

Da (in)visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: cuidados prestados num centro de saúde

MARTA LIMA BASTO

Apresentam-se os dados preliminares de um estudo inserido num projecto mais vasto que tem como questão de partida compreender os saberes de enfermagem mobilizados no quotidiano da prestação de cuidados, assente num quadro epistemológico do saber construído. Os conceitos de saúde, cuidados de enfermagem, prática e saber constituem o enquadramento conceptual. Pretende-se responder a questões sobre o que caracteriza: a intervenção da enfermeira em interacção com o cliente; o contexto da intervenção; as enfermeiras; o cliente. Trata-se de um estudo de investigação-formação. As colaboradoras no estudo são três enfermeiras e quatro utentes que relataram como viveram a interacção. Os relatos (com base num guião), gravados na presença da investigadora, foram transcritos e analisados com as enfermeiras e essas análises foram gravadas. Foi

feita análise de conteúdo qualitativa das transcrições (30) e a codificação e categorização foram validadas por outra investigadora. Entre os dados identificados como formas de a enfermeira utilizar o saber na interacção com o utente destacam-se «saber gerir o tempo», «compreender os modos humanos de viver», «utilizar estratégias de comunicação», «mobilizar conhecimentos escolares», «tornar as pessoas mais independentes», «agir em situações de elevada complexidade», o que está de acordo com a orientação profissional. Relativamente aos modos que a enfermeira encontra para gerir as condições do contexto, destacam-se «manter as regras», «desgaste emocional inoperante», mas também «saber ultrapassar limitações», o que confirma as dificuldades para demonstrar as competências adquiridas. O que caracteriza as enfermeiras colaboradoras do estudo é o sentido dado aos cuidados de enfermagem e a percepção dos resultados dos cuidados, que vai no mesmo sentido dos resultados de outros estudos.

□

Marta Lima Basto é enfermeira, professora, doutora em Psicologia Social e das Organizações, coordenadora científica da Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem.

Este artigo divulga os resultados preliminares de um estudo sobre os saberes utilizados na prática quotidiana de enfermeiras de um centro de saúde. Depois das reacções de consultores multidisciplinares será continuada a recolha de relatos de enfermeiras e clientes sobre a vivência de interacções entre eles. O estudo faz parte de um projecto de investigação mais alargado financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia com fundos FSE/FEDER.

Submetido à apreciação: 28 de Janeiro de 2004.
Aceite para publicação: 17 de Setembro de 2004.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem; saberes; narrativa.

1. Introdução

O estudo «Ajuda prestada pelas enfermeiras a utentes de um centro de saúde», que aqui é apresentado, referindo alguns dados preliminares, insere-se num projecto multiestudos sobre «Cuidar em enfermagem: significado e desenvolvimento de saberes», desenvolvido no âmbito do programa «Enfermagem,

Educação e Qualidade de Vida» da Unidade de Investigação em Educação e Desenvolvimento da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa. O projecto multiestudos, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (POCTI/CED/38661/2001 — Ciências da educação, com fundos da União Europeia FSE/FEDER), parte da preocupação das autoras (professoras enfermeiras Maria dos Anjos Pereira Lopes, Maria Teresa Magão, Teresa Rebelo, Otilia Teixeira e a autora do artigo) com a clarificação dos saberes de enfermagem, que consideram indispensável prosseguir, para o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem. Trata-se de cinco estudos que têm em comum a questão de partida e finalidades, assim como o enquadramento conceptual. Os cinco estudos desenvolvem-se em contextos diferentes, quatro deles em ambiente hospitalar e aquele de que trata este artigo num centro de saúde.

O projecto multiestudos pretende demonstrar o contributo das enfermeiras inseridas em equipas de saúde para a manutenção e melhoria da saúde da população. É preciso aprofundar a disciplina do conhecimento *enfermagem*, contribuindo para melhor identificar o que lhe é próprio e o que partilha com outras áreas do saber, numa perspectiva de interdisciplinaridade, configurando o lugar que deve ter no contexto académico. Mas é preciso, essencialmente, clarificar o saber construído e utilizado na prática quotidiana das enfermeiras, de forma que o reconhecimento profissional possa ser justificado pela acção concreta, para além das competências adquiridas na formação formal. A questão de partida do projecto é, pois, compreender os saberes de enfermagem utilizados no quotidiano da prestação de cuidados, para o que é necessário identificar o sentido de *cuidar em enfermagem* para as próprias enfermeiras, utentes e outros envolvidos. O projecto tem, pois, como finalidades:

- Contribuir para a formação, nas suas dimensões de autoformação, formação contínua em serviço, formação inicial, pós-graduações em enfermagem e doutoramento em Enfermagem;
- Contribuir para uma gestão de recursos humanos mais eficaz, ao fornecer dados mais concretos sobre o contributo das enfermeiras para a melhoria da saúde/bem-estar dos utentes dos serviços de saúde;
- Contribuir para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem.

2. Contexto conceptual

O contexto conceptual em que se desenvolve o projecto multiestudos é formado pelos conceitos de saúde, cuidados de enfermagem, prática e saber.

O conceito de *saúde*, com o significado de bem-estar, desenvolvimento humano, capacidade de decisão sobre as actividades do dia a dia de cada pessoa, defendido pela Organização Mundial de Saúde (Conferência Internacional para a Promoção de Saúde com vista a uma nova saúde pública, 1986), é central neste projecto.

Os cuidados de enfermagem são considerados cuidados de saúde, pressupondo-se que a complexidade dos processos de saúde individual e colectiva exige um trabalho em equipa, em que há zonas de sobreposição e outras de trabalho da iniciativa de cada profissional. A concepção de cuidados de enfermagem de que se parte respeita tanto às acções realizadas como ao processo de pensamento seguido pela enfermeira no agir com o cliente. As autoras adoptam a concepção de Meleis (Meleis e Trangenstein, 1994, p. 256):

A enfermeira interage («interacção») com um ser humano numa situação de saúde-doença («cliente de enfermagem»), ser humano que é parte integrante do seu contexto sócio-cultural («ambiente») e que está a viver uma transição ou a antecipação de uma transição («transição»). As interacções enfermeira-cliente organizam-se em torno de uma intenção («processo de enfermagem») e a enfermeira utiliza algumas acções («terapêuticas de enfermagem») para promover, recuperar ou facilitar a saúde («saúde»).

Cuidar em enfermagem refere-se à intervenção profissional da enfermeira junto do cliente, ou terapêutica de enfermagem, que faz parte de um processo de decisão que tem como finalidade contribuir para o bem-estar do cliente (pessoa ou grupo que procura os serviços de saúde). O objecto dos cuidados de enfermagem é a pessoa em transição. Adopta-se o conceito de transição de Meleis: «Uma passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro... A transição refere-se tanto ao processo como aos resultados de interacções complexas entre a pessoa e o ambiente. Pode envolver mais do que uma pessoa e assenta no contexto e na situação» (Meleis e Trangenstein, 1994, p. 256). A transição tem três fases — entrada, passagem e saída. Completar a transição implica que a pessoa atingiu um período de menor perturbação ou maior estabilidade pelo crescimento relativamente ao que aconteceu antes. «A enfermagem, portanto, diz respeito ao processo e experiência de seres humanos a passarem por transições em que a saúde e a percepção de bem-estar são o resultado esperado» (Meleis e Trangenstein, 1994, p. 257).

O conceito de *prática* que guia este estudo considera-a resultante do cruzamento dos contextos do sujeito (enfermeira), da profissão (modelos profissionais) e

da acção (modelos organizacionais, situação de saúde do cliente e relações intergrupais-grupo de enfermeiras-grupo de médicos, entre outros), todos influenciados pelo sistema sócio-político (onde se insere o sistema de saúde) (Le Boterf, 1994; Rebelo, 1998). Prática é aqui utilizada no sentido de *agir*, não somente o pôr em prática meios, mas também a produção de finalidade, de forma que agir é orientar-se na existência em situação de incerteza, efectuar escolhas num cenário de complexidade (Leclercq, 2000).

Consideram-se as práticas de enfermagem acções colectivas porque são desempenhadas por grupos de enfermeiras e porque seguem normas sociais, escritas ou não, que as caracterizam. Pressupõe-se que as práticas de enfermagem não obedecem obrigatoriamente a uma racionalidade de aplicação, embora influenciadas por uma linguagem e valores aprendidos, mas sim a uma lógica de aplicação sensata de resolução de problemas, a que se tem chamado processo de enfermagem.

