



**UNIVERSIDADE
DE LISBOA**

***O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada:
Individualizar a intervenção conciliando tensões***

Célia Maria Gonçalves Simão de Oliveira

DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM

2011



**UNIVERSIDADE
DE LISBOA**

Com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



***O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada:
Individualizar a intervenção conciliando tensões***

Tese orientada pelos:

Professor Doutor *Manuel José Lopes*

Professora Doutora *Marta Hansen Lima Basto Correia Frade*

Célia Maria Gonçalves Simão de Oliveira

DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM

2011

Agradecimentos

Aos orientadores deste projecto e desta caminhada, Professor Doutor Manuel José Lopes e Professora Doutora Marta Hansen Lima Basto Correia Frade, por terem sido bons ouvintes, atentos tutores e recursos sempre disponíveis.

Aos participantes empíricos, clientes e colegas, pela generosidade e altruísmo com que partilharam comigo as suas experiências, tendo-me permitido fazer parte de um bocadinho das suas vidas.

A todos os que gentilmente se disponibilizaram para me ouvir e suportar, com o seu afecto e com o seu saber.

Aos colegas que directamente me inspiraram e aos que toleraram os acessos de mau humor e de menor disponibilidade.

À família por ter suportado a minha presença ausente.

Ao Senhor pelo muito que me tem concedido.

Resumo

O *confortar* constitui uma marca da enfermagem, que desejavelmente se concretiza na experiência de conforto do cliente. O confortar e o conforto são fenómenos incontornáveis, sob os pontos de vista disciplinar e profissional. Apesar dos desenvolvimentos teóricos que apontam a interacção enfermeira-cliente como o cerne do confortar, não é claro como são compatibilizadas as perspectivas e objectivos em presença – os do cliente e os da enfermeira –, nem como são enfrentadas as condicionantes contextuais.

Procurou-se compreender como a enfermeira constrói, com a pessoa idosa hospitalizada, um cuidado susceptível de ser percebido como confortador.

Recorreu-se: ao método da *Grounded Theory*; à observação participante e à entrevista para recolha de dados; ao método das comparações constantes para a sua análise; e à amostragem teórica. Os participantes foram pessoas idosas hospitalizadas e as enfermeiras que lhes prestaram cuidados (díadas). Foram respeitados os princípios éticos aplicáveis e salvaguardado o rigor exigível face ao método e ao paradigma de investigação.

Dos achados, salienta-se o contexto condicional do fenómeno: Desafio profissional: Apelo e propósito, imprevisibilidade e tensão; e os processos mediante os quais a enfermeira constrói um cuidado confortador: ir conhecendo o cliente pela procura incessante da sua pessoa, e, gerir conforto e risco pela adequação do cuidado corrente ao particular de cada pessoa idosa, com recurso a diversos padrões de intervenção face ao perfil de risco/desconforto identificados. Estes articulam-se para consubstanciar o processo de confortar a pessoa idosa hospitalizada, explicado pela teoria substantiva emergente. Assim, o cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada, em contexto de desafio profissional, é construído através de um processo de individualização da intervenção de enfermagem, que permite, por um lado, conciliar as tensões em presença, nomeadamente, as associadas a objectivos terapêuticos concorrentes, e por outro, possibilita à pessoa idosa, sentir-se confortada.

Palavras-chave: Conforto, cuidado individualizado, enfermagem, *grounded theory*, pessoa idosa.

Abstract

Comforting is a nursing benchmark which, will helpfully result in an experience of comfort for the client. Comforting (the process) and comfort (the state or outcome) are unavoidable nursing phenomena, in both perspectives, disciplinary and professional.

Despite the theoretical developments which show the nurse-client relationship as the core of comforting, it is not clear how both nurse's and client's different perspectives and goals become compatible, and neither how the contextual conditions are faced.

The main aim was to understand how the nurse builds a nursing care that is perceived by the aged inpatient as a comfort one.

For this purpose, the method chosen was the grounded theory and for data collection the participant observation and interview, followed by its analysis through the use of constant comparative method. The theoretical sampling was used and participants were the aged inpatients and the nurses who care for them (dyads). Ethical principles and rigor strategies underpinning the research method and paradigm were respected.

In the results, we emphasize the phenomenon conditional context: *Professional challenge: Appeal and purpose, unpredictability and tension*; and the processes through which the nurse builds a comfort care: *knowing the client*, through a constant search in the aged person, and *management of comfort and risk*, through tailoring the daily care toward each one, using different intervention patterns, toward the known personal risk/discomfort profile. Those links together, to raise the comforting process of the aged inpatient person, explained through an emergent substantive theory. So, in a challenging professional context, the comfort care, to and with, the aged inpatient person, is build through a process of individualization of nursing care, which helps to conciliate actual tensions, namely those linked with concurrent therapeutic goals, and makes it possible for aged people to feel comforted.

Keywords: Aged person, comfort, *grounded theory*, individualized care, nursing.

Índice de Figuras

	Pág.
Fig. 1 – O contexto condicional de confortar – Desafio profissional: Apelo e propósito, imprevisibilidade e tensão	75
Fig. 2 – O processo de ir Conhecendo a pessoa	101
Fig. 3 – O processo de Gerir conforto e risco	106
Fig. 4 – Estratégias para Gerir conforto e risco: Adequar o corrente ao particular ...	109
Fig. 5 – Padrões de intervenção em função dos Perfis de risco/desconforto	127
Fig. 6 – O processo de <i>Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões</i> – Integração e retroalimentação	129
Fig. 7 – A centralidade do cliente no processo de <i>Confortar</i>	131
Fig. 8 – Consequências de <i>Confortar</i> – Sentir-se confortado: A melhoria possível ...	133
Fig. 9 – A teoria substantiva do <i>Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões</i>	149

Índice

	Pág.
0 – INTRODUÇÃO	1
PARTE I	
1 – O FENÓMENO EM ESTUDO	8
1.1 – O CONFORTAR E O CONFORTO NA LITERATURA DE ENFERMAGEM	9
1.1.1 – O confortar: o estado da arte	14
1.2 – O CONFORTO E O BEM-ESTAR ENQUANTO CONCEITOS	16
2 – A PESSOA IDOSA E A HOSPITALIZAÇÃO	19
2.1 – AS NECESSIDADES DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA	28
3 – A INDIVIDUALIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	31
PARTE II	
4 – O PERCURSO METODOLÓGICO: OPÇÕES E ENQUADRAMENTO	42
4.1 – TIPO DE ESTUDO	46
4.1.1 – A <i>Grounded Theory</i>: O processo e o produto	48
4.1.2 – O papel do investigador	50
4.2 – CONTEXTO E PARTICIPANTES EM ESTUDO	51
4.2.1 – Caracterização do grupo de participantes	51
4.3 – PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E DE ANÁLISE DE DADOS	53
4.3.1 – A recolha de dados	54
4.3.2 – A análise de dados e teorização	56
4.4 – CONSIDERAÇÕES SOBRE O RIGOR DO ESTUDO	60
4.5 – SALVAGUARDA DE ASPECTOS ÉTICOS	63
PARTE III	
5 – A ESTRUTURA E A NATUREZA DO FENÓMENO: A CONSTRUÇÃO DE UM CUIDADO CONFORTADOR	66
5.1 – O CONTEXTO CONDICIONAL DO FENÓMENO	66
5.1.1 – Ambiente físico e organizacional: o contexto dos cuidados	66
5.1.2 – Contexto condicional do processo de <i>confortar</i>	73
5.1.2.1 – Mover-se na penumbra pelo apelo	74
5.1.2.2 – Dar sentido à acção: Balancear conforto e risco	80
5.1.2.3 – Circunstâncias e recursos imprevisíveis	87

5.1.2.4 – Convicções e suspeitas mobilizadoras	89
5.1.2.5 – Condições e recursos exigentes	91
5.2 – A NATUREZA DO CUIDADO CONFORTADOR	95
6 – O PROCESSO DE CONFORTAR	97
6.1 – CONHECENDO A PESSOA DO CLIENTE	98
6.2 – GERIR CONFORTO E RISCO	105
6.2.1 – Estratégias para Gerir conforto e risco	107
6.2.2. – Padrões de intervenção para Gerir conforto e risco	126
6.2.3 – Integração e retroalimentação no processo de <i>Confortar</i>	128
7 – AS CONSEQUÊNCIAS DO PROCESSO DE CONFORTAR	132
7.1 – CONHECIMENTO INACABADO	132
7.2 – SENTIR-SE CONFORTADO: A MELHORIA POSSÍVEL	136
PARTE IV	
8 – UMA TEORIA SUBSTANTIVA DE CONFORTAR: INDIVIDUALIZAR A INTERVENÇÃO CONCILIANDO TENSÕES	147
9 – CONTRIBUTOS DA TEORIA DE CONFORTAR: INDIVIDUALIZAR A INTERVENÇÃO CONCILIANDO TENSÕES	158
10 – CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES	203
11 – NOTA CONCLUSIVA	211
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	213
ANEXOS	234
ANEXO I – Técnicas de recolha de dados em uso: justificações e comentários às opções realizadas	235
ANEXO II – Verbatim de uma entrevista e nota de campo: exemplos do processo de codificação	241

0 – INTRODUÇÃO

O cuidado da enfermeira frequentemente consiste em subis práticas, embora poderosas, as quais são frequente e virtualmente ocultas ao observador ocasional, mas que são essenciais ao bem-estar dos beneficiários (Swanson, 1993: 357)

O presente documento constitui-se como relatório de um processo de investigação e como suporte da tese daí resultante. O mesmo serve o propósito de submissão a provas públicas para a obtenção do grau de Doutor em Enfermagem pela Universidade de Lisboa, em colaboração com a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O percurso de investigação encetado e agora sintetizado neste documento enquadra-se no domínio disciplinar da enfermagem, enquanto disciplina do campo da ciência humana e de orientação para a prática. Nesta dupla perspectiva, o desenvolvimento do conhecimento científico orienta-se segundo (i) o interesse pela realidade do homem a partir da conduta humana e concretamente, pela descrição, explicação e compreensão das experiências dos seres humanos relacionadas com os processos de saúde-doença; (ii) pelo objectivo de desenvolver conhecimento útil para a compreensão das necessidades de cuidados de enfermagem e para construção de respostas que permitam cuidar melhor das pessoas e da sua saúde. Por isto, a enfermagem tem como focos de investigação temas do dia-a-dia da sua prática, em que os actores em interacção são seres humanos, co-construtores duma realidade social, que importa conhecer para melhor ajudar.

Tendo tais perspectivas como fundo, procurei, desde o início deste processo formativo, que a opção em matéria de fenómeno a investigar tivesse coerência com a minha pessoa, os meus valores, interesses e percurso profissional e de investigação, bem como com a utilidade disciplinar e profissional, ou seja, com o estágio teórico do conhecimento e da prática de cuidados. Assim, propus-me continuar a pesquisa relativa ao fenómeno **Confortar** em enfermagem, pela relevância que este apresentava para a prática de cuidados: enquanto um domínio de competência da enfermeira, uma das terapêuticas de enfermagem, uma das acções contidas no processo de cuidar, e enquanto algo valorizado pelo cliente, enfim, pelo particular significado que o fenómeno encerra para a enfermagem. Assim, foi sobre o fenómeno da **construção de um cuidado confortador** ou do **confortar** que incidiu o percurso de investigação.

Mas, não é possível nem adequado falar do confortar sem aludir ao conforto, enquanto fenómeno correlativo, não porque seja o centro deste estudo, mas porque constitui a medida de referência para o primeiro. Os dois conceitos surgirão neste texto, devidamente diferenciados: o confortar – o fenómeno em estudo – enquanto processo de promoção ou de ajuda profissionalmente orientada para o conforto; o conforto, como um resultado daquela

ajuda, como vivência subjectiva do estado momentâneo em que a pessoa se percebe tranquila, aliviada ou capaz de superar o desconforto.

Na literatura científica, o conforto surge ligado a actividades terapêuticas e a áreas de actividade industrial como as relacionadas com a engenharia e com as indústrias: têxtil, do calçado, do desenho de equipamentos e ergonomia, e de criação e manutenção de ambientes confortáveis (temperatura e ventilação). É termo utilizado também em alguns estudos etnográficos, históricos e no campo da educação. Contudo, o confortar ou a promoção do conforto, enquanto fenómeno do domínio teórico e actividade profissional deliberada e continuada, parece restringir-se ao universo da enfermagem, o que o torna um foco próprio da disciplina. Noutras disciplinas, como a psicologia e a medicina o conceito “próximo” mais estudado é, geralmente, o de “bem-estar”.

O confortar é um fenómeno querido à enfermagem: surge como uma das missões das mulheres e homens que no advento do cristianismo procuravam confortar as almas dos pobres e doentes, cuidando-lhes do corpo, para a remissão dos pecados de ambos. Ao longo dos séculos, a promoção do conforto muda de valor e sentido, ao sabor dos tempos, das evoluções sociais de outras profissões e das instituições, nomeadamente, a hospitalar. Passa de objectivo central do trabalho da enfermeira a algo secundário face à cura. Nunca deixa de merecer a atenção da enfermeira, se bem que, em alguns momentos, essa atenção tenha recaído mais sobre aspectos técnicos e curativos, relegando o conforto para o pessoal auxiliar, porque percebido como “intervenção simples”. Só nas últimas décadas do século passado o confortar (e o conforto) começam a ganhar novo fôlego e estatuto de objecto de investigação.

É considerado como elemento relevante em várias teorias de enfermagem e é termo integrante das taxionomias profissionais. É conceito investigado por várias enfermeiras que, ao elegerem o confortar como foco de pesquisa e teorização, contribuindo para trazer luz sobre um fenómeno complexo e central para a enfermagem, até porque relevante para as pessoas clientes, para quem o conforto representa, geralmente, um bem valorizado.

Mas, exactamente porque se trata dum área de estudo intrinsecamente ligada à prática quotidiana das enfermeiras e à vida das pessoas, seus clientes, importa contextualizar o fenómeno de modo a que os resultados de investigação adquiram potencial para aceder à tipicidade, ou seja, à generalização lógica a um entendimento teórico duma classe de fenómenos similares (Popay, Rogers e William, 1998). Assim, e porque tanto o estado de desenvolvimento teórico sobre o fenómeno o sugeriu, quanto o meu interesse pessoal o aprovou, decidi restringir o estudo do fenómeno ao grupo etário dos idosos e pelos motivos que posteriormente detalharei, à pessoa idosa hospitalizada em serviços gerais de cuidados agudos. Estudar sobre o confortar a pessoa idosa hospitalizada, significa interessar-se cientificamente pelas perguntas e respostas sobre: (i) um fenómeno complexo e central para a enfermagem, até porque relevante para aquele cliente, dada a sua condição de vulnerabilidade acrescida; e (ii) como compatibilizar o trabalho de confortar com as

necessidades específicas de cuidados da pessoa idosa, naquele contexto específico. Assim, propus-me investigar **a construção de um cuidado confortador** com a pessoa idosa hospitalizada.

Constituem finalidades do estudo: (i) contribuir para um melhor conhecimento disciplinar sobre o fenómeno, em particular, sobre o seu processo de desenvolvimento com a pessoa idosa hospitalizada; e porque o conhecimento em enfermagem se destina a enformar o exercício profissional, procura (ii) contribuir para o incremento da qualidade da prática de cuidados com aqueles cliente. Norteou-se pelos objectivos: (i) compreender como o enfermeiro constrói com a pessoa idosa hospitalizada, um cuidado susceptível de ser por ela experimentado como confortador; (ii) elaborar uma explicação teórica sobre o fenómeno.

O estudo foi desenhado e conduzido procurando dar resposta à questão inicial e central de investigação: **Como é que a enfermeira constrói, na interacção com a pessoa idosa hospitalizada, um cuidado que seja apreciado por esta como confortador?**

A compreensão de como é construído o cuidado confortador, segundo os enfermeiros que quotidianamente o praticam e os clientes que dele beneficiam, contribuirá para clarificar um domínio de intervenção ainda nebuloso, sobretudo quando se pretende ir mais além daquilo que pode ser enunciado como intervenções ou medidas que promovem o conforto, isto é, ao procurar-se apreender o sentido da acção confortadora, para os actores em interacção. Há necessidade de clarificar o que os enfermeiros fazem, como o fazem, e o impacto que os clientes experimentam, e ainda, o sentido que ambos atribuem a este cuidado. É importante desocultar a riqueza da prática de cuidados que, mesmo em circunstâncias exigentes, consegue dar resposta a necessidades de conforto da pessoa hospitalizada.

Desejo clarificar o sentido da expressão *cuidado confortador*. Não a considero passível de consubstanciar um equívoco conceptual por poder parecer pleonástica. Se *o cuidado*, enquanto ideal moral ou intenção subjacente à acção pode ser considerado, por alguns, confortador por natureza, *um cuidado* de enfermagem, enquanto actividade prestado em situação quotidiana de trabalho, enquanto acto ou acção de cuidado (Honoré, 2004), pode não conter em si o(s) elemento(s) confortador(es), por omissão ou por dificuldade, dado que “nem todas as enfermeiras são cuidadoras (*caring*), nem todas as situações de prática de enfermagem são caracterizadas pelo cuidado” (Swanson, 1993: 354), ou ainda, pode a acção da enfermeira não se inserir numa autêntica perspectiva de cuidar (Hesbeen, 2004) ou de tomar cuidado (Honoré, 2004). Afinal, poderá dizer-se do confortar o que Mayeroff (1971) afirma sobre o cuidar: não basta ser bem intencionado para o conseguir.

Uma das formas da investigação qualitativa contribuir para a enfermagem, é contextualizando o trabalho do enfermeiro, descobrindo e descrevendo processos do cuidado dos doentes e desenvolvendo indutivamente teoria de enfermagem (Cuesta, 199?). Assim, e pela natureza interactiva e processual do fenómeno e, de acordo com a questão central da pesquisa, a opção metodologia recaiu sobre o paradigma *interpretativista* de

investigação, com recurso ao método da *Grounded Theory*. O contexto de estudo eleito foi um serviço de medicina geral de um hospital central, vocacionado para cuidados agudos, onde os clientes idosos representam considerável parte da população assistida. Os participantes foram pessoas idosas hospitalizadas e as enfermeiras que lhes prestaram cuidados, numa perspectiva múltipla e convergente entre estes actores, mediante a constituição de díadas. Recolheram-se dados através de observação participante e de entrevista; a análise de dados realizou-se pelo método das comparações constantes. Em consonância com as perspectivas do *interpretativismo* e do *interaccionismo* simbólico, o enfoque do estudo foi colocado na interacção de cuidados entre a enfermeira e o cliente e na atribuição de sentido feita por estes actores ao que se passou nesse encontro.

A relevância do estudo funda-se em razões de ordem disciplinar e científica:

- Porque o confortar é um fenómeno central para o domínio da enfermagem (Cameron, 1993; Barnett, 1984 citado por McMahon, 1998; Kolcaba, 2003; Meleis, 1991, 2005; Morse 2003; Morse et al., 1995; Morse, Havens & Wilson, 1997; Tutton, Seers, 2004) e para os beneficiários de cuidados (Costa, 2002; Hudson, Sexton, 1996; Larsson et al, 1998; von Esser, Burstrom & Sjöden, 1994; West, Barron & Reeves, 2005);
- por constatar que aparentemente, entre nós, o fenómeno não é homogeneamente tratado no seio da prática de cuidados e que o cuidado confortador ao idoso é tema de carece de exploração, sistematização e explicação teórica (Oliveira, 2006b), para além de que outros autores sugerem o seu aprofundamento (Kolcaba, 2001; Malinowski e Stamler, 2002; Tutton & Seers, 2004);
- porque confortar é um fenómeno pessoalmente exigente e profissionalmente complexo, porque de natureza processual e sensível às características e compromisso pessoal e ético do enfermeiro, da pessoa do cliente, e ao contexto e organização dos cuidados. Pela complexidade do fenómeno e carácter contextual e interactivo do mesmo, parece ser relevante procurar compreendê-lo e teorizá-lo (Oliveira, 2005, 2008);
- pela escassez de estudos realizados sobre o fenómeno equacionado numa perspectiva múltipla e complementar da enfermeira e do cliente idoso (Oliveira, 2006a);
- porque no conhecimento actual sobre o fenómeno continuam por compreender, responder e articular alguns achados emergentes dos estudos já realizados, como por exemplo: (i) a perspectiva de Kolcaba (2003) sobre o conforto como resultado imediato desejado *versus* a necessidade de ajudar a adiar a obtenção do conforto imediato ou suportar desconforto, ou mesmo promovê-lo; (ii) também a perspectiva daquela autora que afirma que o conforto melhorado está directa e positivamente relacionado com o compromisso com os comportamentos dirigidos à saúde por parte do cliente *versus* a necessidade de assumir tais comportamentos, o que pode, por si, provocar desconforto; (iii) os achados e elementos teóricos que referem que confortar passa pela direcção do cliente e pelo respeito pela sua perspectiva na situação de cuidados *versus* a necessidade de a

contrariar, de modo aceitável, quando ela parece envolver risco acrescido para a pessoa; (iv) porque “muitas das estratégias de conforto usadas pelas enfermeiras no campo clínico permanecem indocumentadas na literatura. Grande quantidade de trabalho precisa ser feito nesta área, de modo a que as indocumentadas estratégias de conforto de enfermagem sejam ensinadas e testadas (...) existe a necessidade de mais pesquisa qualitativa para documentar e descrever estes estilos e padrões de relacionamento (...)” (Morse, Havens & Wilson, 1997: 339);

- admitindo que a enfermagem varia em relação ao contexto sócio cultural em que ocorre (Paterson & Zderad, 1976), que a interação-relação confortadora é dependente do contexto (Morse, Havens & Wilson, 1997) e com ela a experiência de confortar e eventualmente, a de ser confortado, que o conhecimento actual sobre o fenómeno está enraizado noutros contextos sociais constituindo *verdades locais* (Willis, 2007), e constatando-se a inexistência de estudos publicados a nível nacional sobre o confortar, parece importante encetar pesquisa com recurso a participantes e contexto nacionais, com vista a dar contributos para uma compreensão multi-contextual do fenómeno;

- porque: (i) existe um crescimento da população com dos 65 anos ou mais; (ii) esta é uma população consumidora de importante de cuidados de saúde e também de serviços hospitalares prestadores de cuidados agudos; (iii) é reconhecida a particular fragilidade de alguns idosos e a elevada susceptibilidade para desenvolverem síndrome disfuncional quando hospitalizado em cuidados agudos; (iv) querer prevenir a síndrome disfuncional da pessoa idosa pode conflitar com o conforto do cliente;

- porque a pessoa idosa não é apenas um adulto com mais anos, mas sim uma pessoa que atingiu um patamar de desenvolvimento qualitativamente diferenciado, e que por tal, pode perspectivar a vida, a saúde e o conforto de modo distinto do do adulto (Dowd, 2004; Kolcaba, 2003). Por outro lado, porque os idosos transportam consigo vulnerabilidade e dependência, “determinam estratégias de intervenção profissional marcadas pela singularidade que, ora se centram na monotonia e na repetição de actos (...) ora escondem saberes que, por insuficientes observações sistemáticas, não têm sido explicitados (...)” (Costa, 2002). Parece assim adequado estudar os fenómenos que importam à enfermagem e às pessoas idosas de modo específico, a estas dirigido, isto é, sem pressupor que adultos e idosos constituem uma população razoavelmente homogénea quanto a experiências, necessidades e expectativas;

- porque os clientes valorizam o conforto, como referido. Concretamente, no estudo de Costa (2002), os idosos, valorizaram particularmente os cuidados comunicacionais e de relação (conforto e bem-estar) enquanto desvalorizam os cuidados de enfermagem, na generalidade, face ao trabalho dos médicos. Parecendo que o cuidado confortador terá um valor especial para os clientes idosos hospitalizados, importa compreender melhor como ele é construído, supostamente para e com os idosos.

Parti para este estudo com algumas referências conceptuais. A pessoa é um indivíduo humano interdependente dos outros humanos, em desenvolvimento permanente através das escolhas que realiza e da interacção com os outros (Paterson & Zderad 1976). A saúde é conceptualizada como “uma qualidade de vida e de morte (...) [em que] os indivíduos têm um potencial para estar bem, mas também para estar melhor (...) *vir-a-ser* refere-se a estar no processo de tornar-se tudo o que é humanamente possível (...) um processo de descoberta do significado da vida” (Paterson & Zderad 1978 citado por Praeger, 2000: 243).

A enfermagem é uma resposta confortadora intencionalmente dirigida ao bem-estar ou *ser-mais* da pessoa cliente (Praeger, 2000: 243). Esta resposta confortadora ou nutridora assenta na valorização e reconhecimento do ser humano e possibilita-lhe desenvolver o seu potencial para tornar-se e *ser mais*, “ajudando-o a tornar-se tanto mais humano quanto o possível, na sua situação particular” (Paterson & Zderad, 1976: 12). É uma resposta à situação humana, sendo uma experiência vivida entre humanos numa relação intersubjectiva na qual o processo de nutrir ocorre, envolvendo um modo de ser e de fazer com o cliente, situado num determinado tempo e espaço (Paterson & Zderad, 1976).

Perspectivo o cuidado confortador como “um processo quando o seu correspondente resultado, aumento do conforto, é construído, [mas] confortar pode também ser um processo quando as acções são dirigidas a confortar mesmo quando as variáveis de intervenção comprometem o objectivo desejado de conforto aumentado (...)” (Kolcaba, 2003: 25). Quanto ao conforto, percebo-o como uma sensação de serenidade e conchego ou como uma experiência de sentir-se aliviado e/ou consolado face à percepção de um incómodo ou perturbação.

Parto igualmente, do pressuposto de que a prática de cuidados de enfermagem é (deve ser) uma acção humana dirigida pelos princípios éticos da autonomia, da beneficência e da não maleficência. Sendo o cuidado de enfermagem (e o cuidado confortador) prestado no seio duma relação contratual e profissional, o enfermeiro passa a ter o dever de assegurar a prestação do melhor cuidado na perspectiva do cliente, pela necessidade ética de atender ao princípio do consentimento. Por outro lado, o princípio da beneficência requer do enfermeiro que presta cuidados, o reconhecimento e provimento das necessidades específicas do cliente, tendo em vista que só é verdadeiramente beneficente a acção que promove o bem do outro, como o outro o perspectiva (Engelhardt, 1998), ou seja, o cuidado será confortador quando ajuda a realizar “o bem do outro” (ou o que, para ele, é conforto).

