que tipo de tratamento era aquele. E a enfermeira disse-me que não era ela que me ia explicar que tratamento era, mas sim o médico é que tinha que conversar comigo acerca do tratamento. (...) No início não achei muito correcta.” (E8, L49-53)

Mencionar essa situação é não reconhecer a autonomia do enfermeiro para decidir ou intervir, o que vai contra aquilo que foi publicado na brochura “competências do enfermeiro de cuidados gerais” pela Ordem dos Enfermeiros (2004, p. 7) que refere que o enfermeiro desempenha funções autónomas e interdependentes, definindo as autónomas como aquelas que são “...realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade”.

2.2 - ENFERMEIRO “BOM”

Quando o enfermeiro toma uma decisão de acordo com a preferência do doente, então, este sente-se satisfeito e percebe o enfermeiro de forma positiva, como alguém que o trata bem, o que vai influenciar a relação enfermeiro-doente.

Para Basto (1998), é frequente os doentes quando estão hospitalizados classificarem os enfermeiros, por exemplo, em simpáticos/antipáticos, novos/velhos, comunicativos/distantes, bons/maus, etc.

Daí que nem todos os enfermeiros são do agrado do doente, devendo possuir algumas qualidades, que para Hesbeen (2000) são: ser caloroso (ter a palavra, sorriso e olhar adequado e personalizado), escuta activa, disponibilidade, simplicidade (recurso a linguagem acessível), humildade, autenticidade, humor e compaixão.

Para os informantes, o enfermeiro bom é aquele que é humano na sua prática. Phaneuf (2005, p. 14) corrobora dessa ideia ao referir que o enfermeiro deve reconhecer o doente como um parceiro nos cuidados, situando-se com ele “...numa relação de ser humano para ser humano que exclui o paternalismo condescendente, a manipulação autoritária, a vontade de prepotência e, ainda mais, a violência verbal ou outra”.

Partilhando também dessa opinião, Gonçalves (2004) refere que o enfermeiro deve possuir, entre outros aspectos, uma visão enriquecida da vida, da humanidade, da saúde e do cuidar. Esta humanização dos cuidados é um dos deveres do enfermeiro e que consta do seu código deontológico, mais precisamente no artigo 89º (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005).

“Para mim um enfermeiro bom é aquele enfermeiro, que sobretudo, entenda as pessoas, a dificuldade que as pessoas têm, que ajude, que seja humano.” (E2, L97-98)

“Sentia que elas eram bons profissionais. Eu achava que aqueles enfermeiros eram todas pessoas dignas para estar ali ao pé das pessoas.” (E12, L65-66)

O carinho e o conforto transmitido aos doentes são também características que também agradaram aos doentes. Para Bernardes *et al.* (200), no estudo que realizaram para compreender a ética da enfermagem face ao cuidado de doentes com patologia terminal, mesmo sentindo-se incapazes perante o diagnóstico do doente existe um grande empenho de toda a equipa de enfermagem para dar conforto e carinho ao doente e/ou família.

De acordo com os mesmos autores é função do enfermeiro proporcionar cuidado, carinho, atenção e conforto ao doente e família (*Idem*). No estudo realizado por Vaz

(2008) em que ela pretendia determinar o grau de satisfação de idosos face aos cuidados de enfermagem no serviço de urgência, todos os inquiridos mencionaram que os enfermeiros demonstraram carinho para com todos os doentes.

“...o enfermeiro tem carinho pelos doentes.” (E1, L189)

“...muito apoio e muito carinho do enfermeiro.” (E3, L46)

“É darem carinho às pessoas, porque há ali muita gente que não tem ninguém. Eram mesmo boas pessoas que estavam ali.” (E12, L68-69)

“Conforta a pessoa.” (E1, L66)

A simpatia e a responsabilidade do enfermeiro também foram características que os informantes referiram como favorecendo a interacção enfermeiro-doente.

De acordo com William (1997), os doentes valorizam a qualidade humanista do enfermeiro na interacção que estabelecem, esperando do enfermeiro simpatia, atenção, amizade, delicadeza e cuidado. Para Marques (1999), a simpatia foi a qualidade dos enfermeiros mais valorizada, no estudo que realizou a doentes internados num hospital central.

Relativamente à responsabilidade, Nunes (2006, p. 4) define-a como “...a capacidade e a obrigação de assumir os actos e as respectivas consequências”.

A responsabilidade depende da liberdade, isto porque a qualquer indivíduo só lhe pode ser imputada responsabilidade, às acções que ele livremente escolheu realizar (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005).

“Gosto da pessoa, pronto. Acho simpático, pronto...” (E2, L129)

“Mas outros enfermeiros não são assim. São mais abertos, mais meigos, mais dóceis.” (E2, L171-172)

“...sempre o fizeram carinhosamente e com responsabilidade até donde eu sentia, porque isso sente-se. Não se diz, sente-se...essa responsabilidade.” (E5, L10-11)

A escuta activa foi também referida pelos informantes. De acordo com Phaneuf (2005, p. 333), a escuta é “um estado de disponibilidade intelectual e afectiva da enfermeira. (...) é ao mesmo tempo silêncio e palavra a fim de levar a pessoa a exprimir-se”.

“Senti-me bem. Que fui ouvida.” (E4, L148)

“Isso é, isso é, é uma coisa que não se consegue descrever (sorri). É bom. Todos me compreendem.” (E4, L171-172)

Em enfermagem, todo o cuidar exige uma relação, o que implica o estabelecer de comunicação (Cunha, 1999). Para o enfermeiro, como para outros profissionais, comunicar faz parte integrante dos cuidados que presta no seu quotidiano, sendo este factor um elemento essencial para a qualidade dos cuidados (Oliveira e Graveto, 2004).

Existem um conjunto de atitudes e comportamentos que podem influenciar a comunicação estabelecida entre enfermeiro-utente, tendo os informantes referido exemplos relativamente à postura e à fala, mas poderiam ter sido referidos também o contacto visual, a distância ou proximidade e a aparência geral do enfermeiro, entre outros.

“...a vossa maneira de ser, de estar, de nos tratar, tudo isso. O enf. T. é um caso flagrante disso, a boa disposição, de conversar, de falar e não sei quê.” (E10, L55-56)

“...pedem com educação. O enfermeiro chega fala normalmente, abertamente. Não está ali, hei dê cá o braço (a falar alto) ...” (E2, L64-65)

“Ele entrou, carinhosamente, com educação, com respeito saúda, dirigiu-se a mim dizendo que tinha que por o cateter porque ia tomar antibiótico do que é injectado nas veias.” (E5, L26-28)

“...eles sempre com muita calma, diziam vamos ver, não há-de haver problema nenhum.” (E8, L75-76)

“Se um doente estiver triste desanimando e o enfermeiro chegar lá com uma atitude alegre e perguntar o que se passa, as coisas funcionam muito melhor a partir daí.” (E8, L120-121)

A experiência fornece ao enfermeiro, um conjunto de conhecimentos práticos adquiridos ao longo dos anos de serviço, podendo isso reflectir-se numa maior maturidade nos cuidados de enfermagem prestados (Phaneuf, 2005).

“...notei é que as enfermeiras mais velhas eram mais compreensivas que as enfermeiras, assim, novitas.” (E10, L127-128)

À medida que nos vamos deparando com as situações, devemos reflectir e utilizar essas experiências, para numa próxima vez em que nos deparemos com situações idênticas, estarmos mais capacitados para lidar com elas.

2.2.1 - Fui bem “tratado”

A satisfação do doente com os cuidados hospitalares é influenciada pela satisfação com os cuidados de enfermagem, sendo que esta por sua vez constitui um factor importante na decisão de o doente voltar ao hospital (Williams, 1997). No entanto, as expectativas dos doentes com os cuidados de enfermagem variam de indivíduo para indivíduo e dependem de inúmeros factores, como por exemplo, a personalidade e o estado de saúde (Marques, 1999)

Apesar dessa variação individual, a satisfação do doente deve ser um dos objectivos do enfermeiro na sua prática diária, e não apenas, a sua satisfação.

No estudo efectuado por Vaz (2008), mais de 90% dos idosos classificaram os cuidados de enfermagem como bons ou muito bons, o que demonstra a satisfação do doente para com os cuidados. Nesse mesmo estudo, quando foi pedido aos idosos que descrevessem uma situação que os tivesse satisfeito, a categoria mais referida foi o atendimento (33%), onde mencionavam que os enfermeiros os tratavam bem (*Idem*). Essa categoria também foi identificada pelos informantes deste estudo, onde referiram que se sentiram bem tratados, pois os enfermeiros faziam tudo o que fosse possível para que o doente se sentisse bem.

“...desde que estive aqui internado da primeira vez e agora sempre fui bem tratado, Que eu disse à mulher, que não tenho razão de queixa.” (E1, L94-95)

“Sinto-me bem. Gosto de estar a ser bem tratada.” (E2, L127)

“A forma como esse enfermeiro procedeu comigo, e todos os enfermeiros e enfermeiras sempre me trataram bem.” (E5, L35-36)

“Pela positiva, a vossa maneira de ser, de estar, de nos tratar, tudo.” (E10, L55)

Um dos aspectos que fez com que o doente sentisse que foi bem tratado foi a ausência de dor nos procedimentos que o enfermeiro executou. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2008), o enfermeiro deve focar-se na dor de forma a contribuir para a satisfação do doente e o seu bem-estar.

O controlo da dor é um direito das pessoas e, logo, um dever dos profissionais de saúde, daí que é norma de boa prática a identificação da presença ou ausência de dor e da sua intensidade, tendo de ser sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e documentadas (*Idem*).

“limpou-me a ferida com cuidado, sempre com cuidado, sem me aleijar.” (E1, L31)

“...quando me dói mas sempre o tratou de fazer da maneira mais suave, da maneira mais profissional.” (E5, L22-23)

Os informantes mencionaram que estavam tão satisfeitos com os cuidados de enfermagem, que por vezes pensavam que estavam em casa. O que vai de encontro aos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, mais concretamente na primeira categoria relativa à satisfação do doente, onde é referido que para obter a excelência dos cuidados, o enfermeiro deve procurar obter níveis de satisfação elevados dos doentes (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

“...mais bem tratada por vocês, do que se fosse em minha casa. Isto aqui é como se fosse a minha casa.” (E4, L159-160)

“Depois era um sistema que já era familiar, era uma família autêntica, já não era preciso pedir nada.” (E6, L73-74)

Existem diversos aspectos referidos pelos informantes como característicos de terem sido bem tratados e que vão ser discutidos de seguida.

2.2.1.1 - PERGUNTAM SE...

Um dos aspectos importantes na prestação de cuidados de saúde, é a obtenção do consentimento do doente para a realização de algo. O consentimento é um direito do doente e que está descrito no ponto 8 da Carta dos direitos do doente internado, onde é descrito que “para que o consentimento seja verdadeiramente livre e esclarecido a informação deverá ser objectiva e clara e transmitida num ambiente de calma e privacidade, numa linguagem acessível e tendo em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do doente” (Direcção Geral de Saúde, 200?, p. 8).

Ao ser um direito do doente, logo é um dever do profissional, estando consagrado no artigo, 84º, alínea b onde é mencionado que o enfermeiro deve “respeitar, defender e

promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005, p. 109).

“O enfermeiro chega e diz: vamos tirar sangue Sr. A. e perguntam se podem. Eu respondo que podem. Já quando o enf. R. me vinha fazer o curativo perguntava-me você quer que seja seu amigo ou seu inimigo. Eu disse, R. quero que sejas meu inimigo. Eu já sei para o que é.” (E6, L99-102)

“Perguntou-me se eu queria levar na perna ou no braço.” (E1, L136)

“O enfermeiro perguntava sempre se queria dar ou dar o enfermeiro.” (E1, L154)

Além do consentimento sobre as intervenções, o enfermeiro, de acordo com os participantes, incentivava-os a participar nos cuidados ao questioná-los sobre a sua preferência. Esta situação respeita o princípio de escolha e empowerment que está descrito na declaração dos cuidados centrados no doente, que refere que o doente tem não apenas o direito, mas também a responsabilidade de participar nos cuidados, de acordo com a sua capacidade e preferência, sendo um parceiro nas decisões de saúde que estejam relacionadas com ele (IAPO, 2006).

“Ela perguntou-me qual é o braço que preferia, e eu dei-lhe o direito.” (E11, L32)

“O enfermeiro perguntou-me em que braço é que eu queria, se tinha preferência.” (E5, L31-32)

De acordo com os participantes, um dos aspectos que os enfermeiros lhes questionavam era se possuíam dor. A dor como é o 5º sinal vital e por isso o enfermeiro deve “avaliar a dor de forma regular e sistemática, desde o primeiro contacto, pelo menos uma vez por turno e / ou de acordo com protocolos instituídos” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 16).

“Perguntou se tinha dores ou não. Pronto e é isso, é o dia-a-dia. É sempre a mesma coisa. Fala comigo, pergunta se tenho dores, seja quem for. Perguntam se tenho dores, lavam-me o pé, põem-me o creme, perguntam se me estão a aleijar e fazem-me o penso.” (E1, L36-39)

2.2.1.2 - CONVERSAM COMIGO

Outro aspecto referido que fez com que os participantes se tenham sentido bem tratados é a comunicação. Esse aspecto também foi referido pelo estudo realizado por Vaz (2008).

Na comunicação com o doente, o enfermeiro desempenha um papel fundamental, devido à proximidade da relação que estabelecem na prestação de cuidados (Vaz, 2008).

Para Phaneuf (2005, p. 23) a comunicação "...é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas". Comunicar não é só falar, é muito mais do que isso, envolve toda uma linguagem não verbal, sendo exemplos a postura dos intervenientes, os gestos, a expressão facial, a respiração, a aparência e a distância, entre muitos outros. Daí que ele tenha que estar desperto para todas as estratégias comunicacionais existentes, para poder estabelecer uma comunicação eficaz.