A enfermeira, ao cuidar de pessoas, utiliza, tal como qualquer outro profissional, saber na sua prática quotidiana. Como diz Le Boterf (*in Roche*, 1999) a propósito de profissionalismo, há cinco áreas de saber: saber agir e reagir com pertinência; saber combinar recursos e mobilizá-los num determinado contexto; saber transpor; saber aprender e aprender a aprender; saber implicar-se. Perrenoud (*in Roche*, 1999) refere-se à profissionalização como a passagem de pôr em prática regras preestabelecidas para estratégias orientadas para objectivos e uma ética. De realçar as conclusões do estudo sociológico em contexto hospitalar português sobre a recomposição dos saberes de enfermagem no qual são identificadas algumas estratégias de revalorização profissional, a demarcação das suas competências humanas e relacionais da categoria de qualidades pessoais para a de competências cognitivas e de natureza profissional e a rejeição da tradicional ideologia da «vocação» para a identificação com ideologias do «profissionalismo» e da «profissionalização» (Lopes, 1994). É muito provável que a situação tenha evoluído, quer a nível internacional, quer a nível nacional, em função de maiores exigências na formação e do controlo da qualidade dos cuidados de saúde.

Por *saber* entende-se a utilização de capacidades, adquiridas das formas mais diversas, correspondendo à ideia de sabedoria ou conhecimento, termos que neste artigo serão utilizados indiferentemente. O saber prático ou de acção, que é o que nos preocupa neste projecto, define-se como um produto histórico de uma capitalização da experiência. É o saber-fazer e o saber-ser. Nas mudanças de comportamento necessárias à manutenção da vida intervêm diferentes formas de saber: para além do saber aca-

démico, o que vem da vida, que provém de fontes variadas, como a imprensa, a divulgação escrita não controlada, o «diz-se», as conversas de salão, a televisão (Bernadou, *in Barbier*, 1996). Os padrões fundamentais de conhecimento em enfermagem foram identificados por Carper (1999) e continuam a ser defendidos como determinantes no desenvolvimento do saber de enfermagem (Fawcett *et al.*, 2001): o conhecimento empírico, que inclui a ciência de enfermagem; o conhecimento estético, a arte de enfermagem; o conhecimento pessoal e o conhecimento ético, a componente do conhecimento moral em enfermagem.

As competências, resultantes práticas dos saberes, capacidades e qualidades, da enfermeira de cuidados gerais estão aceites internacionalmente pelo Conselho Internacional de Enfermeiras (Alexander e Runciman, 2003) e confirmadas em Portugal com base num estudo Delphi realizado pela Ordem dos Enfermeiros e aprovadas pelo seu Conselho de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2003). Essas competências organizam-se em três domínios: prática profissional, ética e legal (englobando responsabilidade, prática segundo a ética e prática legal); prestação e gestão de cuidados (englobando promoção da saúde, colheita de dados, planeamento, execução, avaliação, comunicação e relações interpessoais, ambiente seguro, cuidados de saúde interprofissionais, delegação e supervisão); desenvolvimento profissional (englobando valorização profissional, melhoria da qualidade, formação contínua).

As autoras do projecto multiestudos situam-se num quadro epistemológico do saber construído na experiência, isto é, desejam privilegiar os saberes práticos. Os saberes utilizados na prática quotidiana de cuidados, com frequência, ou não estão claramente no campo da consciência das próprias enfermeiras ou quer os próprios, quer os investigadores têm dificuldade em nomeá-los. A análise do cuidar em enfermagem faz-se na perspectiva epistemológica da racionalidade prática, isto é, a partir dos problemas que as enfermeiras enfrentam e da forma como resolvem situações incertas, como elaboram e alteram rotinas e criam estratégias (Shon, 1994).

Apresenta-se em seguida um dos estudos deste projecto e alguns dados obtidos até ao momento.

3. Do saber de enfermagem já sistematizado à descoberta do saber utilizado pelas enfermeiras na ajuda prestada aos utentes de um centro de saúde

O saber de enfermagem tem emergido de estudos muito variados tanto na perspectiva em que se colo-

cam como quanto ao objecto de estudo. A maioria dos estudos têm seguido a metodologia científica, mas há estudos realizados na perspectiva do conhecimento ético, estético e pessoal (Fawcett *et al.*, 2001). O objecto de estudo tem também variado, notando-se uma tendência para diminuir os estudos sobre as enfermeiras e aumentarem os estudos sobre as práticas das enfermeiras, quer a nível internacional, quer nacional (Soares e Basto, 1999; Basto e Carvalho, 2003). Na actualidade, a tendência é para estudar a forma como as pessoas vivem a sua saúde ao longo das etapas da vida, o que permite construir conhecimento sobre os modos de cuidar das pessoas nas várias situações.

A pessoa da enfermeira tem sido estudada quanto aos seus valores, crenças, capacidades profissionais, representações sociais, concepção de cuidados de enfermagem, autoconceito, processo de decisão clínica, entre outros. Os modelos profissionais têm sido analisados sob vários aspectos, incluindo a sua possível influência na prática quotidiana. Dos estudos que relacionam o contexto da acção com a prática de enfermagem ressalta a função educativa das enfermeiras, as necessidades dos vários grupos de clientes, os tipos de intervenção de enfermagem junto de grupos de clientes, os resultados em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, entre outros. Além dos conceitos centrais, já claramente identificados, de uma linguagem própria — a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (ICN, 2002) — e dos modelos conceptuais que orientam a prática, a formação e a investigação em enfermagem, existem teorias de médio alcance, como, por exemplo, sobre os processos de cuidar (Swanson, 1991).

O estado da arte da investigação sobre a prática de enfermagem, objecto de estudo recente (Basto e Magão, 2001; Lopes, 2001; Paiva, 2001; Teixeira, 2001), justifica continuar a investigar o significado do cuidar em enfermagem para todos os envolvidos — clientes e pessoas significativas, enfermeiras, médicos e outros trabalhadores de saúde — e a clarificação do tipo e fontes de saber utilizados pelas enfermeiras. O que a literatura existente não demonstra é a forma como as enfermeiras, em contextos determinados, constroem e utilizam o seu saber na interacção com os utentes e de que forma os resultados são analisados pelas próprias e pelos utentes.

De entre os estudos que clarificam os saberes das enfermeiras há a destacar o estudo realizado por uma equipa coordenada por Pierre Dominicé que, utilizando uma abordagem de investigação-formação, identificou os saberes das enfermeiras especialistas clínicas do Hospital Cantonal de Genebra em três pólos: si-própria, relação com o doente e a dimensão

organizacional, construir o seu próprio espaço de referência no funcionamento da estrutura hospitalar. O pólo «si-própria» respeita a saberes que se relacionam com as escolhas profissionais, a utilização da autonomia acompanhada de solidão, que foram agrupados em «tornar-se enfermeira especialista clínica»; um saber profissional construído em harmonia com o saber viver pessoal, incluído em «colocar o saber no plural»; viver a fragilidade e a intensidade da alteridade, incluído em «a competência da dúvida»; encontrar progressivamente a sua distância e dar, que é também receber, incluído em «dosear distância e implicação»; ser si-própria e aceitar o outro como é, incluído em «estar plenamente à escuta»; o tempo de aprender e habitar o tempo atribuído, incluído em «dar tempo ao outro e a si própria». O pólo «a relação com o doente» inclui «saber combinar as facetas da relação», «saber inscrever a relação ao longo do tempo — viver um processo de acompanhamento» e «saber fazer face à complexidade». O pólo referente à dimensão organizacional inclui «situar-se face às concepções do saber que prevalecem no meio profissional», «a prática dos cuidados de enfermagem: entre codificação e inovação» e «aprender a deslocar-se num universo balizado» (Dominicé, Favario e Lataillade, 2000).

3.1. O presente estudo

Reconhecendo que nos centros de saúde há muito trabalho da enfermeira que não está identificado nem quantificado e, portanto, não é visível, considerou-se prioritário o estudo do cuidar em enfermagem, ou seja, a acção intencional das enfermeiras para contribuir para a manutenção ou melhoria da saúde da população. Por que é que há utentes que se sentem ajudados por certas enfermeiras e por outras não? Como é que as enfermeiras ajudam os utentes? Ao analisar o modo como a enfermeira ajuda o utente, o estudo poderá contribuir para aumentar o reconhecimento do trabalho da enfermeira e para a teorização nesta área do saber.