Os achados confirmam a natureza processual do fenómeno tendo emergido como conceito central do estudo a *individualização conciliadora de tensões*. Este determinou a explicação de tal processo, através de uma teoria substantiva emergente – *Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões*. O *confortar* concretiza-se num contexto de desafio profissional, de apelo e propósito, imprevisibilidade e tensão, mediante conjuntos de estratégias de acção/interacção, articuladas em dois processos: o que possibilita ir ganhando conhecimento progressivo da pessoa do cliente e o que viabiliza a adequação da

intervenção de enfermagem à pessoa do cliente, em cada circunstância concreta; mediante estes, é simultaneamente possível conciliar múltiplas tensões em presença e alcançar a principal consequência do processo, ou seja, que o cliente se sinta confortado.

A tese, que os achados permitem e a teoria explica, sustenta que **o cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada, em contexto de desafio profissional, é construído através de um processo de individualização da intervenção de enfermagem, que simultaneamente possibilita conciliar as tensões em presença.**

Quanto à organização do presente documento: A parte I apresenta o fenómeno em estudo, resume o estado da arte no momento em que ocorreram as opções de investigação e desenvolve considerações que ajudam a compreender a individualização da intervenção em enfermagem, constructo que emergiu como central neste estudo. A parte II descreve as opções e percurso metodológico que orientou o trabalho empírico. Na parte III são apresentados os achados do estudo, organizados de acordo com Strauss e Corbin (1998) e Corbin e Strauss (2008), segundo a estrutura, o processo e as consequências do fenómeno. A parte IV apresenta uma teoria substantiva do *Confortar*, a discussão dos achados à luz da literatura e as limitações, implicações e sugestões decorrentes do estudo.

Neste documento o beneficiário de cuidados é designado por cliente por ser entendido não como um utilizador passivo mas antes como um participante activo no processo de cuidados, alguém que troca algo com a enfermeira (Conselho de Enfermagem, 2001; Meleis, 2005) e uma pessoa ou indivíduo detentor de direitos. Este foi também o termo pelo qual foi traduzido termo *patient*, do inglês, por referir-se a “um cliente do serviço médico” (Merriam-Webster Dictionary, 2000). Optei por designar os enfermeiros participantes pelo nome feminino – enfermeira(s) –, e, os clientes participantes, independente do género, pelo masculino – e cliente(s). Isto permite facilitar a interpretação em frases que, embora formalmente correctas, poderiam apresentar sentido dúbio se esta regra não estivesse pré determinada. Ao longo do texto, será utilizada letra a **negrito** para destacar asserções centrais ao processo de investigação e conceitos emergentes e constituintes da teoria. Utilizarei letra em *itálico* para assinalar termos sem tradução ou com tradução difícil ou simplesmente transpostos para a língua portuguesa, e ainda para destacar a designação da teoria emergente e pontualmente, para ressaltar um ou outro termo em uso na literatura de enfermagem mas cuja ortografia pode ser considerada formalmente pouco adequada. Será também utilizada nos excertos dos dados que testemunham a voz dos participantes.

PARTE I

1 – O FENÓMENO EM ESTUDO

Tome cuidado para não verter nada no pires do seu doente; por outras palavras, cuidado para que a base exterior da chávena esteja sempre seca e limpa. Se, cada vez que leva a chávena aos lábios, tiver que levar também o pires, ou verter o líquido e molhar os lençóis, o pijama, o travesseiro, ou o vestuário, se estiver sentado, não imagina a diferença que esta falta mínima de cuidado, da sua parte, faz para o conforto dele, ou mesmo para a disponibilidade do doente para se alimentar. (Nightingale, 1859/2005)

Início a abordagem ao fenómeno em estudo – *a construção do cuidado confortador ou o confortar* – olhando-o inicialmente pela janela da história, e posteriormente, pela da literatura de enfermagem, sintetizando a atenção e significado do confortar (e do conforto) ao longo dos tempos e evidenciando o que de mais relevante está estudado e divulgado sobre estes. Apresento os achados duma revisão sistemática da literatura realizada, sobre o fenómeno, que permitiram sustentar a presente questão de investigação. Procurarei ainda clarificar o sentido da utilização de conceitos próximos: o de conforto e o de bem-estar, procurando formular uma diferenciação conceptual que surge pouco clara na literatura.

Assim, no início da era cristã e Idade Média, a Enfermagem era obra de misericórdia para a salvação da alma, e o conforto era a sua meta. Prestavam-se cuidados ao corpo (higiene, curativos, alimentos), como obra de caridade e conforto espiritual e não para obter a cura. “Importava o conforto da alma do paciente para a sua salvação e a dos agentes da enfermagem” (Mussi, 2005). Nos séculos XVII a XIX, com as mudanças na medicina, e nos hospitais onde esta passa a ser dominante, a noção de conforto modifica-se. O médico concentra-se progressivamente no estudo do corpo, deixando as questões do ambiente para as enfermeiras. Estas passam a cuidar do ambiente, e já não tanto do espírito, e a executar as ordens médicas; o trabalho sobre o conforto passa a estar dependente daquelas prescrições (Mussi, 2005). No século XIX a enfermagem e a sua arte utiliza várias formas de conforto (Kolcaba & Kolcaba, 1991). Segundo Nightingale (1859/2005), que poucas vezes refere explicitamente o termo conforto, vários dos aspectos sugeridos para o trabalho da enfermeira, diríamos hoje, serem intervenções que quer a nível ambiental, quer físico, psicossocial e até espiritual, visavam a promoção da saúde e do conforto da pessoa doente. Já no século XX, verificaram-se várias transformações rápidas que acompanharam as grandes mudanças sociais e económicas. Entre 1900 e 1929, o conforto foi o foco central e imperativo moral da enfermagem (McIlveen & Morse, 1995), e uma boa enfermeira, aquela que era recomendada, era a que conseguia por o seu cliente confortável, sendo as intervenções de conforto essencialmente físicas e sobre o ambiente (Mussi, 2005). Entre 1930 e 1959, o hospital ganha realce enquanto instituição de saúde e nele, os médicos adquirem notoriedade. As enfermeiras são auxiliadas por pessoal menos preparado, a quem

deixam muitas das tarefas de cuidados directos afastando-se da relação directa com os clientes (Mussi, 2005), e os cuidados dirigidos à cura tornam-se prioritários em relação ao conforto. O conforto físico é estratégia para alcançar aspectos fundamentais dos cuidados de enfermagem, mesmo o conforto emocional (McIlveen & Morse, 1995), deixando contudo de representar a meta final e absoluta da enfermagem. De 1960 a 1980 dá-se o advento das tecnologias na saúde. A enfermeira dispõe de cada vez menos tempo para estar com o cliente, deixando as intervenções *simples* para as auxiliares ou para a família. O conforto torna-se um objectivo menor dos cuidados, havendo um domínio do conforto físico (alívio da dor) e a emergência da importância do conforto emocional, começando-se a valorizar as competências comunicacionais e interpessoais no processo de conforto (Mussi, 2005). O conforto era importante na ausência de respostas médicas (McIlveen & Morse, 1995).

Assim, de uma forma ou de outra, o conforto dos beneficiários de cuidados esteve constantemente presente na enfermagem. Contudo, nem sempre beneficiou da valorização teórica e prática merecida (Collière, 1999; Kolcaba, 2003). Só recentemente, o conforto e a sua promoção ganharam novo ímpeto; como Morse refere, “promover o conforto foi sempre importante para os enfermeiros, mas nos anos 80 o *caring* foi o paradigma predominante. O foco esteve no enfermeiro e como era ou não *cuidativo*. Mas agora existe uma mudança para o conforto, o resultado da acção do enfermeiro” (Morse, 2003: 4).

1.1 – O CONFORTAR E O CONFORTO NA LITERATURA DE ENFERMAGEM

Não considerando os tempos em que o objectivo de quem se dedicava ao cuidado dos enfermos, não era tanto o conforto do corpo mas o da alma para a remissão dos pecados, e situando-nos na enfermagem à época de Nightingale, podemos afirmar que o conforto é, há muito, uma marca e um objectivo do trabalho da enfermeira. O conforto constitui tema de grande relevância para a disciplina, quer pela perspectiva de missão e proficiência profissional – a ajuda para que o cliente experimente conforto –, quer pela perspectiva de resultado – o conforto que o cliente experimenta. Podemos então identificar duas vertentes do fenómeno: o conforto enquanto elemento da intervenção do enfermeiro (processo) e o conforto experimentado pelo cliente (estado e resultado). A esta dupla nuance do conforto alia-se a dupla valência do termo *comfort*, que na língua inglesa (a maior fonte de literatura científica sobre o tema) pode ser verbo, nome ou adjectivo.

O conforto e a sua promoção, que muitos enfermeiros estudaram e teorizaram, tem estado indelevelmente associado à prática do cuidado de enfermagem sendo, por isso, frequentemente considerado como um conceito central da disciplina (Cameron, 1993; Kolcaba, 2003; McMahan, 1998; Meleis, 1991, 2005; Morse, 2003; Tutton, Seers, 2004; Wilson-Barnett, 1984 citado por Morse et al., 1995), como um valor crítico ou como um

objectivo para a enfermagem (Bowman & Thompson, 1998; McIlveen & Morse, 1995; Siefert, 2002; Walker, 2002).

Trata-se, em rigor, de dois conceitos nucleares: conforto e confortar. Enquanto verbo – confortar – etimologicamente, provem do Latim *confortãre*, que significa “fortificar, reforçar, consolar” (Machado, 1990); ou fortalecer grandemente (do Latim *com+fortis* forte) (Merriam-Webster Dictionary, 2000); ou dar força, ânimo, consolo (de *confortare*, de *com (cum) + fortis, forte*) (Bueno, 1964); ou tornar forte, fortificar e em sentido figurado, animar, consolar (Aulete, 1964). Pode ainda ser definido como

(...) partilhar força e esperança com: alegrar, animar, incentivar; b: aliviar especialmente do *distress* mental: consolar, tranquilizar; (...) Tornar confortável; Sinónimos: Consolar, aliviar: confortar, mais íntimo nas suas indicações do que consolar, pode conotar aliviar, calmar/suavizar, e encorajar com ânimo/estímulo/incentivo, esperança, segurança, acrescida de gentileza simpática. Consolar, menos íntimo nas suas indicações, pode sublinhar aliviar a mágoa, e desilusão mais do que animar/incentivar e encorajar; (...) (Merriam-Webster Dictionary, 2000)

As diferentes definições de confortar remetem para as ideias de partilhar força e esperança/fortificar com ânimo ou incentivo, aliviar, tranquilizar ou consolar encorajando. Dado que a pergunta de investigação se refere a *um cuidado confortador*, importa definir o atributo de tal cuidado. Confortador: aquele que dá consolo, ânimo, força (Bueno, 1964); um cuidado que anima, consola ou transmite força, significado aliás, naturalmente muito próximo do de confortar.

O nome – conforto – significa um estado ou percepção de consolo, ânimo, coragem, comodidade (Bueno, 1964), ou uma acção e um estado de “auxílio nas aflições, conchego, tudo o que constitui o bem-estar material, as comodidades da vida” (Aulete, 1964: 899), ou

1: Ajuda fortalecedora: a: Assistência, socorro, suporte (...); b: consolação na aflição; 2a: estado ou percepção de ter alívio, encorajamento, ou consolação; b: contentamento, satisfação com o bem-estar ao nível físico ou mental especialmente na libertação de necessidade, ansiedade, dor, ou dificuldade; 3: satisfação (no sentido de gozo, prazer); 4: a: alguma coisa que traz ou dá conforto: uma pessoa ou uma coisa que traz ajuda, suporte ou satisfação. (...) (Merriam-Webster Dictionary, 2000).

Destaco a ideia de que a experiência do conforto pode ser a própria ajuda ou a pessoa que ajuda; o conforto como a “ajuda fortalecedora (...) [ou] alguma coisa que traz ou dá conforto, uma pessoa ou uma coisa que traz ajuda” (Merriam-Webster Dictionary, 2000).

Para Kolcaba o “conforto é a experiência imediata de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos (físico, psicoespiritual, social e ambiental)” (Kolcaba, 2003: 14); muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos” (Kolcaba, 2009: 254). Trata-se de “um resultado essencial do cuidado de saúde (...) é um estado holístico e complexo (...)” (Kolcaba, 1997; Kolcaba, 2003: 16). Aqui, o alívio, representa “o estado, a experiência dum doente a quem foi satisfeita uma necessidade de conforto específica”, a tranquilidade, “um estado de calma, sossego ou satisfação” e a transcendência, “o estado no qual é possível superar problemas ou dor” (Kolcaba, 1997; Kolcaba, 2003: 9; 15).

Também para Kolcaba (2003: 14), o conforto é definido como “experiência imediata de ser fortalecido”, o que também pode ser interpretado como sendo a experiência de ser ajudado, suportado ou encorajado (fortalecido) – uma forma de conforto. Estas dimensões do conceito remetem, afinal, para a experiência do conforto como fenómeno intersubjectivo, ou seja, para o conforto enquanto percepção do encontro e ajuda por outro ser humano. Em síntese, as diferentes definições de conforto remetem para as ideias de (i) a ajuda ou suporte, por um lado, ou (ii) o estado subjectivamente percebido de quem é ajudado, de quem sente alívio, encorajamento ou de quem se percebe satisfeito com o estar física ou mentalmente bem, liberto de dificuldade, ansiedade ou dor, de quem se percebe satisfeito, cómodo ou com prazer; (iii) a experiência de ser ajudado; (iv) estado imediato e multidimensional.

Várias teorias, modelos e perspectivas conceptuais de enfermagem enquadram o conforto (e o confortar). Com Paterson & Zderad, o conforto ganha a dimensão da enfermagem ao defini-la como “resposta confortadora intencionalmente dirigida ao bem-estar ou *ser-mais* da pessoa cliente (Praeger, 2000: 243), ou uma resposta nutridora em que “o objectivo da enfermagem é ajudar o homem em direcção ao bem-estar e a *ser-mais*” (Paterson & Zderad, 1976: 13), objectivo que a enfermagem promove através duma inter-relação humana propositadamente direccionada a esse fim. O conforto é considerado um termo *chapéu* sob o qual outros podem ser subordinados (crescimento, saúde, liberdade, abertura) (Paterson & Zderad, 1976: 111). Definem-no como

um objectivo em direcção ao qual as condições pessoais de ser se movem através dos relacionamentos com os outros ao interiorizar a libertação do controlo dos efeitos dolorosos do passado (...) que inibiam o autocontrolo, planeamento realista e impediam de serem tudo o que poderiam ser de acordo com o seu potencial em cada momento e situação particulares.

Para Watson, o conforto é uma variável que a enfermeira pode parcialmente controlar, através de actividades de suporte, protecção ou correcção dos ambientes internos e externo da pessoa. “O conforto criado pela enfermeira deve ajudar a pessoa a funcionar de modo eficaz tanto quanto o seu estado de saúde/doença lho permita” (Watson, 1998: 97); logo, é um resultado do cuidado e uma área de intervenção no processo de cuidar, particularmente suportada pelo oitavo *factor de cuidado* proposto pela autora. As medidas de conforto têm lugar central no cuidar, quando afirma que este requer conhecimento, sobre si e sobre a pessoa cuidada, nomeadamente sobre os respectivos significados, respostas a problemas de saúde, comportamentos, necessidades, forças e limitações, requerendo também conhecimento sobre como confortar, oferecer compaixão e conforto (Watson, 2002a). Segundo Benner (1984) o conforto é um objectivo (resultado) da intervenção e uma competência do enfermeiro. Também Peplau, Orlando, Roy, e Leininger, consideram o conforto nas suas explicações teóricas, enquanto aspecto central na satisfação das necessidades das pessoas e na acção da enfermeira (Apóstolo, 2009).

O conforto é um objectivo do cuidado de enfermagem (Morse, Bottorff & Hutchinson, 1995) e é definido como “o estado de bem-estar que pode ocorrer durante qualquer estágio do

contínuo saúde-doença (...) conforto é a marca para o estado final da acção terapêutica por uma pessoa” (Morse, 1992: 93). Morse e colaboradores concluíram que o conforto não é um estado último de paz e serenidade, mas mais o alívio, mesmo que temporário, da maioria dos desconfortos (Morse, Bottorff & Hutchinson, 1995). Relacionaram o conforto com o desconforto, sendo este a perda do silêncio do corpo; o conforto é assim o fortalecimento do doente na sua relação com o seu corpo (Morse, Bottorff & Hutchinson, 1995). Morse, Havens e Wilson (1997) apresentam um modelo sobre o confortar na relação e interacção em enfermagem, que designam de interacção confortadora (capítulo 9).

O confortar ou *comfort care* é uma arte de enfermagem que compreende o processo de confortar ou “um processo quando o seu correspondente resultado, aumento do conforto, é alcançado ou mesmo quando as acções são dirigidas a confortar [mas] as variáveis de intervenção comprometem o objectivo desejado de conforto aumentado ou se o conforto não está a ser medido de modo a determinar se ele foi aumentado” (Kolcaba, 2003: 25). Para esta autora, “o cuidado de conforto em qualquer cenário ou população requer que as totais necessidades de conforto do doente sejam apreciadas, intervenções desenhadas para satisfazer as necessidades de conforto que não tenham sido satisfeitas pelos existentes sistemas de suporte do doente, e avaliação da efectividade de tais intervenções” (Kolcaba, 2003). Para tal, o enfermeiro julga a extensão em que o resultado desejado foi alcançado através da avaliação da percepção de conforto do doente objectiva ou subjectivamente. Segundo esta autora, os comportamentos dirigidos à saúde por parte do cliente, são resultados interessantes para a enfermagem que o conforto promove: “... os enfermeiros facilitam o resultado de conforto teoricamente por causa dele estar relacionado com comportamentos internos/externos dirigidos à saúde ou com uma morte tranquila. A autora tem assumido a mensurabilidade da experiência de conforto holístico, pelo que desenvolveu vários instrumentos para a avaliar a experiência, entre eles, o *General Comfort Questionnaire* (Kolcaba & Steiner, 2000, Kolcaba, 2003).

Outra forma de enquadrar a relevância do conforto e do confortar para a disciplina e prática de enfermagem é perceber o seu enquadramento nas taxinomias de enfermagem. O conforto surge, na classificação da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), como diagnóstico de enfermagem: “potencial para melhorar, definido como padrão de bem-estar, alívio e transcendência em dimensões físicas, psicoespirituais e do meio envolvente e/ou que possam ser fortalecidas” (Doenges & Moorhouse, 2010: 215). Conforto é também apresentado como resultado de saúde, em que o “conforto corporal” constitui um organizador de resultados para alterações da nutrição, da eliminação, da integridade tissular, da actividade, do padrão de cuidado pessoal (Doenges & Moorhouse, 2010) e em que o desconforto associado à dor constitui um resultado das alterações à homeostase fisiológica (Doenges & Moorhouse, 2010) – numa ligação quase exclusiva do conforto à dimensão fisiológica ou patologia (da dor) e funcional (autocuidado) da pessoa.

Na NOC (Nursing Outcomes Classification), o conforto surge como resultado de intervenções de enfermagem para o diagnóstico relacionado com a perturbação do campo energético da pessoa. “Nível de Conforto” é definido como “extensão da percepção positiva do quanto o indivíduo se sente física e psicologicamente à vontade” (Johnson et al., 2009: 99). O resultado de Conforto encontra-se a par com outro: o de “Bem-estar Pessoal”, definido como “a satisfação que o indivíduo manifesta com o seu estado de saúde e circunstâncias de vida” (Johnson et al., 2009: 99); bem-estar pessoal é também um resultado possível para as intervenções face ao diagnóstico de “Comportamento de Busca de Saúde” (Johnson et al., 2009: 107).

Na CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), o conforto e o confortar, naturalmente, ocupam dimensões distintas na classificação. Na classificação das acções de enfermagem o confortar surge como uma “acção de relacionar com as características específicas: Consolar alguém nos momentos de necessidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2005: 132). Este conceito remete para algo que acontece no seio da relação enfermeira-cliente, e por outro, remete apenas para a componente consolar, que como vimos, é apenas um dos significados que o conceito pode assumir. No eixo dos focos de enfermagem, o conforto é definido como “*status* com as características específicas: Sensação de tranquilidade física e de bem-estar corporal” (Ordem dos Enfermeiros, 2005: 94). Por outro lado, o bem-estar é definido como “saúde com as características específicas: Imagem mental, de equilíbrio, contentamento, amabilidade ou alegria e conforto, usualmente demonstrada por tranquilidade consigo próprio e abertura para outras pessoas ou satisfação com a independência” (Ordem dos Enfermeiros, 2005: 95). Este bem-estar pode ser subdividido em bem-estar físico, psicológico, social e espiritual. Pela proximidade com o conforto como aqui é definido, vejamos a definição de bem-estar físico: “bem-estar com as características específicas: Imagem mental de estar em boas condições físicas ou conforto físico, satisfação com controlo de sintomas tais como o controlo da dor ou estar contente com o meio físico envolvente”. Então, conforto é da ordem da sensação física e do bem-estar (tranquilidade física), enquanto bem-estar físico, é da ordem da imagem mental de estar em conforto físico e satisfação com controlo de sintomas ou estar contente com o meio físico envolvente. Posteriormente, e face aos achados do presente estudo, voltaremos a estes conceitos.

Em síntese, o conforto tem sido frequentemente referido como uma experiência subjectiva e uma necessidade humana (Kolcaba & Kolcaba, 1991, 2003; Watson, 2002a; Yoursefi et al., 2009), altamente valorizada pelo cliente. Enquanto o confortar tem sido considerado uma competência da enfermeira (Benner, 1984); um factor de cuidado (Watson, 2002b); uma das terapêuticas de enfermagem (Meleis, 1991, 2005), ou uma actividade terapêutica (McMahon, 1998), ou ainda uma das acções terapêuticas contidas no processo de *fazer por*, propostas na teoria do cuidar (Swanson, 1993). Este conforto é favorecido através de um cuidado confortador, concretizado através de um processo que decorre na interacção

enfermeira-cliente – o processo de confortar ou de promover conforto (Kolcaba, 2003, 2009; McIlven & Morse, 1995; Morse, Havens & Wilson, 1997; Paterson & Zderad, 1976; Oliveira, 2005, 2008; Tutton & Seers, 2004). Este processo caracteriza pela complexidade e exigência (Morse, Havens & Wilson, 1997; Oliveira, 2005, 2008), perante a singularidade de cada cliente, os requisitos de atitude e de competência por parte da enfermeira que conforta, os requisitos de individualização da intervenção e as condições contextuais para o cuidado. Surpreendentemente, Kolcaba (2003) considera o *cuidado de conforto* um cuidado simples e intuitivo.

1.1.1 – O confortar: o estado da arte

Na generalidade, o conforto tem vindo a ser estudado ou sob o prisma das intervenções que ajudam a obter conforto, ou sob aquele que procura descrever as experiências de conforto dos clientes. Contudo, considero importante estudar o conforto sob uma perspectiva integradora: estudar o cuidado confortador; que como é designado, é *cuidado* – reporta ao trabalho de cuidar o outro – mas é *cuidado confortador* – o que remete para a dimensão da experiência da pessoa que se sente confortada. Quando o enfermeiro presta um cuidado a um cliente, aquele só poderá ser considerado confortador se o cliente o experimentar e definir como tal (Kolcaba, 2003). Se não, se o cuidado for estudado sem simultaneamente se procurar estudar o seu impacto (que lhe confere significado), ou se a experiência de conforto for pesquisada sem se atender ao contexto da interacção em que é gerada, poder-se-á estar a subestimar factores intervenientes ou até determinantes para o resultado da pesquisa.

Esta perspectiva concorda com a subjectividade da experiência de conforto e a intersubjectividade do processo de cuidados (Paterson & Zderad, 1976), e como Mussi (2005) afirma, aceitar a subjectividade do conforto obriga a aceitar também a natureza intersubjectiva e interactiva do processo que o promove. Assim, o estudo do fenómeno a construção de um cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada afigurou-se como adequado apenas nesta perspectiva dupla: a de um cuidado que, sendo coconstruído na interacção, vive das acções e sentidos aí gerados pelos participantes, sendo considerado confortador (ou não) pelo cliente. Então, e numa fase inicial do desenho do estudo, questionei-me: Quando a pessoa idosa sofre um desequilíbrio no seu estado de saúde (por doença ou acidente) que requer internamento hospitalar, qual é (natureza) e como é (processo) o cuidado que ao ser prestado se revela confortador?

A fim de identificar a real dimensão do conhecimento sobre o fenómeno, realizei em 2005, uma revisão sistemática da literatura, com recurso à metodologia de elaboração de revisões sistemáticas (Oliveira, 2006a). Procurei identificar estudos de natureza qualitativa, sobre o confortar a pessoa idosa hospitalizada, que tivessem tido como participantes os clientes e

os seus enfermeiros. Identifiquei e analisei três estudos primários¹ que preencheram os critérios de elegibilidade definidos. Os achados desta revisão sistemática podem ser expressos pelas expressões de síntese e transformação:

- O fundamento do cuidado experimentado como confortador/conforto pelos clientes hospitalizados está no reconhecimento da individualidade da experiência humana do sofrimento, pelo prestador de cuidados, e está também na atitude pessoal do prestador face ao outro e suas necessidades: Preocupação, compromisso, respeito, sensibilidade e urbanidade;
- o cuidado experimentado como confortador/conforto pela pessoa hospitalizada caracteriza-se por ser orientado à tangibilidade dos desconfortos e à ajuda a alcançar um estado dinâmico em que o doente experimenta tranquilidade face ao presente e ao futuro; pode ser auto administrado quando o cliente encontra modos de aliviar o desconforto, e ajuda a perseverar, mesmo que isso seja sentido como um desconforto. O cuidado confortador é aquele que aumenta a percepção de controlo sobre a vida e as circunstâncias e ajuda a perspectivar o futuro, bem como aquele que facilita a percepção de normalidade de vida, mesmo durante a hospitalização;
- a construção do cuidado confortador passa pelo suprimento de necessidades globais através de medidas complementares, igualmente globais e percebidas como tal. Constrói-se de proximidade física e afectiva, pela comunicação que revela respeito e compromisso e viabiliza essa proximidade, recorrendo mesmo à conversação informal e ao humor; constrói-se mediante a gestão criativa e integrativa dos cuidados correntes e dos percebidos como atenções especiais. O cuidado confortador é alicerçado no aumento do conhecimento e sentido de reconhecimento do cliente, na diminuição da imprevisibilidade das respostas e recursos, e na diminuição das agressões pelo que o rodeia.