"Que é bom, que é bom o enfermeiro falar para o doente..." (E1, L85)

"Estivemos ali à conversa e ela palpou-me os braços." (E2, L213)

Os informantes referiram que, por vezes, quando estão a conversar com o enfermeiro, desabafam com ele, ou seja, estabelece-se uma relação de ajuda. Para Phaneuf (2005, p. 324), a relação de ajuda pode ser definida como "...uma troca tanto verbal como não verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação de um clima de compreensão e o fornecimento do apoio que a pessoa necessita".

"Quando vocês chegam ao pé de mim e conversam comigo e eu, às vezes, desabafo com vocês." (E4, L124-125)

Para os participantes, por vezes uma pequena conversa antes de qualquer procedimento, permitia estabelecer uma interligação entre ambos o que depois facilitaria os cuidados. O enfermeiro deve saber que o 1º contacto é um momento essencial para o estabelecimento de uma relação de confiança, podendo facilitá-la ou dificultá-la (Phaneuf, 2005).

É importante que quando o enfermeiro chega ao pé do doente, deve primeiro que tudo cumprimentá-la e apresentar-se referindo as nossas funções, pois muitas pessoas vestidas de branco gravitam à volta do doente e, por vezes, ele não sabe quem faz o quê (*Idem*).

“Diziam logo, olhe temos que ir tirar sangue. Primeiro diziam, geralmente, sempre bom dia e que daqui a um bocadinho nós vamos tirar sangue. Chegavam, conversavam um bocadinho com o doente, faziam uma interligação com o doente, se estava tudo bem, se estava bem-disposta, se a noite tinha corrido bem, se não houve problemas. Era o 1º contacto.” (E8, L78-82)

O tipo de comunicação pode tornar a enfermagem uma actividade mais profissional, devendo a comunicação do enfermeiro ser decidida, centrada no doente e com a intenção de o ajudar a tornar-se mais independente nas suas actividades ou a aumentar o seu conforto (Basto, 1998).

2.2.1.3 - ENSINAR

Os informantes referiram que o enfermeiro os ensinava, nomeadamente na administração de insulina, acerca da medicação e também na adaptação a situações novas, como foi a amputação de um membro inferior. Este aspecto vai de encontro ao que está descrito no artigo 9º, alínea g) do regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, onde está mencionado que o enfermeiro deve proceder ao ensino do doente sobre a administração de medicamentos ou tratamentos (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005). A finalidade desta intervenção visa a promoção da autonomia do doente.

“E explicou-me como é que trabalha a caneta. O que é que eu tinha de pôr, tinha de pôr a caixinha das cargas de insulina no frigorífico na porta do fundo. E ensinou-me a pôr a carga.” (E1, L128-130)

“Informou-me para pôr uma mão sobre o umbigo, dar só da mão para lá, por causa de não ganhar caroços, E, pronto, foram essas informações, que o doente agradece. Que não sabe, depois vai aprendendo com o tempo. Mas vai com as luzes já...eu cheguei a casa e comecei logo a dar.” (E1, L138-141)

“Portanto, o enfermeiro tem sempre a intenção de ensinar o doente para quando for com alta para estar dentro das coisas, portanto, saber dar a insulina.” (E1, L166-167)

“Eu pergunto explicações disto ou daquilo sobre os medicamentos, tudo me têm esclarecido.” (E3, L 24-25)

“Inclusive o enf. T. que pôs lá da 1ª vez, me disse como era e eu facilmente aprendi e ultrapassei, ultrapassei essa fase.” (E10, L43-44)

O enfermeiro para ensinar o doente, deve fazê-lo tendo em conta as características individuais do doente e as suas necessidades de informação.

2.2.1.4 - DISPONIBILIZOU-SE

Outra característica importante para a satisfação dos informantes para com os cuidados de enfermagem foi a disponibilidade, ou seja, a capacidade de se estar livre para algo. Hesbeen (2000, p. 104), afirma que a disponibilidade “...permite ao prestador de cuidados mostrar que está ali, presente a tal pessoa”.

No estudo de Vaz (2008), a disponibilidade do enfermeiro também foi mencionada pelos participantes como sendo um aspecto que lhes trouxe satisfação.

“Não me esqueço, que uma vez fui ao serviço E. fazer o penso e era algum enfermeiro que estava com o pé diabético e o enf. T. estava lá, tinha um bocado de tempo e fez-me o penso. E a enf. chefe até disse “é assim mesmo.” (E10, L112-114)

“Ele estava ali, tinha um bocadinho de tempo, disponibilizou-se. Profissionalismo e uma atitude humana.” (E10, L117-118)

“Porque, realmente em termos de enfermagem, tem que se ter uma grande disponibilidade humana, uma grande disponibilidade de estar, de compreender de certo modo o doente, que não pode ser aquela de “ah, hoje estou maldispuesto ou maldispuesta.” (E10, L156-158)

2.2.1.5 - ESTÃO AQUI PARA AJUDAR

Os informantes sentiram durante os cuidados de enfermagem que os enfermeiros os ajudaram durante o internamento. No estudo realizado por Marques (1999), os participantes também mencionaram ter sentido esta ajuda por parte dos enfermeiros.

O sentimento de satisfação devido à ajuda que o enfermeiro fornece ao doente é possível através do estabelecimento de uma relação de ajuda, conceito que já foi definido anteriormente. Nesse sentido, de acordo com o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, no artigo 5º, ponto 4 b), o enfermeiro deve “ajudar a completar a competência funcional em que o utente esteja parcialmente incapacitado”. (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005) Isto deve acontecer independentemente se, naquele turno, o doente é da responsabilidade de determinado enfermeiro.

Para que o enfermeiro ajude o doente, na sua singularidade, é necessário conseguir combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser e de intuição (Hesbenn, 2000).

“Vocês estão aqui para ajudar.” (E1, L198)

“Lá, no serviço E. nunca aconteceu não me ajudarem por não estar comigo distribuído.” (E10, L94-95)

“...disse para essa enfermeira: “Ó sra. enf. não me podia arranjar aí alguma coisa que me esfregasse as costas? Eu tenho um calor nas costas.” “Deixe estar, que eu vou-lhe já arranjar isso”. Ia-me lá todos os dias, eles me esfregavam as costas, qualquer um deles, ela depois comunicou aos outros, todos os dias esfregavam-me as costas. “Vá, vire-se um bocadinho que a gente esfrega-lhe as costas”, ou com álcool ou com pomada que elas me deitavam e eu ficava ali porreiro.” (E12, L30-35)

“Por exemplo, à noite quando eu peço o comprimido para me deitar mais cedo porque já não vou aguentar até às 22h. Normalmente, eu falo com o enfermeiro e ele compreende e dá-me o comprimido.” (E4, L167-169)

2.2.1.6 - INCENTIVAM MUITO MAIS

Ao incentivar o doente, o enfermeiro está a tentar motivá-lo para melhorar a adesão aos cuidados. Para Phaneuf (2005), a motivação é um conjunto de factores cognitivos, afectivos e sociais que levam o indivíduo a agir para atingir os seus objectivos.

Motivar o doente a querer curar-se e a readquirir a esperança é uma tarefa muito difícil que o enfermeiro deve realizar aquando da sua prática diária (*Idem*).

Os participantes vivenciaram situações em que os enfermeiros os incentivaram nos cuidados, o que segundo eles, traz benefícios para os cuidados.

“As pessoas que são mais para a frente, incentivam muito mais os pacientes o que vai trazer melhoras para os cuidados.” (E2, L227-228)

“Sei lá, quando vocês me deixam ir lá abaixo, vai, vai, vai, faz-te bem.” (E4, L181)

2.2.1.7 - ENFERMEIROS DE “AGORA”

A enfermagem foi a profissão da área da saúde que mais evoluiu nas últimas décadas. De acordo com Santo (1999), os estudos que têm sido feitos acerca da

visibilidade da enfermagem têm demonstrado que o que sobressai são essencialmente algumas tarefas o que dá uma imagem muito estática e de dependência, não sendo consentânea com as competências dos enfermeiros actualmente.

A transição de um modelo biomédico, mais centrado na doença e no saber fazer, deu origem ao modelo holístico, que percepçiona a pessoa na sua globalidade e onde o enfermeiro necessita de utilizar as competências relacionais, entre outras. No estudo de Vaz (2008), as competências que mais contribuíram para a satisfação dos doentes foram as relacionais. A eficácia no tratamento também foi referida como influenciador da satisfação (*Idem*).

“Mas agora não. Eles têm uma prática da agulha, tudo esterilizadinho. Achei que a enfermagem está mais bem preparada.” (E9, L41-42)

“...porque neste internamento já achei que a atitude da enfermagem perante o doente que é espectacular. Chegam de manhã, às 7h ou às 8h, quando vão para pôr o termómetro. Não é aquela brutidade como antigamente. Vão lá, tocam no doente, vamos por o termómetro. Já há uma interligação doente-enfermeiro e isso é muito bom, muito positivo.” (E8, L65-69)

“Eu achei que desta vez, a enfermagem está mais classificada, mais preparada para tirar sangue e falar para os doentes.” (E9, L49-50)

“Sinto satisfeita pelos enfermeiros de agora, porque da primeira vez não era assim.” (E9, L37-38)

Algumas das afirmações demonstraram que os informantes já têm uma imagem mais adequada da profissão, no entanto, os enfermeiros podem ajudar a que essa visão fique ainda mais ajustada. De acordo com Buresh e Gordon (2004, p. 31), para que a visão que a sociedade tem da enfermagem mude, a primeira tarefa dos enfermeiros é “ajudar o público a construir um significado autêntico para a palavra “enfermeira” que transmita a riqueza, a singularidade e a indispensabilidade da enfermagem em todo o espectro do seu trabalho”.

2.2.2 – Sentimentos “Positivos”

Quando o enfermeiro cuida um doente, este acto desperta no doente diversos sentimentos. Watson (2002 p. 111) partilha dessa opinião ao afirmar que

“o cuidar pode começar quando o enfermeiro entra no espaço de vida ou campo fenomenológico de outra pessoa, sendo capaz de detectar a condição de ser da outra pessoa, sente estas condições no seu íntimo, e responde à condição de tal forma que o receptor liberta sentimentos subjectivos e pensamentos que ele ou ela desejavam libertar há muito tempo. Deste modo existe um fluxo intersubjectivo entre o enfermeiro e o utente”.

De acordo com os informantes, esses sentimentos foram considerados como “positivos” quando interagiram com um enfermeiro “bom”, tendo referido que se sentiam como se tivessem em casa, rodeado da sua família.

De acordo com International Council of Nurses (2003, p. 134), a família é constituída “...por um grupo de seres humanos interrelacionados através de parentesco, consanguinidade, relações emocionais ou legais, incluindo outras pessoas significativas”.

Nesse sentido, Alarcão *apud* Queirós, Meireles e Cunha (2007, p. 76), refere que a família pode ser entendida como “...uma rede complexa de relações e emoções cuja simples descrição não serve para transmitir a riqueza e complexidade relacional da sua estrutura”. Essa rede é, normalmente, onde o indivíduo se sente bem, logo gerador de satisfação. Nesse sentido ao fazer a “comparação” dos enfermeiros com a sua família é sinónimo de que estão a ser prestados cuidados de qualidade.

“Sentimentos positivos, sei lá. Sentia-me como se estivesse em casa. As pessoas eram simpáticas, tanto enfermeiros como pessoal de limpeza.” (E7, L31-32))

“Sinto-me bem. Sinto como se vocês fossem a minha família.” (E4, L127)

Os participantes referiram outros sentimentos como a satisfação, alegria e orgulho. De acordo com Vaz (2008), o doente fica satisfeito quando o enfermeiro realiza uma acção de acordo com a preferência do doente. O que foi também foi mencionado pelos informantes deste estudo.

No estudo de Vaz (2008), os informantes mencionaram, entre outros aspectos, que a atenção do enfermeiro e a sua preocupação pelo doente são motivos de satisfação.

“Eu estava sentado lá num sofazito e ela veio com o café e não aceitou o dinheiro. Aí senti uma satisfação enorme.” (E10, L43-44)

“Sinto-me satisfeita pelos enfermeiros de agora.” (E9, L37)

“Sinto-me até orgulhosa. Sinto-me orgulhosa de me tratarem tão bem.” (E3, L59)

“Sinto-me bem. Sinto assim uma alegria.” (E4, L188)

Outros sentimentos foram o bem-estar e alívio, sendo por vezes tão bom que nem conseguem expressar realmente o que estão a sentir, só sabendo que é bom.

De acordo com Hesbeen (2000), o enfermeiro terá sempre a hipótese de fazer mais alguma coisa por alguém, ajudando-o e contribuindo para o seu bem estar, para a sua serenidade, mesmo nas situações mais graves, ou seja, um conjunto de pequenas coisas que demonstram uma grande atenção por ele.

O bem-estar abrange um amplo conjunto de dimensões, entre as quais se incluem as relações positivas com outros, incluindo relações interpessoais agradáveis e de confiança, e fortes sentimentos de empatia e afecto (Novo, 2003).

Para a prestação de cuidados de Enfermagem de qualidade é necessário, entre outros aspectos, atingir o bem estar do indivíduo. Então, como os manifestantes referiram esse sentimento, os cuidados de Enfermagem prestados foram de qualidade.

“Senti um bem-estar, porque já viu o que é levar com um tubo pela goela abaixo. Uma sensação de bem-estar.” (E11, L22-23)

“Era um sentimento de bem-estar. Embora estivesse no hospital, sentíamos relativamente bem, compreendidos. Que as enfermeiras estavam interessadas em nós, o que é muito bom.” (E8, L135-137)

“Sinto-me bem, sinto-me aliviada. Sei lá. Como eu tenho tantas coisas más e eu aqui estou a viver uma coisa boa. E quando essas decisões são tomadas e são...não sei. Não sei explicar, é bom.” (E4, L177-179)

2.2.3 - O doente é o centro

Para Basto (1998), independentemente do quadro conceptual de enfermagem, a enfermeiro interage com o doente de forma intencional e centrada nele, com o intuito de contribuir para o seu bem-estar.