Existe literatura sobre relação de ajuda em geral e por autores de referência (Rogers, 1974; Benjamin, 1978; Oliveira, 1995; Hennezel, 1995) e sobre a ajuda profissional das enfermeiras (Chalifour, 1989; Balzer-Riley, 1992; Lazure, 1994; Gomes, 1995; Martins, 1995; Lopes, 1997; Cruz, 1999; Queirós, 1999). Alguns estudos descrevem como as enfermeiras comunicam com os utentes (Scarelli, 1994; Raposo, 1996; Basto, 1998; Basto *et al.*, 2000).

A análise do estado da arte da investigação em enfermagem (Basto e Magão, 2001), com base em estudos nacionais e internacionais, mostra que há estudos

sobre as capacidades individuais/profissionais, incluindo comunicação e relação terapêutica, embora pareçam ser dados a esta designação significados variados. Verifica-se que a interacção enfermeira-utente é descrita, com frequência, em termos de acolhimento e atendimento. Concluiu-se que parecem existir sentimentos de ambiguidade das enfermeiras quanto aos modelos profissionais que os guiam na sua prática profissional.

Tornando-se necessário delimitar o estudo, mantendo como objecto de estudo o saber utilizado pelas enfermeiras na prática quotidiana, incluindo o significado atribuído ao cuidar em enfermagem, foi decidido, em conjunto com as enfermeiras participantes no estudo, tentar encontrar respostas para as seguintes questões:

- O que é que caracteriza a intervenção da enfermeira, em interacção com o cliente, quando um ou outro sentiram que houve ajuda da enfermeira?
- O que caracteriza o contexto da intervenção quando a enfermeira ou o cliente sentem que houve uma efectiva ajuda pela enfermeira?
- O que caracteriza as enfermeiras que ajudam os clientes em situações de transição (saber, atributos pessoais, reacções ao comportamento do utente)?
- O que caracteriza o cliente que se sente ajudado pela enfermeira (o grau de sofrimento ou mal-estar do utente, o saber do utente, as reacções à intervenção da enfermeira)?

Em síntese, pretende-se compreender como é que a enfermeira ajuda o utente em situações de transição, cliente de um centro de saúde, analisando a actuação da enfermeira e as reacções do utente, para identificar os saberes utilizados na prática e o sentido do cuidar em enfermagem.

Os conceitos centrais que guiam este estudo são, como já foi explicado, os conceitos de prática, de cuidar em enfermagem e de saber, que fazem parte do quadro conceptual comum aos vários estudos incluídos no projecto multiestudos. Acrescenta-se *ajuda da enfermeira*, dado que foi decidido privilegiar situações de cuidados consideradas de sucesso. Estas situações consideram-se mais ricas em informação e estimulantes para a aprendizagem.

Por *ajuda da enfermeira* entende-se uma melhoria no bem-estar do cliente com quem interage (expresso pelo próprio, verbal ou não verbalmente) atribuível, pelo menos em parte, à relação estabelecida com esta.

4. Método

As questões de investigação sugerem um estudo no âmbito do paradigma da investigação qualitativa,

seleccionando-se como estratégia principal a análise dos discursos, apropriada para questões de investigação que respeitam à interacção enfermeira-cliente (Morse, 1994). A narrativa, sob a forma de uma experiência, pode expressar vários registos, o factual e a sua significação, pelo menos. A tomada de consciência desses registos permite conhecer os saberes que cada um tem à disposição, facilitando a tomada de consciência dos seus referenciais (Josso, 2002). O valor da narrativa no contexto dos cuidados não tem sempre a ver com a resposta a questões, mas mais com a descoberta de questões importantes sobre os fenómenos que eram invisíveis antes de serem narradas (Vezeau, *in* Skott, 2001).

As nossas preocupações e a pergunta de partida induzem uma investigação-acção. O presente estudo segue uma modalidade de investigação-acção — a investigação-formação —, na medida em que a colheita e análise dos dados são realizadas em simultâneo com a reflexão das enfermeiras (colaboradoras e investigadora) sobre a sua actuação profissional, com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional de cada uma. Na investigação-formação, «cada etapa da investigação é uma experiência a elaborar para que quem nela estiver empenhado possa participar numa reflexão teórica sobre a formação e os processos através dos quais ela se dá a conhecer» (Josso, 2002, p. 85).

O estudo sobre as práticas das enfermeiras especialistas clínicas levado a cabo por Dominicé, Favario e Lataillade (2000), que teve como objectivo identificar os saberes de referência presentes na actividade dessas enfermeiras, constitui-se como uma referência. Seguiu uma estratégia de investigação-formação, largamente praticada em formação de adultos, e utilizou a narrativa de aprendizagem, «L'accès aux savoirs de référence peut passer par un récit, fondé sur l'examen des expériences professionnelles accumulées» (p. 23).

4.1. Contexto e participantes

O centro de saúde, situado nos arredores de Lisboa, perto de Sintra, é conhecido pela sua abertura a novos projectos e era já familiar à investigadora por ter sido objecto de estudo numa investigação anterior. Luta com dificuldades comuns a outros centros, acrescidas de um considerável aumento da população que serve, especialmente devido à chegada de emigrantes de África e de Leste. Há um esforço claro para manter a qualidade dos serviços prestados; no entanto, os efectivos não têm aumentado. No início do estudo, 69,5% de enfermeiras (num total de 23, das quais duas são enfermeiras

especialistas) estavam a trabalhar 42 horas semanais. De um total de 27 médicos (medicina familiar e três especialistas), diariamente não estão ao serviço cerca de seis.

O trabalho das enfermeiras está distribuído por programas de actividade de cada uma das duas equipas multiprofissionais; cada enfermeira pertence a uma das equipas e desempenha funções com mais frequência num dos programas. Assim, durante esta etapa do estudo, uma das enfermeiras desempenhou funções com maior frequência na área da saúde materna (inscrições e consulta), outra na sala de tratamentos e outra na área da saúde infantil, embora todas tenham trabalhado na sala de tratamentos, na vacinação e nos cuidados continuados (colaborando com a equipa fixa).

As enfermeiras colaboradoras no estudo tinham, no início do estudo, entre onze e vinte anos de exercício profissional, duas essencialmente na área hospitalar e uma essencialmente em centro de saúde. Nessa data, uma das enfermeiras trabalhava neste centro há oito anos e as outras há meses. Todas frequentaram o curso de Enfermagem Geral e uma delas frequentou e completou o curso de complemento de formação em enfermagem durante o período de recolha de dados deste estudo. Todas demonstraram, desde o primeiro contacto, interesse em participar no estudo.

4.2. Procedimentos de recolha de dados

A etapa exploratória do estudo, que decorreu de Novembro de 2001 a Junho de 2002, incluiu reuniões com o grupo de colaboradoras (que se voluntariaram para este projecto), observação de interacções destas com clientes e a sua análise (em grupo) e observação participante (em especial em salas de espera e no refeitório do pessoal), resultando daí a elaboração do projecto de investigação, preparado em conjunto e com o acordo da enfermeira-chefe.

Confirmado o empenho das três enfermeiras em participarem como colaboradoras e o interesse do estudo para o centro de saúde, a etapa de recolha de dados decorreu de Junho 2002 a Março de 2003 e consistiu em:

- Treino da investigadora dos procedimentos de colheita de dados (com todas as enfermeiras e alguns utentes) e correcção do guião elaborado em conjunto para os relatos de interacções;
- Relatos orais de enfermeiras e utentes, de interacções que tiveram lugar dias antes (entre cinco e um dia) com utentes em transição que tinham dado sinais de se terem sentido ajudados. Os

utentes foram contactados pela enfermeira com quem tinham interagido para obter o seu consentimento, mas escutados somente pela investigadora. Todos os relatos foram feitos no centro de saúde em sala recatada. Os relatos escritos pelas próprias enfermeiras seriam, provavelmente, mais adequados, mas verificou-se haver dificuldade na sua execução.

Os relatos foram gravados com base num guião. Para as enfermeiras, os tópicos eram os seguintes: quem iniciou o contacto; porquê; contexto; o que vi e ouvi; como vivi a situação; o que fiz; o que registei ou registaria sobre esta interacção; ao pensar nesta situação, o que é que me terá levado a actuar deste modo? Para os utentes, os tópicos eram os seguintes: nesse dia qual foi o motivo que o levou ao centro de saúde; como é que encontrou a enfermeira A/B/C; como se sentiu após o encontro com a enfermeira A/B/C; o que é que ela fez; de que é que trataram; era o que esperava de uma enfermeira?