Assim, foi possível, a partir dos estudos primários revistos, encontrar alguns fundamentos e características do cuidado percebido como confortador, bem como algumas estratégias que parecem contribuir para a construção de tal cuidado. Mas pelas características dos grupos de participantes (adultos e idosos) nos estudos primários, os achados tornam-se inconclusivos para o grupo populacional agora em estudo, ou seja, a transferibilidade é duvidosa.

Pese embora as limitações desta revisão de literatura, os achados suscitaram algumas questões para investigação, entre elas: Se o cuidado confortador ajuda a perseverar, e o perseverar é sentido como um desconforto, então será possível construir um cuidado que contribua para o cliente se sentir confortado sem se sentir confortável? O que faz a diferença? Estará a pessoa idosa disponível para prover o autoconforto face à potencial diminuição funcional associada ao envelhecimento? Se alguns idosos resistem a deter controlo e a envolver-se nas decisões sobre cuidados Gomes (2003), então, será percebido como confortador o cuidado que procura aumentar o conhecimento e o controlo do cliente nesta etapa de vida? Como é que a enfermeira lida com as exigências particulares de cada cliente, e a necessidade de prover atenções especiais, num contexto de trabalho em que as condições podem ser difíceis?

Face aos achados desta revisão da literatura, ao número de estudos identificados e à sua baixa tipicidade e às questões que suscitam, considerei ser pertinente prosseguir no percurso de investigação conforme esboçado inicialmente, procurando compreender como

¹ Bécherraz, M. (2002a ; 2002b; 2002c; 2002d); Bottorff, J., Gogag, M. & Engelberg-Lotzkar, M. (1995); Tutton, E. & Seers, K. (2004).

o enfermeiro constrói com a pessoa idosa hospitalizada, um cuidado susceptível de ser por ela experimentado como confortador.

1.2 – O CONFORTO E O BEM-ESTAR ENQUANTO CONCEITOS

Embora muito se tenha escrito sobre o conforto e sobre o bem-estar, e pese embora, por vezes, os termos sejam usados explicitamente como sinónimos, como conceitos próximos, ou de modo indistinto (Kolcaba, 2003; Mackey, 2009; Morse, 1992; Newson, 2008; O'Brien, Evans & Medves, 1999; Wallace & Appleton, 1995; Watson, 2002a), não pude encontrar nenhuma análise comparativa dos dois termos. Aparentemente, quem se debruçou sobre um dos conceitos não considera o outro; quem usa os dois, fá-lo indistintamente. Mesmo na literatura de enfermagem, esta realidade é reproduzida; contudo Kolcaba (2003) procura distingui-los. Porque acredito tratar-se de conceitos distintos, importa tentar clarificar o seu sentido.

O 'bem-estar' afigura-se um conceito abundantemente utilizado mas, por vezes, pobremente definido e com reduzida unanimidade conceptual (Acton, 1994; Chavez et al., 2005; Kiefer, 2008; Sarvimäki, 2006); o termo é referido entre leigos e profissionais como "uma palavra do dia-a-dia" (Cameron, Mathers & Parry, 2006: 351), e talvez por isso mesmo, usada de modo pouco preciso. É definido como "a condição caracterizada por felicidade, saúde, ou prosperidade (...) a percepção do estado físico, mental social e ambiental individual" (Merriam-Webster Dictionary, 2000). É, por vezes, indistintamente utilizado como sinónimo de saúde, paz, felicidade, prosperidade e satisfação com a vida, ou como sinónimo ou indicador de qualidade e vida (Acton, 1994; Diener & Ryan, 2009; Kolcaba, 2003); ou, ainda, enquanto sinónimo de "estar bem" (*wellness*) (Mackey, 2009). Quando usado para enquadrar a "saúde" torna-se problemático por não estar claramente definido (Saylor, 2004), podendo mesmo ser considerado como um termo que "turva as águas, actuando mais como uma categoria aberta que capta tudo, do que como um componente da 'saúde', claramente considerado." (Cameron, Mathers & Parry, 2006: 347).

No âmbito da psicologia, enquanto bem-estar subjectivo, "é um estado no qual a pessoa sente e acredita que a sua vida está indo bem" (Diener, Kesebir & Lucas, 2008: 39), sendo uma forma de avaliar subjectivamente a qualidade de vida pessoal. Este bem-estar subjectivo faz referência às componentes de satisfação com a vida e felicidade geral (Allen, Carlson & Ham, 2007; Dush & Amato, 2005; Chavez et al., 2005). Por seu turno, o bem-estar psicológico refere-se a dimensões tais como a auto-aceitação, sentimento de conexão e relações com os outros, mestria ambiental, autonomia, propósito de vida e desenvolvimento pessoal (Ryff, 1989 citado por Dush & Amato, 2005; ver também Chavez et al., 2005). Embora subsista esta dupla perspectiva sobre o conceito "bem-estar", ambas estão fortemente correlacionadas (Dush & Amato, 2005), e talvez por isso, para outros autores, o bem-estar é abrangentemente definido como um termo *chapéu-de-chuva* usado

para descrever o nível de bem-estar experimentado pelas pessoas de acordo com as avaliações subjectivas das suas vidas, tendo em consideração os julgamentos e sentimentos acerca de satisfação com a vida, interesse e envolvimento, reacções afectivas aos eventos da vida, satisfação com o trabalho, relacionamentos, saúde, recreação, significado e propósito (Bonno, McCullough & Root, 2008; Diener & Ryan, 2009).

Entretanto, outro conceito surge na literatura: “estar bem” (*wellness*): “a qualidade ou estado de estar de boa saúde” (Merriam-Webster Dictionary, 2000). Mas esta diferença não existe sempre, podendo estes dois conceitos ser usados indistintamente (Mackey, 2009; Saylor, 2004), como referido. O “estar bem” é uma derivação de saúde, “um método integrado de funcionamento o qual é orientado para maximizar o potencial de que o indivíduo é capaz” (Dunn, 1961 citado por Hemstrom-Krainess, 2006: 628-629), sendo assim perspectivado como um processo para alcançar, no futuro, o máximo estar bem (o “estar bem” como um estado futuro), ou seja, é conceptualizado mais como um estado potencial do que um estado actual (Mackey, 2009). “Estar bem” é sinónimo de saúde (enquanto objectivo) ou de auto-satisfação e o seu objectivo é a auto-realização; enquanto processo “estar bem” é próximo à “promoção da saúde” (Hemstrom-Krainess, 2006; MacKey, 2010). Mas o “estar bem” pode também ser definido como a experiência subjectiva e actual de estar bem ou o estado sentido de saúde: a experiência subjectiva e actual da saúde (MacKey, 2010), ou seja, “estar bem” parece ser uma particularização do bem-estar no que concerne à dimensão saúde deste conceito.

“Estar bem” apresenta dificuldades de articulação com o conceito “saúde” e “bem-estar”, mas ganha clareza quando “saúde” é oposta a doença (*disease*), passando “estar bem” a constituir o oposto de “doença” (*illness*) (Adams et al., 2000; MacKey, 2010). Segundo esta última autora, “saúde” é o estado objectivo – o estado clínico –, e “estar bem”, o estado subjectivo, o estado de saúde experimentado, à semelhança da relação entre *disease* e *illness*. Nesta acepção, “estar bem” e “bem-estar” sobrepõem-se. A própria autora assume a falta de clareza conceptual existente, questionando mesmo se “estar bem” e “saúde” devem ser conceitos distintos (MacKey, 2010).

Na literatura e na prática de enfermagem, tanto o “conforto” quanto o “bem-estar” são conceitos utilizados, e frequentemente, de modo pouco claro. O “bem-estar pode ser definido como a experiência vivida da saúde ou a “congruência entre as possibilidades individuais e as praticas actuais e significados vividos de cada um e é baseado no cuidado e no sentir-se cuidado” (Benner & Wrubel, 1989: 160) – definição próxima à de “estar bem”, segundo Mackey. Hesbeen (2001: 21) alinha “saúde” com “bem-estar”, “(...) sinónimo da sua harmonia pessoal, singular (...)”. Para este autor, a saúde é “a capacidade de criar novas regras de vida para substituir as que a doença ou o traumatismo afectaram” (Hesbeen, 2001: 22). Assim, saúde e bem-estar assemelham-se e encerram a noção de potencial para desenvolvimento ou de capacidade para a adaptação individual: “uma experiência humana que resulta da capacidade que cada pessoa tem para ultrapassar

equilíbrios perdidos e de se adaptar às circunstâncias da vida, por si só ou com ajuda [e] a perda do bem-estar não é o aparecimento de doença mas sim a incapacidade de recriar o potencial individual” (Basto, 2009: 15).

Se considerarmos o conforto como um estado imediato² de se sentir fortalecido por ter supridas as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência, nos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 2003), podemos perceber, entre este conceito e o de bem-estar, duas diferenças subtis: “conforto” refere-se ao (i) estado imediato, emergente, enquanto o bem-estar se refere à avaliação perspectivada a prazo superior ao imediato, a uma perspectiva que embora avaliada num determinado momento, se reporta, como afirma Diener (1994) relativamente ao bem-estar subjectivo, à presença de afecto agradável a longo prazo e à falta de afecto desagradável, e satisfação com a vida; (ii) “conforto”, como acima definido, refere-se à experiência subjectiva de se sentir fortalecido (Kolcaba, 2003; Newson, 2008), de se perceber ajudado, beneficiado por algo ou alguém que fortalece, enquanto o bem-estar parece referir-se à experiência, também subjectiva, de estar bem, de estar satisfeito (ou insatisfeito) com a vida nas suas múltiplas nuances (saúde, emoções, relacionamentos, economia, ocupação e lazer, etc.), numa avaliação de influências temporalmente mais difusas. Esta diferença só se esbate na definição de “bem-estar” apresentada por Benner e Wrubel (1989), quando afirma que o bem-estar é associado ou fundado no cuidado e no sentir-se cuidado. Com Benner e Wrubel (1989) o “bem-estar” aproxima-se de “estar bem” e assemelha-se ao conforto no que respeita quer ao horizonte temporal da experiência, quer à dimensão de ajuda (cuidado) subjacente e à experiência de sentir-se cuidado. O conforto considera a experiência de ter beneficiado de alguma forma de ajuda (de algo ou alguém que contribui para fortalecer) e de ter, com isso, adquirido ou potenciado a capacidade individual para enfrentar algo, – quão forte sou e quanto bem me sinto com isso, no momento –, enquanto o bem-estar parece considerar o resultado difuso ou o balanço de vários resultados na vida pessoal (quão bem avalio os impactos de múltiplas experiências de vida na minha noção de saúde, satisfação ou felicidade). Por outro lado, se compararmos “conforto” e “estar bem”, percebe-mos que não se sobrepõem, pois o estar bem é percebido como à ausência de sintomas ou problemas (*illness*), enquanto o conforto pode ser o alívio destes, mas é muito mais do que isso, muito mais do que a percepção subjectiva da saúde.

Por esta diferença, considero que o conceito “conforto” interessa mais à enfermagem em contexto de cuidados agudos, por ser, na minha perspectiva, um resultado mais sensível à intervenção da enfermeira do que propriamente o “bem-estar”, pelo carácter mais imediato da experiência e pela conotação de valorização da ajuda fortalecedora implícita. O conceito de “bem-estar” importará certamente mas não nesta acepção de resposta concreta e circunstancial à intervenção da enfermeira.

² “Kolcaba refere que “immediate (...) it is the first and holistic response to an intervention, but it may not last. Well being is a broader concept and refers to quality of life, not comfort needs that have been met.” (Comunicação pessoal, 03.05.2010).

2 – A PESSOA IDOSA E A HOSPITALIZAÇÃO

Lidar com as 'necessidades não médicas' das pessoas idosas frágeis hospitalizadas em contexto de cuidados agudos requer uma mudança na filosofia de cuidados (Street, 2004: 147)

Este capítulo enquadrará a realidade demográfica do envelhecimento em Portugal. Enuncia a relação entre o processo de envelhecimento e as limitações da capacidade de adaptação da pessoa idosa ao meio, com a possível ameaça à independência e à autonomia pessoal; introduz o conceito de fragilidade da pessoa idosa e os constructos 'síndromas geriátricas', capacidade e declínio funcional, relacionando-os com os riscos subjacentes e acrescidos pela hospitalização e com as necessidades de cuidados para a sua prevenção e correcção. Apresenta dados sobre as expectativas e/ou a valorização feita pelos idosos sobre o cuidado de enfermagem e o conforto. Ressalva a necessidade da intervenção de enfermagem compatibilizar tais expectativas com o seu desiderato terapêutico global, e de lidar com as tensões que a assunção do papel preventivo ou de reabilitação podem ocasionar em face de tais expectativas e necessidades.

Apesar da falta de consenso sobre a idade a partir da qual uma pessoa passa a ser incluída no grupo das pessoas idosas, pela documentação oficial nacional, pode afirmar-se que a pessoa idosa é aquela que tem 65 ou mais anos (Direcção Geral de Saúde, 2006). Mas este pode ser um dos poucos aspectos comuns às pessoas idosas. O universo dos idosos é tão diverso quanto o de qualquer outro conjunto humano, o que equivale a dizer que a pessoa idosa é como qualquer outra, um ser humano singular. No entanto, é possível identificar alguns traços comuns, que não apagam as nuances individuais. Até porque todo o ser humano está sujeito a um mesmo processo de envelhecimento, se bem que vivido a seu ritmo e nas suas circunstâncias.

Demograficamente, tem vindo a ocorrer o envelhecimento das populações, prevendo-se que assim continue. Em conformidade, a população idosa em Portugal, em 2007, situava-se nos 17,4%, sendo que o grupo dos idosos acima dos 75 anos correspondia a 45,7% de todos os idosos (DGS, 2009b) e o Índice de envelhecimento encontra-se nos 113,6% (DGS, 2009b). Estima-se, para 2020 e para 2030, que as pessoas idosas representem 20,4% e 24,2% da população nacional que o Índice de envelhecimento aumente para 146,5% e 190,3%, respectivamente (DGS, 2009b). Embora envelhecer seja um privilégio e uma conquista social dos nossos tempos, o progressivo envelhecimento da população representa um enorme desafio para as sociedades, porque, se por um lado, poder envelhecer representa uma oportunidade para maior desenvolvimento, por outro, apresenta consideráveis riscos de doença e incapacidade. Então, a mesma sociedade que conquistou tal privilégio, tem que

ser capaz de efectivar o envelhecimento como uma conquista – um ganho. Isto exige que as pessoas idosas sejam suportadas e respeitadas mesmo quando se tornam dependentes e deixam de ser contribuintes significativos. Contudo, a maioria das pessoas idosas não é doente nem dependente (DGS, 2006), permanecendo a maioria fisicamente bem adaptada, mantendo elevada capacidade funcional, sendo capaz de cuidar de si, sendo uma minoria, geralmente os mais velhos, os que se tornam incapacitados e por isso carecem assistência nas actividades de vida diária (WHO, 1999). Entre nós, em estatísticas de 1997, foram 12% das pessoas idosas que declararam precisar de ajuda para o exercício de actividades de vida diária (DGS, 2006).

Embora o envelhecimento nos acompanhe e molde ao longo da vida, é na sua etapa final de desenvolvimento que as insidiosas perdas aos níveis biológico, social, psicológico e cognitivo, se acumulam e potenciam; isto afecta variavelmente cada pessoa, fazendo emergir progressivas dificuldades de adaptação ao meio, com conseqüente aumento da vulnerabilidade à doença e à limitação funcional. Este estado de crescente vulnerabilidade física, cognitiva e psicossocial, sendo independente de doença, determina a fragilidade da pessoa idosa (Street, 2004). Mas nem todos os idosos podem ou devem ser considerados frágeis. Contudo, os critérios de fragilidade³ da pessoa idosa devem ser atendidos, pois “são preditivos de hospitalização prolongada, de mortalidade, de perda funcional, institucionalização e de perda de função após uma hospitalização” (DGS, 2006: 15).

Do cruzamento do processo de envelhecimento com a doença, com factores externos, e com condição física e cognitivo pré mórbida, pode surgir um quadro de condições não característico do processo de envelhecimento normal, denominado ‘síndromas geriátricas’ (Peek et al., 2007; Street, 2004); englobam: delírio, quedas, diminuição da mobilidade, incontinência, úlceras de pressão e poli medicação. As ‘síndromas geriátricas’ são frequentemente precipitadas pela hospitalização (e pela doença/acidente subjacente), enquanto um dos stressores externos de agressão à pessoa idosa.

As cumulativas perdas experimentadas ao longo dos anos, fazem com que a pessoa idosa tenha necessidades próprias de ajuda à vida e à saúde que não passam apenas pelo diagnóstico e tratamento da doença. Esta etapa de desenvolvimento coloca desafios extraordinários pois o mesmo processo que aporta limitações de vária ordem também condiciona a capacidade de resposta ou adaptação a elas. O equilíbrio pode ser precário e a capacidade para manter a independência⁴ e a autonomia⁵ está sob ameaça constante.

³ Compreendem nomeadamente: a idade de 65 e mais anos, AVC, doença crónica ou invalidante, confusão, depressão, demência, perturbação da mobilidade, dependência para a realização das actividades da vida diária, queda nos últimos três meses, acamamento prolongado, escaras, desnutrição, perda de peso ou de apetite, poli-medicação, défices sensoriais de visão e audição problemas socio-económicos e familiares, utilização de contenções, incontinência e hospitalização não programada nos últimos três meses (DGS, 2006: 15).

⁴ Independência ou “a capacidade para realizar funções relacionadas com a vida diária, isto é, a capacidade de viver com independência na comunidade sem ajuda ou com pequena ajuda de outrem (DGS, 2006: 16; WHO, 2002: 13).

⁵ Autonomia ou “a capacidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida do dia-a-dia, de acordo com as próprias regras e preferências” (DGS, 2006: 9; WHO, 2002: 13).

Embora o envelhecimento normal represente o conjunto das alterações biológicas que ocorrem com o avançar da idade e que não são afectadas pela doença e pelas influências ambientais, ele é, por vezes, acompanhado de doença, maioritariamente crónica, episodicamente agudizada, e crescente susceptibilidade à doença aguda e acidentes. Esta realidade será uma das variáveis que justifica a elevada consumo de cuidados de saúde pelas pessoas idosas. Estas representam um grupo maioritário na procura de cuidados de saúde a nível hospitalar (Cabete, 2005; Palmer, Counsell & Landefeld, 2003; Street, 2004), ou pelo menos, um grupo populacional expressivo no consumo destes cuidados (Chang et al., 2003; Landefeld et al., 1995; Peek, 2007). Tal pode ser ilustrado por alguns dados estatísticos: o número de dias de internamento hospitalar que, neste grupo, representou 43,8% do total de dias de internamento, em 2007, bem como o mais elevado número de doentes saídos de tal internamento, e que representou 39% de todos os doentes que deixaram os hospitais (DGS, 2008). Sabe-se também que os números da hospitalização duplicam nos idosos maiores de 85 anos (Palmer et al., 2003) facto ao que não será alheio o exponencial aumento da morbilidade com o avançar da idade (Cabete, 2005), em particular, por doenças crónicas.

A hospitalização das pessoas idosas é geralmente mais frequente, mais longa (Duckett & Jackson, 2004) e a doença é mais grave (Chang et al., 2003; Palmer, 1999; Palmer et al., 2003; Street, 2004) que a dos adultos. Um dos motivos para tal está associado ao desfasamento entre a recuperação clínica e a recuperação funcional (Covinsky et al., 2003; Street, 2004), mais prolongada no idoso, dado que “as consequências funcionais da doença aguda prolongam-se para além da recuperação da própria doença” (Street, 2004: 138).

O hospital, organizado de modo que lhe é muito próprio e tradicional, orchestra a vida e os ritmos de tal modo que, frequentemente, deixa pouco espaço para os hábitos e a vontade do cliente: “a organização e funcionamento dos serviços de saúde não estão, em muitos dos casos, adaptados às actuais necessidades da população idosa (...) constituindo muitas vezes barreiras à promoção ou manutenção da qualidade de vida destas pessoas e das suas famílias” (DGS, 2006: 13). O cliente precisa adaptar-se a novas rotinas e a novos e múltiplos relacionamentos, em que o desnível de conhecimentos, e portanto de poder, é elevado. Precisa reaprender coisas novas para lidar com tudo isto e para superar os obstáculos de ordem diversa, de preferência, com celeridade, pois o internamento deseja-se breve. É a este mundo que a pessoa idosa recorre tão assiduamente, pela sua fragilidade (também social) e crescente morbilidade, enfrentando-o com reduzidas capacidades adaptativas, até então suficientes para um funcionamento rotineiro (Gallo et al., 2000).

A hospitalização pode assim constituir, em si mesma, um stressor para a pessoa idosa (Cabete, 2005; Street, 2004), na medida em que os elementos da hospitalização podem torná-lo um ambiente hostil, contribuindo directamente para o declínio e/ou inibindo a recuperação quando aquela ocorre (Palmer et al., 2003). Num hospital que está estruturado mais para responder às necessidades do pessoal do que às dos clientes e que “pode não

considerar a importância da promoção do autocuidado pelos clientes idosos” (Palmer et al., 2003: 509), ou que pode dar prioridade ao tratamento da doença e menos atenção aos resultados funcionais (Palmer, 1999), o declínio funcional pode estar facilitado, contribuindo para a designada síndrome disfuncional da hospitalização: o ambiente físico desadequado às necessidades do idoso pode ser hostil e até arriscado para a deambulação; por seu turno, a imobilidade conduz a conhecidas complicações iatrogénicas, debilitantes do estado geral do cliente; a poli medicação pode contribuir para efeitos adversos; algumas terapêuticas não farmacológicas podem concorrer para efeitos secundários potencialmente perniciosos, como a infecção por algaliação; os procedimentos podem ser experimentados como estranhos ou mesmo perturbadores e, ao não serem antecipados, podem causar perturbação da vontade do cliente ou das suas rotinas habituais, enquanto a restrição à sua autonomia pode conduzir a sentimentos de despersonalização. Esta experiência pode ter repercussões tais como a exacerbação da depressão e o fomento de expectativas negativas quanto ao desfecho da hospitalização (Palmer, 1999).

A hospitalização da pessoa idosa, subitamente acometida de doença ou acidente, acarreta, por vezes, acrescidas consequências não desejadas. Quando a pessoa idosa é hospitalizada, fica sujeita a prejuízos vários no seu estado geral de saúde, referidos como síndrome disfuncional. Esta síndrome (Palmer et al., 2003) corresponde a um modelo de declínio funcional acompanhado e agravado pela relação entre deterioração física e humor deprimido acompanhado de expectativas negativas para a saúde. Verifica-se nos idosos hospitalizados e decorre da interacção de aspectos clínicos do cliente e elementos da hospitalização acima referidos. Por exemplo, no estudo de Cabete (2005), tanto o estado funcional como o psicológico dos idosos, sofreram um impacto negativo com a hospitalização: ocorreu aumento da imobilidade, diminuição da capacidade funcional com progressivo aumento da dependência, e aumento do mal-estar psicológico; ainda constatada a relação destes prejuízos com a duração do internamento quando este se prolonga por mais do que uma semana.

A capacidade funcional do cliente corresponde ao conjunto de habilidades pessoais necessárias para manter uma vida independente e autónoma (Lobo & Pereira, 2007) face às exigências de um determinado meio (Cabete, 2005). Sendo geralmente avaliada em termos da capacidade para o autocuidado associado às actividades de vida diária (básicas e instrumentais) (Cabete, 2005; Lobo & Pereira, 2007; WHO, 2002), incluindo as actividades de se lavar, vestir, transferir da cama para a cadeira, eliminar/ continência e comer, ou as de fazer compras, utilizar o telefone ou gerir a medicação (Palmer et al., 2003), a capacidade funcional exige e dá indicação sobre a capacidade física mas também sobre o estado cognitivo da pessoa (Gallo et al., 2000). O seu declínio corresponde a perdas na independência da pessoa idosa para se bastar nestas actividades ou pelo menos na deterioração das suas capacidades para autocuidado (Hoogerduijn et al., 2007). A perda de capacidade funcional, para além de constituir uma dificuldade quotidiana na vida, representa

também um preditor de maior mortalidade (Gallo et al., 2000). Quando associado à hospitalização, o declínio funcional define-se pela perda da independência para realizar pelo menos uma das actividades básicas de vida diária comparativamente com o estado a quando da admissão (Vidán Astiz et al., 2008).