O cuidado centrado na pessoa constitui uma das condições preliminares para a relação de ajuda e que “...faz com que a pessoa que ajuda se preocupe em primeiro lugar com a própria pessoa, com as suas emoções e os seus sentimentos, as suas reacções, as suas necessidades e os seus desejos, mais do que interessar-se prioritariamente com a sua doença ou os seus problemas existenciais” (Phaneuf, 2005, p. 332).

“Mas aí já existe a tal ligação do doente com o enfermeiro. E por aí é que se deve ir. O doente é o principal actor, é ele o centro das atenções. Não o enfermeiro, mas sim o

doente. O doente é o centro. Temos que pensar sempre na qualidade, na perspectiva de o doente se sentir o melhor possível.” (E8, L110-113)

“O doente tem de intervir sempre. Primeiro o doente, depois o enfermeiro. Primeiro temos que nos centrar no doente, até porque se o enfermeiro começar a centrar-se no doente e a tentar perceber a sua personalidade, as coisas começam a funcionar muito melhor.” (E8, L117-119)

2.3- ENFERMEIRO “MAU”

Em algumas situações, o enfermeiro é percebido negativamente pelo doente, o que pode influenciar o sucesso dos cuidados prestados por esse enfermeiro a esse doente. Esse enfermeiro “força” o doente a ter um papel passivo nos cuidados, o que significa que este adopta o modelo paternalista.

Para Phaneuf (2005), esse enfermeiro encontra-se sem o verdadeiro calor humano e a sua violência psicológica é inibidora do estabelecimento de uma relação de ajuda com o doente. Essa violência pode manifestar-se na maneira de o enfermeiro impor os cuidados ao doente, pois julga que devido à fragilidade psicológica em que o doente se encontra, ele está automaticamente autorizado a decidir por ele (*Idem*)

“O enfermeiro mau é aquele que chega ali de nariz empinado e diz vamos fazer isto, fazer aquilo. Isso para mim não dá.” (E2, L 97-98)

“É aquele enfermeiro que quer mandar e já não cede. O doente é que tem que ceder”. (E2, L116-117)

Os informantes referiram um conjunto de aspectos relacionados com a maneira de ser ou de estar do enfermeiro que o representam negativamente

Um dos aspectos foi a idade da enfermeira, sendo que para Phaneuf (2005), a diferença de idades entre a enfermeira e o doente pode ser um obstáculo à comunicação e ao estabelecimento de uma relação de ajuda, visto que podem apresentar valores e dinamismo diferentes.

O tom de voz também foi motivo de desagrado, pois insinuava arrogância. De acordo com Phaneuf (2005), o tom de voz tem uma importância elevada para a eficácia da mensagem, por exemplo se for demasiado agudo, simboliza tensão, se for duro, afasta o outro, se for seguro, simboliza autoconfiança.

Um enfermeiro com uma maneira de ser mais “fechada”, que não convive tanto com os doentes também foi motivo de desagrado por parte dos informantes. Por vezes, pode ser um mecanismo de defesa adoptado pelo enfermeiro, de forma a fugir a situações e sentimentos desagradáveis (Phaneuf).

O enfermeiro desempenha funções autónomas e interdependentes, devendo ser responsáveis por todas as decisões que toma ou delega, pois possui competências (Vaz, 2008). A irresponsabilidade nas tomadas de decisão clínica é vista negativamente pelos informantes.

Para Hesbeen (2000), o “bom” enfermeiro deve ser caloroso (não é hostil, nem distante), sabe escutar, está disponível, é humilde e autêntico, entre outros. Logo, o enfermeiro “mau” é o inverso desta descrição.

“Porque ela embirrou comigo de eu ter as insulinas.” (E10, L27)

“A outra era novita e por vezes acham que sabem tudo ou não ter queda para aquela profissão.” (E10, L155-156)

“Umas enfermeiras têm o nariz mais empinado que as outras.” (E2, L8)

“...acho que ela também não tinha o direito de falar connosco naquele tom. Estava arrogante...” (E2, L90-91)

“Se o enfermeiro chegar com um tom agressivo ou um tom de não ligar muito, de eu é que estou aqui a trabalhar, eu é que mando, aí não há hipótese.” (E8, L123-124)

“Há uma, uma única que passou por aqui, foi a tal P. que não é assim aberta. Pode nem ser má pessoa, mas é mais trancada. Não convive com os pacientes como os outros convivem.” (E6, L92-94)

“Senti não só falta de responsabilidade, como algum desprezo.” (E5, L120)

“Nesse momento eu não senti reacção. Senti que a enfermeira estava a ser mal-educada, que a sra. não tinha condições para estar a exercer aquilo, porque não tinha a sensibilidade para uma pessoa que estava com aquelas funções.” (E8, L34-36)

A relação enfermeiro “mau”-doente põe em causa a qualidade dos cuidados. O doente não vai colaborar ou então fá-lo passivamente, pois está insatisfeito com a interacção. Não é possível o estabelecimento de uma relação de ajuda quando doente e enfermeiro não se sentem à vontade (Phaneuf, 2005).

“Que eu já chegava a uma certa altura em que ela cá estava que eu nem sequer a chamava. É mesmo assim. Podia-me estar a doer, podia estar isto, podia estar aquilo mas que eu já não a chamava.” (E2, L154-156)

“Já não me sentia à vontade com ela.” (E2, L160)

Como consequência da interacção com o enfermeiro “mau”, os informantes consideraram que foram mal cuidados.

2.3.1 – Fui mal “tratado”

Os informantes do estudo referiram que vivenciaram situações em que consideram ter sido mal cuidados, o que conduziu a uma insatisfação com esses cuidados.

A maneira como o enfermeiro comunicou com eles, foi mencionado como gerador de desagrado, tendo sido exemplo a arrogância, indiferença e frieza no discurso. A voz e suas características pode ser inibidora ou facilitadora de uma interacção entre enfermeiro e doente, como por exemplo, ao utilizar um tom de voz agressivo, o doente vai-se afastar do enfermeiro (Phaneuf, 2005). A voz traduz as nossas reacções e emoções e é geradora de comportamento (*Idem*).

“...fui mal tratado por esses enfermeiros.” (E2, L207)

“...estamos aqui para ser tratadas, também não estamos aqui para nos tratarem mal. Que é mesmo assim. A gente vem para aqui, ninguém gosta de estar.” (E2, L165-166)

“Nem resposta lhe dei. Opá, porque estava a ser arrogante e eu não estou em casa, mas, também acho que não precisamos de ser tratadas dessa maneira.” (E2, L192-194)

“A situação acabou como se eu fosse mesmo uma cobaia. Taparam-me, foram-se embora. Continuaram a falar, que foi fácil.” (E4, L55-56)

“O enfermeiro disse: ai, este dedo vai, isto não está nada bom, está muito coiso e tal” e para o sr. ao lado que ele disse “ai, isto é para cortar”. De uma forma fria.” (E10, L62-63)

De acordo com os informantes, houve um conjunto de aspectos que contribuíram para que se tivessem sentido mal cuidados em algumas situações.

2.3.1.1 - NEM SEQUER PERGUNTARAM

Os informantes em algumas situações sentiram que não lhes foi pedido nenhum consentimento, o que vai contra o que está consignado na carta dos direitos do doente internado em que está descrito que o doente tem o direito de consentir ou recusar qualquer cuidado de saúde (Direcção Geral de Saúde, 2007). Apenas em situação de emergência, se pode presumir que existe consentimento sem questionar o doente. Mas nenhuma das situações descritas pelos informantes foi de emergência, logo os enfermeiros efectuaram uma má prática de enfermagem.

Esta atitude não permite que o doente participe activamente nos cuidados, fazendo as escolhas consoante as suas preferências (IAPO, 2006). Nestas situações, o enfermeiro adoptou um papel paternalista, não questionando o doente sobre as suas preferências (Lourenço, 2008).

“Pronto, e eles nem sequer perguntaram. Pronto, não disseram nada.” (E4, L12)

“Não explicaram nada. O enfermeiro chefe deu a sonda a um estagiário para pôr, mas a mim não disseram nada. Não me disseram o que iam fazer.” (E4, L 43-44)

“O enfermeiro chega, diz-me a mim que vamos tirar sangue, onde deita o álcoolzito na veia, faz por não doer muito e depois já está.” (E1, L63-64)

“Para furar? Chegou, furou e disse tem que ter cuidado para não voltar a sair.” (E2, L182)

“A enfermeira chega, acende a luz do quarto, o quarto estava às escuras com a persiana corrida. Ela dirige-se, acende a luz, abre a persiana sem dizer nada. Então, bate as palmas e diz: vá, faz favor agora não são horas de dormir. Dormir é à noite.” (E8, L15-17)

2.3.1.2 - NÃO ERA OUVIDO

Por vezes, os informantes sentiram que mesmo manifestando a sua opinião, ela não era tida em conta, o que gerou insatisfação. O enfermeiro não praticou a escuta, que de acordo com Phaneuf (2005) é simultaneamente olhar e observar, apreender as palavras e o seu significado, tom da voz e emoções subjacentes. Mas a escuta não é apenas passiva, podendo ser activa, quando os intervenientes se questionam mutuamente, estando em pé de igualdade (*Idem*).

“...essa ficou-me marcada, porque estava mesmo sensível, estava frágil, precisava de apoio e precisava que alguém que chegasse ali e com amabilidade, dissesse vamos fazer isto ou vamos fazer aquilo que me dissesse vamos tirar sangue, vamos ver se há veias. Conversasse um pouco com o doente para pô-lo mais à vontade. Mas não aconteceu. Negativa.” (E8, L43-47)

“Ora eu pedia por favor desliguem-me no final porque eu não posso ter isso ligado porque o meu organismo não aceita aquilo ligado. Dizia hoje, nada. Dizia amanhã, nada.” (E6, L9-10)

“Eu dizê-lo ou não dizê-lo era a mesma coisa. Eu estava a falar para um balão porque não era ouvido...” (E6, L131-132)

“Foram por decisão deles. Ignoraram a minha.” (E4, L37)

2.3.1.3 - NÃO ESTAVA A ENSINAR

A insatisfação dos informantes também se deveu a situações em que sentiram que o enfermeiro não os estava a ensinar ou a informar. O enfermeiro deve fornecer ao indivíduo e família toda a informação que eles necessitem para participar nas tomadas de decisão clínica activamente (IAPO, 2006). Além disso, como já foi referido anteriormente, o ensinar o indivíduo de forma a torná-lo mais autónomo é uma função do enfermeiro.

“É chato estar num hospital e o enfermeiro não ensinar o doente e depois chego a casa, e se não souber, quem é que me dá?” (E1, L168-169)

“Acho que aí não estava a ensinar.” (E1, L186)

“Achei que a enfermeira podia dar mais qualquer explicação.” (E8, L55)

2.3.1.4 - NÃO ME AJUDAREM POR NÃO ESTAR COMIGO

Outro aspecto mencionado pelos informantes foi a ausência de ajuda aos doentes pelos quais o enfermeiro não está responsável. Ao adoptar o método individual na prestação dos cuidados, o enfermeiro fica responsável por prestar todos os cuidados necessários durante o turno a determinados doentes. No entanto, isto não deve significar a recusa de ajuda a outro doente.

“Lá, no serviço E. nunca aconteceu não me ajudarem por não estar comigo distribuído. Mas onde estive agora, diziam “ah, é fulana tal”.” (E10, L94-95)

“Uma vez que eu pedi, já não sei o que foi, pedi qualquer coisa, e uma enfermeira disse-me “ah, tem de esperar porque quem está consigo neste turno é a enf. tal que neste momento está não sei onde”.” (E10, L97-99)

Se para Hesbeen (2000), uma das características de um bom enfermeiro é estar disponível, permitindo mostrar que estamos ali para ajudar no que ela necessitar. Então, podemos depreender que o enfermeiro que não possui esta característica é um “mau” enfermeiro.

“...senti, aquela está comigo, se ela estiver ocupada, não está só comigo, eu estou aqui no quarto, se ela estiver ocupada com outro doente, bem que pode estar uma ali a passar, que...chapéu.” (E10, L101-103)

“Porque não se olha ao doente que precisa disto ou daquilo, olha-se que eu estou com A, B e C, portanto os outros não interessam para nada. Ela podia perfeitamente ter colaborado e dizia à colega dela “olha, fiz isto, isto e isto ao doente tal”, à tal que estava responsável.” (E10, L107-110)

“Se sente melhor, se sente pior não é comigo, é com a outra pessoa.” (E10, L122)

2.3.1.5 - NÃO ERA À PRIMEIRA

Os informantes sentiram-se mal tratados quando o enfermeiro não foi eficaz na realização de uma intervenção, nomeadamente na colheita de sangue, sendo que essa insatisfação era maior antigamente. A eficácia também foi referida pelos participantes do estudo de Vaz (2008) como um factor que contribui para a satisfação para com os cuidados.

“...chegar para me tirar sangue e picar-me 5/6 vezes sem me conseguir tirar sangue. Essa marcou-me. Foi uma negativa.” (E8, L12-13)

“Espetavam-me aqui, espetavam-me ali, espetavam-me acolá. “Não sou capaz, Ó colega, anda cá”.” (E9, L48-49)

“Antigamente, não eram capazes de há primeira vez tirar sangue.” (E9, L51)

2.3.1.6 - RECUSA QUE “ELA ME TRATASSE”

Outro aspecto mencionado pelos informantes foi o de recusa por determinado profissional de saúde. No entanto, o doente tanto pode recusar um tratamento e/ou o profissional de saúde. Este princípio de respeito pelas escolhas do doente está descrito na declaração dos cuidados centrados no doente e significa a valorização da autonomia e independência da pessoa (IAPO, 2006)

“Eu prefiro dizer: olhe desculpe não quero ser tratada por você do que estar ali a fazer cedências, cedências, cedências, sem ter que as fazer.” (E2, L152-153)

“Eu nunca mais consegui. Sempre que ela vinha tirar sangue, eu dizia que não, que preferia outra pessoa. Recusa que ela me tratasse.” (E8, L29-30)

“Foram de recusa, de simplesmente não querer mais aquela enfermeira ao pé de mim.” (E8, L129-130)

2.3.1.7 - ANTIGAMENTE...