4.3. Procedimentos de análise de dados

- Análise das transcrições dos relatos das enfermeiras e dos utentes pela enfermeira respectiva e investigadora. Estas análises foram gravadas e transcritas;
- Análise de conteúdo das transcrições dos relatos orais e das análises das transcrições desses relatos pela investigadora. As unidades de significação foram confirmadas por outra investigadora, que confirmou as categorias de análise.

A análise de conteúdo foi feita indutivamente, isto é, depois de várias leituras flutuantes das transcrições, foram identificadas as unidades de significação (segmentos de texto com significado, incluindo um código substantivo indicador de uma possível categoria). Cada unidade de significação foi codificada e os códigos foram agrupados em categorias provisórias. As categorias foram englobadas em quatro temas que se enquadram nas perguntas de investigação. De uma forma geral, foram seguidos os procedimentos de recolha de dados e os primeiros passos dos procedimentos de análise dos dados do método das comparações constantes da *grounded theory* de Glaser e Strauss, explicitados por Lopes (2003), especificamente utilizando uma codificação aberta. A validade (capacidade de as categorias analíticas medirem o fenómeno) foi assegurada, até agora, no que respeita à validade relativa à natureza dos dados, isto é, verificando se a codificação representa adequadamente todas as dimensões importantes do conceito. A fiabi-

lidade dos dados foi assegurada no que respeita à estabilidade (os resultados continuam invariantes ao longo do tempo e a mesma pessoa, neste caso a investigadora, codificou os mesmos textos em momentos diferentes) e reprodutibilidade (os resultados continuam invariantes quando as regras de codificação são aplicadas por pessoas diferentes, ou seja, a fiabilidade intercodificadores), tendo o grau de consenso entre codificadores sido de 95% (Landry, 2003).

Houve a intenção de não «fechar» cedo de mais a análise. Nem todas as categorias encontradas permitem responder cabalmente às perguntas de investigação, deixando essa etapa para mais tarde. Só depois da categorização se fará a relação com a teoria. Nesta etapa do estudo pretendem-se levantar interrogações que facilitem a compreensão mais profunda da codificação já realizada, de forma a vir a encontrar possíveis respostas às perguntas de investigação, através dos comentários das próprias colaboradoras e de um grupo multiprofissional de consultores, uns que trabalham no mesmo centro de saúde, outros não. Esses comentários espontâneos, não orientados, permitirão às colaboradoras e investigadora reelaborar a análise e ter um novo olhar sobre os próximos relatos de interacções e sua análise.

4.4. Caracterização das situações de cuidados

As situações de cuidados seleccionadas pelas enfermeiras colaboradoras no estudo foram caracterizadas da seguinte forma pelas próprias:

- Como é que os utentes chegam ao contacto com a enfermeira? Referenciados pelo médico; por iniciativa própria; para fazerem tratamento;
- Condição de saúde dos utentes: idosa com melanoma; rapaz em tratamento pós-cirúrgico, local íntimo, sem trabalhar; jovem de raça negra; pais muito aflitos; utente, pós-pequena cirurgia; uma senhora grávida; utente de 16 anos; criança após acidente escolar; amputação, miúda queixosa, mãe em pânico;
- Área de actuação onde a enfermeira estava a exercer: inscrição em saúde materna; sala de tratamentos; consulta de enfermagem; vacinação; visita domiciliária.

5. Saberes utilizados pelas enfermeiras — resultados preliminares

O *Quadro I* explicita os temas e as categorias até agora identificados no âmbito de cada um dos temas.

Quadro I
Temas e categorias

Temas	Categorias
Que saberes são utilizados pela enfermeira na interacção com o utente?	<ul style="list-style-type: none"> • Sabe gerir o tempo dos cuidados • Utiliza estratégias de comunicação • Compreende os modos humanos de viver • Mobiliza conhecimentos escolares • Torna as pessoas mais independentes • Utiliza modos próprios de lidar com adolescentes • Domina meandros do percurso do utente • Age em situações de elevada complexidade
Como é que a enfermeira gere as condições do contexto?	<ul style="list-style-type: none"> • Mantém regras • Confere com outros profissionais • Permite que a organização/pressão do trabalho limite a sua acção profissional • Com desgaste emocional inoperante • Sabe ultrapassar limitações
Quem são as enfermeiras?	<ul style="list-style-type: none"> • Características pessoais (empenhada, consciente da sua humanidade, a enfermeira tem de estar em equilíbrio, enfrenta situações, profissional aberta a aprender) • Sentido dado aos cuidados de enfermagem • Percepção dos resultados dos cuidados de enfermagem
Quem são os utentes?	<ul style="list-style-type: none"> • Reacção à interacção com a enfermeira • Percepção dos profissionais de saúde

5.1. Que saberes são utilizados pela enfermeira na interacção com o utente?

Este tema diz respeito aos saberes utilizados pela enfermeira na interacção com o utente, verificando-se que utiliza esses saberes em função da situação concreta do utente. O *Quadro II* mostra os códigos substantivos que foram agrupados constituindo cada categoria. Seguem-se excertos do texto (unidades de significação) que exemplificam a lógica seguida na codificação e categorização.

A enfermeira gere o tempo dos cuidados em função da situação concreta do utente, pelo que tanto pode decidir resolver rapidamente:

[...] eu queria livrar a criança o mais depressa possível da sala [de tratamentos], desenrascar a situação [chegar ao hospital no mais curto espaço de tempo]... tentar acalmar a mãe para ver também se a mãe diminuía a ansiedade que tava a transmitir à criança, portanto resolver a situação o mais rapidamente possível [RB3].

como pode ser apropriado dar-se tempo:

Neste caso estive algum tempo, porque o próprio acto técnico de administração da injeção é uma coisa que se faz em cinco minutos e eu tive com esta senhora aí uns vinte minutos, porque achei que foi suficiente, não fui eu que estabeleci um timing para estar com ela, portanto, mediante a interacção com aquela pessoa, que achei que chegou ao fim dos 20 minutos e eu também estava satisfeita com a forma como prestei todos aqueles cuidados [ARA3].

Há situações em que abrevia o contacto para outros técnicos actuarem. Que outras situações da prática levarão à utilização desta forma de saber?

A enfermeira sabe utilizar estratégias de comunicação, de forma a melhorar o estado de saúde do utente, o que é visível nos seguintes excertos, exemplos de alguns códigos substantivos que dão forma a esta categoria. A enfermeira não mostra pressa:

Mas vi que também ela própria tinha necessidade em falar... e então proporcionei-lhe esse espaço, porque, se eu lhe mostrava um ar apressado, «pronto, vou-me embora, adeus», não tinha dado essa oportunidade da pessoa expressar, falar. E, como lhe dei esse tempo, acho que também isso foi benéfico para a relação que se estabeleceu. Depois fui-me apercebendo neste contexto que a pessoa falava das dificuldades e do acesso para ir ter com o médico [ARA3].

A enfermeira questiona:

Uma vez que ela acabava aquela etapa de injeções deve ter pensado: «E agora? E amanhã? Como é que vai ser o dia de amanhã?» E eu aí fui-lhe questionando: «E então como é que...?» Fui-lhe colocando algumas perguntas, mesmo para eu estar a par e aperceber-me da situação daí para a frente. Eu quando acabei a injeção lembro-me perfeitamente: «Pronto, esta agora é a última injeção. E agora? Como é que é amanhã?» Eu, portanto, coloquei esta questão. A senhora disse-me: «O médico deu-me estas orientações: quando acabasse a injeção depois iria ter com ele.» E eu aí voltei a questionar: «Então onde é o seu médico?» E ela então foi-me descrevendo [ARA3].

Estes são exemplos da utilização do saber das enfermeiras na prática. Interessa compreender melhor em que circunstâncias a enfermeira decide utilizar uma ou outra estratégia de comunicação.

A enfermeira compreende os modos humanos de viver e demonstra esse saber de várias formas: quando respeita os medos/emoções do utente:

Não conhecia a empregada de lado nenhum, mas mesmo que a conhecesse eu não iria contar à empregada. Ele estava em pânico que a empregada soubesse. Provavelmente para não ir dizer aos outros funcionários, com certeza [RC2].

quando respeita a decisão do utente:

[...] ela tinha uma ideia, só mais tarde a podemos aconselhar, agora aceitamos o que ela quiser fazer [ARB2].

quando percebe como o utente se sente:

Não sei, porque não falei, porque não tenho tempo para aprofundar. Penso, com uma margem de erro... não sei se ela me está a querer perguntar algo, se está a querer que eu confirme (a gravidade), essa sensação depressiva e de angústia que ela sente ou se é o próprio não saber bem a situação que a está a angustiar... Não consegui ainda entender, só que também não é fácil... porque também tenho medo de... a... fazer sentir ainda com a perspectiva de um mau prognóstico. Vai com cuidado, pois caso não saiba (prognóstico) se eu lhe vou dizer... Acho que tem direito à informação. Temos que perceber o que as pessoas querem saber, ainda para mais com a limitação

Quadro II
Que saberes são utilizados pela enfermeira na interacção com o utente?