Assim, as pessoas idosas, quando hospitalizadas, apresentam um risco acrescido para um resultado funcional adverso particularmente, para declínio funcional (Chang et al., 2003; Hoogerduijn et al., 2007; Landefeld et al., 1995; Palmer, 1999; Palmer et al., 2003; Sager et al., 1996; Street, 2004; Vidán Astiz et al., 2008; Wakefield, 2007). A perda funcional associada a doença aguda e internamento, pode atingir cerca de um terço (Covinsky et al., 2003; Palmer, 1999; Sager & Rudberg, 1998 citado por Palmer et al., 2003; Street, 2004) a dois terços das situações de hospitalização aguda de pessoas idosas (Hoogerduijn et al., 2007, 2010; Street, 2004), ou até mais de metade dos clientes acometidos de doença aguda, os quais apresentaram instabilidade no funcionamento para as actividades de vida diária (Covinsky et al., 2003). Segundo alguns autores, 35% das pessoas idosas estudadas apresentaram, à data da alta, um estado funcional pior do que o que apresentavam como valor de referência antes da hospitalização, sendo que 17% destas situações foram atribuíveis a declínio ocorrido após a admissão (Covinsky et al., 2003). Já no estudo de Sager et al. (1996), aquando da alta, 31% dos idosos haviam sofrido declínio nas actividades de vida diária, embora 69% tenham referido manutenção ou melhoria àquele nível. Entre uma avaliação da condição basal e o segundo dia de hospitalização “ocorrem deteriorações das médias do índice funcional e individualmente, dos índices de mobilidade, transferência, uso de sanitários, alimentação e arranjo pessoal” (Hirsch et al, 1990). No estudo de Cabete (2005), a capacidade funcional e psicológica do idoso foi prejudicada em internamento superior a uma semana. Considerando os dados de declínio ocorrido apenas entre a admissão e a alta, encontram-se valores de declínio funcional para 12% dos mais de 2000 clientes estudados por Covinsky et al. (2003). A perda funcional, por vezes, acontece mesmo antes da hospitalização, conseguindo esta ajudar a superá-la ou não. Naquele estudo, aquelas perdas ocorreram em 43% dos clientes idosos estudados, dos quais apenas 20% recuperaram entre a admissão e a alta (Covinsky et al., 2003); 5% dos clientes sofreram declínio adicional ao longo do internamento. No estudo de Vidán Astiz et al. (2008), o declínio funcional esteve associado, entre outros factores (idade, delírio, fármacos psicotrópicos, imobilização física) a repouso no leito por período superior a 48 horas, e num grupo de idosos com média de 84 anos, 65% apresentou declínio na mobilidade após dois dias de hospitalização (Palmer et al., 2003).

Estas perdas podem persistir no tempo, com elevada incapacidade para a realização de actividades de vida diária e conseqüente dependência de terceiros, estando também relacionadas com a qualidade de vida, o custo associado aos cuidados e o prognóstico dos clientes idosos (Landefeld et al., 1995; Palmer et al., 2003), como sejam o risco aumentado de hospitalização posterior, institucionalização em lar, ou mortalidade (Hoogerduijn et al.,

2007; Wakefield, 2007). A trajetória funcional dos idosos hospitalizados constitui um conceito prognóstico merecedor duma maior atenção, enquanto tal, ou como referem Covinsky et al. (2003: 455), “as alterações funcionais ocorridas após a admissão ao hospital são determinantes cruciais dos resultados a quando da alta”.

Os principais factores de risco para declínio funcional associada à hospitalização são, não o diagnóstico médico específico, mas antes a deficiência funcional prévia, uso prévio de auxiliar de marcha, diminuição cognitiva, idade⁶ igual ou superior a 85 anos, e a necessidade de readmissão hospitalar (Street, 2004: 144), ou segundo outros autores e para além da condição prévia à admissão, os efeitos iatrogénicos do tratamento, efeitos do repouso no leito⁷ e comorbilidade (Hoogerduijn et al., 2007). Também a idade mais avançada parece estar associada quer à dificuldade de recuperação da capacidade funcional perdida antes da admissão, quer à susceptibilidade para desenvolver novos défices funcionais durante a hospitalização (Covinsky et al., 2003). Outro factor que pode contribuir para o declínio funcional é a atitude terapêutica (Cabete, 2005), ou supostamente terapêutica, diria: o modo como os profissionais se relacionam com a pessoa idosa, as oportunidades que lhe criam *para estar*, como a ajuda que lhe proporcionam na orientação e preservação da integridade e das suas capacidades, pode contribuir para prevenir o declínio, ou opostamente, pela omissão ou negação, para o seu agravamento. Isto tem sido corroborado por diversos estudos, entre eles, os que procuram avaliar o impacto de diferentes modalidades de intervenção, e que, afinal, têm suportado a criação de unidades de cuidados agudos⁸ para idosos.

Associado à mobilização diminuída, a potencial formação de úlceras de pressão ou a ocorrência de quedas, são condições, sob a designação de síndromas geriátricas, a que a pessoa idosa está mais predisposta. As quedas, cujos efeitos podem ser físicos (traumatismos e retracção da mobilidade), psicológicos e sociais (medo e isolamento), ocorrem duas vezes mais frequentemente nos idosos hospitalizados do que na comunidade (Mahoney, 1998 citado por Street, 2004). Sendo um risco sério, a sua prevenção é necessária, sendo que esta não pode prejudicar a funcionalidade do idoso nem agredir os seus direitos e dignidade (Street, 2004), pelo que “um plano de prevenção de quedas deve concentrar-se nos factores de risco identificados para o indivíduo particular, mais do que no

⁶ Durante períodos longos de inactividade física, a perda de tecido magro ocorre mais rapidamente na pessoa idosa do que nos mais jovens. Durante um período de crise (de actividade física reduzida e crise de actividade catabólica) sugerem, uma reacção agressiva para prevenir a perda de massa e função musculares que contemple suporte nutricional para proteínas e terapia física (English & Paddon-Jones, 2010; Palmer et al., 2003).

⁷ O repouso no leito, mesmo em idosos não hospitalizados, considerados saudáveis e alimentando-se com dieta proteica adequada, produziu em 10 dias, substancial perda da força e resistência muscular nas extremidades inferiores, perda substancial da capacidade aeróbica (equivalente a quase uma década de envelhecimento), e uma redução na actividade física mas sem efeito na performance física (redução da actividade voluntária e aumento do tempo de inactividade). A não alteração na performance pode, segundo os autores, estar associada à pequena dimensão da amostra ou ao seu estado de saúde saudável (Kortebein, et al. 2008).

⁸ Cuidados agudos – Nível de cuidados de saúde em que o utente é tratado por um episódio agudo de doença, sequelas de um acidente ou outro traumatismo, ou durante a recuperação de uma cirurgia (Potter & Perry, 2006).

ambiente físico ou na cultura do serviço” (Street, 2004: 142). As úlceras de pressão são frequentes nas pessoas idosas hospitalizadas, situando-se a sua prevalência entre 10 a 18% (O’Dea, 1993 citado por Street, 2004). Ocorrem porque a fragilidade do idoso é, por vezes, elevada e os cuidados de vigilância e de alívio de pressão podem ser subvalorizados face à gravidade da(s) doença(s) que ditaram o internamento. Contudo, mesmo havendo planos e cuidados preventivos, nem todas são evitáveis, dado que nem todos os factores de risco podem ser suprimidos. As úlceras de pressão estão geralmente associadas a maus resultados em saúde e a aumento do risco de morte.

Neste quadro, o delírio, representa outro dos problemas a que a pessoa idosa está potencialmente sujeita, sobretudo quando apresenta deterioração cognitiva prévia, deterioração sensorial, idade avançada; a doença aguda, a medicação, o stress físico e psicológico também podem desencadear delírio (Street, 2004). O delírio, um estado confusional agudo (Inouye et al., 1990), “é um distúrbio transitório da função cognitiva e da atenção, caracterizado por um curso flutuante e uma alteração no estado de consciência” (Street, 2004: 140). Relativamente frequente nos idosos hospitalizados, apresentou uma incidência crescente (60%) quando comparada com a sua frequência em idosos em assistência geriátrica ambulatória (25%) (Inouye et al., 1990). Está associado a prolongamento da hospitalização, a institucionalização e aumento da mortalidade (George et al., 1997) e deve ser essencialmente prevenido e tratado de modo individualmente dirigido a cada cliente, procurando utilizar judiciosamente os fármacos, de modo a não desencadear outras síndromas geriátricas. As medidas não farmacológicas, ambientais e comportamentais, dirigidas à correcta hidratação, mobilização precoce, a promover o sono e a minimizar ou compensar a privação sensorial, bem como a minimizar a desorientação, favorecendo uma comunicação clara e perceptível pelo idoso e apelando à presença de familiares, são medidas que sendo aparentemente simples, podem ser de difícil implementação num serviço geral de cuidados agudos (Street, 2004).

Como exposto, o aparecimento duma doença aguda, quando associada a uma condição pré existente e decorrente do processo de envelhecimento e agravada pela necessidade de uma hospitalização, cria a condição para uma cascata de eventos deletérios. Efectivamente, a fragilidade de algumas das pessoas idosas coloca-as numa situação de risco para um indeterminado número de eventos adversos tais como resultados clínicos pobres, agravamento do declínio nos desempenhos funcional e cognitivo, necessidade de institucionalização ou maior probabilidade de morte (Street, 2004). Para minimizar este risco, importa “o reconhecimento dos sinais clínicos destes distúrbios, a antecipação dos seus efeitos e o tentar prevenir as consequências futuras, reside no coração dos cuidados qualificados de enfermagem e médicos às pessoas idosas doentes” (Street, 2004: 139). A propósito da prevenção do declínio funcional – sugere-se a necessidade de examinar as práticas habituais e as de pós alta que podem influenciar o funcionamento dos pacientes idosos. (Sager et al., 1996). Esta sugestão está afinal de acordo com a proposta de

promover a identificação de critérios de fragilidade e de cuidados antecipatórios nos serviços de internamento, no caso, no hospital, enquanto um dos *settings* considerados prioritário para a ajuda à população idosa (DGS, 2004).

Para ajudar a população idosa, particularmente as que se encontram em maior risco, ou com dependência episódica ou instalada, torna-se necessária uma revisão do paradigma da abordagem curativa dos serviços de saúde (DGS, 2006), de modo a que estes ambientes de cuidados sejam, também eles, *possibilitadores* de autonomia e independência dos idosos (DGS, 2004). Aliás, no planeamento da acção para a promoção do Envelhecimento Activo, a prevenção da doença e incapacidade induzida pelo processo de diagnóstico e terapêutico, constitui uma das propostas de acção da Organização Mundial de Saúde para o desenvolvimento de serviços de saúde e sociais. Estes serviços devem responder às necessidades e direitos da pessoas idosas, com vista à Saúde – um dos pilares do Envelhecimento Activo –, condição que decorrerá, em parte, da redução dos factores de risco ambientais e comportamentais para as doenças crónicas, e das condições para declínio funcional (WHO, 2002).

Segundo vários autores, a pessoa idosa fragilizada pode beneficiar de cuidados (*aged-care*) em contextos onde a apreciação e a intervenção lhe são especificamente dirigidos; “contudo, até em contextos de cuidados particularmente desenhados para suprir as necessidades dos idosos, continua a existir o potencial para a emergência de tensão entre as necessidades dum cliente individual e as necessidades do hospital” (Street, 2004: 137). Uma redobrada tensão e dificuldades daí decorrentes está expressa na literatura que compara os resultados obtidos em Unidades ACE (*Acute Care for Elderly*) e outras não vocacionadas especificamente para o cuidado à pessoa idosa. O modelo ACE persegue o objectivo de evitar a síndrome disfuncional e propõe uma gestão de cuidados centrados no cliente. Prevê a apreciação diária do estado do cliente a nível físico, cognitivo e psicossocial; a implementação de protocolos de autocuidado que procuram evitar as restrições físicas ou químicas, encorajar e assistir a deambulação e o cuidado independente em matéria de higiene e arranjo pessoal, e a prevenção das quedas, através da apreciação do risco na admissão e programa de prevenção; promove a preparação/alteração do ambiente, o planeamento da alta com ênfase precoce no retornar a casa; propõe visitas diárias pela equipa de saúde e a revisão do cuidado médico (para minimizar a medicação e os procedimentos invasivos) (Landefeld et al., 1995; Palmer et al., 2003).

Nestas unidades ou noutras, “a esperança reside em que tais intervenções – de incentivo à mobilização precoce da pessoa idosa – se tornem eventualmente parte das actividades e da ética de cada serviço de cuidados agudos como serviço de reabilitação (...)” (Street, 2004: 145). Este trabalho preventivo, com a pessoa idosa hospitalizada, é muito importante, pois “o modo como as pessoas idosas são tratadas nos hospitais de agudos terá significativas implicações no futuro da pessoa idosa, dos seus familiares e de todos os consumidores de

cuidados de saúde” (Street, 2004: 153). Por exemplo, seria desejável que os exercícios físicos se iniciassem no primeiro dia de hospitalização e que a mobilidade fosse livre.

A elevada procura de cuidados de saúde de natureza hospitalar e aguda (genericamente designada de cuidados agudos) pelas pessoas idosas, associada ao progressivo envelhecimento da população, coloca vários e complexos desafios ao Estado, às organizações prestadoras de cuidados e aos profissionais de saúde, e concretamente às enfermeiras. Compatibilizar objectivos de produtividade e qualidade nos cuidados de saúde pode ser assim uma tarefa difícil. Esta dificuldade pode estar acrescida quando os beneficiários são maioritariamente pessoas idosas, cuja etapa de desenvolvimento, pode, por si só, acarretar limitação das reservas em vários sistemas orgânicos (limitações físicas e/ou comprometimento cognitivo), perdas (nomeadamente de independência), crescente comorbilidade, maior vulnerabilidade e menor adaptabilidade ao *stress*.

Embora cada vez mais se questionem as razões que justificam o recurso à hospitalização, dados os riscos iatrogénicos que comporta, situações há que a indicam, tais como “doença que ameaça a vida, incerteza diagnóstica com ameaça ou deterioração da saúde, necessidade de perícia ou experiência especializada ou necessidade em cuidados de enfermagem, incluindo cuidados na morte” (Subbe & Gemmell, 2010). Outras vezes, mesmo tendo sido necessária, a hospitalização arrasta-se por questões de ordem social, a que provavelmente não é alheia a escassa oferta de serviços de saúde com internamento, na comunidade, onde existiam 253 camas, nos então 19 designados de Centros de Saúde com Internamento (DGS, 2009a), e uma rede de cuidados continuados ainda em construção. Considerando tais razões, e mesmo sabendo-se que o futuro dos cuidados de saúde passará pelos de maior proximidade e acessibilidade, percebe-se que as pessoas idosas, em ocasiões em que a doença aguda ou agudizada ameaça a vida, continuarão a recorrer e a beneficiar de cuidados de saúde prestados em hospital.

Apesar dos riscos inerentes à hospitalização da pessoa idosa, em termos da perda funcional e respectivas consequências deletérias, os estudos apontam que é possível, durante o período de hospitalização em serviços de agudos, ajudar o cliente a manter ou mesmo a melhorar o seu perfil funcional (Covinsky et al., 2003; Landefeld et al., 1995; Palmer et al., 2003), se para tal os cuidados forem concebidos e administrados com enfoque sistemático nas necessidades e especificidades de cada pessoa idosa. Portanto, importa melhorar o conhecimento e despertar a sensibilidade para que estes factores possam ter impacto na prática de cuidados, traduzindo para esta a evidência científica. E neste trabalho de cuidados preventivos ou de reabilitação, as enfermeiras têm um papel determinante (Chang et al., 2003).

Mas conseguir assumir este papel preventivo ou de reabilitação, pode significar, amiúde, criar uma tensão na interacção de cuidados, sobretudo quando tais objectivos terapêuticos da enfermeira não são comuns ao cliente, e mais difícil ainda, quando ele não lhes compreende a intenção, resistindo-lhes. Isto pode gerar desconforto. Sabendo ser o conforto

uma experiência subjectiva altamente valorizada pela pessoa, e com elevado potencial terapêutico – algo que não só é agradável como uma experiência favorecedora de comportamentos dirigidos à saúde e por isso, promotores de saúde (Dowd, 2004; Kolcaba, 2003, 2009; McMahon, 1998) –, como ajudar o cliente a assumir e cooperar em tais medidas preventivas, potencialmente desconfortantes, sem lhe comprometer a experiência de conforto desejada? Esta é uma das missões, senão a principal, para a enfermeira que cuida da pessoa idosa hospitalizada em cuidados agudos.

2.1 – AS NECESSIDADES DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA

Tal como o conforto é central para a enfermagem, e a enfermagem é central para o cuidado à pessoa idosa hospitalizada, é crucial que os profissionais sejam capacitados para cumprirem o seu potencial nesta área. (Tutton & Seers, 2004)

Sendo que, como referido, a hospitalização do idoso não resulta sempre em benefício absoluto para ele (Chang et al., 2003), dado o potencial para a ocorrência de efeitos adversos específicos, é preciso estar atento à qualidade dos cuidados de saúde, no caso, os de enfermagem que se prestam a estes clientes. Estes cuidados, actuando em várias frentes, precisam evitar que durante o internamento ocorra declínio funcional (ou melhor, síndrome disfuncional) ou que não se consigam recuperar ou minimizar a perda de capacidades, e isto sem sacrificar outros objectivos terapêuticos, como o conforto da pessoa idosa. Este último aspecto não é de somenos importância, até porque os clientes fazem corresponder aos comportamentos de cuidar (nos quais se podem incluir as estratégias confortadoras) a percepção de competência da enfermeira (Bowman & Thompson, 1998), competência esta, muito valorizada pelo cliente.

Prevenir o declínio funcional, e com ele, outras complicações, é importante. Consegue-se, nomeadamente, através duma precoce estimulação da actividade física (Kortebein, et al., 2008; Street, 2004), pois “o repouso no leito é perigosos para os idosos, e estratégias para encorajar os clientes a estarem fora do leito e a andar, durante a estadia no hospital em cuidados agudos, parecem atenuar algumas das alterações” (Kortebein, et al., 2008: 1076). Mas alguns factores podem atrasar ou competir com este desidrato: as aparentes e prioritárias necessidades clínicas da pessoa doente, que podem justificar o repouso, e ainda a expectativa do cliente e familiares quanto ao repouso, enquanto meio de tratamento quando se está hospitalizado, em detrimento da mobilização. A estes factores que podem tender a prejudicar uma mobilização precoce da pessoa idosa, eu adicionaria a eventual apetência ou agrado pelo estar deitado, associado à experiência de um maior conforto momentâneo da pessoa doente, que assim tende a permanecer, procurando mobilizar-se tão pouco quanto possível, até porque “os clientes não têm um objectivo de auto cuidado. Os seus objectivos são viver as suas vidas o melhor que podem” (Doran et al., 2001: 58). Estes factores são directos competidores com o eventual propósito da enfermeira de

incentivar à mobilização. Estou, afinal, a falar de percepção de necessidades e de expectativas por parte do cliente, bem como da interpretação que este pode fazer das intervenções que lhe são proporcionadas.

A perspectiva dos clientes constitui uma variável importante para a avaliação e promoção da qualidade dos cuidados. Assim sendo, identificar as necessidades dos idosos em matéria de cuidados de enfermagem, tal como eles as percebem, é fundamental para proporcionar cuidados de qualidade (Chang et al., 2003), ainda para mais, porque as pessoas idosas têm necessidades específicas decorrentes da sua individualidade, naturalmente, mas muito da forma particular como vivem e são afectadas pelo processo de envelhecimento.

Contudo, há pouca investigação divulgada sobre o tópico e a que existe apresenta dificuldades metodológicas ou baixa especificidade (para os idosos ou para os cuidados agudos) (Chang et al., 2003). Ainda assim, o que os dados disponíveis sugerem é que “os idosos hospitalizados percebem as necessidades físicas como as mais importantes, bem com a competência da enfermeira para lhes responder, como prioridade” (Chang et al., 2003). Os idosos esperam das enfermeiras: “que sejam compreensivas, cuidadoras e atenciosas mediante demonstrarem competência profissional ao reconhecerem as necessidades dos clientes, bem como estarem preocupadas com o indivíduo quando lhe prestam serviço e respondem” (Santo-Novak, 1997). Em amostras de adultos e idosos, têm sido encontrados resultados mediante os quais existem divergências de perspectivas entre clientes e enfermeiras na percepção de ambos os grupos sobre a importância dos comportamentos de cuidar, saúde do cliente, qualidade de vida e preocupações com a saúde (Laschinger, Hall & Almost, 2005; Widmark-Petersson, von Esser & Sjöden, 2000), ou sobre as actividades de cuidados (Hallström, Elander, 2001; Hudson, Sexton, 1996; Larsson et al., 1998; von Esser, Burstrom & Sjöden, 1994), ou ainda sobre o que são excelentes cuidados (Radwin, Alster & Rubin, 2003). Estes resultados revelam que as enfermeiras podem não ter sucesso ao julgar a importância daquelas variáveis para os clientes, e por vezes, nem mesmo concordam quanto à importância do confortar, sendo que as enfermeiras o valorizam menos que os clientes (von Esser, Burstrom & Sjöden, 1994). Logo, as enfermeiras precisam estar abertas às percepções sobre que comportamentos de cuidar e devem validar as suas próprias percepções sobre as necessidades e preocupações dos clientes. Mais, porque algum do seu papel e actividades parecem não serem compreendidas pelos clientes nem estarem de acordo com as expectativas destes (Chang et al., 2003; Santo-Novak, 1997), importa que expliquem, que comuniquem mais eficazmente as intenções subjacentes às suas intervenções e as expectativas sobre a recuperação dos clientes, informem sobre as suas qualificações (Hancock et al., 2003; Santo-Novak, 1997) e sobre as suas limitações (Chang et al., 2003: 38).

Em vários estudos que procuraram identificar as expectativas e/ou a valorização dos idosos sobre o cuidado de enfermagem, o conforto, sobretudo nos seus aspectos físicos, surgiu como uma dessas expectativas ou como cuidado valorizado pelos clientes idosos

hospitalizados (Hudson & Sexton, 1996), bem como os comportamentos de confortar e antecipação (Larsson et al., 1998; von Esser, Burstrom & Sjöden, 1994), e os focados na explicação e facilitação. Outros referem o valor do confortar, valorizando particularmente os cuidados comunicacionais e de relação (Costa, 2002) e outros ainda, o experimentar conforto como uma das necessidades de cuidados (Fagerstrom, Eriksson & Engberg, 1998).

Assim, e relevando todos estes dados, quer os que preconizam as medidas preventivas da iatrogenese, quer os que nos falam do valor do conforto para os clientes idosos hospitalizados, poder-se-á afirmar que as intervenções de carácter preventivo de complicações, bem como as promotoras de conforto, responderão a necessidades da pessoa idosa hospitalizada, embora, por vezes, possam ou conflitar entre si. Como afirmam Chang et al. (2003: 39), “as enfermeiras conhecedoras dos problemas específicos dos idosos estarão mais capazes de antecipar a sua ocorrência e tomar medidas para a sua prevenção, como por exemplo, hidratação, prevenção de quedas, encorajar a independência e mobilização”, reconhecendo que cuidados de qualidade aos idosos hospitalizados são os que conseguem prevenir a iatrogenese (Chang et al., 2003), mas a um custo suportável para o cliente, ou seja, sem sacrificar o seu conforto.

Swanson (1993: 354) refere que “o trabalho da enfermeira é frequentemente desvalorizado numa sociedade que valoriza o curar a doença e frustrar a morte acima do prevenir os problemas de saúde, favorecer a qualidade de vida e preservar a dignidade pessoal (...) as actividades de prestar cuidado são frequentemente vistas como vindo do coração e não do cérebro”. Contudo, prevenir a iatrogenese sem sacrificar o conforto e ainda promovê-lo, constitui um desafio considerável à enfermagem, que tem, aqui, a possibilidade de afirmar a sua relevância para os cidadãos e o mérito e complexidade do seu contributo social. Como os achados demonstrarão, a enfermagem à pessoa idosa hospitalizada, precisa ser praticada com “a cabeça e com o coração”: com conhecimentos, com sensibilidade e interesse – com competências integradoras.

3 – A INDIVIDUALIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Assim como é importante saber que todas as pessoas têm necessidades comuns, é igualmente importante perceber que estas são satisfeitas por padrões de vida, infinitamente variados, em que não há dois iguais (...). (Henderson, 1960/2007: 8)

Este capítulo apresenta uma síntese histórica dos conceitos associados à individualização da intervenção de enfermagem, bem como as características do cuidado centrado na pessoa e do processo de individualização da intervenção em enfermagem, identificando alguns resultados em saúde destes modos de conceber e realizar a intervenção profissional. Resume alguns modelos para o cuidado centrado na pessoa e indicadores para a individualização da intervenção de enfermagem. Apresenta uma breve análise e comentário aos diversos constructos utilizados para referir o modo de intervir a partir da pessoa. Termina com a identificação das asserções que, nos documentos normativos da enfermagem portuguesa, sugerem a individualização da intervenção como modo de operacionalizar o cuidado de enfermagem.

Síntese Histórica

A centralidade da pessoa nos cuidados de saúde é uma noção que surge nos anos 50 (Leplege et al., 2007) enraizada em princípios humanistas (McCormack, 2004). À data, emergiram movimentos que tomaram como ponto de referência, para os cuidados médicos, a experiência subjectiva do cliente e que consideraram como norma para prestação de cuidados de saúde o envolvimento e participação do cliente nas decisões e actividades médicas e nos serviços de saúde (Leplege et al., 2007). A pessoa – enquanto sujeito legalmente responsável pelos seus actos – ganhava estatuto central nos cuidados médicos, e a visão profissional holística sobre a pessoa começava a expandir-se, iniciando-se um movimento de abandono da perspectiva do paciente como um corpo passivo, para a de um novo paradigma, o da medicina centrada no paciente (Leplege et al., 2007). Esta mudança de perspectiva – e em particular a valorização da experiência subjectiva do cliente e da sua participação nas decisões –, surge enraizada no trabalho de Carl Rogers, para o qual o autor escolheu a expressão pioneira ‘abordagem centrada na pessoa’. Fruto de tudo isto, e à medida que as ciências da saúde avançam com sucesso na prevenção e no tratamento da doença, começa a desenvolver-se investigação que revela uma outra dimensão dos cuidados menos patente até então, a dimensão da pessoa cuidada, da sua experiência subjectiva enquanto paciente ou cliente, e o papel relevante desta experiência para os cuidados e para a promoção do bem-estar (Edvardsson, Sandman & Rasmussen, 2008).

Para a enfermagem, a atenção à pessoa do beneficiário de cuidados, constitui uma pedra de toque, pelo menos desde Nightingale, que já em meados do século XIX, de certo modo,

defendia a individualidade (singularidade pessoal) e a individualização da intervenção da enfermeira quando afirmava que

a enfermeira deve fazer distinção entre as idiossincrasias dos doentes. Um gosta de sofrer sozinho, de ser o menos auxiliado possível. O outro prefere ser objecto de preocupação constante, de piedade, e gosta de ter sempre alguém com ele. Ambas as peculiaridades devem ser observadas e satisfeitas, mais do que o são actualmente. (Nightingale, 1859/2005: 160).