Por último, foi mencionado pelos informantes que antigamente se sentiram mal tratados, devido à ausência de competências relacionais, da ineficácia em procedimentos e da incapacidade de tomar decisões.

Ao mencionarem um sentimento agressivo para descrever a relação, significa, para os informantes, que antigamente não se estabelecia relação de ajuda, pois a agressividade não constitui nenhuma das condições prévias para que ela se estabeleça (Phaneuf, 2005).

Contrariamente ao que está descrito nas competências do enfermeiro de cuidados gerais, os informantes mencionaram que os enfermeiros não possuíam capacidade para tomar decisão e ter iniciativa de efectuar algo (Ordem dos enfermeiros, 2001). O facto de isto ser relacionado com antigamente, poderá estar relacionado com a influência que o modelo biomédico tinha nessa altura na profissão de enfermagem.

“...aquela brutidade como antigamente.” (E8, L67)

“Antigamente, não eram capazes de há primeira vez tirar sangue.” (E9, L51)

“Da primeira vez, os enfermeiros não tinham iniciativa de procurar e de decidir. Atrasadamente era assim.” (E9, L40-41)

2.3.2 - Sentimentos “Negativos”

Perante situações novas, o indivíduo pode experienciar diversos sentimentos, sendo que poderão facilitar como já descrevemos, mas também podem ser inibitórios.

Ao percepcionarem que foram mal cuidados, houve a presença de sentimentos negativos, sendo um deles a frustração.

De acordo com o Departamento de Dicionários da Porto Editora (2004, p. 793), a frustração é um “estado resultante da impossibilidade de satisfazer uma necessidade ou um desejo”.

“Senti um bocado de revolta, não acreditaram em mim. Assim um bocado frustrada.” (E4, L34-35)

Já, o sentimento de revolta também foi mencionada pelos informantes e, de acordo com o Departamento de Dicionários da Porto Editora (2004), significa inconformismo. Essa revolta/inconformismo quando não controlada poderá tornar-se “perigosa”. A raiva por ter, neste contexto, o mesmo significado atribuído pelos doentes, também deverá ser controlada, sob perigo de a interacção enfermeiro-doente resvalar para um caminho menos adequado.

“Sentia uma grande revolta, uma falta de confiança. Sei lá, muita coisa junta.” (E4, L114)

“Senti uma revolta. Senti que ela estava a exagerar e que não estava a ter em consideração a pessoa que estava como se fosse numa prisão. Não tem o mínimo de sensibilidade.” (E10, L144-146)

“Raiva, senti raiva porque eu não estava a fazer aquilo que ela disse que eu estava a fazer.” (E2, L29-30)

Outro sentimento referido foi a tristeza, devido à escassez de informações. A tristeza é definida pelo Departamento de Dicionários da Porto Editora (2004, p. 1664), como um “estado de quem sente insatisfação, mal-estar ou abatimento, por vezes sem razão aparente”. Este sentimento caracteriza-se por um estado de desânimo e melancolia, associado a uma falta de energia (International Coucil of Nurses, 2003). Analogamente, Campos (1990) refere que a tristeza do indivíduo se espelha no seu fâcies e postura, através de uma fisionomia apática e séria, podendo, muitas vezes, “conduzir” ao desespero.

Nem todos os indivíduos reagem da mesma maneira à tristeza, enquanto em alguns a tristeza pode levar à desistência ou à fuga, noutros pode incentivá-los a arranjar estratégias para ultrapassar essa situação.

“Fiquei um pouco triste, porque estava com expectativa, queria informações.” (E8, L60)

Outros sentimentos negativos foram mencionados como o abandono, vergonha, falta de confiança. Todos estes sentimentos traduzem a insatisfação do doente para com os cuidados prestados.

“Sentia que estávamos mal atendidos, que estamos abandonados, porque quando a pessoa pede um serviço e este não é feito, está abandonado. São sentimentos negativos.” (E6, L125-127)

“Opá, o sentimento de um gajo estar a ser contrariado é um sentimento negativo. Mas um gajo não pode dizer nada, não pode reclamar.” (E11, L45-46)

“Senti que era mais um. Que não valia nada.” (E10, L121)

“Ah, não sei. Senti vergonha...Apetecia-me meter num buraco.” (E4, L47)

A incapacidade de se colocarem na pele do doente foi referida pelos informantes como gerador de um sentimento negativo, isto significa que o enfermeiro não conseguiu estabelecer uma relação empática para com o doente.

A empatia pode ser definida por Phaneuf (2005, p. 347) como “...um profundo sentimento de compreensão da pessoa que ajuda, que percebe a dificuldade da pessoa ajudada como se ela penetrasse no seu universo, como se ela se colocasse no seu lugar para se dar conta do que ela vive e da forma como o vive”.

Sem empatia, não é possível prestar cuidados de Enfermagem de excelência, logo ela deve ser um objectivo que cada enfermeiro deve atingir aquando das suas interacções com o indivíduo e família.

“Que eu não era compreendida, que eles não compreendiam, que deviam estar do meu lado na parte de doente para sentirem a necessidade de ir fumar por causa da ansiedade.” (E4, L82-84)

É preciso que todos estes sentimentos sejam evitados, ou pelo menos, minimizados pelo enfermeiro na sua prática diária, pois dificulta o estabelecimento de uma relação de ajuda. Ele tem que estar “desperto” para o seu aparecimento, devendo, se isso acontecer, prestar apoio emocional ao doente.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

1 - IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Entendemos que as considerações, explicitações, conjecturas e sugestões que aqui se reflectem serão no sentido da desejável transferibilidade desta investigação na e para a Enfermagem, num contexto de continuidade e não de conclusão, sendo esta mais frequente e inerente a outro tipo de estudo correlacional, onde é frequente falar-se em generalização.

Os enfermeiros são os profissionais que, pelas características inerentes ao seu desempenho, estão mais próximos dos doentes, pelo que dispõem de oportunidades únicas para exercer a arte de cuidar.

De acordo com Collière (1989, p. 235), o cuidar é “ *um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, uma acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais*”. De facto, os cuidados de enfermagem exigem um respeito pelo ser humano, tendo em conta a sua unicidade e respeitando a sua liberdade individual. Permitindo que o doente, manifeste os seus pontos de vista, evidencie os seus desejos, ou seja, defina ele próprio o seu trajecto. Conforme refere Honoré (2001, p. 17) “ *Cuidar indica uma maneira de se ocupar de alguém, tendo em consideração o que é necessário para que ele realmente exista segundo a sua própria natureza, ou seja, segundo as suas necessidades, os seus desejos, os seus projectos*”.

Nesse sentido, acreditamos que só é possível que o enfermeiro realmente cuide de alguém, se a essa pessoa também lhe for dada a “oportunidade” de participar activamente nos cuidados, porque só assim é possível a identificação das suas reais necessidades e prestação de cuidados individualizados. O enfermeiro deve cuidar do outro, não como o enfermeiro gostaria de ser cuidado, mas sim como o doente gostaria se o ser, possibilitando “ir de encontro” às preferências da pessoa cuidada, utilizando para isso a partilha de informação e das decisões.

Para isso, é necessário que enfermeiro e doente sejam considerados parceiros, numa interacção com o intuito de identificar e resolver as reais necessidades biopsicosocioculturais através da maximização da interacção positiva com o meio e o nível de bem-estar (Sundeen *et al.*, 1994).

Esta necessidade de parceria deve estar presente em todos os momentos dos cuidados de enfermagem, incluindo na tomada de decisão clínica, devendo por isso ser partilhada. A necessidade de dar ao doente um papel mais activo nos cuidados tem sido defendida constantemente.

Esse papel do “doente participante” só é possível se o doente o pretender, devendo ser encorajado pelo enfermeiro a adoptá-lo devido aos benefícios que acarreta para os seus cuidados (Florin, 2007). Mas o enfermeiro também tem de permitir que o doente adopte esse papel, devendo para isso considerar o doente como um parceiro da equipa de saúde e não apenas como um agente passivo.

Mas, esta partilha nos cuidados, também deve acontecer com a família do doente, pois também sofrem repercussões. Nesse sentido é vantajoso que se estabeleça uma conversação aberta “...entre os vários elementos da família, a procura de informação, a ajuda de profissionais e o contacto com outras famílias e/ou doentes para a partilha de experiências e vivências” (Queirós, Meireles e Cunha, 2007). Assim, a família, que foi “abalada” pelo processo de doença dum seu elemento, pode readquirir o equilíbrio e ajudar o doente (*Idem*).

Esta é uma temática – Decisão Clínica (Partilhada) - acerca do qual os informantes e os enfermeiros se deparam diariamente, no entanto, dada a escassez de estudos publicados utilizando a abordagem que efectuámos, considerámos pertinente e útil a realização da presente investigação.

No decorrer da elaboração deste estudo ficou claro a importância de termos enveredado pelo método fenomenológico, uma vez que este tem um impacto directo para a compreensão da complexidade dos cuidados de enfermagem. Isto porque, ele permite a investigação de fenómenos singulares na experiência humana.

Para a elaboração desta pesquisa contámos com a colaboração de doze doentes do serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo dos HUC, EPE. Para a colheita de informação foi utilizado como modo de abordagem a entrevista semi-estruturada e como instrumento de colheita de informação o guião de entrevista e o gravador áudio, permitindo o acesso a uma informação imensa, não só em quantidade mas também, e principalmente, em qualidade. Isto constituiu uma base valiosa para a elaboração e compreensão da estrutura do fenómeno experienciado pelos informantes. Após a análise das entrevistas, diferenciámos três áreas temáticas centrais que passamos a descrever:

1. Tomar decisão? – Neste tema temos duas sub-categorias: “papel mais activo” e “não tem papel”. No caso da primeira foi mencionado que com a adopção desse papel, as decisões foram tomadas pelo “doente”, “em conjunto...” (com o enfermeiro) ou apesar de ter sido o enfermeiro, o doente “deu a sua opinião”. No caso da sub-categoria “não tem papel”, as decisões foram tomadas por enfermeiros ou por médicos.

2. Enfermeiro “Bom” - Os informantes classificaram os enfermeiros como “bons”, quando perceberam que foram “bem tratados”. Essa satisfação com o tratamento aconteceu quando os enfermeiros adoptaram alguns comportamentos:

“*perguntam se...*” (quando é necessário realizar alguma intervenção), “*conversam comigo*”, “*ensinar*”, “*disponibilizou-se*”, “*estão aqui para ajudar*”; “*incentivam muito mais*” e “*enfermeiros de agora*”. Estes enfermeiros despertaram a vivência de diversos sentimentos, classificados como “*positivos*” como foram a satisfação, o orgulho, a alegria, o bem-estar, entre outros. Outra subcategoria mencionada pelos informantes foi que perceberam que para este tipo de enfermeiros, “*o doente é o centro*” dos cuidados e não a doença.

3. Enfermeiro “Mau” - Os enfermeiros também foram classificados como “*maus*” quando sentiram que foram “*mal tratados*”. Esta insatisfação deveu-se também a comportamentos dos enfermeiros: “*nem sequer perguntaram*”, “*não era ouvido*”, “*não me estão a ensinar*”, “*não me ajudarem por não estar comigo*”, “*não era à primeira*”, “*recusa que ela me tratasse*” e “*antigamente...*”. Ao interagirem com estes enfermeiros, vivenciaram sentimentos negativos, como foram a revolta, angústia, raiva, tristeza, frustração, entre outros.

Na área temática “*tomar decisão?*”, é de salientar positivamente o facto de os informantes terem manifestado que, por vezes, adoptam um papel mais activo, o que se traduziu em cuidados mais satisfatórios. Nessas situações, a decisão foi tomada por eles ou pelo menos participaram nela (dando a sua opinião ou partilhando com o enfermeiro). Nessa área temática, achamos pertinente salientar negativamente o facto de os doentes terem sentido não ter tido papel nas tomadas de decisão em Enfermagem, o que nem sempre lhes causou insatisfação, pois por vezes tratou-se de uma opção pessoal dos próprios doentes. Nos casos em que foi o enfermeiro que os impediu de adoptar outro papel aí sentiram-se insatisfeitos.

A distinção do enfermeiro em bom e mau é comum nos cuidados de saúde, (Basto, 1998), sendo que esta qualificação é influenciada pela maneira como os doentes foram cuidados.

Perante isto, pensamos ter alcançado os objectivos a que nos propusemos inicialmente, isto apesar de algumas dificuldades vivenciadas, que foram ultrapassadas com empenho, esforço e dedicação.

A escolha do doente e não do profissional de saúde para participantes deste estudo, deveu-se a que, segundo McIntyre e Silva (1999), a perspectiva do utente é considerada indispensável, tanto para monitorizar a qualidade dos serviços de saúde como para identificar problemas a corrigir, expectativas em relação aos cuidados e, ainda, reorganizar os serviços de saúde.

Neste contexto, pensamos que é, também, com este tipo de estudos que surgem novos contributos e reflexões sobre e para a Enfermagem, bem como para a qualidade dos cuidados prestados, na medida em que a partilha de vivências permite um despertar

da consciência para as áreas temáticas descritas, facultando uma reflexão acerca da decisão clínica em Enfermagem e da necessidade de ela ser partilhada.

Entendemos que os achados obtidos neste estudo, predominantemente descritivo, servirão certamente, no futuro, como instrumento de consulta para investigações nesta área, para além da possível transferibilidade dos mesmos para a prática de enfermagem, dado que esta investigação não esgota o fenómeno em estudo. No entanto, estes achados são apenas válidos para os doentes do estudo, no seu contexto, naquele determinado momento.