Categoria	Código substantivo
Sabe gerir o tempo dos cuidados	Resolve rapidamente Dá-se tempo Abrevia contacto para outros técnicos actuarem
Utiliza estratégias de comunicação	Obtém <i>feed-back</i> do utente Estabelece relação empática Desvia a atenção do foco de preocupação Não mostra pressa Não mostra sentimentos negativos Questiona Dialoga Faz um mimo Clarifica Sabe ler o corpo Tem dúvidas sobre a melhor estratégia
Compreende os modos humanos de viver	Respeita os medos/emoções Respeita decisão do utente Percebe como o utente se sente Percebe o que o utente quer saber Age como se fosse amigo Os homens são muito mais queixosos do que as mulheres Sabe importância do ânimo Entende a etapa em que o utente está Mobiliza conhecimentos escolares. Avalia a sua actuação Faz diagnóstico de enfermagem Continuidade é facilitadora de cuidados Faz apreciação do utente na perspectiva de enfermagem Conhece efeitos dos cuidados de enfermagem (posicionamento, informação, não mostrar pressa) Conhece evolução do tratamento Conhece efeitos da terapêutica Conhece fisiopatologia Sabe intervalo de tempo para fazer cirurgia reconstrutiva Conhece evolução da gravidez Torna as pessoas mais independentes. Ajuda a raciocinar Dá instrumentos Ajuda a ultrapassar a situação Explica Informa Demonstra Ajuda a analisar
Utiliza modos próprios de lidar com adolescentes	Causa perplexidade para obter adesão Verifica se fala verdade É mais tolerante
Domina meandros do percurso do utente (para estabelecer pontes entre instituições e pessoas)	Assegura-se de que o utente sabe utilizar recursos Dá resposta a solicitações Encaminha Regista para dar continuidade aos cuidados (e se salvaguardar) Telefona ao médico Envia fax Encaminhamento pelo «segurança» Percebe formas para ser atendido
Age em situações de elevada complexidade (imprevisibilidade e número de factores envolvidos)	Analisa dados variados (disponíveis e não disponíveis) Estabelece prioridades Utiliza recursos (decide em conjunto) Pensa enquanto age Sujeito de cuidados é um grupo Actua primeiro e pensa depois/gera emoções

que eu não tenho o acompanhamento daquela doente, eu não sei... [ARC3].

quando age como se fosse amigo:

E, por outro lado, penso que ele, como gosta que eu lhe faça o tratamento, lhe alivia um pouco aquela expectativa do dia a dia, de ter de vir todos os dias... e o tem ajudado. Até porque ele estava mais ansioso nas primeiras interações. E agora é como se viesse ver um velho amigo [RC1].

quando entende a etapa que a pessoa está a viver:

A vida continua mas deve ser extraordinariamente difícil dizer a vida continua. Profissionalmente, temos que entender a etapa em que a pessoa está, se está na etapa de se concentrar em si própria ou se está numa fase em que consegue fazer as duas coisas ou noutra. As fases não são estanques. As pessoas não reagem da mesma maneira [ARC3].

Compreender os modos humanos de viver parece ser um tipo de saber que tem múltiplas facetas. Quais as que ainda não surgiram neste estudo preliminar? Até que ponto será possível relacionar a utilização destes tipos de saber com o bem-estar dos utentes?

Saber mobilizar conhecimentos escolares foi identificado através de saberes apropriados à forma de ajudar os utentes sujeitos do estudo. É de prever que haja muitos outros conhecimentos escolares que as enfermeiras utilizam. Alguns destes são saberes da disciplina de Enfermagem, como a avaliação da situação, no sentido de fazer uma apreciação na perspectiva de enfermagem:

Pronto, lá acabei o penso, e expliquei ao senhor que era importante ele me transmitir realmente o que sentia. Se tinha mais dor ao longo do tratamento, já tinha passado um mês, se a dor tava a aumentar com o tempo, o que não era normal. Podia ser um indício de não tar numa boa evolução e eu portanto precisava de saber [RA4].

A enfermeira conhece os efeitos dos cuidados de enfermagem:

São os saberes da parte técnica de enfermagem. O penso, o açúcar que sei que pode ajudar, a posição em que ele ficou e o acalmá-lo. Dar-lhe tempo, dar-lhe açúcar, a posição de Trendlenburg, medir a tensão, que eu sabia que não devia estar muito alterada, só nos quadros mais complicados é que altera e não estava. Mas dizer-lhe

que estava boa deu-lhe a sensação... e não ter pressa, para ele foi importante [RC2].

A enfermeira avalia a sua actuação:

É uma capacidade [antecipar] também um pouco intrínseca, possivelmente nasceu comigo... quando acabo uma tarefa, mesmo que seja uma tarefa (risos) noutra área, não deixo... como se arrumasse o que está feito. Tenho alguma preocupação, até em fazer avaliação dessa tarefa. E neste caso, pode não ser uma avaliação do acto, porque aí tinha que ser muito a posteriori, voltar lá, saber como é que correu, saber os passos que fiz, mas acho que é planejar talvez a próxima intervenção, não sei se posso dizer assim [ARA3].

A enfermeira sabe que a continuidade é facilitadora de cuidados:

[...] os cuidados não estão planeados assim [continuidade de contacto com a mesma enfermeira], se calhar isso seria o ideal [...] [ARA3].

A enfermeira conhece a evolução do tratamento:

Fiquei muito atenta a estes sinais [queixoso, movia-se com dificuldade, sofrido, pálido, fácies apreensivo, ansioso... quase em pânico num jovem de cerca de 30 anos] um pouco exagerados para o que seria de esperar mas podia ser justificado e pensei... gerou logo uma inquietação em ver, falar com ele de forma que se fosse ansiedade lhe baixar também esses níveis de ansiedade e, por outro lado, fiquei logo inquieta para ver se aquele problema de saúde — a ferida dele — estaria a evoluir positivamente ou não, porque achei-o muito queixoso [ARA4].

Tornar as pessoas independentes é um tipo de saber que as enfermeiras demonstraram, por exemplo, ajudando a raciocinar:

Ela própria também fez o mesmo raciocínio que eu [...] Portanto ela foi acompanhando, eu fui ajudando a que ela também relacionasse o que ela sentia perante a sua situação. Não impus os meus conhecimentos. Ajudei-a também a raciocinar e ela obter as suas respostas e tar alerta para... [RA3].

Também explicando:

Apercebi-me das dificuldades de acesso que ela teria que ter para ir ao médico, que era num

quinto andar, teria de subir a escada, o centro de saúde não tem elevador e realmente numa situação daquelas a perna precisava estar em repouso [...] descansei a senhora [...] precisa realmente é de repousar e alertei-a para possíveis sinais que surgissem novamente, sinais inflamatórios, que aí iria automaticamente ao médico, nem que fosse ao serviço de urgência, que era num rés-do-chão [...] manter em repouso e que estaria muito melhor [RA3].

Ou ainda demonstrando:

Nos dias em que vou à escola as professoras esperam que eu chegue para participar na distribuição do flúor. Mas como vou de 15 em 15 dias, por rotina o flúor está-se a fazer nos dias em que eu vou à escola. A minha presença não é imprescindível, tanto quanto possível concilia-se. A própria professora também faz um bochecho de flúor, às vezes até eu, nas primeiras demonstrações também faço um bochecho de flúor. Elas sabem fazer mesmo sem eu lá estar [ARUB1].

A enfermeira sabe agir em situações de elevada complexidade, caracterizadas quer pela imprevisibilidade das situações, quer pelo número de factores envolvidos. Nestas situações, tem, por exemplo, de analisar dados variados (disponíveis e não disponíveis):

[...] portanto quando eu lhe perguntei o nome do pai da criança ela só sabia o diminutivo pelo

qual ele é conhecido [...] tive que dar sequência à solicitação da médica, depois tive que pensar que era uma adolescente grávida, depois tive que pensar que ela vinha com um problema, embora esse problema não fosse real, foi só uma desculpa para chegar cá [RB2].