Talvez mesmo por estas raízes, a enfermagem acompanhou esta mudança paradigmática, sendo possível encontrar na literatura alusão à individualização do cuidado já nos anos 60 do século XX (van Servellen, 1988 citado por Radwin & Alster, 2002), sendo contudo nos anos 70, que o termo 'individualizar' ganhou um significado especial em enfermagem (Suhonen, Välimäki & Leino-Kilpi, 2008).

Acresce àqueles movimentos, e pela sua própria influência, o facto da enfermagem estar a emergir enquanto profissão e disciplina científica, iniciando-se a corrente de revalorização da relação entre quem presta e quem recebe cuidados (Collière, 1989). Ocorre uma simultânea evolução no nível de formação das enfermeiras, surge uma consciência crescente sobre a natureza da prática de cuidados, sobre a natureza da pessoa beneficiária dos mesmos, pondo em causa os cuidados centrados na doença e fazendo emergir a pessoa tratada como razão de ser da enfermagem, passando de "objecto dos cuidados a objecto de cuidados" (Collière, 1989: 151).

Em 1960, Virgínia Henderson, no seu livro *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem*, faz a defesa da individualização da intervenção da enfermeira, enquanto modo de agir profissional, por excelência, afirmando que "muitas das actividades envolvidas [no serviço da enfermagem] são simples até que a sua adaptação às exigências particulares do doente as tornam complexas" (Henderson, 1960/2007: 5). Remete a função única da enfermeira para a ajuda ao indivíduo, ser complexo, na satisfação das com 14 necessidades fundamentais a serem satisfeitas para que seja um indivíduo completo (Adam, 1994); mas alerta para a natureza particular de cada indivíduo ao afirmar que embora tais necessidades sejam comuns a todas as pessoas, a sua satisfação é conseguida por padrões de vida tão variados quanto as pessoas. Isto releva para a enfermagem dado que determina a necessidade de individualização dos cuidados, ou "por outras palavras, os cuidados básicos de enfermagem são compostos pelos mesmos componentes identificáveis, mas esses devem ser modificados e prestados de várias maneiras de acordo com as necessidades de cada pessoa" (Henderson, 1960/2007: 10).

Também outros autores expõem as suas convicções nos benefícios da individualização da intervenção da enfermeira. Ao problematizar a questão da qualidade em enfermagem, Hesbeen (2001) parte de um conjunto de constatações, entre as quais: a de que (i) o valor atribuído pelos profissionais de saúde à singularidade da pessoa – o corpo sujeito – é muito relativo, bem como a de que (ii) a organização das estruturas de cuidados favorecem, geralmente, práticas dirigidas ao corpo objecto em detrimento das que valorizam o corpo sujeito, ou seja, a singularidade da pessoa do beneficiário de cuidados, que (iii) os

beneficiários de cuidados, recusam crescentemente a falta de atenção personalizada, e ainda que (iv) são os talentos dos profissionais – enquanto desejo de fazer algo por alguém – que constituem a força maior para a qualidade dos serviços, a par das condições de exercício profissional. A partir daqui, Hesbeen alinha as suas ideias sobre o cuidar e os cuidados que se prestam e sobre a qualidade que denotam, relevando a centralidade da atenção à singularidade pessoal e o papel da intencionalidade de ajuda, não ignorando o papel da formação e da gestão das organizações na promoção da qualidade. O profissional que age sem atenção à singularidade pessoal do beneficiário, não cuida, mas presta cuidados (Hesbeen, 2001: 19), dado defender a necessidade de atenção personalizada e das respectivas acções específicas, para cada cliente.

Embora as concepções teóricas de enfermagem expostas, desde então, proclamem a singularidade pessoal e a individualização da intervenção da enfermagem, as circunstâncias e condicionantes em que a prática ocorre e o modo como as organizações de saúde constroem as suas respostas, é, por vezes, mais centrada nas necessidades próprias do que nas dos clientes (Tonuma & Winbolt, 2000; McCormack, 2004). Quer dizer que embora os cuidados individualizados estejam fortemente enraizados na filosofia de enfermagem (Thompson et al., 2000 citado por Suhonen, Leino-Kilpi & Välimäki, 2005: 7), as teorias em uso podem revelar outra realidade.

Características e resultados em saúde

Constituem elementos básicos do cuidado centrado na pessoa: o reconhecer o indivíduo como pessoa que pode experimentar a vida e relacionamentos apesar de doença severa; o oferecer e respeitar as escolhas dos clientes; o usar a vida passada da pessoa e a sua história na oferta de cuidado; e o focalizar-se mais naquilo que a pessoa faz do que nas habilidades que perdeu (Kitwood, 1997 citado por Edvardsson et al., 2008). Estes elementos assemelham-se às dimensões que Leplege e colaboradores apontam para o cuidado cuja centralidade está na pessoa: dirigir-se às propriedades específicas e holísticas da pessoa; dirigir-se às dificuldades da pessoa na vida quotidiana; considerar a pessoa como perito; e respeitá-la pela pessoa que é ‘por trás’ da debilidade ou da doença (Leplege et al., 2007). Rawdin e Alster (2002) definem empiricamente a individualização da intervenção identificando dois aspectos essenciais: primeiramente as enfermeiras conhecem ou aprendem acerca do paciente enquanto indivíduo único, e então desenham, à medida, intervenções de acordo com as experiências, comportamentos, sentimentos e percepções desse cliente.

O cuidado centrado na pessoa reporta a serviços baseados no beneficiário, reconhecido como pessoa única nas suas necessidades, preferências e valores, que requer dos profissionais respeito pela sua autonomia. Tal respeito exige dos prestadores de cuidados que, com flexibilidade, seleccionem e dispensem intervenções que reverenciem aquelas características, e que lhes respondem de modo partilhado, por via da promoção da participação na tomada de decisão relacionada com o cuidado (Partis, 2009; Poochikian-

Sarkissian et al., 2008). É assim indispensável que o profissional tenha “habilidade para promover a escolha do cliente, a independência e a autonomia nas actividades de vida diária” (Partis, 2009). A pessoa está no centro do cuidado de enfermagem e o foco da intervenção está, tanto nas tarefas, quanto nos relacionamentos” (Edvardsson et al., 2008), de modo a “(...) fazer intervenções à medida para necessidades individuais particulares e evolutivas *versus* programas ‘um tamanho serve a todos’” (Leplege et al., 2007: 1557).

Apesar de considerarem definir operacionalmente o cuidado centrado na pessoa, por este ser mais uma abordagem filosófica do que um quadro de referência para guiar a prática, Talerico, O'Brien & Swafford (2003) definem cuidado centrado na pessoa como sendo aquele em que os prestadores se baseiam nas preferências pessoais únicas e necessidades para desenhar os cuidados. Sistematizam também as componentes chave presentes nos diferentes modelos de cuidado centrado na pessoa:

conhecer a pessoa como indivíduo e responder às características do indivíduo e família; prover cuidados que sejam significativos para a pessoa por modos que respeitem os valores, preferências e necessidades individuais; perspectivar os receptores de cuidados seres humanos biopsicossociais; promover o desenvolvimento de relacionamentos consistentes e de confiança; enfatizar a liberdade de escolha e uma assunção de risco razoável e definida de modo individual; promover o conforto físico e emocional; envolver adequadamente a família e amigos e rede social da pessoa (Talerico et al., 2003: 14).

Outros autores, referem-se antes à “intervenção individualizada”. Para Suhonen et al. (2005: 8) a individualização é operacionalmente definida como “o grau de personalização do cuidado pela enfermeira de acordo com os sentimentos e preferências do paciente e o nível de envolvimento no cuidado desejado por ele”. A intervenção individualizada é aquela que atende à individualidade dum cliente para determinar as abordagens interpessoais e intervenções de enfermagem (Lauver et al., 2002), ou seja, “aquele [cuidado] que é promovido de acordo com as necessidades, experiências, comportamentos, sentimentos e percepções de cada indivíduo” (Suhonen et al., 2005: 7), ou o que “é desenhado para responder às necessidades dum paciente particular num momento temporal particular” (Radwin & Alster, 2002: 54), e que “reconhece a singularidade de um ser humano, a sua individualidade, personalidade e a sua fragilidade” (Waters & Easton, 1999). Assim definidos, a intervenção individualizada e o cuidado centrado na pessoa equivalem-se. Contudo, ainda é possível outra variante: Sidani (2008) considera a individualização da intervenção como uma das componentes do cuidado centrado no cliente, sendo a outra a participação do cliente no cuidado.

Quanto aos resultados em saúde, vários autores continuam a afirmar que é vaga e/ou inespecífica a identificação de benefícios associados a este modelo de trabalho (Edvardsson et al., 2008; McCormack, 2004; McCormack & McCance, 2006; Radwin & Alster, 2002; Suhonen et al., 2005; Suhonen et al., 2008). Contudo, alguns estudos relacionam positivamente o cuidado individualizado ou centrado na pessoa com resultados positivos para o cliente: os resultados benéficos centram-se nas áreas da satisfação com o cuidado, os comportamentos dirigidos à saúde, indicadores clínicos do estado de saúde e adesão ao regime de cuidado recomendado (Poochikian-Sarkissian et al., 2008; Suhonen et al., 2008:

858), e habilidade para autocuidado (Sidani, 2008). Outros estudos indicam: o aumento da satisfação com o cuidado de enfermagem (Binnie & Titchen, 1999 citado por McCormack & McCance, 2006; Poochikian-Sarkissian et al., 2008; Sidani, 2008; Suhonen et al., 2005; Suhonen et al., 2008); e aumento da qualidade de vida relacionada com a saúde (Suhonen et al., 2005). Nenhum dos estudos consultados terá avaliado o conforto enquanto resultado dessa individualização/centralidade do cuidado na pessoa.

Para além da questão da escassez de estudos que avaliem resultados, acresce outra dificuldade ao uso dos constructos em questão: a diversidade cultural. Referindo-se à percepção dos médicos sobre o conceito de cuidado centrado na pessoa e também à sua prática, Lamiani et al. (2008) encontraram diferenças atribuíveis a distintos contextos culturais, nomeadamente no que respeita à dimensão da valorização da autonomia do cliente (maior nos grupos norte americanos) uma perspectiva mais paternalista (mais presente em grupos italianos).

Modelos de cuidado centrado na pessoa e de individualização da intervenção de enfermagem

Recentemente, têm surgido modelos que pretendem descrever e orientar a prática do cuidado centrado na pessoa ou da individualização da intervenção/do cuidado. Entre outros, evidencio pela sua abrangência e adequação ao fenómeno em estudo, o *Modelo das Sensações* de Nolan et al. (2004); o *Quadro conceptual para a enfermagem centrada na pessoa* de McCormack & McCance (2006); o *Older Person Acute Care Model* de Peek, et al. (2007); e os indicadores para a individualização da intervenção de enfermagem de Suhonen et al. (2005, 2008).

Nolan et al. (2004), interessados nos cuidados à pessoa idosa, questionam o cuidado centrado na pessoa enquanto modelo realmente atingível e efectivo para responder às características dos cuidados a tais pacientes. Propõe um modelo de intervenção em enfermagem gerontológica, e apresenta um modelo de cuidados centrados no relacionamento com a pessoa idosa, considerando o relacionamento entre as pessoas como fundamento de qualquer actividade terapêutica ou curativa e designa este modelo de *Modelo das Sensações*. Segundo este autor, o modelo “capta as dimensões subjectivas e perceptivas dos relacionamentos terapêuticos e reflecte os processos interpessoais e as experiências intrapessoais de dar e receber cuidado” (Nolan et al., 2004: 49). Neste modelo, seis percepções devem ser alcançados pelos envolvidos em tal relacionamento de modo a que o cuidado seja considerado terapêutico (Nolan et al., 2004: 49-50): sensações de segurança, pertença, continuidade, propósito, realização e significado (subcapítulo 7.2). Este modelo, mais do que apontar caminhos para a intervenção, indica percepções ou sensações a alcançar no relacionamento, ou seja, refere-se a resultados.

McCormack & McCance (2006) apresentam o *Quadro de referência para a Enfermagem Centrada na Pessoa* (PCNF). Trata-se de um modelo (Landers & McCarthy, 2007) em que os autores sintetizam uma estrutura para a prática de enfermagem centrada na pessoa, não

necessariamente idosa, que articula a centralidade da pessoa e do cuidar (McCormack & McCance, 2006). O PCNF assenta nos princípios da “centralidade da liberdade, da escolha e da responsabilidade humanas; do *holismo* (pessoas não redutíveis); diferentes formas de conhecimento (empírico, estético, ético e intuição); a importância do tempo e espaço e dos relacionamentos (McCormack & McCance, 2006: 473). Articula a enfermagem centrada na pessoa em torno de quatro constructos (McCormack & McCance, 2006): Os pré-requisitos e os atributos da enfermeira; o ambiente dos cuidados ou contexto da prestação; os processos centrados na pessoa ou conjunto de actividades para operacionalizar a enfermagem; e os resultados esperados ou os produtos da efectiva enfermagem centrada na pessoa (capítulo 9).

Suhonen et al. (2000, 2005, 2008), após vários estudos, não apresentando propriamente um modelo de intervenção. Antes, e para além dos princípios e características já referidos, identificam *indicadores da individualização da intervenção de enfermagem*. Assim, consideram que existem três aspectos que podem constituir-se como indicadores de individualização das intervenções de enfermagem por constituírem seus antecedentes e afinal, traduzirem o seu processo: a recolha de informação; o adequar ou individualizar as intervenções de enfermagem; o receber *feedback* dos clientes antes que o cuidado prossiga (Suhonen et al., 2008: 844). Sublinham a dimensão do controlo, pelo cliente, sobre o cuidado; aliás, consideram intervenções individualizadas as que incluíram o envolvimento do paciente nas decisões sobre o cuidado” (Suhonen et al., 2008: 857).

Deste modo, as intervenções individualizadas desenham-se e desenvolvem-se, caso a caso, numa abordagem interpessoal com o paciente, em tempo real – momento a momento – não podendo ser determinadas previamente a essa interacção; porque cada pessoa é diferente na sua individualidade, as intervenções são indeterminadas e diferentes para cada uma (Suhonen et al., 2008), procurando alcançar resultados favoráveis em cada situação de cuidados. Vão mais longe ao considerar que a individualização das intervenções à pessoa, respondem à responsabilidade profissional da enfermeira na medida em que “intervenções de enfermagem individualizadas, prestadas em momentos adequados, têm o potencial para favorecer os resultados para os pacientes (...) [na medida em que a enfermeira] está centrada em providenciar intervenções de enfermagem de alta qualidade que promovam resultados positivos para o paciente.” (Suhonen et al., 2008: 858-859).

Peek e colaboradoras (2007) apresentam um modelo para a prestação de cuidado de saúde multidisciplinares à pessoa idosa hospitalizada em contexto de cuidados agudos – o *Modelo de Cuidados Agudos à Pessoa Idosa* (OPAC). Este modelo assenta nos princípios do cuidado à pessoa idosa (emanados pelo Departamento de Saúde do Reino Unido em 2001), considerando valores e conceitos centrais, como o “respeito e manutenção da dignidade da pessoa idosa; promoção da escolha envolvimento e independência; facilitação da comunicação com as pessoas idosas e seus cuidadores; cuidados e gestão individualizados; e foco clínico específico (...)” (Peek et al., 2007: 169). Este modelo acentua

a valorização das 'síndromas geriátricas' como foco clínico para a actuação da multidisciplinar de cuidados. Este foco clínico específico representa as áreas de preocupação e risco durante a hospitalização da pessoa idosa: questões de continência, estados de confusão e necessidades de saúde mental, mobilidade, nutrição e hidratação, gestão da dor, cuidados paliativos e danos por pressão.

Ou seja, parecendo tratar-se de um modelo semelhante ao PCNF proposto por McCormack & McCance (2006) no que concerne aos valores e princípios, contudo, torna mais explícito a situação complexa de saúde vivida pelo cliente idoso aquando duma hospitalização em contexto de cuidados agudos; isto é, este modelo, muito mais do que o PCNF releva o(s) risco(s) para a saúde, genericamente presentes, nas pessoas idosas, naquele contexto de prestação de cuidados.

Conceitos e constructos em uso

Como é possível constatar pela literatura, vários termos e expressões têm sido utilizados de modo intermutável para referir a centralidade da pessoa nos cuidados de saúde: cliente/paciente/pessoa/indivíduo e centrar/orientar/focalizar na pessoa (Leplege et al., 2007; Peek et al., 2007; Suhonen et al., 2008; Talerico et al., 2003), e também intervenção à medida (*tailored intervention*) e individualização da intervenção (Suhonen et al., 2005) e ainda intervenção personalizada, dirigida a objectivos (*targeted intervention*) (Lauver et al., 2002).

Efectivamente, a utilização dos conceitos de individualização do cuidado/intervenção e de cuidado/prática centrada na pessoa é pouco clara, porque geralmente mal ou não clarificada pelos autores. Alguns consideram-nos, como referi, como sinónimos, outros aludem apenas a um dos conceitos e outros ainda, optam por usar um deles em detrimento do outro que desvalorizam ou subordinam (McCormack, 2003; McCormack & McCance, 2006).

Segundo alguns autores, entre aqueles conceitos, existe um gradativo de atributos, em que a intervenção individualizada representa o mais elevado expoente da centralidade da pessoa nos cuidados: segundo Lauver et al. (2002), o crescente dá-se da intervenção personalizada para a individualizada, passando pela dirigida a objectivos e a realizada à medida; semelhantemente, Suhonen et al. (2008) elegem o conceito *intervenções individualizadas*, embora *intervenção à medida* e *cuidado centrado no paciente*, tenham sido usados como sinónimos, defendendo, contudo, que este conjunto de conceitos podem ser alinhados num contínuo em "as intervenções individualizadas representam o pólo mais sensível às mudanças na situação individual do paciente e oferecem mais oportunidades para o envolvimento do paciente nas decisões sobre o cuidado" (Suhonen et al., 2008: 858).

Pelo contrário, McCormack, refere-se ao *cuidado centrado na pessoa*, atribui-lhe em comparação com *individualização da intervenção* um estatuto de superioridade, afirmando que este modelo de intervenção se funda no permanecer próximo da pessoa idosa, enquanto a *individualização da intervenção* se refere, na sua perspectiva, a meras

aproximações à vontade da pessoa, em matéria de escolhas acerca de comida e bebida, higiene, andar e dormir (McCormack, 2003). Outros consideram a individualização como uma das etapas ou passos para o cuidado centrado na pessoa (Radwin, 2003; Sidani, 2008). Ou seja, há quem proponha como expressão dominante a *individualização da intervenção*, e aí a personalização dessa intervenção constitui elemento ou requisito, e há quem eleja como “superior” o constructo *cuidado centrado na pessoa*, para dizer que é aquele que tem em consideração a singularidade do indivíduo (a individualidade).

Como fica patente, persiste ainda falta de consensos quer sobre cada um dos constructos, quer sobre as diferenças e/ou aspectos comuns entre eles, o que adensa a dificuldade em relacioná-los consistentemente. A falta de investigação e conceptualização sobre o tema poderá constituir uma das explicações para esta dificuldade, bem como a alta diversidade e o carácter multidimensional do constructo *centralidade da pessoa* (Leplege et al., 2007: 1564).

A *individualização da intervenção* radica nos conceitos “individualizar” e “indivíduo”, conceitos cuja apropriação não é linear nem isenta de nuances. O conceito de “indivíduo” pode, entre outros significados, referir-se à entidade singular e irrepetível, e à identificação de individualidade com singularidade (Ferrater Mora, 1964). Este autor, ao estabelecer paralelo entre o indivíduo e a pessoa, diz desta, ser “um indivíduo de carácter espiritual” (Ferrater Mora, 1964: 312).

Na linguagem profissional em uso pode existir confusão no uso dos termos “individualizar” e “personalizar”. Embora esporadicamente seja utilizado o termo “personalizar”⁹ os cuidados (e até podendo parecer o conceito mais próximo do conceito *pessoa* e, por isso, mais desejável), é possível associar-lhe sentidos tais como o da atribuição de qualidades humanas a algo não humano, ou ainda o da apropriação pessoal de algo, razão pela qual prefiro o conceito “individualizar”.

Adopto, neste estudo, o conceito “individualizar”, mais divulgado entre nós, e que significa tornar individual no carácter; é tratar ou dar atenção à individualidade (particularizar); é distinguir entre indivíduos (seres humanos singulares, pessoas particulares e indivisíveis); é ajustar ou adaptar às necessidades ou especiais circunstâncias de um indivíduo (Merriam-Webster Dictionary, 2000). E é este o sentido que viria a assumir na teoria do *Confortar*, o de ajustar, de adequar o cuidado às necessidades e características de cada pessoa.

Voltando à questão da individualização da intervenção, recorro e subscrevo a afirmação de que “o cuidado individualizado ocorre quando a enfermeira reconhece o cliente como pessoa única” (Radwin & Alster, 2002: 58), ou seja, quando a reconhece como um ser original ou singular, um indivíduo. Usando o pensamento de Entralgo (1998: 233), (...) cada

⁹ Contudo, *personalizar*, define-se como “(...) atribuir personalidade a: investir com qualidades humanas (antropomorfizar); realizar ou incorporar um ideal na sua personalidade (...); tornar pessoal ou individual: a. tomar, apreender pessoalmente (...); b. marcar para identificar as propriedades duma pessoa particular (personalizar a bagagem); c. dirigir ou ajustar ao indivíduo (...)” (Merriam-Webster Dictionary, 2000).

homem é, sim, indivíduo; porém transcendendo-o como pessoa” – sendo um indivíduo dotado de intimidade, liberdade, e inteligência abstracta e simbólica – a sua individualidade específica”. Ao usar a expressão “individualização da intervenção”, não nego que, eu própria e o indivíduo que tenho perante mim, somos pessoas humanas, singulares, pessoas particulares, e neste sentido, indivíduos. Não pretendo desvalorizar a pessoa do cliente (nem a da enfermeira), atribuindo-lhe características inferiores às que detém por natureza; tão-somente, afirmo que quando lhe adequo ou ajusto a intervenção de enfermagem, estou a ir ao encontro da singularidade dessa pessoa, do seu modo de ser particular, estou a distingui-la entre outras, todas pessoas particulares. Mais, ao usar “individualização da intervenção” reafirmo, por um lado, a indivisibilidade e totalidade dessa pessoa, por outro, a noção de indivíduo enquanto pessoa particular ou singular.

O cuidado centrado na pessoa ou a individualização da intervenção nos normativos da enfermagem nacional

Entre nós, e nos documentos normativos para a saúde e para a enfermagem, a individualização dos cuidados/intervenções está contemplada de modo indirecto; ou seja, nenhum documento afirma este modo de prestar cuidados de saúde como o modo, por excelência, de fornecer respostas em saúde.

No plano Nacional de Saúde afirma-se a centralidade do cidadão nas políticas e serviços de saúde. Por seu turno, a Carta dos Direitos do Doente Internado (Direcção Geral da Saúde, n.d.), contempla e especifica direitos e princípios de actuação, que representam fundamentos essenciais à individualização da intervenção, que não sendo aqui expressa, é nítido constituir um requisito para a acção dos profissionais de saúde.

No domínio do exercício profissional da enfermagem, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) caracteriza os cuidados de enfermagem. Tais cuidados são caracterizados, entre outros aspectos, por terem por fundamento uma interacção entre o enfermeiro e o utente, sendo este o indivíduo ou um grupo. Por outro lado, neste documento, estão lançadas algumas das sementes para a individualização, na medida que ao identificar os deveres do enfermeiro, determina ser obrigação deste: (i) respeitar a decisão do utente de receber ou recusar cuidados ou ainda de ser cuidado por outro enfermeiro; (ii) em esclarecer o utente e familiares sobre os cuidados que lhes presta. Não será um manual sobre a individualização dos cuidados de enfermagem, porém, como documento fundador da prática actual de cuidados de enfermagem, deixa uma abertura, senão uma discreta sugestão, à prática individualizada dos cuidados (Portugal, 1996).

Relativamente ao Código Deontológico (Portugal, 2009), e dada a natureza deste documento, muitos do seu conteúdo releva para uma prática individualizada dos cuidados de enfermagem, embora, poucos *items* o façam directamente. Entre estes, destaco o dever do enfermeiro em adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa e ainda, o dever de dar atenção à pessoa como uma totalidade única,

inserida em grupos de referência, e de criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.

Parte do articulado deste documento legal, normalizador da conduta deontológica do enfermeiro, aponta aspectos que importam para a criação de condições para a prática da individualização da intervenção de enfermagem, ou objectivos que para serem alcançados, exigem tal prática centrada no cliente:

a preocupação com a defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro; a observação de princípios orientadores da actividade, como a responsabilidade e o respeito pelos direitos humanos. O dever de: respeitar os valores humanos e a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa, não discriminando e abstendo-se de juízos de valor, não impondo os seus próprios critérios e valores e criando condições para que a pessoa assistida possa exercer os seus direitos; salvaguardar os direitos dos indivíduos mais vulneráveis (entre eles as pessoas idosas); promover a independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida da pessoa idosa; participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida e recusar a participação em formas de tratamento desumano ou degradante; respeitar e proteger a intimidade e privacidade da pessoa na intervenção própria ou na delegada; assegurar a continuidade dos cuidados elaborando registos fidedignos; assegurar e comunicar desvios às condições de trabalho que prejudiquem o exercício digno e autónomo da profissão; garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados [relacionados com as] actividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos (Portugal, 2009).

Esta grande sobreposição entre os princípios deontológicos da conduta profissional e as condições desejáveis para a prestação de cuidados individualizados decorre, creio, da natureza intrinsecamente profissional deste modo de intervir. Quero dizer, a individualização da intervenção de enfermagem é o modo próprio e desejável de concretizar o cuidado profissional; por isto, os princípios e valores, as atitudes e os comportamentos deontologicamente adequados ao cuidado de enfermagem são também os que sustentam tal prática individualizada.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Conselho de Enfermagem, 2001), numa linha consistente mas evolutiva, em relação ao REPE e ao Código Deontológico (considerada versão vigente, à data), propõem um enquadramento conceptual para a prática da enfermagem e um conjunto de enunciados descritivos que constituem linhas orientadoras e critérios de avaliação da qualidade dessa prática de cuidados. Considerando o tema em apreço – a individualização da intervenção – identifiquei conteúdos que, neste documento, com ela se relacionem de modo directo sem que, contudo, defendam ou proponham a individualização da intervenção como o modo de intervir para perseguir a qualidade dos cuidados. Mas, vários aspectos do seu conteúdo apontam ao enfermeiro tal direcção para a acção, pelo que diria que os Padrões de Qualidade dos Cuidados defendem para a qualidade cuidados um conjunto de princípios e comportamentos indispensáveis à individualização e/ou atingíveis apenas através desta.