Com esta investigação tentou-se efectuar uma nova abordagem do tema, no sentido de obter novos conhecimentos relativos à área em estudo. Pensamos que os achados obtidos vêm, de alguma forma, clarificar ideias, reforçar conhecimentos, possibilitar a confrontação com outros autores e trabalhos, mas fundamentalmente permitir a compreensão do fenómeno.

Pensamos que os enfermeiros ao ler este estudo irão ficar mais despertados para a importância da tomada de decisão ser partilhada e de como este fenómeno é experienciado pelos doentes.

A título sugestivo penso que seria pertinente a realização de um estudo em Portugal comparativo entre as percepções de enfermeiros e doentes acerca da decisão clínica partilhada em Enfermagem, uma vez que estudos internacionais (Florin, 2007, Berti *et al.*, 2008) vieram revelar que os enfermeiros percebem níveis mais elevados de participação do que os, que estes desejam realmente ter, o que não os satisfaz. Logo, é necessário que os enfermeiros percebam qual o papel que o doente quer adoptar nos cuidados, sendo que se for o passivo, o enfermeiro deve respeitar, mas também incentivá-lo a mudar, adoptando um papel mais activo.

Penso que seria, igualmente, oportuno e importante que enfermeiros portugueses investigassem esta temática, tal como já se faz nos outros países [Estados Unidos da América com William (1997); Suécia com Florin (2007); Canadá com Deber *et al.* (2007)] pois as realidades de cuidados são diferentes e, os achados, também poderiam ser. É importante que os enfermeiros se consciencializem da importância da partilha na tomada de decisão e dos benefícios que dela advêm, pois só com essa partilha é possível prestar cuidados humanamente, ao doente e sua família.

BIBLIOGRAFIA

- 1ª CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, Ottawa, Novembro 1986 - **Carta de Ottawa**. [em linha]. [Consult.: 17 Ago. 2008]. Disponível em: <WWW:http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>
- ALLEN, M.; JENSEN, L. – **Hermeneutical inquiry: meaning and scope**. *Western Journal of Nursing Research*. Vol. 12, n.º 2 (1990), p. 241-253
- ALVES, Patrícia, [et al.] – **A percepção das enfermeiras acerca da sua atuação ante os direitos dos clientes**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol. 42, n.º 2 (2008), p. 242-248
- ANDERSON, J. - **The phenomenological perspective**. In: MORSE, J. – *Qualitative nursing research: a contemporary dialogue*. Aspen: Rockville. 1989 p. 15-26
- BAKALIS, N. A.; WATSON, R. – **Nurses' decision-making in clinical practice**. *Nursing Standard*. Vol. 19, n.º 23 (2005), p. 33-39
- BARBOSA, Ingrid; SILVA, Maria – **Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário**. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. Vol. 60, n.º 5 (Set.-Out. 2007), p. 546-551
- BASTO, Marta – **Da intenção de mudar à mudança**. Editora Reis dos Livros. 1998
- BAUMAN, A. [et al.] – **Getting it right: why bother with patient-centred care?** [em linha] *Medical Journal of Australia*. Vol. 179, n.º 5 (2003), p. 253-256
- BENBASSAT, J.; PILPEL, D.; TIDHAR, M. – **Patients preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys**. *Behavioral Medicine*. Washington D.C. Vol. 24, n.º 2 (1998)
- BERNARDES, Ana [et al.] – **A ética da enfermagem frente à assistência aos pacientes terminais**. [S.l.s.n.]. [em linha]. [em linha]. 200? [Consult.: 19 Out. 2009]. Disponível em: <WWW:http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.007.pdf>
- BERTI, Heloisa [et al.] – **Percepção de enfermeiros recém graduados sobre sua autonomia profissional e sobre o processo de tomada de decisão do paciente**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto. Vol. 16, n.º 2 (Mar./Abr. 2008)

- BOEMER, Magali – **A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*: Ribeirão Preto. Vol. 2, n.º 1 (Jan. 1994) p. 83-94
- BOYD, Carolyn – **Phenomenology, The Method.** In: MUNHALL, Patricia – *Nursing Research: A qualitative perspective*. 3ª ed. New York: National League for Nursing. 2001, p. 93-122
- BURESH, Bernice; GORDON, Suzanne – **Do silêncio à voz.** Coimbra: Ariadne editora. 2004
- CAHILL, J. – **Patient participation: a concept analysis.** *Journal of Advanced Nursing*. Blackwell Publishing Ltd. N.º 24 (1996), p. 561-571
- CAMPOS, Ana – **Situações Depressivas** – Divulgação: *Revista de Enfermagem Oncológica*. Porto. N.º 15 (Jul. 1990), p.36-47
- CARNEVALI, D.; THOMAS, M. – **Diagnostic reasoning and treatment decision making in nursing.** Lippincott Williams & Wilkins. 1993, 267 p.
- CAPALBO, Creusa – **Principais conceitos da fenomenologia de Husserl.** In CAPALBO, Creusa – *Fenomenologia e Ciências Humanas* [em linha]. Editora Idéias e Letras, 2008. [em linha]. [Consult.: 10 Jul. 2009]. Disponível em: <WWW:http://www.filoinfo.bem-vindo.net/filosofia/modules/articles/article.php?id=12>
- CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO - EPE – **Carta dos direitos e deveres dos doentes.** [S.l.s.n.]. [em linha]. 2007. [Consult.: 25 Ago. 2008]. Disponível em: <WWW: http://www.chmt.min-saude.pt/InfoUtente/DireitosDeveres/?sm=1_1>
- CHARLES, C.; GAFNI, A.; WHELAN, T. – **Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean?** *Social Science and Medicine*. N.º 44 (1997), p. 681-692
- COHEN, Marlene; OMERY, Anna - **Escolas de Fenomenologia: Implicações para a Investigação.** In MORSE, Janice – *Metodologia de Investigação Qualitativa*. Formasau: Coimbra. 2007, 353 p.
- COLLIÈRE, M. - **Promover a vida.** Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. 1989
- CONCEIÇÃO, M.; RAMOS, P. – **Experiência Profissional: O caminho para a competência.** *Sinais Vitais*. Coimbra. (Jul. 2004), p.31-33
- CORDON, Juan; MARTINEZ, Tomas – **Filosofia Contemporânea.** *História da Filosofia*. Lisboa: Edições 70. Vol. 3, 1998, 208 p.

- CORREA, Adriana - **Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*: Ribeirão Preto. Vol. 5, n.º 1 (Jan. 1997), p. 83-88
- CUNHA, Luísa – A eficiência da comunicação não verbal na interacção social. **Informar**. Porto. Ano V, n.º17 (Abr/Jun, 1999), p. 36-41
- DEBER, Raisa [et al.] – **Do people want to be autonomous patients? Preferred roles in treatment decision-making in several patient populations**. *The authors. Journal compilation*. Toronto. N.º 10 (2007), p. 248-258
- DEPARTAMENTO DE DICIONÁRIOS DA PORTO EDITORA – **Dicionário da Língua Portuguesa**. Porto: Porto Editora, 2004
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Carta dos direitos do doente internado**. Lisboa: Ministério da Saúde, 200? [Consult.: 25 Out. 2009]. Disponível em: <WWW: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>>
- DOHERTY, Carole; DOHERTY, Warren – **Patients' preferences for involvement in clinical decision-making within secondary care and the factors that influence their preferences**. *Journal of Nursing Management*. N.º 13 (2005), p. 119-127
- DOWIE, Jack – **Clinical decision analysis: background and introduction**. In: *Analysing how we reach clinical decision*. London: Royal College of Physicians. 1993, p. 7-26
- ENDE, J. [et al.] – **Measuring patients' desire for autonomy: decision making and information-seeking preferences among medical patients**. *Journal of Internal Medicine*. N.º 4 (1989), p. 23-30
- ENNIS, Robert – **Critical thinking**. Prentice Hall. 1996, 407 p.
- FIGUEIREDO, Nélia - **Método e Metodologia na Pesquisa Científica**. 3ª ed. Yendis. 2008, 237 p.
- FLORIN, Jan; EHRENBURG, Anna; EHNFORSS, Margareta – **Patient participation in clinical decision-making in nursing: a comparative study of nurses' and patients perceptions**. *Journal of Clinical Nursing*, N.º 15, 2006, p. 1498-1508
- FLORIN, Jan - **Patient participation in clinical decision making in nursing – a collaborative effort between patients and nurses** [S.l.]: Heinz Merten, 2007. ISBN 91-766-522-5
- FORGHIERI, Y.C. **Fenomenologia do existir de uma professora universitária**. São Paulo. 1991. 195 p.

- FORTIN, M. – **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusodidacta. 2000, 388 p.
- GERTEIS, M. [et al.] – **Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centred care**. San Francisco: Jossey-Bass Inc. 1993
- GOLDIM, José Roberto; FRANCISCONI, Carlos Fernando - **Modelos de relação Médico-Paciente**. [S.l.s.n.]. [em linha]. 06 Fev. 1999, actual. 07 Set. 1999 [Consult.: 17 Out. 2008]. Disponível em: <WWW: <http://www.ufrgs.br/bioetica/relacao.htm>>
- GOLDIM, José Roberto – **Saúde**. [S.l.s.n.]. [em linha]. 1997. [Consult.: 10 Ago. 2008]. Disponível em: <WWW: <http://www.ufrgs.br/bioetica/saude.htm>>
- GOMES, Annatália [et al.] – **Fenomenologia, Humanização e Promoção da Saúde: uma proposta de articulação**. *Saúde e Sociedade*: São Paulo. Vol. 17, n.º 1, 2008, p. 143-152
- GONÇALVES, M. - **Identidade e narrativa pessoal**. In F. TEIXEIRA. *Identidade pessoal: caminhos e perspectivas*. Coimbra: Edições Quarteto, 2004
- GURBUTT, Russel – **Nurses' Clinical Decision Making**. Oxford: Radcliffe Publishing, 2006, 134 p.
- HAGBAGHERY, Mohsen; SALSALI, Mahvash; AHMADI, Fazlolah – **The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study**. *BioMed Central Nursing*. [em linha]. 2004. [Consult.: 17 Jul. 2008]. Disponível em: <WWW: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/3/2>>
- HAMERS, J. [et al.] – **Diagnostic process and decision making in nursing**. *Journal of Professional Nursing*. Vol. 10, n.º 3 (1994), p. 154-163
- HAMMOND, Michael; HOWARTH, Jane; KEAT, Russell – **Understanding Phenomenology**. Blackwell Pub. 1991, 328 p.
- HANDEM, P. [et al.] – **Correntes Filosóficas**. In: Figueiredo, N. – *Método e Metodologia na pesquisa científica*. São Paulo: Edição Difusão. 2004
- HARBISON, Jean – **Clinical decision making in nursing**. *Journal of Advanced Nursing*. Blackwell Publishing Ltd. N.º 16 (1991), p. 404-407
- HEIDEGGER, M. – **Ser e Tempo**. 6ª ed. Petrópolis: Vozes. 1997
- HESBEEN, Walter – **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de Enfermagem numa perspectiva de cuidar**. 1ª ed. Loures: Lusociência, 2000

- HOFFMAN, Kerry; DONOGHUE, Judith; DUFFIELD, Christine – **Decision-making in clinical nursing: investigating contributing factors.** *Journal of Advanced Nursing.* Blackwell Publishing Ltd. Vol. 45, n.º 1 (2004), p. 53-62
- HOLLOWAY, Immy - **Basic concepts for qualitative research.** Wiley-Blackwell. 1997, 186 p.
- HONORÉ, B. - **Cuidar – Persistir em conjunto na existência.** Camarate: Lusociência. 2001
- HUSSERL, Edmund – **A ideia de Fenomenologia.** Lisboa: Edições 70, Colecção Textos Filosóficos. 2008
- IAPO – **What is Patient-Centred Healthcare? A review of definitions and principles.** [em linha]. 2005 [Consult.: 15 Out. 2009]. Disponível em: <WWW: <http://www.patientsorganizations.org/attach.pl/547/494/IAPO%20Patient-Centred%20Healthcare%20Review%202nd%20edition.pdf> >
- IAPO – **Declaration on Patient-Centred Healthcare.** [em linha]. 2006 [Consult.: 15 Out. 2009]. Disponível em: <WWW: <http://www.patientsorganizations.org/declaration>>
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – **Classificação internacional para a prática de enfermagem;** trad. MADEIRA, Adelaide; ABECASIS, Leonor; LEAL, Teresa. 3ª Ed. Associação Portuguesa de Enfermeiros. 2005, p. 35
- JESUS, Élvio - **Padrões de Habilidade Cognitiva e Processo de Decisão Clínica de Enfermagem.** Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Dr. Abel Salazar, 2004. Tese de Doutoramento
- KEATINGE, D. [et al.] – **Communication: principal barrier to nurse-consumer partnership.** *International Journal of Nursing Practice.* N. 8 (2002), p. 16-22
- KUOKKANEN, L.; LEINO-KILPI, H. – **Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches.** *Journal of Advanced Nursing.* Blackwell Publishing Ltd. N.º 31 (2000), p. 235-241
- LEVINSON, Wendy [et al.] – **Not all patients want to participate in decision making.** *Journal of General Internal Medicine.* N.º 20 (2005), p. 531-535
- LINCOLN, Yvonna; GUBA, Egon – **Naturalistic inquiry.** Sage Focus editions. Vol. 75, 1989, 416 p.
- LOUREIRO, Luís – **Orientações teórico-metodológicas para aplicação do método fenomenológico na investigação em enfermagem.** *Referência.* Coimbra. N.º 8 (Maio, 2002), p. 5-16