Noutras situações, o sujeito de cuidados não é só uma pessoa mas várias:

[...] vi uma criança queixosa e a dizer eu não quero morrer! Mas também porque já vinha... a mãe muito ansiosa com ela. Ah e vinha também uma auxiliar de acção educativa dessa mesma escola, que está habituada... Era a pessoa mais calma entre todos... a mãe vinha muito, muito ansiosa e estava a transmitir o pânico dela à criança. O irmão mais velho vinha um pouco mais calmo [RB3].

5.2. Como é que a enfermeira gere as condições do contexto?

Este tema respeita aos saberes utilizados para gerir as condições do contexto de trabalho, verificando-se que a enfermeira balança entre não usar e usar a sua autonomia, não decidindo ou decidindo utilizar o seu saber. O *Quadro III* mostra os códigos substantivos que foram agrupados, constituindo cada categoria. Seguem-se excertos do texto (unidades de significação) que exemplificam a lógica seguida na codificação e categorização.

Quadro III
Como é que a enfermeira gere as condições do contexto?

Mantém regras	Não regista acções não técnicas Não usa instrumentos de medida possíveis Por habituação/dever Tenta esconder dificuldades organizacionais
Confere com outros profissionais	Fala com médico
Permite que a organização do trabalho limite a sua acção profissional	Nas vacinas limita-se a cumprir a tarefa Não obtém a informação de que necessita Atribui resistência de outros à mudança Limita-se ao acto mecânico Encurta interacção Sabe que intervenção da enfermeira fica reduzida a números e técnicas
Com desgaste emocional inoperante	Sente remorsos Fica irritada
Sabe ultrapassar limitações	Toma posição em espaço próprio Evita que pressão da sala cause mais sofrimento

Uma das formas que a enfermeira encontra para gerir as condições do contexto é *manter as regras*, não decidindo, por exemplo, tentando esconder dificuldades organizacionais:

Eu tinha o telefone ao pé da criança portanto a mãe apercebia-se que eu estava a tentar fazer o possível mas que não tava a ter feed-back. Por mais que eu me contivesse e tentasse falar contidamente ao telefone a mãe apercebia-se que nenhum dos meus telefonemas estava a resultar [obter a assinatura de um médico na carta de transferência para o hospital] [ARB3].

No entanto, também *sabe ultrapassar as limitações do contexto de trabalho*, por exemplo, tomando posição:

E aqui há espaços onde se consegue falar, tem que se limar um bocado a maneira como dizemos as coisas, mas pode-se falar. Não cai em saco roto. Das duas ou três ou quatro que se falem à quinta já não acontece exactamente assim... [ARB3].

5.3. Quem são as enfermeiras?

As enfermeiras mostram o sentido que dão aos cuidados e a percepção que têm dos resultados dos cuidados prestados, desenvolvendo características que permitam sobreviver no contexto de trabalho. O *Quadro IV* mostra os códigos substantivos que foram agrupados, constituindo cada categoria. Seguem-se excertos do texto (unidades de significação) que exemplificam a lógica seguida na codificação e categorização.

A enfermeira expressa o *sentido que dá aos cuidados de enfermagem* de formas variadas, como, por exemplo, descansar o utente:

Eu estive algum tempo porque ela precisava ser descansada, e eu acho que isto é um acto de enfermagem [ARA3].

ou baixar a ansiedade do utente:

Portanto, percebo de alguma forma, tenho ajudado nesta fase [penso pós-cirúrgico], embora não muito grave mas difícil [RC1].

ou ainda as técnicas e o resto:

Cuidar tem duas facetas: técnica, ex. fazer o penso e tudo o resto, ambiente que se cria, sentirmo-

-nos bem, proporcionar bem-estar ao utente e de preferência aos dois [ARC1].

ou ainda considerar os cuidados como um processo:

[...] eu acho que o primeiro contacto é muito importante mas o último também o é. É assim, no primeiro, estabelece-se a relação de ajuda, de confiança, aquela... ao longo vai-se fazendo manutenção, mas no fim, no fim é a alta de enfermagem, também se tem que ser muito cuidadoso... [...] Este [contacto] era o último de enfermagem e o primeiro para mim, mas li os registos anteriores das colegas. Mas exactamente, eu tive que chegar, apresentar-me, conhecer... naquele espaço de tempo fiz isto tudo, mas tive que o fazer, senão, fazia a administração e ia-me embora [...] [ARA3].

As enfermeiras têm a *percepção dos resultados dos seus cuidados*, entre os quais que o utente fica mais calmo:

acho que mobilizei os conhecimentos ao mesmo tempo que fui estabelecendo uma relação com a senhora e... senti-me bem. Senti que tinha contribuído para ela ficar mais calma e também tive esse feed-back da parte da senhora, que me agradeceu [RA3].

Também percebem que o utente se sentiu ouvido:

Estava a mandá-la para o hospital com algum risco, mas pelos vistos foi alguém que a ouviu numa altura em que ela não se sentia bem [ARB1].

Ou que ficou menos ansioso:

Como referência para medir a ansiedade perguntei se «Então, desta vez ainda fumou dois cigarros?» [antes de entrar no centro de saúde]. Portanto, aqui ainda não consegui baixar mais esta ansiedade [ARA4].

Ou ainda que o utente se sentiu mais informado:

[...] e mostrou-me que tinha percebido também as orientações, que estava de acordo, de maneira que achei que era suficiente [ARA3].

5.4. Quem são os utentes?

O tema «Quem são os utentes?» respeita à reacção à interacção com a enfermeira e à percepção que têm

Quadro IV
Quem são as enfermeiras?

Categorias	Subcategorias e códigos
Características pessoais	<p><i>Empenhada</i> Satisfeita por resolver bem Ser diferente dos médicos (papel profissional) Só entra nalguns projectos Sente-se responsável Dedico-me de mais Excede o horário À custa da vida privada <i>Consciente da sua humanidade</i> Não são máquinas cuidadoras Deixa-se surpreender Aceita ser ajudada Sente-se impotente Dificuldade em lidar com mau prognóstico <i>Enfermeira tem de estar em equilíbrio</i> Trabalha em terrenos movediços Deixa-se incomodar com a situação e reflecte sobre ela Sente-se bem com afecto que recebe do utente Sobrecarregada Sabe gerir as suas emoções Enfrenta situações <i>Profissional aberta a aprender</i> A entender emoções Com a vivência familiar A reflectir Com a experiência Identificando-se com a situação Com conhecimentos teóricos</p>
Sentido dado aos cuidados de enfermagem	<p>Descansar o utente Baixar a ansiedade do utente Acalmar o utente Fazer entender Compreender o outro Dar tempo As técnicas e o resto (ouvir o outro, falar com o outro, desdramatizar a situação, criar ambiente, sentirmo-nos bem, proporcionar bem-estar ao outro) Relação gratificante para enfermeira e utente Trocar sentimentos Um processo Que enfermeiro perca poder Fazer a ponte entre utente e médicos Prever o futuro para orientar Prevenir recaídas Utente apto a gerir o seu processo A pessoa e o meio</p>
Percepção dos resultados dos cuidados de enfermagem	<p>Utente mais calmo Utente sentiu-se ouvido Utente menos ansioso Utente sentiu-se informado Utente já consegue gerir a situação Utente sentiu-se respeitado Utente sentiu-se bem tratado</p>

da enfermeira e outros profissionais de saúde, mas parece poder ser completado no futuro de forma a compreender melhor como é vivida a interacção pelo seu lado. O *Quadro V* indica os códigos substantivos que formam as categorias encontradas.

Os *utentes reagem à interacção com a enfermeira* de formas variadas. Por exemplo, sentindo-se ouvido:

Fui ao centro de saúde falar com a enfermeira B, que me ouviu atentamente, encaminhou para outra enfermeira e para o psicólogo [RUB1].

Outras vezes mostrando que desejam a mesma enfermeira para dar continuidade aos cuidados:

Não entendia bem o que elas me dizem. Mas se falar devagarinho entendia. Rápido é que... Mas cheguei aqui, sempre que falava me entendia. Daqui pra frente, quando chega aqui é a primeira pessoa que eu pergunto. D. B tá aí, tá? Se não tá é D. I. Sempre eles os dois [RUB2].