São exemplos desta perspectiva, e pelo próprio enquadramento conceptual, a definição de saúde (e a sua dimensão subjectiva, dinâmica e contextual) e a de pessoa como

um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade

própria e direito a auto determinar-se (...) Esta inter-relação torna clara a unicidade e indivisibilidade de cada pessoa; assim, a pessoa tem de ser encarada como ser uno e indivisível. (Conselho de Enfermagem, 2001: 5),

bem como o enfoque dos cuidados de enfermagem na promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive (cliente). Para tal, exige-se centrar o exercício profissional da enfermagem na relação interpessoal do enfermeiro com uma pessoa (que define como cliente) ou entre um enfermeiro e um grupo, baseá-lo na compreensão e respeito pelo quadro de referência pessoal e no envolvimento desta numa relação de parceria. É ainda requisito a sensibilidade dos profissionais para lidar com as diferenças interpessoais, com vista à mais elevada satisfação dos clientes (Conselho de Enfermagem, 2001).

Ao operacionalizar recomendações para a prática, numa perspectiva de promoção contínua da qualidade dos cuidados, o documento identifica seis áreas de interesse ou categorias de enunciados descritivos, relativos à: satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, ao bem-estar e ao auto cuidado dos clientes, readaptação funcional e organização dos serviços de enfermagem. Destaco a importância dada ao respeito pelas capacidades e crenças de natureza individual, à empatia, parceria e envolvimento dos conviventes significativos. Identifico outras recomendações significativas como a identificação da situação de saúde e dos recursos do cliente e a promoção do potencial de saúde do cliente, a promoção do bem-estar e do auto cuidado (mas apontando uma perspectiva reactiva de ajuda a suplementar/complementar actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente, sem sugerir a promoção activa da independência do cliente, como aliás sugere na categoria sobre a readaptação funcional), e a optimização das capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito. Sobre a organização dos cuidados de enfermagem, vários *items* importam para a individualização da intervenção: a existência dum sistema de registos sistemático e inclusivo de “dados sobre as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente” (Conselho de Enfermagem, 2001: 10-11), e, a proposta de utilização de metodologias de organização dos cuidados que sejam promotoras da qualidade, sabendo-se esta ter diferentes significados consoante as pessoas.

As Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (Conselho de Enfermagem, 2004), definidas pela Ordem dos Enfermeiros e propostas para o enfermeiro de cuidados gerais, assentam nos anteriores normativos e, como aí, contemplam princípios e definições operacionais fundamentais à individualização dos cuidados/intervenções, sem contudo, aludirem explicitamente a este tipo de prática.

PARTE II

4 – O PERCURSO METODOLÓGICO: OPÇÕES E ENQUADRAMENTO

O objectivo do desenvolvimento do conhecimento é, então, compreender as necessidades de cuidados de enfermagem das pessoas e aprender como melhor cuidar delas (Meleis, 2005)

Todo o nosso conhecimento é um ensaio e [é] subjectivo (Willis, 2007)

Situando a enfermagem entre as ciências humanas e o fenómeno sob investigação como socialmente construído, inicio o capítulo com a fundamentação epistemológica para o desenho do estudo, para o papel da investigadora no processo e para as opções metodológicas realizadas. Apresento o contexto de realização do estudo e caracterizo o grupo de participantes. Sintetizo e justifico o caminho percorrido nas fases de planeamento do estudo e de trabalho empírico e simultâneo desenvolvimento teórico. Termino apresentando os cuidados relativos à preservação do rigor científico e ético do estudo.

A enfermagem enquanto disciplina enquadra-se no âmbito da ciência humana (Kim, 2010; Meleis, 2005; Risjord, 2010; Watson: 2002a). Para a ciência humana – a busca de conhecimento científico sobre a realidade do homem a partir da conduta humana –, importa não só explicar os fenómenos associados ao comportamento das pessoas, ou seja, examinar as causas eficientes destes, mas também compreender tais fenómenos, isto é, conhecer a intenção e o sentido das acções das pessoas ou examinar as suas causas finais (Entralgo, 1998; van Manen, 1990). Sintetizando, são propriedades da ciência humana:

focalizar-se nos seres humanos como globalidades e advogar a compreensão dos particulares no todo; (...) ter no seu núcleo a compreensão das experiências tal como os seus membros as vivem; (...) lidar com significados, ligados a respostas, símbolos, eventos, e situações, tal como vistos e percebidos pelos seus membros; para ser capaz de compreender significados e experiências, um cientista precisa entrar num diálogo significativo com os seus participantes. (...) os participantes são, na construção do conhecimento, quem o desenvolve e estrutura e são aqueles sobre os quais o conhecimento é construído. Todos os participantes têm que verificar os sentidos das experiências; 'o âmbito da generalização para uma ciência humana é limitado' (McWhinney, 1989: 298 citado por Meleis, 2005: 94); uma generalização deve ser feita dentro dum contexto; (...) Meleis (2005: 94).

As visões do mundo sobre a procura de respostas científicas para as necessidades humanas de conhecer e sobre as visões epistemológicas e metodológicas com elas alinhadas, podem ser organizadas em três perspectivas filosóficas (Jacox et al., 1999), abordagens ou paradigmas (Willis, 2007): o pós positivista, a abordagem crítica ou emancipatória e o paradigma *interpretativista*, o qual Denzin & Lincoln (1994) designam de paradigma construtivista-interpretativo.

Destes, a abordagem *interpretativista* é a que melhor acomoda aquilo que é comumente designado por paradigma qualitativo de investigação, "privilegiando os métodos qualitativos

como sendo os meios mais adequados a captar como os humanos interpretam o mundo à sua volta" (Willis, 2007: 6). Os fundamentos deste paradigma enraízam-se em (i) Kant e no argumento de que os humanos interpretam as suas sensações sem o que não conseguem experimentar ao mundo exterior, e fazem-no com recurso a 'categorias de compreensão prévias à experiência e que influenciam tal percepção; em (ii) Dilthey e na defesa da compreensão como objectivo da investigação em ciências humanas (ou sociais), bem como na proposta duma base subjectiva para tais ciências (Willis, 2007), e no conhecimento segundo Aristóteles ou *phronesis*. Assim, o *interpretativismo* assume que os humanos são influenciados pelo ambiente mas também pelas suas realidades subjectivas, ou seja, pela percepção subjectiva desse ambiente, pelo que, aceder aos significados que a pessoa atribui ao seu mundo, é vital. Resumindo, o desenvolvimento de teoria segundo uma abordagem *interpretativista* tem como objectivo, "gerar descrições, *insights*, e explicações dos acontecimentos de modo que os processos de estruturação e organização, sejam revelados" (Gioia & Pitre, 1990: 588), ou seja, descrever e explicar em ordem a diagnosticar e compreender (Jacox et al., 1999: 6).

Em consequência, não é possível segundo esta perspectiva, separar a subjectividade do investigador e o processo de investigação, nem é possível usar em ciências humanas o mesmo paradigma e métodos que são utilizados em ciências naturais (Willis, 2007), tendendo a construção de teoria a ser de natureza indutiva e os métodos tipicamente qualitativos (Gioia & Pitre, 1990; Jacox et al., 1999; Rehm, 2010). Os princípios *major* subjacentes ao *interpretativismo* são sintetizados por Willis (2007):

a realidade é socialmente construída; existe uma realidade externa mas que não é alcançável independentemente da subjectividade da pessoa, pelo que "toda a investigação é influenciada e moldada pelas teorias e mundividências pré existentes dos investigadores (...) a investigação é uma actividade socialmente construída bem como a 'realidade' de que nos fala (p. 95-96); a investigação tem como propósito reflectir a compreensão de contextos particulares e a compreensão do contexto é crítica para a interpretação dos dados (p. 95; 98); a investigação é um processo reflexivo e o investigador é o seu principal instrumento; métodos quantitativos e qualitativos de investigação são aceitáveis; embora nenhuns sejam perspectivados como verdadeiramente objectivos (p. 110-111); a compreensão é contextual e a descoberta de leis universais não é enfatizada mas antes a compreensão da situação particular (Willis, 2007). Aceita que "o conhecimento nunca pode ser objectivo pois estamos sempre situados num particular 'horizonte' de compreensão baseado numa combinação de preconceitos culturais e pessoais" (Christopher, Richardson & Christopher, 2003: 12). Assim, o conhecimento não é generalizável, sendo contudo aplicável ou utilizável noutros contextos para além daquele em que emergiu, mediante um processo reflexivo na tomada de decisão contextualizada (Christopher, Richardson & Christopher, 2003). Sendo os problemas da prática acerca do particular, do único, o conhecimento precisa ser contextualizado em vez de generalizado.

Quer para construtivistas¹⁰ quer para *interpretativistas*, para compreender o complexo mundo da experiência vivida segundo a perspectiva daqueles que a vivem e lhe atribuem significados, é preciso interpretá-lo. Nesta linha "preparar uma interpretação é em si

¹⁰ Construtivismo (ou paradigma construtivista) - designação para um quadro de referência e uma metodologia (Schwandt, 1994), que numa perspectiva idealista, pluralista e relativista assume que o que é real é a construção da mente dos indivíduos, e que tais construções são, portanto, múltiplas e eventualmente conflituantes, e que aquilo que constitui a verdade é relativo e sócio historicamente relativo – "a verdade é uma questão de construção melhor informada e sofisticada sobre a qual existe consenso num dado momento" (Schwandt, 1994: 18).

construir uma leitura desses significados; é oferecer a construção do investigador sobre as construções dos actores” (Schwandt, 1994: 118; ver também Charmaz, 2000).

A enfermagem, enquanto disciplina orientada para a prática (Kim, 2010; Meleis, 2005; Risjord, 2010), interessa-se por desenvolver conhecimento que beneficie a prática de cuidados, ou seja, a compreensão das pessoas e das suas necessidades em saúde e a construção de respostas profissionais em matéria de cuidados de enfermagem. Este duplo interesse disciplinar – pela compreensão da conduta humana e pelo desenvolvimento do conhecimento que beneficie a prática de cuidados – constituiu afinal o pano de fundo para o desenho e desenvolvimento do presente estudo, perspectivado (i) nas suas finalidades: contribuir para um melhor conhecimento disciplinar sobre o confortar a pessoa idosa hospitalizada e para o incremento da qualidade da prática de cuidados desenvolvidos com aquele cliente; e consubstanciado (ii) nos seus objectivos: compreender como o enfermeiro constrói com a pessoa idosa hospitalizada, um cuidado susceptível de ser por ela experimentado como confortador; e elaborar uma explicação teórica sobre o fenómeno.

O estudo foi desenhado e conduzido para dar resposta às seguintes questões iniciais de investigação: *Como é que a enfermeira constrói, na interacção com a pessoa idosa hospitalizada, um cuidado que seja apreciado por esta como confortador? E ainda, qual a natureza do cuidado confortador? O que torna o cuidado numa resposta confortadora? Ou o que torna confortador um cuidado de enfermagem? Que intervenções e que processo são experimentados como confortadores? Como é interpretado e valorizado, pelo cliente, o cuidado que o enfermeiro considera confortador? Como é que a pessoa idosa experimenta conforto no contexto da hospitalização? O que é sentir-se confortada?*

Como expresso pela questão central, a construção de um cuidado confortador, é um fenómeno de natureza interactiva (Bottorff, Gogag & Engelberg-Lotzkar, 1995; Kolcaba, 2003, 2009; Morse, Havens & Wilson, 1997; Morse, 2000; Tutton & Seers, 2004) e intersubjectiva (Bécherraz, 2002; Paterson & Zderad, 1976). Ou seja, é na acção entre enfermeira e cliente – interacção¹¹ – que o confortar pode emergir, decorrente do encontro das subjectividades presentes na situação, sendo esta emergência é uma construção contextualizada, ou seja, uma criação resultante daquela acção mútua.

Assim, é do que se passa na interacção entre estes actores, no encontro de subjectividades, nos sentidos atribuídos por estes às acções mútuas, e nas reacções desencadeadas em resposta à linha de acção de ambos, que é gerado um conjunto de intervenções capazes (ou não) confortar o cliente. Este fenómeno – a construção de um cuidado confortador – não é dado ao homem como um fenómeno natural; trata-se de um fenómeno ligado ao

¹¹ Neste estudo, a interacção é perspectivada como “uma série de acontecimentos que têm lugar em virtude de uma presença conjunta” (Costa & Jurado, 2006: 45) da enfermeira e do cliente, o que não exclui outras interacções que ambos possam viver no ambiente de cuidados. A interacção constitui-se assim como o fundamento dos cuidados de enfermagem (Portugal, 1996), tendo nestes um papel e valor centrais: o do instrumento *major* para a apreciação do cliente e a efectivação de intervenções terapêuticas de enfermagem (Meleis, 2005).

comportamento humano, construído social e contextualmente de modo intersubjectivo por aqueles que nele se envolvem. Esta visão e compreensão sobre a construção social dos fenómenos coincide com a perspectiva do *interaccionismo* simbólico (Blumer, 1986).

Para esta escola e segundo Blumer (1986: 2), na construção da conduta humana são relevantes três premissas: (i) o processo interpretativo, segundo a qual cada humano atribui significados às coisas que observa no mundo e em si (no seu mundo de objectos psicológicos) e aos outros seres humanos na sua actividade, por exemplo, aos gestos que realiza; (ii) o modo de agir dos seres humanos: "os seres humanos actuam em direcção às coisas na base dos significados que as coisas têm para eles"; (iii) o papel formativo da interacção social – processo de interacção interpretativa –, da qual deriva ou na qual surgem os significados das coisas, nomeadamente, os significados atribuídos à acção do outro (ou a intenção ou direcção a eles atribuída), e que influenciam a conduta individual e a actividade conjunta. Assim, a actividade de cada indivíduo entra como um factor positivo na formação da conduta do outro; a acção de ambos condiciona-se mutuamente na medida em que o sentido que lhe é atribuído pode levar à revisão, alteração ou manutenção das intenções ou propósitos para a própria acção. Para tal, cada actor realiza duas etapas na interacção: uma consigo mesmo suportada pelo seu *self*, e a outra com os outros actores. Através da interacção consigo ocorre o processo de interpretação e de manuseio dos significados mediante o qual "os significados são usados e revistos como instrumentos para dar direcção e forma à acção (...)" (Blumer, 1986: 5). Esta é a capacidade do ser humano para dar indicações para si mesmo, e que lhe permite "agir no mundo em vez de reagir ao ambiente; possibilita-lhe interpretar em ordem a agir, indagando o significado das acções dos outros e desenhando a sua própria linha de acção à luz destas interpretações" (Blumer, 1986: 15). Isto quer dizer que não ocorre uma "determinação imposta à acção" pelos factores antecedentes (tais como motivações, disposições, regras sociais, etc.), mas antes, uma valorização do que se passa na situação, em função da interpretação dela feita. Afinal, o que os actores sociais fazem, na perspectiva do *interaccionismo* simbólico, é construir a sua acção e encaixá-la a sua linha de actividade em função dos significados atribuídos às acções dos outros seres humanos com quem interagem.

Esta perspectiva sobre a construção da conduta humana não deixa de ter implicações epistemológicas. Para o *interaccionismo* simbólico, "o mundo empírico deve ser sempre o ponto de interesse central (...) o que não se consegue forçando o mundo empírico ao investigá-lo sob uma lógica dedutiva" (Blumer, 1986: 22-23). A centralidade conferida à interpretação e à interacção entre os humanos na construção da acção individual e social, implica o reconhecimento de que múltiplas perspectivas da realidade são geradas e subsistem, pelo que "não se deve ficar cego ao reconhecimento do facto de que os seres humanos ao cumprirem as suas vidas colectivas formam muitos diversos tipos de mundos. Para estudá-los inteligentemente tem que se conhecer estes mundos, e saber os mundos que cada um tem para os examinar cuidadosamente" (Blumer, 1986: 39). Em suma, a

posição metodológica do *interaccionismo* simbólico é de que a acção social deve ser estudada nos termos em que é formada (Blumer, 1986).

Por tudo isto, o *interaccionismo* simbólico suporta e guia opções metodológicas compatíveis com este enraizamento à experiência. A *Grounded Theory* viria a ser a abordagem "com os pés na terra" que, ao permitir aceder à compreensão das interpretações dos actores em interacção e da construção conjunta da acção social, viabilizaria a emergência do processo pelo qual ocorre tal construção.

4.1 – TIPO DE ESTUDO

Gerar teorias sobre os fenómenos, mais do que apenas gerar um conjunto de resultados, é importante para o desenvolvimento de uma área do conhecimento (Strauss & Corbin, 1998)

Este conjunto de concepções – da enfermagem como ciência humana e disciplina orientada para a prática e da centralidade conferida à interacção e à interpretação entre os humanos na construção da acção – fundamentam a perspectiva epistemológica e metodológica do presente estudo, enquadrando-o no paradigma qualitativo de investigação, concretamente numa abordagem *interpretativista*. Nesta linha e em consonância com a questão de investigação e os objectivos em estudo, bem como o estado do conhecimento sobre o mesmo, seleccionei a *Grounded Theory* enquanto método de investigação, e neste, a perspectiva construtivista.

Alicerçado nos pressupostos do paradigma qualitativo e do *interaccionismo* simbólico, este método é adequado para o estudo dos processos sociais nas interacções humanas (Carpenter, 2002; Charmaz, 2006; Corbin & Strauss, 2008; Strauss & Corbin, 1990, 1998), pois possibilita aceder a contextos naturais, com vista a estudar um fenómeno, e dele desenvolver uma teoria fundamentada¹² nos dados ou uma explicação teórica (Strauss & Corbin, 1990), ou seja, através deste tipo de estudo “é possível descobrir, desenvolver e provisoriamente verificar um fenómeno, através da colheita e análise sistemáticas de dados relativos ao mesmo (...) começa-se com uma área de estudo e o que é relevante para essa área é permitido que emerja” (Strauss & Corbin, 1990); ou numa perspectiva construtivista, uma teoria que reflecte um conhecimento situado (mais do que teoria geral abstracta), baseado na interacção do investigador com o contexto, os participantes, os dados, a análise – uma teoria que é construída pelo investigador Charmaz, (2000; 2006, 2009).

Para além de acreditar que o fenómeno é de natureza processual e socialmente construído, e por isso susceptível de ser compreendido e explicado pelo método da *Grounded Theory* (Lopes, 2003), considero que o estado do conhecimento sobre aquele torna adequado o

¹² *Fundamentada* é a tradução habitualmente utilizada em traduções para a língua Portuguesa do termo *grounded*.

recurso a este método, dado que “está subjacente a esta abordagem de investigação qualitativa a assunção de que nem todos os conceitos relativos a um determinado fenómeno estão identificados, pelo menos não numa dada população e lugar; ou então, de que o relacionamento entre os conceitos é ainda pouco claro” (Strauss e Corbin, 1990). É o que se passa relativamente ao confortar ou à construção de um cuidado confortador, particularmente, com a pessoa idosa hospitalizada.

A *Grounded Theory* tem como propósito o desenvolvimento do conhecimento básico e aplicado, através duma abordagem de análise interpretativa e conceptual com vista à descoberta de teoria, a qual pode ser usada para explicar a realidade em estudo e para nela enquadrar a acção (Strauss & Corbin, 1990), ou predizer um fenómeno (Strauss e Corbin, 1998). Também para Glaser (2007), trata-se de um método que permite desenvolver teoria substantiva capaz de ser aplicada em situações da prática da área em que se fundou e de ser ampliada em teoria formal.

Tendo surgido originalmente como um método de descoberta de teoria a partir dos dados (Glaser e Strauss, 1967; Glaser, 2007; Strauss & Corbin, 1990, 1998), é hoje sustentada, por alguns, como um método para a sua construção (Bryant & Charmaz, 2007; Charmaz, 2006; Corbin, 2009; Corbin & Strauss, 2008). Isto revela a posição em que o investigador se coloca face à realidade em estudo e a sua concepção da verdade. Originalmente, Glaser e Strauss propuseram um método que permitia aceder à verdade contida nos dados, e que pelo recurso aos métodos da *Grounded Theory*, emergiria, ficando reservado ao investigador um papel isento de influência sobre aquilo que os dados já continham em si. Ao final de alguns anos de importante trabalho conjunto, aparentemente, as divergências pessoais sobre o método ter-se-ão aprofundado, ao ponto de hoje subsistirem como escolas distintas, uma *Glaseriana* e outra *Strausseriana*, porque apresentam métodos diferentes (Stern, 1994/2007).

Glaser terá permanecido na sua linha de análise sustentando a como um método de descoberta do processo social básico contido nos dados, e trata os dados como “algo separado do investigador e subentende que os dados permanecem intocados pela interpretação do investigador” (Glaser, 2002 citado por Charmaz, 2006: 132). Segundo esta autora, o desenvolvimento da *Grounded Theory* por Glaser comporta forte pressão dos ensinamentos positivistas, dado que ele enfatiza o desenvolvimento das categorias teóricas como variáveis, procura proposições teóricas modificáveis mas livres do contexto (Glaser, 2001), realça o método das comparações e a ele atribui o desenvolvimento analítico da teoria, mas trata as categorias emergentes quase como um resultado automático das comparações (Charmaz, 2006). Resumindo, “o lugar da compreensão interpretativa permanece menos claro na sua posição do que o dos elementos positivistas” (Charmaz, 2006: 127).

Por outro lado, a perspectiva de Strauss (e Corbin, posteriormente) “contém alguns ensinamentos positivistas mas enfatiza o relacionamento entre conceitos, mas também

propõem perspectivas *interpretativistas* na construção da teoria: já em 1990, Strauss & Corbin referiam que “construir teoria, pela sua própria natureza, implica interpretar os dados, para o que os dados devem ser conceptualizados e os conceitos relacionados para formar uma explicação teórica da realidade (a realidade que não pode ser realmente conhecida, mas é sempre interpretada) (Strauss & Corbin, 1990: 22). Porém, “a análise significa que o investigador interpreta os dados mas sugere que esta interpretação é uma limitação inevitável” (Corbin, 1998 citada por Charmaz, 2006: 127). Ao salientar a verificação do método, Strauss terá modificado e enfatizado os procedimentos técnicos para aceder à teoria, em detrimento da comparação constante (Charmaz, 2006). Em suma, a *Grounded Theory*, mesmo pela mão dos seus pais, contem já inclinações positivistas e *interpretativistas* (Charmaz, 2006).

Para além das escolas já enunciadas, é possível identificar outra: a construtivista, como parte integrante da tradição *interpretativista*. A escola construtivista é uma “revisão contemporânea da *Grounded Theory* clássica de Glaser e Strauss” (Charmaz, 2009: 129) e “enfatiza os modo como os dados, a análise, e as estratégias metodológicas são construídas, e leva em consideração os contextos de investigação e as posição, perspectivas, prioridades e interações do investigador” (Bryant & Charmaz, 2007: 10). Nesta linha, afirma-se que nem os dados nem a teoria são descobertos, mas antes, são construídos pelo investigador a partir do seu envolvimento passado e presente com o mundo estudado (Charmaz, 2005; 2006; 2009). O modo como o investigador interage com as pessoas participantes, utiliza as estratégias de investigação e interpreta o mundo e os dados constituem, afinal, uma perspectiva própria, implicada e por si construída. Para Charmaz, uma *Grounded Theory* é uma construção da realidade que visa mais a compreensão contextualizada do que a explicação de um fenómeno (Charmaz, 2006). Nesta perspectiva, o investigador busca não tanto os eventos mas a interpretação que os participantes fazem dos mesmos, da sua acção e da dos outros (Charmaz, 2006; Corbin, 2009¹³), procurando compreender a construção do significado e da acção.

Por tudo o que ficou expresso, diria que o processo de investigação segue uma concepção construtivista da *Grounded Theory*, como a apresentam Charmaz (2000; 2005; 2006, 2009), Corbin (2009) e Bryant & Charmaz (2007), operacionalmente suportada por procedimentos analíticos da escola *Strausseriana*, que explicitarei oportunamente.

4.1.1 – **A *Grounded Theory*: O processo e o produto**

Foi determinante o contributo de B. Glaser e de A. Strauss para o desenvolvimento e legitimação da investigação qualitativa num contexto de produção científica fortemente dominada pelo positivismo e pela exclusividade dos métodos quantitativos, nos anos 60 do

¹³ J. Corbin, co-autora com Strauss em várias obras, nos seus últimos trabalhos, tem vindo a assumir uma perspectiva *constructivista* sobre a *Grounded Theory* (Corbin, 2009; Corbin & Strauss, 2008).

século passado. Dedicaram-se a desenvolver o método que descobriram e a sustentá-lo progressivamente pela investigação, ensino e pela divulgação, apresentando e demonstrando ideias diferentes sobre o trabalho científico, o desenvolvimento de teoria e o potencial da investigação qualitativa, “legitimando-a como uma abordagem metodológica credível por direito próprio (...)” (Charmaz, 2006: 6), tornam-se mesmo a metodologia qualitativa dominante nos anos 80 (Bryant & Charmaz, 2007: 2).

O método da *Grounded Theory* “compreende uma abordagem sistemática, indutiva e comparativa na condução de investigação como o propósito de construir teoria (Bryant & Charmaz, 2007: 1), ou como um conjunto de métodos que “consistem em linhas orientadoras sistemáticas mas flexíveis, para recolher e analisar dados qualitativos para construir teorias ‘fundadas’ nos próprios dados. (...) [e] oferecem um conjunto de princípios gerais e dispositivos heurísticos mais do que fórmulas.” (Charmaz, 2006: 2). Corbin (2009) viria a corroborar esta perspectiva ao definir a *Grounded Theory* como um compêndio de diferentes métodos que têm como propósito a construção de teoria a partir dos dados.