- LOURENÇO, António – **Do injustificável ao ajustado – Notas sobre terapêuticas e exames complementares de diagnóstico a pedido dos doentes.** *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. N.º 24 (2008), p. 75-84
- LUKER, K. [et al.] - **Decision making: the context of nurse prescribing.** *Journal of Advanced Nursing*. Blackwell Publishing Ltd. N.º 27 (1998), p. 657-665
- LYOTARD, Jean-François – **A Fenomenologia.** Lisboa: Edições 70, Coleção O Saber da Filosofia. 2008
- MARQUES, Maria Isabel – **Os cuidados de Enfermagem na perspectiva do doente hospitalizado.** Coimbra: *Revista Referência*. N.3 (Nov. 1999)
- McINTYNE, T.; SILVA, S. - **Estudo aprofundado da satisfação dos utentes dos serviços de saúde na Região Norte: Relatório final sumário.** ARS Norte e UM. (Jun. 1999)
- MERLEAU-PONTY, Maurice – **Phenomenology of perception.** 2ª ed. Routledge. 2002, 544 p.
- MOREIRA, Daniel Augusto – **O método fenomenológico na pesquisa.** Thomson Pioneira. 2002, p. 119-142.
- MOURA, Carlos A. - **Crítica da razão na fenomenologia.** Nova Stella. 1989, 260 p.
- MUNHAL, Patricia – **Language and nursing research.** In: MUNHALL, Patricia – *Nursing Research: A qualitative perspective*. 3ª ed. New York: National League for Nursing. 2001, p. 93-122
- NOVO, R. - **O bem estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2003
- NUNES, Fernando – **Tomada de decisão de Enfermagem em emergência.** *Revista Nursing*. Lisboa. N.º 219 (Mar. 2007)
- NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – **Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2005. 456 p.
- NUNES, Lucília – **Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem.** Comunicação no Painele: Centralidade dos cuidados de enfermagem nas práticas. *In* II Congresso Ordem dos Enfermeiros. [em linha] 10 de Maio de 2006. [Consult. 15 Ago. 2008]. Disponível em <WWW: <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/IICongresso/Autonomia&Responsabilidade.pdf>>

- OLIVEIRA, Alexandre; GRAVETO, João – **Comunicação: um verdadeiro meio de essência de ser enfermeiro.** *Pensar Enfermagem*. Vol. 8, n.º 1 (1º Semestre 2004), p. 35-37
- OLIVEIRA E SILVA, Jovânia; LOPES, Regina; DINIZ, Normélia – **Fenomenologia.** *Revista Brasileira de Enfermagem*: Brasília. Vol. 61, n.º 2 (Mar.-Abr. 2008), p. 254-257
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.** Divulgar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2004
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Dor: guia orientador de boa prática.** Cadernos da Ordem dos Enfermeiros, série I. 2008
- O'REILLY, Phillipa – **Barriers to effective clinical decision making in nursing.** [S.l.s.n.]. [em linha]. 1993. [Consult.: 08 Ago. 2008]. Disponível em: <WWW: <http://www.clininfo.health.nsw.gov.au/hospolic/stvincents/1993/a04.html>>
- PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.** Loures: Lusociência, 2005
- POLIT, Denise; BECK, Cheryl; HUNGLER, Bernadette - **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5ª ed. Artmed. 2004, 487 p.
- QUEIRÓS, Ana – **Ética e Enfermagem.** Coimbra: Quarteto. 2001
- QUEIRÓS, Ana; MEIRELES, Maria; CUNHA, Sara - **Investigar para compreender.** Loures: Lusociência. 2007, 168 p.
- RASHOTTE, Judy; CARNEVALE, Franco A. – **Medical and Nursing clinical decision making: a comparative epistemological analysis.** Blackwell Publishing: Nursing Philosophy. N.º 5 (2004), p. 160-174
- RAY, Marilyn – **A philosophical method to study nursing phenomena.** In: Leininger, M. – *Qualitative research methods in nursing.* Orlando: Grune e Stratton. 1985, p. 81-92
- RAY, Marilyn - **A Riqueza da Fenomenologia: Aspectos Filosóficos, Teóricos e Metodológicos.** In: MORSE, Janice – *Metodologia de Investigação Qualitativa.* Coimbra: Formasau. 2007, 353 p.

- REDELMEIER, Donald [et al.] – **Problems for clinical judgement: introducing cognitive psychology as one more basic science.** Canadian Medical Association. Vol. 164, n.º 3 (Fev. 2001), p. 358-360
- RICOEUR, Paul - **Interpretation theory: discourse and the surplus of meaning.** TCU Press. 1976, 107 p.
- RULAND, C. – **Decision support for patient preference-based care planning: effects on nursing care and patient outcomes.** *Journal of the American Medical Informatics Association.* N.º 6 (1999), p. 304-312
- SAINO, C.; LAURI, S.; ERIKSSON, E. – **Cancer patients' views and experiences of participation in care and decision making.** *Nursing Ethics.* N.º 8 (2001), p. 97-115
- SANTO, Carmina – **As competências dos enfermeiros e as práticas da Enfermagem: contributos para a mudança.** *Revista Referência.* N.º 3 (Nov. 1999)
- SCRIVEN, Michael; PAUL, Richard - **A Working Definition of critical thinking.** Critical Thinking Community, 1997. [Consult.: 10 Out. 2009]. Disponível em: <WWW: <http://lonestar.texas.net/~mseifert/crit2.html>>
- SOKOLOWSKI, Robert – **Introduction to phenomenology.** Cambridge University Press. 2000, 238 p.
- SOUZA I., SIMÕES S. - **O método fenomenológico Heideggeriano como possibilidade na pesquisa em enfermagem.** *Texto & Contexto Enfermagem.* Vol. 6, n.º3 (Set.-Dez. 1997), p. 50-56
- SPIEGELBERG, Herbert – **Doing phenomenology: essays on and in phenomenology.** Springer. Vol. 66, 1975, 290 p.
- SPIEGELBERG, Herbert – **The phenomenological movement: a historical introduction.** 3ª ed. Springer. 1982. 768 p.
- STIGGELBOUT, A. M.; KIEBERT, G. M. – **A role for the sick role. Patient preferences regarding information and participation in clinical decision-making.** *Canadian Medical Association Journal.* Vol. 157, N.º 4 (Ago. 1997)
- STREUBERT, Helen; CARPENTER, Dona – **Investigação qualitativa em enfermagem – Avançando o imperativo humanista.** Loures: Lusociência. 2002, 406 p.
- SUNDEEN, Sandra [et al.] – **Nurse-client interaction: implementing the nursing process.** St. Louis: Mosby. 1994

- TANNER, C. – **Teaching clinical judgement**. In: FITZPATRICK, J.; TAUNTON, R. – *Annual Review of Nursing Research*. New York: Springer. 1987, p. 153-173
- TERRA, Marlene [et al.] – **Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em Enfermagem**. *Texto & Contexto Enfermagem*: Florianópolis. Vol. 15, n.º 4 (Out.-Dez. 2006), p. 672-678
- THOMPSON, Carl - **A concept treadmill: the need for "middle ground" in clinical decision making theory in nursing**. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 30, n.º 5 (1999), p. 1222-1229
- THOMPSON, Carl; DOWDING, Dawn – **Clinical Decision Making and Judgement in Nursing**. 7ª ed. Churchill Livingstone: Elsevier Limited, 2002. ISBN 978-0-443-07076-1
- VAN KAAM, M. – **A phenomenological analysis exemplified by the feeling of being really understood**. *Journal of Individual Psychology*. Vol. 15, 1959, p. 66-72
- VAZ, Célia – **Satisfação dos doentes idosos face aos cuidados de Enfermagem no serviço de urgência** Lisboa: Universidade Aberta, 2008. Tese de Mestrado
- WATSON, J. - **Enfermagem Pós-moderna e Futura – um novo paradigma da enfermagem**. Camarate: Lusociência, 2002
- WILLIAM, Susan – **The relationship of patients' perceptions of holistic nurse caring to satisfaction with nursing care**. *Journal of Nursing Care Quality*. Vol. 11, n.º 5 (1997), p. 15

ANEXOS

ANEXO I

GUIÃO DAS ENTREVISTAS

GUIÃO DE ENTREVISTA

Apresentação Pessoal do Investigador: nome, profissão

Apresentação do Estudo: tema, objectivos e importância das entrevistas para a realização do estudo.

Pedido de Consentimento: solicitar consentimento e realçar o carácter confidencial, bem como pedir autorização para gravar as entrevistas em suporte magnético.

Entrevista n.º ____ Data ____/____/____ Hora de Início ____ Hora de Término ____

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Idade:

Género:

Nível de escolaridade:

Tempo de Internamento:

<i>Questões:</i>	<i>Objectivos:</i>
 Descreva uma situação que tenha vivenciado, relativa aos cuidados de enfermagem, em que houve necessidade de tomar decisões sobre esses cuidados.	 Descrever vivências relativamente à decisão clínica partilhada em enfermagem.
 O que significou essa situação para si?	 Compreender o significado atribuído às vivências.

ANEXO II

AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA E DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DOS HUC-EPE

ANEXO III

**AUTORIZAÇÃO DA EXMA. DIRECTORA E DA ENFERMEIRA CHEFE DO
SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA, DIABETES E METABOLISMO DOS HUC,
EPE**

ANEXO IV

PEDIDO DO CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA

CONSENTIMENTO INFORMADO

Pela presente declaração, autorizo o enfermeiro Tiago Filipe Anastácio Reis a realizar-me a entrevista cujo guião me foi previamente apresentado.

Declaro ainda ter sido claramente informado(a) acerca do tema e dos objectivos do estudo a ser desenvolvido, bem como do compromisso que é assumido no respeito das normas éticas e deontológicas que norteiam este tipo de trabalho, nomeadamente a confidencialidade e o anonimato aquando da sua publicação.

Deste modo, autorizo que a entrevista seja gravada em suporte magnético (gravador áudio).

Declaro ter compreendido e concordado com todos os termos deste Consentimento Informado.

Assim, faço-o por livre e espontânea vontade.

Coimbra, ____ de _____ de 2009

(utente)

Enfermeiro

APÊNDICES

APÊNDICE I

QUADRO ILUSTRATIVO DOS ACHADOS

		EU...	<i>com os poucos conhecimentos que tenho e por isso falo quando tenho experiência...” (E10, L173-174)</i> <i>“O papel do doente, logicamente, se me diz eu vou-lhe cortar a perna. Eu digo, epá, um momento. Mas se diz: eu vou-lhe curar a perna, vou-lhe operar. Vou-lhe cortar aqui, dar uns pontos acolá. Vou fazer isto, vou fazer aquilo. Eu estou a ouvir e estou consciente de que é para o meu próprio bem, para o meu próprio benefício, não é. Agora se me vai amputar uma perna, um braço ou um dedo já exijo explicações. O que é natural, não é?” (E5, L82-85)</i> <i>“Eu pensei, não, agora também tenho direito a saber.” (E6, L139)</i> <i>“Quem escolhe o braço é o doente. Eu, por acaso, tive a opção de dar o braço tanto para a picada do dedo como para colher sangue. Fui eu que decidi e disse à enfermeira.” (E7 L51-52)</i> <i>“...tirar o sangue? Neste ou naquele? E eu dizia, eu é que escolhia, aqui. Desta vez foi aqui (apontar para braço), desta vez também foi aqui. As</i>
--	--	---------------------	--

		<i>picadelas da insulina, também, são os enfermeiros que me dão no braço. Também peço para dar num lado ou noutro.” (E1, L98-101)</i>
--	--	--

“A seguir ao pequeno-almoço, punha a toalha, as minhas coisas. E mesmo estando lá o enfermeiro a fazer pensos, dizia-lhe “olhe, vou agora à casa de banho e depois vou tomar banho e depois faz-me o penso”. “Então pronto, faz-se assim”. Por norma, isto aconteceu sempre.” (E10, L98-101)

“...se for uma coisa que eu veja que não me agrada digo ao enfermeiro: Olhe, isso não quero.” (E1, L111-112)

“...se o enfermeiro disser que tenho que fazer uma recolha de sangue e se eu achar que não devo aceitar essa recolha, não aceito.” (E8, L87-88)

“A minha decisão foi aceite.” (E7, L55)

“Sentia que realmente tinha a capacidade de transmitir ao enfermeiro que era isso que eu queria e ele aceitava.” (E8, L106-107)

“À noite quando eu peço o comprimido para me deitar mais cedo porque já não vou aguentar até às 22h. Normalmente, eu falo com o enfermeiro e ele

		DOU A MINHA OPINIÃO EM CONJUNTO	<i>compreende e dá-me o comprimido.” (E4, L167-169)</i> <i>“Também dou a minha opinião.” (E1, L108)</i> <i>“Posso dar uma opinião, a decisão isso não posso dar.” (E11, L54)</i> <i>“...com o penso, quando isto está bem e nós tomamos a decisão. Ainda hoje de manhã, eu disse que o penso estava mais ou menos, só que eu preciso disto assim mais almofadado para eu sentir força na mão. Pronto, e acordámos que sim e foi feito.” (E4, L133-136)</i> <i>“Quem tem que tomar a decisão são os enfermeiros, mas muitas vezes também a tomo eu. Mas isto, por causa das feridas e do problema no coto. Principalmente quando são enfermeiros novos nos centros de saúde, que querem por outras coisas e eu digo que não, que mandaram-me do hospital que só para por isto e isto. E chegamos a um acordo.” (E10, L163-167).</i> <i>“Tem que haver um consenso das duas partes. No</i>
--	--	---	--

NÃO TEM PAPEL

mínimo, não é. Nem pode ser à bruta, nem o enfermeiro pode deixar que o doente abuse, nem vice-versa. (...). É mesmo assim.” (E2, L109-111)

“Para mim, eu acho que para haver entendimento, portanto de ambas as partes, tanto tem que ceder um como ceder o outro.” (E2, L114-115)

“Para já o doente como está muito mais débil, fica muito mais acessível. E para o enfermeiro acho que depois também é muito mais fácil. Se houver uma abordagem mais flexível, as coisas funcionam muito melhor para os dois lados.” (E8, L100 – 103)

“Uma negociação, vá.” (E2, L219)

“Uma boa decisão é quando a decisão é tomada em conjunto. Em que nem fica mal uma parte, nem outra.” (E4, L174 – 175)