6. Discussão dos dados

Os dados encontrados respondem já em parte às perguntas de investigação (*Quadro VI*). A descrição dos saberes utilizados pelas enfermeiras é, provavelmente, incompleta, mas permite já verificar a utilização dos saberes nos domínios adoptados para as competências da enfermeira preconizadas pela profissão, como, por exemplo, no que respeita à promo-

ção da saúde: «vê o indivíduo, família e comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde»; «aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educar para a saúde»; «actua de forma a dar poder ao indivíduo, família e comunidade para adoptarem estilos de vida saudáveis»; «proporciona apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente» (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p. 189-196). Também se verificam lacunas, como, por exemplo, no que respeita à documentação dos dados colhidos sobre o utente, à intervenção da própria enfermeira e à avaliação da evolução no sentido dos resultados esperados da sua intervenção. A formação contínua poderá ajudar a aumentar as competências das enfermeiras, mas será que as expectativas dos outros profissionais e da administração dos serviços de saúde vão no mesmo sentido?

Relativamente aos modos que as enfermeiras encontram para gerirem as condições do contexto, os dados encontrados descrevem as dificuldades que as enfermeiras enfrentam para demonstrarem os saberes que detêm e põem em prática as suas competências. As competências da enfermeira na área da gestão de cuidados incluem «ambiente seguro» (ex: utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais) e «cuidados de saúde interprofissionais» (ex: participa com os membros da equipa de saúde na tomada de decisão respeitante ao cliente). As dificuldades são conhecidas de há longa data e já estudadas (Basto *et al.*, 2000; Lopes, 2001). A ques-

Quadro V
Quem são os utentes?

Categorias	Códigos
Reacção à interacção com a enfermeira	Fazer penso
	Trataram-me muito bem
	Tratam bem pessoas de mais idade
	Consideração
	Simpáticas
	Sentiu-se ouvido
	Deseja mesma enfermeira para continuar a cuidar
	Sente-se à vontade com enfermeira
	Confia na opinião da enfermeira
	Sentiu-se aliviado
Percepção dos profissionais de saúde	Racistas
	Confiáveis
	Perspectiva individualizada dos médicos
	Enfermeiras vistas como grupo
	Funcionários públicos
Poucas enfermeiras, muito atarefadas	
Enfermeiras experientes	

tão que se levanta é compreender por que persistem. A formação das enfermeiras tem melhorado em profundidade e duração, quer no que diz respeito à formação inicial, quer à formação contínua. A política de saúde tem favorecido os direitos e deveres dos cidadãos em relação à saúde, tornando-os mais exigentes e tendencialmente parceiros nos cuidados, mas a gestão dos serviços de saúde estará centrada no cidadão, considerando os vários tipos de profissionais como recursos que só poderão ser eficazes se trabalharem em conjunto? A organização dos serviços continuará centrada no médico? De que necessitam as enfermeiras para demonstrarem a sua competência? De que necessitam os médicos para trabalharem eficazmente com as enfermeiras? Será que há um desconhecimento mútuo apesar do contacto próximo? Do peso da história de cada grupo profissional? Será uma questão de relação de poder entre os grupos? Será que enfermeiras e médicos não aceitaram ainda que, relativamente à saúde, o poder está do lado dos utentes, só os pequenos poderes, relativos à organização, é que estão do lado dos profissionais?

A descrição do que caracteriza as enfermeiras participantes neste estudo dá já indicações do sentido que dão aos cuidados de enfermagem e da percepção que têm dos resultados dos cuidados de enfermagem e estes estão em consonância com alguns dos enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional das enfermeiras (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p. 147), como, por exemplo, os que dizem respeito à satisfação do cliente — a procura constante da empatia nas interações com o cliente e o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados. Embora a linguagem utilizada não corresponda exactamente à do paradigma da transformação (segundo Kérouac *et al.*, 1994), os dados dão uma indicação da probabilidade de as enfermeiras participantes neste estudo se situarem na transição do paradigma da integração (orientação centrada na pessoa) para o paradigma da transformação (orientação centrada no bem-estar da pessoa definido por ela própria), o que estaria de acordo com os resultados de estudos anteriores sobre enfermeiras portuguesas (Basto e Portilheiro, 2003).

Quadro VI Questões de investigação, temas e categorias encontradas no estudo

Questões de investigação	Tema	Categoria
O que é que caracteriza a intervenção da enfermeira em interacção com o utente quando um ou outro sentem que houve ajuda da enfermeira?	Que saberes são utilizados pela enfermeira na interacção com o utente?	<ul style="list-style-type: none"> • Sabe gerir o tempo dos cuidados • Utiliza estratégias de comunicação • Compreende os modos humanos de viver • Mobiliza conhecimentos escolares • Torna as pessoas mais independentes • Utiliza modos próprios de lidar com adolescentes • Domina os meandros do percurso do utente • Age em situações de elevada complexidade
O que caracteriza o contexto da intervenção quando a enfermeira ou o utente sentem que houve uma efectiva ajuda pela enfermeira?	Como é que a enfermeira gere as condições do contexto?	<ul style="list-style-type: none"> • Mantém regras • Confere com outros profissionais • Permite que a organização/pressão do trabalho limite a sua acção profissional • Com desgaste emocional inoperante • Sabe ultrapassar limitações
O que caracteriza as enfermeiras que ajudam os utentes em situações de transição?	Quem são as enfermeiras?	<ul style="list-style-type: none"> • Características pessoais (empenhada, consciente da sua humanidade, a enfermeira tem de estar em equilíbrio, enfrenta situações, profissional aberta a aprender) • Sentido dado aos cuidados de enfermagem • Percepção dos resultados dos cuidados de enfermagem
O que caracteriza o utente que se sente ajudado pela enfermeira?	Quem são os utentes?	<ul style="list-style-type: none"> • Reacção à interacção com a enfermeira • Percepção dos profissionais de saúde

Relativamente ao que caracteriza os utentes, os dados obtidos não permitem uma descrição analisável, pelo que o guião da entrevista será reformulado.

Esta etapa do estudo refere-se à descrição dos dados preliminares, pelo que não é apropriado tentar teorizar (Huberman e Miles, 2000). A etapa seguinte do estudo consistirá na recolha de narrativas de enfermeiras e utentes, mantendo os mesmos critérios, que serão transcritas e sujeitas a análise de conteúdo segundo o método das comparações constantes da *grounded theory*, sendo os achados sempre discutidos com as enfermeiras participantes no estudo, tal como até aqui. Atingindo a saturação dos dados, será então possível passar à etapa seguinte de construção da estrutura teórica e comparar a teoria emergente com a literatura existente.

7. Conclusão

Conclui-se este artigo relembrando que se apresentaram dados preliminares de um projecto de investigação que pretende desocultar saberes utilizados pelas enfermeiras na sua prática profissional num centro de saúde através de relatos gravados de enfermeiras e utentes que respondem parcialmente às questões de investigação (*Quadro VI*).

Esses saberes estão agrupados em quatro temas: saberes utilizados pelas enfermeiras em interacção com o utente, forma como a enfermeira gere as condições do contexto, quem são as enfermeiras e quem são os utentes. A categorização é provisória. Propositadamente não são feitas considerações teóricas a partir destes dados, pois trata-se da etapa descritiva e não explicativa do estudo. Verifica-se desde já a necessidade de rever o guião do relato dos utentes. Os dados obtidos referem-se a um número limitado de relatos e considera-se útil que antes de continuar a colher e a analisar mais dados através de relatos se analisem as reacções à presente análise de um grupo de consultores de várias áreas profissionais para a enriquecer com um novo olhar. No mesmo sentido são bem-vindos comentários de leitores.

A análise destes dados preliminares permite desde já levantar questões que podem aprofundar a discussão com as enfermeiras participantes no estudo, contribuindo assim para a sua formação, como é intenção de um estudo de investigação-formação. Permite também dar alguns subsídios para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem. São descritas situações que podem desde já contribuir para uma gestão de recursos humanos mais eficaz nos centros de saúde, mostrando o contributo que as enfermeiras podem dar e os inconvenientes para os utentes da comunicação deficiente entre profissionais de saúde.