Contudo, esta plasticidade da *Grounded Theory* não deixa de requerer o cumprimento de alguns pressupostos à sua utilização enquanto método de investigação. Segundo Lopes (2006), exige que a problemática em estudo seja bem definida; impõe uma perspectiva indutiva no desenvolvimento do trabalho de pesquisa e conceptualização, ou seja, não parte de hipóteses formuladas mas antes dum problema ou questão a responder; requer flexibilidade na escolha de momentos e técnicas; e pressupõe o recurso a múltiplas técnicas de recolha de dados que, pelo cruzamento de perspectivas, permitam obter dados consistentes com a natureza interpretativa, ou seja, que tragam para a pesquisa as perspectivas dos diversos actores em cena.

A *Grounded Theory* é, portanto, (i) um processo de desenvolvimento teórico que recorre à análise interpretativa e conceptualização dos dados e à articulação dos conceitos emergentes, em crescentes níveis de abstracção, de modo a que (ii) uma teoria surja indutivamente, mantendo o enraizamento nesses dados e noutros sistematicamente recolhidos, de modo a obter-se uma versão da realidade “que não pode ser verdadeiramente conhecida, mas é sempre interpretada” (Strauss & Corbin, 1990: 22).

A *Grounded Theory* é um método de investigação qualitativa e também um produto desse método de pesquisa. Uma *Grounded Theory*, enquanto achado de uma pesquisa, define-se como uma teoria, ou seja, “um conjunto de categorias bem desenvolvidas, sistematicamente relacionados entre si por meio de proposições relacionais, de modo a formar um marco teórico que explica (ou prediz) algum fenómeno social, psicológico, educativo, de enfermagem, (...)” (Strauss & Corbin, 1998: 15). Numa perspectiva construtivista, o produto dos métodos *Grounded Theory* é uma interpretação teórica e situada do investigador que permite a compreensão contextualizada do fenómeno a que reporta.

4.1.2 – O papel do investigador

A reflexão representa uma tentativa para reduzir a confiança nos dados e para aumentar o uso da razão. (Willis, 2007)

De acordo com o paradigma *interpretativista*, o investigador é o primeiro instrumento no processo de investigação (Botelho, 2009a; Carpenter, 2002; Charmaz, 2006; Corbin, 2009; Creswell, 1994; Cuesta, 2003; Spradley, 1980; Willis, 2007). No presente, para além de desenhar a questão de investigação e o próprio estudo, fui mediadora na colheita e análise de dados e construtora da explicação teórica proposta.

Porque a *Grounded Theory* construtivista parte do pressuposto da ligação entre factos e valores, assume que o investigador precisa estar consciente destes para perceber como eles podem influenciar aquilo que vê ou não vê nos dados, ou seja, a análise interpretativa. Para minimizar o impacto das suposições prévias inconscientes, o investigador deve adoptar uma forma reflexiva de olhar as suas interpretações bem como as dos seus participantes (Charmaz, 2006). Assim, no início do processo de investigação verti em documento escrito aquelas que considere serem, à data, as minhas suposições, muito matizadas pela experiência profissional e pelo percurso de investigação prévio (capítulo 8).

A questão da reflexividade é um princípio maior em pesquisa qualitativa, dado a suposição da centralidade do investigador na condução do processo e na construção da teoria: a evolução do estudo está nas suas mãos (Willis, 2007). Este modelo reflexivo de investigação requer estar aberto e regular e cuidadosamente atento ao contexto, e, assume que “o investigador necessita ser um cientista mas também um artista (Schon, 1987 citado por Willis, 2007), pois a investigação requer, mais do que o cumprimento de regras, a tomada de decisão contextualizada durante o processo, a qual pode determinar a mudança e reformulação das percepções, crenças, e práticas.

Esta reflexão, mais ou menos estruturada, pode ocorrer de muitos modos, nomeadamente através da elaboração de jornais e partilha destes: “escrever [um diário] ajuda a organizar os pensamentos e a focalizar-se em questões que parecem relevantes. Pode tornar-se um catalisador para *insights* e direcciona as reformulações no propósito e método de investigação” (Willis, 2007: 205). Assim, optei por escrever um diário reflexivo (e de campo aquando das incursões em campo) (Spradley, 1980; Willis, 2007), para onde foram vertidos os pensamentos sobre o processo, as considerações avaliativas sobre o próprio desempenho em campo e na análise, as dúvidas e sugestões que a mim própria fui colocando na tentativa crítica de aprimorar a utilização das técnicas e dos instrumentos metodológicos, bem como as interrogações sobre as interpretações e as escolhas realizadas.

4.2 – CONTEXTO E PARTICIPANTES EM ESTUDO

O estudo decorreu num serviço de internamento (medicina interna) de um hospital central numa cidade portuguesa, portanto, em contexto de cuidados agudos. A opção por um serviço de medicina foi consciente. Fundou-se na intenção de estudar o fenómeno num contexto algo inespecífico ou generalista e heterogéneo (e também, aparentemente, menos estudado), ou seja, num serviço que acolhe clientes sem especificidade clínica/situacional. Esta opção visou evitar, que a especificidade/especialidade clínica, condicionasse o processo de confortar, ao subalternizá-lo (como poderia acontecer em contexto de emergência) ou ao torná-lo soberano (por exemplo, em contexto de cuidados paliativos); quis estudá-lo, afinal, num contexto indiferenciado, quase sempre atarefado, trabalhoso, e onde se sabe que o rácio de pessoas idosas entre os clientes, é muito elevado¹⁴. Quis estudá-lo no pressuposto de que, embora complexo, o confortar neste contexto é possível; e em linha com o paradigma *interpretativista*, em geral, e com a *Grounded Theory* em particular, ao assumir-se que o contexto é um mediador do significado, faz sentido estudar os fenómenos nos campos em que eles acontecem e onde se deseja compreendê-los (Willis, 2007: 211).

A selecção daquele serviço baseou-se em razões de ordem prática e metodológica. Considerei (i) o facto de conhecer alguns dos elementos da equipa de enfermagem e a qualidade do desempenho desta¹⁵. Esta circunstância permitiu-me antecipar, por um lado, a fácil e rápida aceitação da equipa, com uma passagem célere à recolha de dados, e pelo outro, a elevada probabilidade encontrar manifestações do fenómeno em estudo. Considerei ainda (ii) o facto deste ser um serviço de internamento para clientes femininos e masculinos, como uma vantagem pela diversificação do grupo participante, evitando um constrangimento à interpretação e *transferibilidade* dos achados.

4.2.1 - Caracterização do grupo de participantes

Sendo o confortar socialmente construído na interacção (Kolcaba, 2003; Morse, Havens & Wilson, 1997; Oliveira, 2008), para a sua compreensão, importa considerar a dupla e entrecruzada perspectiva dos actores envolvidos – enfermeira e cliente, ou seja, a díada envolvida no confortar e na experiência daí decorrente. Um encontro em enfermagem “compreende três elementos básicos: o comportamento do doente; a reacção da enfermeira; e as acções da enfermeira que foram planeadas para benefício do doente (Orlando, 1961

¹⁴ Durante os dias em que ocorreu o trabalho de campo, em média, 77% dos clientes internados no serviço, tinham idade igual ou superior a 65 anos.

¹⁵ Este facto esteve sempre muito presente na menta da investigadora durante a recolha de dados. Conhecer algumas das enfermeiras, a nível profissional, se por um lado foi facilitador do acesso ao campo, por outro, poderia ter sido indutor de uma menor “consciência explícita” por parte da investigadora (Spradley, 1980). Isto obrigou-me a um esforço por evitar a “desatenção selectiva” que as expectativas face aos cuidados poderiam colocar; teve que haver mais atenção para “tornar o familiar estranho” (Sandelowski, 2007/1994: 309). Creio que esta circunstância conduziu a uma postura ainda mais interrogativa pela minha parte, ou seja, o questionamento do sentido teve que ser sistemático, dado existir o maior risco deste ser presumido.

citada Lopes, 2006: 180). Isto remete-nos para a relevância de cada actor e da interpretação que ele faz sobre o comportamento do outro, pelo que trabalhar só com um dos elementos da díada seria limitar, à partida, a compreensão de um fenómeno que ocorre no encontro entre duas pessoas, o que, na perspectiva do *interaccionismo* simbólico seria um equívoco.

O grupo inicial de participantes foi constituído (a) pelos clientes idosos internados naquele serviço, que preencheram os critérios: (i) ter idade superior ou igual a 65 anos; (ii) estar consciente e orientado ou capaz de produzir um discurso coerente; (iii) enfrentar hospitalização, em qualquer fase, decorrente de doença aguda, acidente ou agudização de condição crónica; (iv) estar disposto a reflectir e partilhar a sua experiência de ser confortado; (b) e pelas enfermeiras desse serviço, que prestaram cuidados àqueles clientes. Foi critério de exclusão a existência de alteração do estado cognitivo¹⁶ e/ou outra qualquer alteração fisiopatológica que impedisse ou contra-indicasse, por razões de segurança, a participação da pessoa idosa.

A amostragem foi dinâmica (Morse, 2007) tendo evoluído, de acordo com o método em uso, para uma amostragem teórica (Benton, 1991; Charmaz, 2006; Creswell, 1994; Glaser & Strauss, 1967; Grbich, 1999; Hutchinson, 1986; Strauss e Corbin, 1990, 1998), ou seja, a dimensão e composição final da amostra foi determinada pela saturação dos códigos durante o processo de análise de dados. A amostragem teórica conduziu a um conjunto final de participantes constituído por 16 pessoas idosas clientes e 12 enfermeiras, entre os quais foram constituídas 11 díadas.

A selecção dos participantes clientes foi realizada pela investigadora com base nas informações obtidas durante a reunião de passagem de turno antecedente ou de “entrega de responsabilidade” (Savage, 2003: 80), ou através da consulta dos dados sumários (no quadro de doentes na sala das enfermeiras), ou ainda e frequentemente, com base no meu conhecimento prévio dos clientes, por referências aos dias anteriores. Pontualmente, em face de dúvidas sobre o preenchimento do critério referente ao estado de consciência e orientação, solicitei ajuda das enfermeiras. Verifiquei pessoalmente a disponibilidade e capacidade de cada cliente, até então identificado como potencial participante, para a reflexão e partilha sobre a experiência de ser confortado, através de um diálogo social de apresentação. Dos potenciais clientes seleccionados, apenas um declinou participar, referindo inapetência para o diálogo dada a situação de saúde.

Os participantes clientes foram 11 mulheres (68,75%) e 5 homens (31,25%) e apresentaram idades entre os 67 e os 91 anos (média de 77); todos eram caucasianos; todos residiam no distrito em que se situa o hospital; 4 constituíam família mono parental, 7 viviam com um ou mais familiares, 1 residia em instituição para pessoa idosas (4 não informaram). As habilitações académicas eram heterogéneas neste grupo, existindo clientes analfabetos (2), enquanto outros (2) detinham antigos Cursos Médios (actualmente licenciaturas); a maioria

¹⁶ Dos idosos hospitalizados na Unidade, durante o período de trabalho de campo, só entre 25 a 39% estiveram orientados e cognitivamente competentes para discursar sobre o cuidado experimentado.

referiu ter entre o equivalente ao actual 4º e 11º anos de escolaridade. Tratou-se dum primeiro internamento apenas para 2 clientes. Os graus de dependência de cuidados de enfermagem foram variáveis: 4 clientes estavam independentes, 7 apresentavam alguma dependência e 5 estavam dependentes porque confinados ao leito.

Metade dos clientes participantes viriam a verbalizar, quase sempre espontaneamente, a sua convicção de poder pessoal na situação de hospitalização, concretamente, na relação com a enfermeira. Esta percepção de poder na relação esteve associada à convicção de poder influenciar a relação, de ter direito à vontade própria, de ter direito a ser confortado ou à disposição para protestar em face a cuidados não satisfatórios. Este dado emergente, mais do que contrariar a ideia de que o idoso hospitalizado é sistematicamente aquiescente e submisso, vem sublinhar a heterogeneidade do grupo dos idosos. Mas, este dado, pode simplesmente significar que aquelas pessoas idosas, naquele contexto, se sentiam suficientemente livres para serem elas próprias, senhoras da sua própria voz, o que poderá ajudar a explicar o processo de confortar e as suas consequências. Este dado suporta algumas das formas de apelo por parte do cliente (subcapítulo 5.1.2.1), mediante as quais este interagirá: insinuando-se na interacção; revelando a sua opinião, decisão, ou experiência; ou simplesmente, fazendo aquilo de deseja.

Todos os profissionais participantes foram enfermeiras (sexo feminino). Excluída a enfermeira-chefe, apresentaram idades que variaram entre 23 e 32 anos; o tempo de experiência/exercício profissional variou entre 2 meses e 10 anos, sendo aproximadamente igual o número de enfermeiras com menos e com mais de 3 anos de experiência, naquele serviço; todas as enfermeiras tinham o grau de licenciado em enfermagem.

4.3 – PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E DE ANÁLISE DE DADOS

Aquilo que sabemos enforma, mas não determina necessariamente, o que ‘encontramos’ (Charmaz, 2005)

Ao adoptar o método, da *Grounded Theory* como processo para conduzir o pensamento e a acção de investigação, e de acordo com a escola construtivista da *Grounded Theory*, procurei ser fiel aos seus pressupostos básicos e princípios gerais, numa abordagem *interpretativista*: Uma perspectiva indutiva e interpretativa na condução do processo; um exercício sistemático de comparação e conceptualização ancorada nos dados; a flexibilidade na escolha e utilização de múltiplas técnicas de recolha de dados; e a reflexividade da investigadora sobre o processo.

Neste sentido, a recolha e a análise interpretativa foram processos iterativos, mutuamente influentes, e portanto, não lineares (Willis, 2007). Atendendo à reduzida experiência na utilização do método, considerei prudente a adopção de procedimentos analíticos explícitos que servissem como linhas orientadoras no processo de investigação, exactamente porque

acredito que o trajecto que o investigador faz na construção da sua perspectiva sobre os dados é importante. Segui alguns dos procedimentos propostos pela escola *Strausseriana*, dado serem mais sistematizados e portanto, percebidos como mais orientadores do que as explicitações ou os “dispositivos heurísticos” referidos por Charmaz (2000; 2006).

Isto não significa que partilhe com a linha *Strausseriana* os pressupostos de exterioridade aos dados ou a necessidade de produzir uma teoria que objectivamente represente a realidade única, nem muito menos uma teoria (espontaneamente) emergente por ela própria (Charmaz, 2000; 2005). Antes, assumo uma perspectiva construtivista, pela convicção da inevitabilidade epistemológica de que não sermos espectadores que descobrem algo implícito ou inato aos dados, mas antes, agentes que os interpretamos segundo os próprios referenciais e com eles constroem versões pessoais do fenómeno estudado. Isto também não quer dizer que concorde que a teorização à medida dos pressupostos e interesses do investigador seja lícita. O que é lícito é que, se assumo que me fundamento nos dados (nas interpretações e acções dos meus participantes), o faça sem os forçar deliberadamente ou por omissão de cuidados analíticos (comparações). Aquelas ferramentas analíticas ajudaram-me a reconhecer o equívoco ou o vício de interpretação. Quero dizer que não assumo a *Grounded Theory* construtivista como “um vale tudo porque todo o conhecimento é construído pelo investigador”. Vale sim, assumidamente, a minha interpretação contextualizada, mas a minha interpretação está obrigada a um trabalho diligente de escutar os participantes e de fazer justiça à sua voz. Foi nesta convicção que senti necessidade de um suporte em tais ferramentas.

Sendo certo que os procedimentos analíticos devem ser usados mais como orientações flexíveis do que prescrições rígidas (Charmaz, 2000; 2006; Corbin, 2009; Corbin & Strauss, 2008), e acreditando que o papel interpretativo e construtivo do investigador é uma inevitabilidade, então, usar tais ferramentas não se afigura como incompatível, desde que cauteloso, isto é, desde que acompanhado dum processo de reflexão que deixe ao investigador o domínio sobre as técnicas e não o inverso. Como refere Charmaz, “podemos usar estratégias da *Grounded Theory* para nos ajudar a definir as propriedades essenciais e relações quando nos afundamos na vida estudada (...)” (Charmaz, 2009: 146). Também Corbin, no seu livro de 2009, ao assumir uma postura construtivista, usou o método de modo mais fluido e aberto, embora o essencial da linha *Strausseriana* tenha permanecido na sua análise, ao usar os procedimentos propostos mas dando-lhes um papel na retaguarda do processo de análise (Corbin: 2009).

4.3.1 – A recolha de dados

A entrada em campo, cumpridos os requisitos de ordem formal e ética com a organização hospitalar, aconteceu em Setembro de 2006, tendo como objectivo inicial, o criar afinidade, *entrée* ou ganhar acesso (Adler & Adler, 1994; Flick, 2005) aos actores do contexto. Como

referi, tinha conhecimento prévio do contexto de cuidados e de parte da equipa de enfermagem, o que se revelou facilitador desta etapa.

Fui formalmente apresentada às enfermeiras durante as reuniões de passagem de turno pela enfermeira chefe ou pelo segundo elemento da equipa de gestão do serviço. O estudo, seus objectivos e estratégias foram sucessivamente apresentados às enfermeiras; procurei clarificar o meu posicionamento face aos cuidados e o grau de envolvimento a que me propunha, enquanto investigadora. Ao longo dos dias, procurei, sempre que possível, estar presente na reunião de passagem de turno (mesmo quando as apresentações cessaram), após a qual e de modo individual e privado, solicitava, às enfermeiras, consentimento para participação, ressaltando que a sua directa colaboração estaria dependente, em princípio, da participação do(s) seu(s) cliente(s). Este processo foi acompanhado da devida prestação de informação escrita sobre o estudo e as condições de participação. O consentimento geralmente foi ou imediato ou formalizado posteriormente, entregando-me pessoalmente o termo. Algumas enfermeiras não consentiram participar, antecipadamente, mas nenhuma, em face de ser a cuidadora dum cliente participante, viria a recusar tal colaboração.

Em Novembro 2006 iniciei a recolha de dados. No acesso aos clientes, depois de identificado um potencial participante, como acima menciono, ou fui apresentada pela enfermeira que, naquele turno, era responsável pelos seus cuidados, ou eu mesma me apresentei como enfermeira externa ao serviço e que naquele contexto era apenas investigadora, informando oralmente sobre o estudo e pedindo colaboração. Deixei documentação escrita e termo de consentimento ao cliente. A recolha de dados, com cada cliente, teve início apenas em dia posterior à apresentação e pedido de colaboração.

Foram utilizadas duas técnicas de recolha de dados: a observação participante e a entrevista. Em pós-texto apresento com maior detalhe as justificações e comentários às opções realizadas e ao uso destas duas técnicas de recolha de dados (Anexo I).

A observação participante aconteceu em múltiplos momentos de prestação de diversos cuidados de enfermagem, após a qual foi realizada entrevista que permitiu aceder aos sentidos atribuídos pelos actores sobre o que se passou na interacção. Este modo de chegar aos participantes está de acordo com a perspectiva *interpretativista* e com os pressupostos da *Grounded Theory*, segundo os quais e porque as técnicas de recolha de dados e os participantes influenciam o significado e a compreensão do fenómeno, devem ser utilizadas várias fontes de dados (Willis, 2007), de modo a “mais do que estudar as pessoas (...) aprender a partir das pessoas” (Spradley, 1980: 3).

A observação participante foi utilizada enquanto “técnica de recolha de dados, discreta, partilhada ou premeditadamente subjectiva, a qual envolve consumo de tempo do investigador num ambiente, observando comportamentos, acções e interacções, de modo que possa compreender os significados construídos nesse ambiente e possa dar sentido às experiências do quotidiano” (Grbich, 1999: 123-4). A sua marca é a possibilidade de

interacção entre o investigador e os participantes (Laperrière, 2003; Willis, 2007). A observação participante recaiu sobre a interacção de cuidados, enquanto situação social, concretamente sobre os seus elementos primários (Spradley, 1980) e em particular, sobre o comportamento dos actores: os seus gestos e a comunicação verbal e não verbal (Charmaz, 2006). Tratou-se de observação em situação natural (Flick, 2005), em que o “acontecimento desencadeante” (Fortin, 1996) não foi pré-definido, mas determinado por uma qualquer interacção enfermeira-cliente entre participantes, configurando uma observação assistemática (Flick, 2005). A minha postura em campo foi a de *completo observador* (Creswell, 1994; Flick, 2005), ou a compatível com uma participação passiva (Spradley, 1980). Procurei assim minimizar a interferência na interacção das díadas, reduzindo a probabilidade de influenciar os resultados da mesma, assumindo contudo as consequências associadas à observação não dissimulada ou aberta (Flick, 2005). Dos eventos observados, bem como de algumas entrevistas informais, foram elaborados “registos condensados” (Grbich, 1999; Spradley, 1980) que dariam origem a notas de campo (Anexo II).

Porque “ignorar o significado das coisas em direcção às quais a pessoa age é falsificar o comportamento em estudo” (Blumer, 1986: 3), importou aceder às interpretações dos sujeitos em interacção, recorrendo sistematicamente à entrevista. As entrevistas foram, consoante o objectivo e o momento da recolha de dados, ora formais e semi-estruturadas a partir das questões de investigação (Morse & Richards, 2002; Rehm, 2010; Spradley, 1980; Strauss & Corbin, 1998), ora informais e subsequentes à observação da interacção (Wimpenny & Gass, 2000) (Anexo II).

Em suma, a recolha de dados decorreu em três períodos, entre Novembro de 2006 e Dezembro de 2008, num total de 38 dias ou cerca de 140 horas em campo. Foram realizadas 37 entrevistas e 18 episódios de observação participante. Obtiveram-se 55 fontes de dados (transcrições de entrevistas e notas de campo). Os períodos de recolha de dados corresponderam a momentos em que houve, pela minha parte, disponibilidade para estar em campo em dias consecutivos, de modo a dar continuidade à recolha junto das díadas, sendo estas essencialmente determinadas pelo elemento cliente, e pela continuidade do seu internamento. Assim, pelo carácter iterativo da recolha e análise de dados, até à convicção da sua suficiência ou saturação teórica, revelaram-se necessários os diversos períodos de recolha de dados, o que prolongou a mesma até ao final de 2008.

4.3.2 – A análise de dados e teorização

A análise de dados foi realizada pelo método das comparações constantes, com o suporte do software de gestão de informação *NVivo7*®, e suportada pela elaboração de memos. Utilizaram-se na análise ferramentas analíticas *Strausserianas*: as codificações aberta, axial e selectiva; o paradigma da *Grounded Theory*; o questionamento; as comparações, e redacção e comparação de memos (Corbin & Strauss, 2008; Strauss & Corbin, 1990, 1998).

Como referido, a análise e a recolha de dados foram iterativas. A análise foi feita considerando as fontes de dados respeitantes a cada díada, ou seja, cada suporte de dados (entrevista e/ou nota de campo) de uma determinada díada era lido e codificado conjuntamente com os restantes suportes a ela referentes, de modo a captar o sentido que uma entrevista permite dar a uma nota de campo com que se relacione, por referirem a uma mesma interacção específica.

Das sucessivas etapas de análise emergiram conceitos e hipóteses ou proposições a serem aprofundados e/ou validados em momentos de recolha posterior (Charmaz, 2006; 2009; Corbin, 2009; Corbin & Strauss, 2008; Strauss & Corbin, 1990, 1998), o que significa que o processo de recolha de dados foi controlado pela teoria emergente” (Glaser & Strauss, 1967: 45). Este processo sustentou a amostragem teórica (Creswell, 1994; Grbich, 1999; Hutchinson, 1986), em que as questões formuladas num momento de análise sustentam o próximo episódio de recolha de dados, sendo progressivamente incluídos participantes na justa medida do sentimento de se estar a alcançar a saturação dos conceitos emergentes (Charmaz, 2006; Corbin, 2009), ou de que dados adicionais não acrescentam às propriedades das categorias (Glaser & Strauss, 1967). Todo este conjunto de tarefas de recolha e análise, acompanhadas de um processo intenso de questionamento reflexivo sobre as várias decisões da investigadora, ocorreu intermitentemente ao longo de dois anos, culminando na identificação da categoria central e da construção da teoria substantiva.

Assim que realizei as primeiras entrevistas iniciei o processo de análise, procurando ter uma mente tão aberta quanto me foi possível, ou seja, procurando não ver o óbvio (aquilo que assumia saber sobre o assunto) ou pelo menos não ver só isso, mantendo uma atitude de desconfiança cautelosa sobre os meus próprios juízos. Isto tornou o processo de codificação demorado e laborioso. A codificação aberta decorreu desde as primeiras interacções com os dados transcritos. Codificar – o que significou fragmentar os dados de acordo com o sentido percebido numa palavra, numa expressão ou num período (codificação linha-a-linha) – permitiu construir indutivamente ideias a partir dos dados, ao invés de ter sobre eles uma leitura abrangente e panorâmica (provavelmente coincidente pelas concepções do investigador ou com as teorias pré existentes). Estas ideias correspondentes aos fragmentos de dados foram nomeadas, tão abstractamente quanto consegui, ou seja, evitando uma nomeação descritiva mas também acautelando uma nomeação tão abstracta que não espelhasse o conteúdo. Este movimento em direcção aos dados foi frequentemente alicerçado no questionamento feito aos mesmos. Isto correspondeu a, literalmente, “falar com os dados”. Tal codificação (*em free nodes*), para além de trazer sentido nos dados presentes, suscitou a busca direccionada para novos dados que confirmassem, infirmassem ou completassem os primeiros, num vai e vem metodologicamente preconizado como verdadeiramente fundador da teoria indutivamente construída (Charmaz, 2006, Corbin & Strauss, 2008; Strauss & Corbin, 1990, 1998). Esta codificação correspondeu a um primeiro

nível de análise e nomeação conceptual. Isto significou ficar em mão com um vasto conjunto de conceitos, muito inseguros ou interrogados, portanto, provisórios (Anexo II).

Alguns destes conceitos pareceram, de imediato, semelhantes ou “aparentados” entre si. Ou seja, sugeriam categorias. Esta etapa da codificação aberta – categorização – proporciona alguma redução na quantidade de códigos, mas simultaneamente, uma maior complexidade “dentro” das categorias iniciais e provisórias (codificação em *tree nodes*). Este trabalho analítico começou a ser intensamente comparativo, ou como é designado, constantemente comparativo: cada ideia precisa ser comparada com as semelhantes, para se perceber se estamos perante o mesmo conceito ou perante algo distinto, e a ser distinto, distingue-se em quê: é doutra ordem (doutra categoria), ou é da mesma “família de ideias” e difere porque constitui uma propriedade distinta?