“...nós entregamos o nosso corpo ao enfermeiro, estamos aqui não é para outra coisa ou às auxiliares. E eles fazem de nós aquilo que precisam, que estão talvez dentro do assunto deles.” (E3, L30-32)

			<i>“Eu estou como doente, não posso tomar decisão nenhuma. Aqui a gente está à vontade de toda a gente do que for necessário fazer. O doente não toma decisões, é o que eu acho. Eu não tomei decisão nenhuma.” (E7, L28-30)</i>
--	--	--	---

“O meu papel é o de...de doente. Eu é que sou doente. Eu vim para ser tratado. A gente sente-se mal, tem que vir procurar ajuda num sítio onde se sintam mais ou menos.” (E7, L42-43)

“Os enfermeiros tomam uma decisão que seja para meu bem, como eu sempre tenho recebido eu não posso interferir de maneira nenhuma. Não posso, nem devo, porque eu não sei nada disso. Se eu soubesse não tinha necessidade de vir para aqui.” (E5, L64-66)

“A minha opinião seria vã já que, primeiro desconheço...” (E5, L86)

“...nem que eu estivesse à rasca, eu não me estava a manifestar que estava cheio de dores, ou que estava assim. Havia lá gajos que a gente via, eles às vezes não ligavam nada ao que estavam a dizer, porque eles já sabiam o que ele era. Não estava

		ENFERMEIROS	<i>bem com nada. Mas eu estava sempre bem com tudo e eles também.” (E12, L44-47)</i> <i>“Mas um gajo não pode dizer nada, não pode reclamar.” (E11, L46)</i> <i>«Não tem papel. Para mim acho que o enfermeiro está a ser “otário”, porque não deixa o doente ter o seu papel. Esse tal dito enfermeiro quer mandar e eu acho que assim não dá.» (E2, L106-108)</i> <i>“Por isso é que eu digo que servi de cobaia.” (E4, L53)</i> <i>“Eu não era visto nem achado. Eu dizia o que se passava, o problema que tinha. Eu dizê-lo ou não dizê-lo era a mesma coisa.” (E6, L130-131)</i> <i>“Quem decide é o enfermeiro sempre. Que é que deve saber o que é que lá põe. Não é? Não sou eu, não sou enfermeiro.” (E1, L50-51)</i> <i>“Quem as tem que tomar é o enfermeiro (...). Tem que ser o profissional de saúde.” (E5, L 79-80)</i> <i>“Porque não me acho capacitado para tomar decisões relativamente a coisas que desconheço,</i>
--	--	---------------------------	---

			como é lógico.” (E10, L170-171) “A decisão tem de ser respeitada. A pessoa precisa do enfermeiro, já que está ali pensa que vem para se vir tratar e é isso mesmo que a gente pensa. E temos que obedecer ao enfermeiro.” (E3, L52-54) “...aquele enfermeiro que quer mandar já não cede. O doente é que tem que ceder. Do meu ponto de vista é assim que eu vejo as coisas.” (E2, L116-117) “Custa, porque eu não posso e o enfermeiro não respeita.” (E11, L40) “A enfermeira queria fazer uma espécie de controlo total e absoluto, sem qualquer lógica. Então se pedem que o diabético seja autónomo e ali era controlo que ela queria fazer.” (E10, L 34-36) “As decisões que eles tomaram foram muito boas.” (E3, L8) “O enfermeiro tomou a decisão conforme devia de ser.” (E5, L45) “O meu cuidado fica ao cuidado do enfermeiro. Eu é que estou na cama descansada porque senão eu tinha de estar alerta para ver as horas, tinha que eu ter o cuidado. O cuidado é do enfermeiro.” (E3, L73-
--	--	--	--

		MÉDICOS	75) <i>“A colheita de sangue tem de ser a colheita de sangue porque os médicos mandam, não é?” (E1, L58-59)</i> <i>“...compreendi que tinha que ser assim, que o médico é que tinha a decisão de dar as explicações acerca do tratamento.” (E8, L56-57)</i> <i>“...eu tratei como doutora a chefe dos enfermeiros.” (E6, L26)</i> <i>“Isso foi logo nos primeiros dias quando eu comecei a fazer tratamentos em que a enfermeira foi-me fazer o tratamento e eu perguntei à enfermeira que tipo de tratamento era aquele. E a enfermeira disse-me que não era ela que me ia explicar que tratamento era, mas sim o médico é que tinha que conversar comigo acerca do tratamento. (...) No início não achei muito correcta.” (E8, L49-53)</i>
--	--	-----------------------	---

ENFERMEIRO “BOM”			<i>“Para mim um enfermeiro bom é aquele enfermeiro, que sobretudo, entenda as pessoas, a dificuldade que as pessoas têm, que ajude, que seja humano.” (E2, L97-98)</i> <i>“Sentia que elas eram bons profissionais. Eu achava que aqueles enfermeiros eram todas pessoas dignas para estar ali ao pé das pessoas.” (E12, L65-66)</i> <i>“...o enfermeiro tem carinho pelos doentes.” (E1, L189)</i> <i>“...muito apoio e muito carinho do enfermeiro.” (E3, L46)</i> <i>“É darem carinho às pessoas, porque há ali muita gente que não tem ninguém. Eram mesmo boas pessoas que estavam ali.” (E12, L68-69)</i> <i>“Conforta a pessoa.” (E1, L66)</i> <i>“Gosto da pessoa, pronto. Acho simpático, pronto...” (E2, L129)</i> <i>“Mas outros enfermeiros não são assim. São mais abertos, mais meigos, mais dóceis.” (E2, L171-172)</i> <i>“...sempre o fizeram carinhosamente e com responsabilidade até donde eu sentia, porque isso</i>
---	--	--	--

			sente-se. Não se diz, sente-se...essa responsabilidade.” (E5, L10-11) “Senti-me bem. Que fui ouvida.” (E4, L148) “Isso é, isso é, é uma coisa que não se consegue descrever (sorri). É bom. Todos me compreendem.” (E4, L171-172) “...a vossa maneira de ser, de estar, de nos tratar, tudo isso. O enf. T. é um caso flagrante disso, a boa disposição, de conversar, de falar e não sei quê.” (E10, L55-56) “...pedem com educação. O enfermeiro chega fala normalmente, abertamente. Não está ali, hei dê cá o braço (a falar alto) ...” (E2, L64-65) “Ele entrou, carinhosamente, com educação, com respeito saúda, dirigiu-se a mim dizendo que tinha que por o cateter porque ia tomar antibiótico do que é injectado nas veias.” (E5, L26-28) “...eles sempre com muita calma, diziam vamos ver, não há-de haver problema nenhum.” (E8, L75-76) “Se um doente estiver triste desanimando e o enfermeiro chegar lá com uma atitude alegre e
--	--	--	---

FUI BEM “TRATADO”

perguntar o que se passa, as coisas funcionam muito melhor a partir daí.” (E8, L120-121)

“...notei é que as enfermeiras mais velhas eram mais compreensivas que as enfermeiras, assim, novitas.” (E10, L127-128)

“...desde que estive aqui internado da primeira vez e agora sempre fui bem tratado, Que eu disse à mulher, que não tenho razão de queixa.” (E1, L94-95)

“Sinto-me bem. Gosto de estar a ser bem tratada.” (E2, L127)

“A forma como esse enfermeiro procedeu comigo, e todos os enfermeiros e enfermeiras sempre me trataram bem.” (E5, L35-36)

“Pela positiva, a vossa maneira de ser, de estar, de nos tratar, tudo.” (E10, L55)

“limpou-me a ferida com cuidado, sempre com cuidado, sem me aleijar.” (E1, L31)

“...quando me dói mas sempre o tratou de fazer da maneira mais suave, da maneira mais profissional.”

		PERGUNTAM SE...	(E5, L22-23) <i>“...mais bem tratada por vocês, do que se fosse em minha casa. Isto aqui é como se fosse a minha casa.”</i> (E4, L159-160) <i>“Depois era um sistema que já era familiar, era uma família autêntica, já não era preciso pedir nada.”</i> (E6, L73-74) <i>“O enfermeiro chega e diz: vamos tirar sangue Sr. A. e perguntam se podem. Eu respondo que podem. Já quando o enf. R. me vinha fazer o curativo perguntava-me você quer que seja seu amigo ou seu inimigo. Eu disse, R. quero que sejas meu inimigo. Eu já sei para o que é.”</i> (E6, L99-102) <i>“Perguntou-me se eu queria levar na perna ou no braço.”</i> (E1, L136) <i>“O enfermeiro perguntava sempre se queria dar ou dar o enfermeiro.”</i> (E1, L154) <i>“Ela perguntou-me qual é o braço que preferia, e eu dei-lhe o direito.”</i> (E11, L32) <i>“O enfermeiro perguntou-me em que braço é que eu</i>
--	--	------------------------	--

		CONVERSAM COMIGO queria, se tinha preferência.” (E5, L31-32) <i>“Perguntou se tinha dores ou não. Pronto e é isso, é o dia-a-dia. É sempre a mesma coisa. Fala comigo, pergunta se tenho dores, seja quem for. Perguntam se tenho dores, lavam-me o pé, põem-me o creme, perguntam se me estão a aleijar e fazem-me o penso.”</i> (E1, L36-39) <i>“Que é bom, que é bom o enfermeiro falar para o doente...”</i> (E1, L85) <i>“Estivemos ali à conversa e ela palpou-me os braços.”</i> (E2, L213) <i>“Quando vocês chegam ao pé de mim e conversam comigo e eu, às vezes, desabafo com vocês.”</i> (E4, L124-125) <i>“Diziam logo, olhe temos que ir tirar sangue. Primeiro diziam, geralmente, sempre bom dia e que daqui a um bocadinho nós vamos tirar sangue. Chegavam, conversavam um bocadinho com o doente, faziam uma interligação com o doente, se estava tudo bem, se estava bem-disposta, se a noite tinha corrido bem, se não houve problemas. Era o 1º</i>
--	--	--

		ENSINAR <i>contacto.” (E8, L78-82)</i> <i>“E explicou-me como é que trabalha a caneta. O que é que eu tinha de pôr, tinha de pôr a caixinha das cargas de insulina no frigorífico na porta do fundo. E ensinou-me a pôr a carga.” (E1, L128-130)</i> <i>“Informou-me para pôr uma mão sobre o umbigo, dar só da mão para lá, por causa de não ganhar caroços, E, pronto, foram essas informações, que o doente agradece. Que não sabe, depois vai aprendendo com o tempo. Mas vai com as luzes já...eu cheguei a casa e comecei logo a dar.” (E1, L138-141)</i> <i>“Portanto, o enfermeiro tem sempre a intenção de ensinar o doente para quando for com alta para estar dentro das coisas, portanto, saber dar a insulina.” (E1, L166-167)</i> <i>“Eu pergunto explicações disto ou daquilo sobre os medicamentos, tudo me têm esclarecido.” (E3, L 24-25)</i> <i>“Inclusive o enf. T. que pôs lá da 1ª vez, me disse</i>
--	--	--

		DISPONIBILIZOU-SE <i>como era e eu facilmente aprendi e ultrapassei, ultrapassei essa fase.” (E10, L43-44)</i> <i>“Não me esqueço, que uma vez fui ao serviço E. fazer o penso e era algum enfermeiro que estava com o pé diabético e o enf. T. estava lá, tinha um bocado de tempo e fez-me o penso. E a enf. chefe até disse “é assim mesmo”.” (E10, L112-114)</i> <i>“Ele estava ali, tinha um bocadinho de tempo, disponibilizou-se. Profissionalismo e uma atitude humana.” (E10, L117-118)</i> <i>“Porque, realmente em termos de enfermagem, tem que se ter uma grande disponibilidade humana, uma grande disponibilidade de estar, de compreender de certo modo o doente, que não pode ser aquela de “ah, hoje estou maldisposto ou maldisposta.” (E10, L156-158)</i>	ESTÃO AQUI PARA AJUDAR <i>“Vocês estão aqui para ajudar.” (E1, L198)</i> <i>“Lá, no serviço E. nunca aconteceu não me ajudarem por não estar comigo distribuído.” (E10,</i>
--	--	---	---

		INCENTIVAM MUITO MAIS	L94-95) <i>“...disse para essa enfermeira: “Ó sra. enf. não me podia arranjar aí alguma coisa que me esfregasse as costas? Eu tenho um calor nas costas.” “Deixe estar, que eu vou-lhe já arranjar isso”. Ia-me lá todos os dias, eles me esfregavam as costas, qualquer um deles, ela depois comunicou aos outros, todos os dias esfregavam-me as costas. “Vá, vire-se um bocadinho que a gente esfrega-lhe as costas”, ou com álcool ou com pomada que elas me deitavam e eu ficava ali porreiro.” (E12, L30-35)</i> <i>“Por exemplo, à noite quando eu peço o comprimido para me deitar mais cedo porque já não vou aguentar até às 22h. Normalmente, eu falo com o enfermeiro e ele compreende e dá-me o comprimido.” (E4, L167-169)</i> <i>“As pessoas que são mais para a frente, incentivam muito mais os pacientes o que vai trazer melhoras para os cuidados.” (E2, L227-228)</i> <i>“Sei lá, quando vocês me deixam ir lá abaixo, vai,</i>
--	--	-------------------------------------	---

		ENFERMEIROS DE “AGORA”	vai, vai, faz-te bem.” (E4, L181) <i>“Mas agora não. Eles têm uma prática da agulha, tudo esterilizadinho. Achei que a enfermagem está mais bem preparada.” (E9, L41-42)</i> <i>“...porque neste internamento já achei que a atitude da enfermagem perante o doente que é espectacular. Chegam de manhã, às 7h ou às 8h, quando vão para pôr o termómetro. Não é aquela brutidade como antigamente. Vão lá, tocam no doente, vamos por o termómetro. Já há uma interligação doente-enfermeiro e isso é muito bom, muito positivo.” (E8, L65-69)</i> <i>“Eu achei que desta vez, a enfermagem está mais classificada, mais preparada para tirar sangue e falar para os doentes.” (E9, L49-50)</i> <i>“Sinto satisfeita pelos enfermeiros de agora, porque da primeira vez não era assim.” (E9, L37-38)</i> <i>“Sentimentos positivos, sei lá. Sentia-me como se estivesse em casa. As pessoas eram simpáticas,</i>
	<u>SENTIMENTOS</u> <u>“POSITIVOS”</u>		