□ Referências bibliográficas

- ALEXANDER, M.; RUNCIMAN, P. — ICN framework of competencies for the generalist nurses : report of the development process and consultation. Geneva : International Council of Nurses, 2003 (ICN Standards and Competencies Series).
- BLAZER-RILEY, J. — Communications in nursing : communicating assertively & responsibility. St. Louis : Mosby, 1992.
- BARBIER, J. M. — Savoirs théoriques et savoirs d'action. Paris : Presses Universitaires de France, 1996.
- BASTO, M. L. — Da intenção de mudar à mudança. Lisboa : Rei dos Livros, 1998.
- BASTO, M. L., *et al.* — Contributo da enfermagem para a promoção da saúde da população. Lisboa : ARSLVT. ESEMFR, 2000.
- BASTO, M. L.; CARVALHO, Z. — A produção do conhecimento em enfermagem : o que escrevem os enfermeiros portugueses? *Pensar Enfermagem*. 7 : 2 (2.º semestre de 2003) 2-14.
- BASTO, M. L.; MAGÃO, M. T. — Práticas de enfermagem : algumas reflexões sobre o estado da arte da investigação. *Investigação em Enfermagem*. 4 (Agosto de 2001) 3-11.
- BASTO, M. L.; PORTILHEIRO, C. — Concepções de cuidados de enfermagem : o que dizem os enfermeiros. *Investigação em Enfermagem*, 7 (Fevereiro de 2003) 42-51.
- BENJAMIN, A. — A entrevista de ajuda. São Paulo : Livraria Martins Fontes, 1978.
- CARPER, B. — Fundamental patterns of knowing in nursing. In POLIFRONI, E.; WELCH, M. — Perspectives on philosophy of science in nursing. Philadelphia : Lippincott, 1999.
- CHALIFOUR, J. — La relation d'aide en soins infirmiers : une perspective holistique-humaniste. Paris : Lamarre, 1989.
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE, Otava, 17-21 de Novembro de 1986 — Carta de Otava para a Promoção da Saúde. Otava : OMS, 1986.
- CRUZ, M.C. — Satisfação da parturiente face à relação de ajuda. *Sinais Vitais*. (25 de Julho de 1999) 25-29.
- DOMINICÉ, P.; FAVARIO, C.; LATAILLADE, L. — La pratique des infirmières spécialistes cliniques : identifier des savoirs spécifiques. Paris : Seli Arslan, 2000.
- FAWCETT, J. — Conceptual models of nursing. Philadelphia : F. A. Davies, 1989.
- FAWCETT, J., *et al.* — On nursing theories and evidence. *Journal of Nursing Scholarship*. 33 : 2 (Second Quarter 2001) 115-119.
- GOMES, C. — O enfermeiro na ajuda à família com um doente terminal. *Sinais Vitais* (3 de Maio de 1995) 29-32.
- HENNEZEL, M. — La relation d'aide : manuel de soins palliatifs. Paris : Dunod, 1995. 333-340.
- HUBERMAN, A. M.; MILES, M. B. — Métodos para el manejo y el analisis de dados. In DENMAN, C. A.; HARO, J. A. — Por los rincones : antologia de métodos cualitativos en la investigación social. Hermosillo, Sonora, México : El Colegio de Sonora, 2000.
- ICN — Classificação internacional para a prática de enfermagem. Versão beta 2. Lisboa : Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2002.
- JOSSO, M. C. — Experiências de vida e formação. Lisboa : EDUCA, 2002.
- KÉROUAC, S., *et al.* — La pensée infirmière : conceptions et stratégies. Laval : Maloine, 1994.

LANDRY, R. — A análise de conteúdo. In GAUTHIER, B. — *Investigação social : da problemática à colheita de dados*. 3.^a ed. Lisboa : Lusociência, 2003.

LAZURE, H. — *Viver a relação de ajuda*. Lisboa : Lusodidacta, 1994.

Le BOTERF, G. — *De la compétence*. Paris : Les Éditions de l'Organisation, 1994.

LECLERCQ, G. — Lire l'agir pédagogique : une lecture épistémologique. *Revue des sciences de l'éducation*. XXVI : 2 (2000) 243-262.

LOPES, M. J. — A integração do doente oncológico no seu meio bio-sócio-familiar : problemas frequentes no doente oncológico pós-alta. *Enfermagem em Foco*. 7 : 28 (Ago./Out. de 1997) 25-29.

LOPES, M. J. — O estado da arte da investigação em enfermagem : o enfermeiro como sujeito/objecto da investigação. *Sinais Vitais* 38 (Setembro de 2001) 31-35.

LOPES, M. J. — A metodologia da grounded theory : um contributo para a conceitualização na enfermagem. *Investigação em Enfermagem*. 8 (Agosto de 2003) 63-74.

LOPES, N. — A recomposição dos saberes de enfermagem. Lisboa : Quarteto, 2001.

MARTINS, M. C. — Do cuidar teórico ao cuidar vivido : a estrutura essencial da relação de ajuda enfermeiro-utente. Lisboa : Universidade Católica Portuguesa, 1995. Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem.

MELEIS, A. — *Theoretical nursing : development & progress*. 2nd ed. Philadelphia : J.B. Lippincott, 1985.

MELEIS, A.; TRANGENSTEIN, P. — Facilitating transitions : redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 42 : 6 (Nov./Dec. 1994) 255-259.

MORSE, J. — Designing funded qualitative research. In DENZIN, N.; LINCOLN, Y. — *Handbook of qualitative research*. London : Sage, 1994. 220-235.

OLIVEIRA, I.M. — O escutar na relação de ajuda. *Enfermagem em Foco*. V : 20 (Ago./Out. de 1995) 29-31.

ORDEM DOS ENFERMEIROS — *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2003. 49-56.

ORDEM DOS ENFERMEIROS — *Conselho de enfermagem : do caminho percorrido e das propostas (análise do primeiro mandato — 1999/2003)*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2003.

PAIVA, A. — O estado da arte da investigação em enfermagem : o contexto da acção. *Nursing*. 161 (Dez. de 2001).

QUEIRÓS, M. — *Empatia e respeito : dimensões centrais na relação de ajuda*. Coimbra : Quarteto, 1999.

RAPOSO, M. L. — *A interacção no cuidar em enfermagem : um estudo com alunos em aprendizagem clínica*. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 1996. Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem.

REBELO, M. T. — Do fazer ao dizer enfermagem : que obstáculos? *Enfermagem*. 10 (1998) 14-19.

ROCHE, J. — Que faut-il entendre par professionalisation? *Education Permanente*. 140 (1999-3) 35-50.

ROGERS, C. — *A terapia centrada no paciente*. Lisboa : Moraes, 1974.

SCARELLI, E. M. — Vivenciando uma relação de ajuda com paciente no pós-operatório de transplante hepático. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 47 : 1 (Jan./Mar. de 1994) 67-70.

SCHON, D. — *Le praticien réflexif*. Toronto : Les Éditions Logiques, 1994 (Collection Formation des Maîtres).

SWANSON, K. M. — Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*. 40 : 3 (May/June 1991) 161-166.

SKOTT, C. — Caring narratives and the strategy of presence : narrative communication in nursing practice and research. *Nursing Science Quarterly*. 14 : 3 (Julho de 2001) 249-254.

SOARES M. I.; BASTO, M. L. — 10 anos de investigação em enfermagem em Portugal. *Enfermagem*. 14 : 2.^a série (Abril/Junho de 1999).

TEIXEIRA, O. — O estado da arte da investigação em enfermagem em Portugal : a profissão/modelos profissionais como objecto de análise. *Enfermagem*. 23-24 : 2.^a série (Jul./Dez. de 2001) 31-36.

Agradecimento

Agradeço à professora enfermeira Otilia Teixeira Fernandes a revisão do texto.

□ Abstract

FROM DAILY PRACTICE (IN)VISIBILITY TO NURSES' KNOWLEDGE : NURSING CARE IN HEALTH CENTRES

The preliminary data of a larger project, aiming at understanding nurses' knowledge mobilized in daily practice, is reported. The study, based on an epistemological position of knowledge construction, has concepts of health, nursing care practice and knowledge, as a conceptual framework. It aims at answering questions about what characterizes: the nurse's intervention in interaction with the client; the context of the intervention; the nurses; and the client. It is an education-research project. Study participants are three nurses and four clients who reported how they experienced the interaction. Narratives (based on a guide), taped during in the presence of the researcher, were transcribed and analysed with the nurses and the analysis were also taped. Qualitative content analysis of the transcripts (30) were done, codes and categories were validated by another researcher. Data regarding the way the nurse uses knowledge during the interaction with the client, includes: knowing how to manage time, understanding human ways of living, utilizing communication strategies, mobilizing school knowledge, making people more independent, acting in highly complex situations, which is in accordance with the orientation of the profession. Regarding ways the nurse finds to manage the context conditions, are: maintaining the rules, in operant emotional distress, but also knowing how to overcome limitations, which confirm the difficulties in demonstrating acquired competences. What characterizes the nurse participants is the meaning they assign to nursing care and the perception of the results of nursing care, goes in the same direction as results of other studies.

Keywords: nursing care; knowledge; narratives.