			<i>tanto enfermeiros como pessoal de limpeza.” (E7, L31-32))</i> <i>“Sinto-me bem. Sinto como se vocês fossem a minha família.” (E4, L127)</i> <i>”Eu estava sentado lá num sofazito e ela veio com o café e não aceitou o dinheiro. Aí senti uma satisfação enorme.” (E10, L43-44)</i> <i>“Sinto-me satisfeita pelos enfermeiros de agora.” (E9, L37)</i> <i>“Sinto-me até orgulhosa. Sinto-me orgulhosa de me tratarem tão bem.” (E3, L59)</i> <i>“Sinto-me bem. Sinto assim uma alegria.” (E4, L188)</i> <i>“Senti um bem-estar, porque já viu o que é levar com um tubo pela goela abaixo. Uma sensação de bem-estar.” (E11, L22-23)</i> <i>“Era um sentimento de bem-estar. Embora estivesse no hospital, sentíamos relativamente bem, compreendidos. Que as enfermeiras estavam interessadas em nós, o que é muito bom.” (E8, L135-137)</i>
--	--	--	---

O DOENTE É O
CENTRO

“Sinto-me bem, sinto-me aliviada. Sei lá. Como eu tenho tantas coisas más e eu aqui estou a viver uma coisa boa. E quando essas decisões são tomadas e são...não sei. Não sei explicar, é bom.” (E4, L177-179)

“Mas aí já existe a tal ligação do doente com o enfermeiro. E por aí é que se deve ir. O doente é o principal actor, é ele o centro das atenções. Não o enfermeiro, mas sim o doente. O doente é o centro. Temos que pensar sempre na qualidade, na perspectiva de o doente se sentir o melhor possível.” (E8, L110-113)

“O doente tem de intervir sempre. Primeiro o doente, depois o enfermeiro. Primeiro temos que nos centrar no doente, até porque se o enfermeiro começar a centra-se no doente e a tentar perceber a sua personalidade, as coisas começam a funcionar muito melhor.” (E8, L117-119)

ENFERMEIRO “MAU”			<i>“O enfermeiro mau é aquele que chega ali de nariz empinado e diz vamos fazer isto, fazer aquilo. Isso para mim não dá.” (E2, L 97-98)</i> <i>“É aquele enfermeiro que quer mandar e já não cede. O doente é que tem que ceder”. (E2, L116-117)</i> <i>“Porque ela embirrou comigo de eu ter as insulinas.” (E10, L27)</i> <i>“A outra era novita e por vezes acham que sabem tudo ou não ter queda para aquela profissão.” (E10, L155-156)</i> <i>“Umas enfermeiras têm o nariz mais empinado que as outras.” (E2, L8)</i> <i>“...acho que ela também não tinha o direito de falar connosco naquele tom. Estava arrogante...” (E2, L90-91)</i> <i>“Se o enfermeiro chegar com um tom agressivo ou um tom de não ligar muito, de eu é que estou aqui a trabalhar, eu é que mando, aí não há hipótese.” (E8, L123-124)</i>
---	--	--	--

FUI MAL “TRATADO”

“Há uma, uma única que passou por aqui, foi a tal P. que não é assim aberta. Pode nem ser má pessoa, mas é mais trancada. Não convive com os pacientes como os outros convivem.” (E6, L92-94)

“Senti não só falta de responsabilidade, como algum desprezo.” (E5, L120)

“Nesse momento eu não senti reacção. Senti que a enfermeira estava a ser mal-educada, que a sra. não tinha condições para estar a exercer aquilo, porque não tinha a sensibilidade para uma pessoa que estava com aquelas funções.” (E8, L34-36)

“Que eu já chegava a uma certa altura em que ela cá estava que eu nem sequer a chamava. É mesmo assim. Podia-me estar a doer, podia estar isto, podia estar aquilo mas que eu já não a chamava.” (E2, L154-156)

“Já não me sentia à vontade com ela.” (E2, L160)

“Porque ela embirrou comigo de eu ter as insulinas.” (E10, L27)

“A outra era novita e por vezes acham que sabem

			<i>tudo ou não ter queda para aquela profissão.” (E10, L155-156)</i> <i>“Umas enfermeiras têm o nariz mais empinado que as outras.” (E2, L8)</i> <i>“...acho que ela também não tinha o direito de falar connosco naquele tom. Estava arrogante...” (E2, L90-91)</i> <i>“Se o enfermeiro chegar com um tom agressivo ou um tom de não ligar muito, de eu é que estou aqui a trabalhar, eu é que mando, aí não há hipótese.” (E8, L123-124)</i> <i>“Há uma, uma única que passou por aqui, foi a tal P. que não é assim aberta. Pode nem ser má pessoa, mas é mais trancada. Não convive com os pacientes como os outros convivem.” (E6, L92-94)</i> <i>“Senti não só falta de responsabilidade, como algum desprezo.” (E5, L120)</i> <i>“Nesse momento eu não senti reacção. Senti que a enfermeira estava a ser mal-educada, que a sra. não tinha condições para estar a exercer aquilo, porque não tinha a sensibilidade para uma pessoa que</i>
--	--	--	---

estava com aquelas funções.” (E8, L34-36)

“Que eu já chegava a uma certa altura em que ela cá estava que eu nem sequer a chamava. É mesmo assim. Podia-me estar a doer, podia estar isto, podia estar aquilo mas que eu já não a chamava.” (E2, L154-156)

“Já não me sentia à vontade com ela.” (E2, L160)

“...fui mal tratado por esses enfermeiros.” (E2, L207)

“...estamos aqui para ser tratadas, também não estamos aqui para nos tratarem mal. Que é mesmo assim. A gente vem para aqui, ninguém gosta de estar.” (E2, L165-166)

“Nem resposta lhe dei. Opá, porque estava a ser arrogante e eu não estou em casa, mas, também acho que não precisamos de ser tratadas dessa maneira.” (E2, L192-194)

“A situação acabou como se eu fosse mesmo uma cobaia. Taparam-me, foram-se embora. Continuaram a falar, que foi fácil.” (E4, L55-56)

“O enfermeiro disse: ai, este dedo vai, isto não está nada bom, está muito coiso e tal” e para o sr. ao

		NEM SEQUER PERGUNTARAM	lado que ele disse “ai, isto é para cortar”. De uma forma fria.” (E10, L62-63) “Pronto, e eles nem sequer perguntaram. Pronto, não disseram nada.” (E4, L12) “Não explicaram nada. O enfermeiro chefe deu a sonda a um estagiário para pôr, mas a mim não disseram nada. Não me disseram o que iam fazer.” (E4, L 43-44) “O enfermeiro chega, diz-me a mim que vamos tirar sangue, onde deita o álcoolzito na veia, faz por não doer muito e depois já está.” (E1, L63-64) “Para furar? Chegou, furou e disse tem que ter cuidado para não voltar a sair.” (E2, L182) “A enfermeira chega, acende a luz do quarto, o quarto estava às escuras com a persiana corrida. Ela dirige-se, acende a luz, abre a persiana sem dizer nada. Então, bate as palmas e diz: vá, faz favor agora não são horas de dormir. Dormir é à noite.” (E8, L15-17)
--	--	--------------------------------------	--

		NÃO ERA OUVIDO <i>“...essa ficou-me marcada, porque estava mesmo sensível, estava frágil, precisava de apoio e precisava que alguém que chegasse ali e com amabilidade, dissesse vamos fazer isto ou vamos fazer aquilo que me dissesse vamos tirar sangue, vamos ver se há veias. Conversasse um pouco com o doente para pô-lo mais à vontade. Mas não aconteceu. Negativa.” (E8, L43-47)</i> <i>“Ora eu pedia por favor desliguem-me no final porque eu não posso ter isso ligado porque o meu organismo não aceita aquilo ligado. Dizia hoje, nada. Dizia amanhã, nada.” (E6, L9-10)</i> <i>“Eu dizê-lo ou não dizê-lo era a mesma coisa. Eu estava a falar para um balão porque não era ouvido...” (E6, L131-132)</i> <i>“Foram por decisão deles. Ignoraram a minha.” (E4, L37)</i> NÃO ESTAVA A ENSINAR <i>“É chato estar num hospital e o enfermeiro não ensinar o doente e depois chego a casa, e se não</i>	<i>“...essa ficou-me marcada, porque estava mesmo sensível, estava frágil, precisava de apoio e precisava que alguém que chegasse ali e com amabilidade, dissesse vamos fazer isto ou vamos fazer aquilo que me dissesse vamos tirar sangue, vamos ver se há veias. Conversasse um pouco com o doente para pô-lo mais à vontade. Mas não aconteceu. Negativa.” (E8, L43-47)</i> <i>“Ora eu pedia por favor desliguem-me no final porque eu não posso ter isso ligado porque o meu organismo não aceita aquilo ligado. Dizia hoje, nada. Dizia amanhã, nada.” (E6, L9-10)</i> <i>“Eu dizê-lo ou não dizê-lo era a mesma coisa. Eu estava a falar para um balão porque não era ouvido...” (E6, L131-132)</i> <i>“Foram por decisão deles. Ignoraram a minha.” (E4, L37)</i> <i>“É chato estar num hospital e o enfermeiro não ensinar o doente e depois chego a casa, e se não</i>
--	--	---	---

		NÃO ME AJUDAREM POR NÃO ESTAR COMIGO	souber, quem é que ma dá?”(E1, L168-169) “Acho que aí não estava a ensinar.” (E1, L186) “Achei que a enfermeira podia dar mais qualquer explicação.” (E8, L55) “Lá, no serviço E. nunca aconteceu não me ajudarem por não estar comigo distribuído. Mas onde estive agora, diziam “ah, é fulana tal”. (E10, L94-95) “Uma vez que eu pedi, já não sei o que foi, pedi qualquer coisa, e uma enfermeira disse-me “ah, tem de esperar porque quem está consigo neste turno é a enf. tal que neste momento está não sei onde”. (E10, L97-99) “...senti, aquela está comigo, se ela estiver ocupada, não está só comigo, eu estou aqui no quarto, se ela estiver ocupada com outro doente, bem que pode estar uma ali a passar, que...chapéu.” (E10, L101-103) “Porque não se olha ao doente que precisa disto ou daquilo, olha-se que eu estou com A, B e C, portanto
--	--	--	--

		NÃO ERA À PRIMEIRA RECUSA QUE “ELA ME TRATASSE”	<i>os outros não interessam para nada. Ela podia perfeitamente ter colaborado e dizia à colega dela “olha, fiz isto, isto e isto ao doente tal”, à tal que estava responsável.” (E10, L107-110)</i> <i>“Se sente melhor, se sente pior não é comigo, é com a outra pessoa.” (E10, L122)</i> <i>“...chegar para me tirar sangue e picar-me 5/6 vezes sem me conseguir tirar sangue. Essa marcou-me. Foi uma negativa.” (E8, L12-13)</i> <i>“Espetavam-me aqui, espetavam-me ali, espetavam-me acolá. “Não sou capaz, Ó colega, anda cá”.” (E9, L48-49)</i> <i>“Antigamente, não eram capazes de há primeira vez tirar sangue.” (E9, L51)</i> <i>“Eu prefiro dizer: olhe desculpe não quero ser tratada por você do que estar ali a fazer cedências, cedências, cedências, sem ter que as fazer.” (E2, L152-153)</i>
--	--	---	--

	<u>SENTIMENTOS</u> <u>“NEGATIVOS”</u>	ANTIGAMENTE...	<i>“Eu nunca mais consegui. Sempre que ela vinha tirar sangue, eu dizia que não, que preferia outra pessoa. Recusa que ela me tratasse.” (E8, L29-30)</i> <i>“Foram de recusa, de simplesmente não querer mais aquela enfermeira ao pé de mim.” (E8, L129-130)</i> <i>“...aquela brutidade como antigamente.” (E8, L67)</i> <i>“Antigamente, não eram capazes de há primeira vez tirar sangue.” (E9, L51)</i> <i>“Da primeira vez, os enfermeiros não tinham iniciativa de procurar e de decidir. Atrasadamente era assim.” (E9, L40-41)</i> <i>“Senti um bocado de revolta, não acreditaram em mim. Assim um bocado frustrada.” (E4, L34-35)</i> <i>“Sentia uma grande revolta, uma falta de confiança. Sei lá, muita coisa junta.” (E4, L114)</i> <i>“Senti uma revolta. Senti que ela estava a exagerar e que não estava a ter em consideração a pessoa</i>
--	--	------------------------------	--

			<i>que estava como se fosse numa prisão. Não tem o mínimo de sensibilidade.” (E10, L144-146)</i> <i>“Raiva, senti raiva porque eu não estava a fazer aquilo que ela disse que eu estava a fazer.” (E2, L29-30)</i> <i>“Fiquei um pouco triste, porque estava com expectativa, queria informações.” (E8, L60)</i> <i>“Sentia que estávamos mal atendidos, que estamos abandonados, porque quando a pessoa pede um serviço e este não é feito, está abandonado. São sentimentos negativos.” (E6, L125-127)</i> <i>“Opá, o sentimento de um gajo estar a ser contrariado é um sentimento negativo. Mas um gajo não pode dizer nada, não pode reclamar.” (E11, L45-46)</i> <i>“Senti que era mais um. Que não valia nada.” (E10, L121)</i> <i>“Ah, não sei. Senti vergonha...Apetecia-me meter num buraco.” (E4, L47)</i> <i>“Que eu não era compreendida, que eles não compreendiam, que deviam estar do meu lado na</i>
--	--	--	---

			<i>parte de doente para sentirem a necessidade de ir fumar por causa da ansiedade.” (E4, L82-84)</i>
--	--	--	---