Há medida que mais dados foram colhidos, a análise continuou, adensando-se a quantidade de códigos, tendo começado a perceber algumas relação entre eles. Refiro-me a relações não de “parentesco” (ou similitude que faz dois conceitos serem subsumidos num mais abrangente) mas a relações de influência ou associativas. E este foi o princípio da codificação axial (Corbin e & Strauss, 2008; Strauss e Corbin, 1990, 1998). Esta foi também a etapa em que aquelas relações foram intensivamente procuradas nos dados já analisados e nos recém colhidos. O paradigma da *Grounded Theory* foi útil para fazer perceber que nas situações sociais, as pessoas procuram responder a um determinado fenómeno (ou problema), desencadeando ondas recíprocas de estratégias de acção/interacção, que isso acontece em determinadas condições (que desencadeiam ou influenciam a acção), e que dessas estratégias decorrem consequências, sendo que estas, ou algumas delas, se tornam condição para a adopção de novas estratégias de acção/interacção. Esta ferramenta ajudou a dar sentido aos conceitos já construídos e a organizá-los em categorias e subcategorias, consoante as referidas relações (condições para determinadas estratégias, e respectivas consequências). As comparações entre dados e dados, dados e categorias e categoria com categorias, continuaram a ser uma constante, sempre na tentativa de discriminar diferenças, confirmar semelhanças e encontrar relações.

Concomitantemente, ocorreu a elaboração de memorandos, com vista a “prolongar a memória do investigador e/ou a constituir fonte de informação” (Strauss e Corbin, 1990: 198). De facto, os memorandos foram uma forma de sistematizar as ideias analíticas e as perspectivas teóricas sobre os conceitos; foram também grandes auxiliares na organização e reformulação da recolha de dados subsequente: constituíram verdadeiros auxiliares de memória sobre novas questões/observações a realizar em campo e/ou novas formas de o fazer (sugeridas pela análise precedente), e foram ainda importantes ancoras mas a definição e diferenciação conceptual. Para além dos memorandos, na busca duma articulação conceptual que fizesse jus aos dados e à perspectiva que a investigadora ia formando sobre eles, elaborei diagramas, que ao proporcionarem uma imagem visual, foram

facilitadores da percepção de relações e afinidades conceptuais, e ainda da identificação de áreas desconexas.

À medida que novos dados foram sendo codificados, os antigos dados foram revisitados para nele procurar conceitos e/ou relações até aí despercebidos, voltando assim às comparações, ao questionamento e à conceptualização progressivamente mais abstracta, reformulando-se o arranjo entre categorias, de modo a que o esquema conceptual encaixasse nos dados, ou na interpretação que deles fiz. A ligação entre categorias aconteceu através da identificação de posições relacionais sugeridas pelos dados.

E a recolha de dados foi continuando dado perceber serem necessárias mais informações para que o todo fizesse sentido e as partes ficassem completas (pelo menos, aparentemente). Ou seja, em campo, ora procurei novas díadas, ora procurei repetir observações dentro da mesma díada, ora procurei outros respondentes (singulares), ora observei/entrevistei de modo a procurar respostas para questões emergente (da análise prévia), e isto para perceber como determinado conceito se comportava, se expandia, se surgiam novas condições, acções e/ou consequências, que enriquecem ou completassem uma determinada categoria. Isto correspondeu, afinal, a uma estratégia de amostragem teórica (Lopes, 2003), ou seja, “continuar a fazer questões baseadas na teoria que direccionam a subsequente recolha de dados” (Corbin & Strauss, 2008: 197). Este processo ocorreu até ao momento em que considerei que os dados eram os suficientes para suportar a teoria em construção, ou seja, que as categorias tinham elementos que as caracterizavam e que as relações entre categorias estavam sustentadas (Ib). Isto é, considerei existir ‘suficiência teórica’ (Dey, 1999 citado por Charmaz, 2006: 114) ou saturação teórica, isto é, o ponto em que não ocorrem novos *insights* nem emergem novas propriedades nas categorias analíticas (Lopes, 2003; Charmaz, 2006).

Ao longo do processo de recolha e análise de dados surgiram casos designados de alternativos, ou sejam, “aqueles em que os participantes respondem de modo não antecipado ou têm reacções opostas às da maioria” (Morse, 2007: 240). Estes casos foram comparados com os restantes dados e categorias, contribuindo para fortalecer a convicção de que a(s) categoria(s) explica(m) para além das situações predominantes, contribuindo para a densidade e variação da teoria (Strauss & Corbin, 1990; 1998).

A codificação atingiu uma etapa em que emerge uma ideia aglutinadora das diferentes categorias – um tema principal (Strauss & Corbin, 1998) –, como mais saliente entre as demais, em torno da qual ocorreu a integração e refinamento da teoria, na etapa de codificação selectiva. No caso, nenhuma categoria conseguia, por si, explicar todo o fenómeno, pelo que elaborei um constructo sob o qual todas as categorias pudessem ser subsumidas (Strauss & Corbin, 1998). Em torno de tal constructo – *Individualizar a intervenção conciliando tensões* – foi possível construindo uma explicação teórica (Strauss & Corbin, 1990) ou uma teoria interpretativa (Charmaz, 2006). Para o conseguir utilizei a estratégia sugerida pelos autores precedentes: a redacção duma história descritiva do

fenómeno como o interpretei; posteriormente essa versão descritiva foi transformada numa história conceptual. A partir daqui foi possível estabilizar um diagrama interpretativo que representa de modo abstracto e sintético a teoria substantiva construída. Este esquema teórico revelou-se capaz de explicar a maioria dos casos analisados (Strauss & Corbin, 1998). Quando apresentado a seis das enfermeiras participantes, reconheceram-no e concordaram com a explicação teórica construída; enfermeiras com experiência profissional em contexto semelhante ao do estudo, também reconhecem a sua experiência na teoria apresentada, considerando-a ilustrativa das suas realidades práticas.

4.4 – CONSIDERAÇÕES SOBRE O RIGOR DO ESTUDO

Não há critérios de rigor universalmente aceites (...) Rehm (2010)

As nossas audiências julgarão a utilidade dos nossos métodos pela qualidade do nosso produto final (Charmaz, 2006: 182)

Apesar da liberdade de que o investigador qualitativo dispõe para desenhar e redesenhar o seu estudo ao longo do processo de investigação, particularmente quando realiza um estudo de *Grounded Theory* – no decurso do qual é esperado que as técnicas, a amostra, o questionamento evoluam – ainda assim é devida a preocupação com as questões de rigor ou da “valorização da veracidade do relato” de investigação (Cuesta, 2004¹⁷). Mais, justifica-se esta atenta às questões de rigor, até porque “há uma obrigação ética dos investigadores qualitativos demonstrarem integridade e rigor das decisões científicas” (Whittemore, Chase & Mandle, 2001: 528).

Nesta linha de pensamento, a investigação qualitativa não deve deixar de se importar com as questões de validade e fidedignidade, “sob pena de colocar todo o paradigma qualitativo sob suspeita” (Morse, 1999; Morse & Richards, 2002: 168). Por outro lado, só esta afirmação permitirá que este tipo de pesquisa científica aceda “ao direito a ser financiada, a contribuir para o conhecimento, a ser incluída nos currícula, e mais importante, a enformar as políticas e a prática” (Morse & Richards, 2002: 168; Morse et al., 2002). Contudo, esta não é uma questão pacífica, muito pelo contrário. Para vários autores a utilização destes termos nem é recomendada neste paradigma de pesquisa, preferindo outros que atestem a veracidade dos resultados, tais como credibilidade, segurança (ou dependência), *confirmabilidade* e *transferibilidade* (Denzin, 1994; Streuberg, 2002; Cuesta, 2004), “sendo estes os equivalente construtivistas para validade, fidedignidade e objectividade” (Denzin, 1994: 508).

Procuro evidenciar os cuidados que o processo de investigação mereceu com vista a incrementar o rigor do mesmo. Neste percurso tomo como referência as estratégias

¹⁷ Cuesta Benjumea, C. *Introdução à investigação qualitativa em enfermagem*. Conferência. Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende, 2004.

propostas por Morse & Richards (2002) para incrementar o rigor em projectos de investigação qualitativa. Refiro-me àquilo que Morse et al. (2002) designam de procedimentos de construção de validade, afirmando-os como relevantes pois permitem ao investigador avaliar reflexivamente e assegurar o rigor do percurso de investigação, ao introduzir-lhe as necessárias correcções. As estratégias propostas assentam na(s): (i) a sensibilidade do investigador – representa a capacidade deste ser criativo, sensível, flexível e habilidoso no uso das estratégias de verificação e capaz de abandonar ideias pouco suportadas, mesmo que apelativas; (ii) estratégias de verificação – permitem identificar e corrigir erros atempadamente, e concretizam-se na coerência metodológica, suficiência amostral, e dinâmica iterativa entre recolha, análise de dados e desenvolvimento de teoria (Morse et al., 2002).

Assim, e acreditando que “qualquer estudo é bom consoante o investigador o seja, pois este é o principal instrumento na pesquisa” (Morse & Richards, 2002: 168), estudei o método, segundo Charmaz, Strauss e Corbin e um pouco segundo Glaser. Por outro lado, a revisão sistemática da literatura coincidente com da fase final do projecto, contribuiu para clarificar o conhecimento existente sobre o fenómeno e as lacunas deste. Com vista a tornar mais consciente os pressupostos do investigador, de modo a melhor lidar com eles em sede da recolha e análise de dados, antes de iniciar o processo, identifiquei as minhas assunções sobre o fenómeno (subcapítulo 8). Um outro aspecto importante e que confere rigor ao estudo é o pensar qualitativamente e trabalhar indutivamente (Morse & Richards, 2002); para tal contribuem algumas das características do método como o movimento indutivo a partir dos dados, sem recurso a quadros prévios que imponham variáveis, a flexibilidade nas opções de desenho, no uso das técnicas de recolha de dados e o permanente questionamento dos dados.

Dado que o respeito pela coerência metodológica, contribui para a validade do estudo (Morse & Richards, 2002), procurei assegurá-la através das opções realizadas: ancoragem no paradigma *interpretativista*; a opção pelo método da *Grounded Theory* construtivista, dado a questão de investigação remeter para a compreensão de um processo social, a ser estudado em contexto natural; a selecção de técnicas que permitissem completar-se (Adler & Adler, 1994) e aceder não só à acção mas também à interpretação circunstanciada dos participantes; a condução da análise pelo método das comparações constantes, sem recurso a codificadores prévios, dado que toda a codificação foi emergente. A coerência metodológica foi também assegurada através de procedimentos analíticos próprios ao método: o questionamento, a elaboração de memorandos, o acesso aos participantes por técnicas de amostragem apropriadas e, ainda, pela reformulação flexível de estratégias menos eficazes (como aconteceu com as entrevistas iniciais). A recolha e análise tiveram o *pacing* adequado, pois tratou-se dum processo iterativo. As preocupações com a saturação dos conceitos e com a consideração de casos negativos são também conferentes de rigor. Tal saturação foi, a meu ver, satisfeita, bem como a emergência de uma explicação teórica

para o fenómeno: a construção duma teoria substantiva. De algum modo este processo de construção de rigor corresponde ao que Strauss & Corbin (1990: 57) referiam: “o processo analítico (...) confere ao processo de investigação o rigor necessário para tornar a teoria em ‘boa’ ciência”, na medida em que permite detectar as assunções do investigador (Strauss & Corbin, 1998) e ainda porque permite fundar a teoria e dar-lhe densidade e poder explicativo, porque próxima da área substantiva em estudo.

Foi elaborado um diário e memorandos que documentam a história do projecto e retêm informação que a memória esquece. Foi deixado um trilho de auditoria (tão completo quanto possível), composto pelos verbatins e notas de campo, várias e sucessivas versões dos ficheiros de Software NVivo7®, os memorandos, e o próprio diário reflexivo e diário de campo.

A relação dos achados com a literatura existente e a identificação do que é novo e do que confirma o conhecimento divulgado foi realizado (capítulo 10). É também importante a verificação por pares ou por tutores, o que aconteceu neste percurso: pela existência de tutores e pela apresentação pública dos achados.

Posto isto é possível afirmar que o estudo preenche também os critérios de avaliação da teoria (conduta do investigador e a aceitabilidade da evidencia) propostos por Charmaz (2006) e os critérios de validade propostos Whitemore, Chase & Mandle (2001). Assim, creio poder afirmar que o estudo tem credibilidade, dado que: foi alcançada familiaridade com o contexto, os dados são suficientes, as comparações entre dados e categorias foram constantes e há evidência que permite ao leitor formar uma apreciação independente (condicionada pela dimensão do relatório) (Charmaz, 2006). Esta credibilidade está também associada ao processo de análise que valoriza e requer interpretação fiel e ao facto dos resultados reflectirem a experiência dos participantes ou o contexto de modo credível (Whitemore, Chase & Mandle, 2001). Outros critérios satisfeitos são originalidade, ressonância e utilidade (Charmaz, 2006): o estudo provê uma representação conceptual nova (Capítulo 8) – uma teoria substantiva –, com relevância porque dá visibilidade ao trabalho da enfermeira, evidencia a complexidade e carácter insubstituível do seu trabalho, e porque acrescenta ao conhecimento existe aspectos novos (Capítulo 10). A ressonância manifesta-se na adequação da teoria à realidade estudada, pois representa globalmente o fenómeno, e foi reconhecida e favoravelmente criticada por enfermeiras com experiência profissional em contextos semelhantes. A utilidade é um critério que é satisfeito por prover interpretações utilizáveis no quotidiano das pessoas, pois o processo identificado refere-se ao quotidiano e pode ser considerado para iluminar essa prática, quer junto do cliente, quer a de gestão de cuidados. Neste sentido, o estudo contribui também para o conhecimento disciplinar e sugere outros desenvolvimentos.

Os critérios de ressonância e utilidade propostos por Charmaz (2006) estão próximos dos enunciados por Glaser e Strauss (1965; 1967) e Strauss & Corbin (1990) quando identificam as propriedades interrelacionadas que uma teoria substantiva deve ter em ordem a ser

aplicada nas situações quotidianas do contexto social estudado: (i) 'ajustamento' à área substantiva; (ii) 'compreensibilidade' para as pessoas que trabalham naquela área e que poderão aplicar a teoria; (iii) 'generalidade' que permita utilizá-la em situações diversas na área substantiva; permitir ao utilizador (iv) 'controlo' parcial sobre a estrutura e processo, conforme as mudanças através do tempo. Creio que a teoria do *Confortar*, face ao acolhimento obtido junto das enfermeiras a quem foi apresentada, contém as propriedades 'ajustamento' e 'compreensibilidade'. O facto de explicar as acções/interacções e consequências quando as condições variam relativamente ao perfil de conforto e risco do cliente, confere-lhe, creio, algum grau de generalidade. A compreensão, pelo utilizador, das inter-relações entre conceitos e das presumíveis condições e consequências das acções sob as mesmas, permite-lhe ter controlo ou capacidade para "produzir ou predizer a mudança (...) e predizer e controlar as consequências" (Glaser & Strauss, 1967: 245), quando essas condições mudam.

O processo de investigação foi conduzido com toda a atenção e cuidado na utilização do método, não porque a aderência aos métodos seja garantia de validade (Sandelowski, 1993 citado por Whitemore, Chase & Mandle, 2001; Botelho, 2009b), mas porque entendo a busca de rigor como uma responsabilidade do investigador (Botelho, 2009b; Morse et al., 2002) e um dever ético.

4.5 – SALVAGUARDA DE ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com os critérios de boa prática científica, desde a selecção do problema para estudo até à publicação de resultados, todas as etapas do processo de investigação devem salvaguardar os requisitos éticos (Leino-Kilpi, 2005)¹⁸ relativos à protecção e respeito pelos direitos das pessoas participantes empíricos, os quais configuram deveres éticos do investigador. Foram sistematicamente considerados os princípios da não maleficência, beneficência, justiça, e autonomia, bem como as regras morais da fidelidade, veracidade e confidencialidade (Gilhooly, 2002; Holzemer, 2010), e direitos dos participantes à informação, à auto determinação e privacidade (Holzemer, 2010). Estes princípios e direitos tornam-se particularmente salientes e exigem particulares cautelas quando o participante é uma pessoa idosa, doente, hospitalizada – uma pessoa com vulnerabilidade acrescida (Gilhooly, 2002; Holzemer, 2010), não porque os direitos sejam diferentes dos do cliente adulto (Field & Garrett, 2004), mas porque as condições pessoais para os exercer podem estar mais facilmente comprometidas pelo conjunto de perdas frequentemente associadas

¹⁸ Leino-Kilpi, H. (2005). Ethical questions in nursing research – What's new? *Conferência e Seminário de investigação no âmbito do programa de formação avançada*, doutoramento em enfermagem da Universidade de Lisboa. Lisboa. (respectivamente em 29 e 30 de Setembro).

ao processo de senescência. Passo a explicitar, para cada fase do estudo, os procedimentos que desenvolvi com vista à salvaguarda de tais princípios e direitos.

Quanto ao fenómeno em estudo, considerei-o pertinente, útil para a disciplina e para os beneficiários. A natureza da participação solicitada pareceu-me suficientemente inócua para os participantes, a ponto de não constituir risco para sua integridade ou para a sua dignidade. A co-participação dos clientes idosos e dos participantes enfermeiros foi, desde sempre, assumida como equivalente em relevância e mérito para o estudo, isto é, o contributo de cada grupo foi igualmente respeitado e valorizado.

A selecção do contexto e dos participantes recaiu sobre um serviço de medicina interna, as pessoas idosas aí internadas e as enfermeiras que lhes prestam cuidados. Pela situação de saúde e internamento era previsível manifestem necessidades de conforto acrescidas, e recebam cuidados de enfermagem (dos enfermeiros participantes) com vista a satisfazê-las; isto torna estes sujeitos "os melhores participantes", por serem pessoas a experimentar o fenómeno em estudo. O condicionamento da participação aos critérios de inclusão definidos, reforça este requisito ético. Particular sensibilidade e urbanidade tiveram que ser consideradas na relação com os potenciais participantes que não satisfizeram os critérios de inclusão (e que se encontravam no mesmo quarto do participante).

O acesso a campo e a recolha de dados foram consentidos pela Comissão de Ética da organização hospitalar seleccionada, que para tal, solicitou a apresentação dos guias das entrevistas. Foram entregue dois formulários (participantes: clientes e enfermeiras), construídos a partir das questões iniciais de pesquisa, contendo perguntas de resposta aberta (Charmaz, 2006). Dado ser esperado, face à natureza emergente do estudo, que as questões a colocar viessem a evoluir, comprometi-me a informar aquela Comissão caso aquelas sofressem alterações de sentido. As múltiplas questões colocadas posteriormente, em entrevistas formais e informais, foram certamente diferentes na sua formulação, mas sempre subordinadas aos mesmos propósitos, âmbito e sentido, pelo que considerei não se justificar qualquer informação/pedido adicional.

Aos potenciais participantes foi fornecida informação oral e escrita (Gilhooly, 2002) sobre a investigadora (identificação e contactos) e sobre o estudo (objectivos, importância, meios a usar, como a áudio gravação, o tipo de participação esperada e direito a abandoná-la sem consequências, direito à confidencialidade e ao acesso aos dados pessoais fornecidos, futura divulgação). Dois dos clientes utilizaram a prerrogativa de ter acesso à transcrição da entrevista dada (Gilhooly, 2002); a mesma foi-lhes fornecida no encontro seguinte.

A inclusão na amostra esteve subordinada ao voluntarismo e expresso consentimento. No que respeita ao cliente, a apresentação, fornecimento de informação e o pedido de consentimento, ocorreu, pelo menos, um dia antes do primeiro episódio de recolha de dados. Este procedimento visou que o cliente não se sentisse constrangido a dar uma

resposta imediata (Gilhooly, 2002), pudesse pensar na decisão a tomar e, eventualmente, pudesse ter tempo para ouvir a opinião de terceiros. Às enfermeiras foi solicitado consentimento por escrito; aos clientes, para além de modalidade idêntica, e por prever dificuldades na obtenção da forma escrita do consentimento (por iliteracia, ou dificuldades motoras), foi nestes casos, solicitado darem consentimento oralmente, (i) na presença de um enfermeiro ou de um familiar que assinou o termo de consentimento, na qualidade de testemunha, ou (ii) eventualmente, áudio gravado, após consentimento para a obtenção de gravação (opção que não foi necessário utilizar).

Geralmente, apresentei-me pessoalmente, ao cliente. Quando esta apresentação foi mediada por uma enfermeira, ou quando foi preciso envolvê-la no testemunho do consentimento, reforcei sempre a informação de que: (i) a participação era voluntária, e que não deveria ser percebida como importante para os cuidados pessoais naquele internamento, sublinhando a inexistência de consequências pessoais decorrentes da decisão de não participar; (ii) o conteúdo dessa participação estaria sujeito a sigilo por minha parte, face a terceiros, nomeadamente, à enfermeiras. Procurei assim que o envolvimento da enfermeira no acto de apresentação não fosse percebido como uma forma de coação à participação (Gilhooly, 2002).

Durante a colheita de dados, quer nos momentos de observação, quer nas entrevistas, foi acautelado o direito à privacidade psicológica, social e física dos participantes, tendo sistematicamente pedido a sua autorização para estar no seu espaço e para partilhar dos seus pensamentos e emoções, dado que o consentimento para participar não foi assumido, por mim, como incondicional ou permanente (Gilhooly, 2002). Procurei assim, que a minha presença junto dos participantes não fosse inoportuna nem constrangedora.

Embora me tenha apresentado como enfermeira e professora, sistematicamente reforcei a informação de que o meu papel, ali e naquele momento, era apenas o de “completo observador” ou “totalmente investigador”, numa tentativa condicionar as expectativas que os participantes pudessem ter sobre a minha intervenção. Fiz uso de habilidades comunicacionais e sensibilidade de natureza profissional, para estar e interagir com os participantes, de modo a assegurar uma distância conveniente e uma proximidade empática, até porque devia permanecer equidistante face aos dois grupos de participantes.

Ao registar os dados salvaguardei a confidencialidade pela ocultação de nomes. Considero que, em sede da análise, a procura consciente da fidelidade aos dados (tanto quanto a interpretação da investigadora o permitiu), é um requisito de integridade científica (Holzemer, 2010), pelo que diligenciei que tal processo lhes fizesse justiça, por respeito aos participantes e à boa prática científica. Para tal, terá contribuído a postura reflexiva e crítica da investigadora, que para além de ser uma ferramenta analítica ao serviço da “verdade” dos dados e da sensibilidade daquela, foi assumida como uma oportunidade e um dever de aprendizagem de competências de investigação.

PARTE III

5 – A ESTRUTURA E A NATUREZA DO FENÓMENO: A CONSTRUÇÃO DE UM CUIDADO CONFORTADOR

O contexto não determina a experiência ou fixa o curso da acção, mas identifica os conjuntos de condições nas quais os problemas e/ou situações surgem e nas quais as pessoas lhes respondem através de algumas formas de acção/interacção e emoções (processo), e ao fazê-lo geram-se consequências que por sua vez podem retornar e ter impacto sobre as condições. (Corbin & Strauss, 2008: 88)

Caracterizar um fenómeno quanto à sua natureza e identificar a estrutura ou conjunto de condições em que ocorre, são elementos fundamentais no desenvolvimento de teoria (Charmaz, 2006, 2009; Corbin & Strauss, 2008; Strauss & Corbin, 1990,1998). Passo a descrever (i) o contexto condicional subjacente ao processo de confortar, ou da construção de um cuidado confortador, e (ii) a natureza desse cuidado. Inicialmente caracterizo o ambiente físico e organizacional onde decorreu a interacção social – o contexto dos cuidados. Descrevo o contexto condicional do processo de confortar, ou seja, apresento e articulo as condições que impelem e enformam o processo de confortar a pessoa idosa hospitalizada. Por fim, descrevo as características que definem o cuidado confortador, ou seja, a sua natureza.

5.1 – O CONTEXTO CONDICIONAL DO FENÓMENO

Começo por descrever o ambiente físico e organizacional da Unidade onde decorreu o estudo (ou contexto dos cuidados), o qual concorre para a estrutura ou contexto condicional em que se desenvolve o fenómeno estudado.

5.1.1 – Ambiente físico e organizacional: o contexto dos cuidados

O estudo desenvolveu-se numa organização prestadora de cuidados de saúde – um hospital público e central, numa grande cidade portuguesa. Trata-se dum hospital de grandes dimensões, com arquitectura originalmente não vocacionada para tal fim, com centenas de camas de internamento e centenas de profissionais de saúde envolvidos na prestação de serviço aos clientes, desenvolvendo actividades no âmbito da prestação de cuidados de saúde, essencialmente diferenciados, da investigação e do ensino.

Este hospital – cujo modelo de gestão actual configura o de uma Entidade Pública Empresarial – tem sofrido ao longo dos muitos anos de funcionamento, várias remodelações

estruturais e orgânicas, na tentativa de acompanhar as evoluções na procura de cuidados, no conhecimento científico e na ideologia de gestão das organizações.

O ambiente organizacional actual decorre de alterações legislativas recentes (em 2005). Sendo um hospital pertencente à rede pública de unidades prestadoras de cuidados de saúde integrantes do Serviço Nacional de Saúde, está dependente do Ministério da Saúde, e é dirigido por um conselho de administração próprio, composto por gestores e profissionais de saúde, indicados pelos Ministérios da Saúde e das Finanças. Tal estatuto obriga a adoptar um modelo de gestão que responda às determinações legal e superiormente definidas, no caso, o de uma gestão empresarial duma organização pública.

O exercício profissional da enfermagem, em Portugal, é regulado pela Ordem dos Enfermeiros e está suportado pelo enquadramento legal da profissão, nomeadamente, pelo REPE (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros), pelo diploma que regula a Carreira de Enfermagem, pelo Código Deontológico, e por outros dispositivos reguladores e aferidores da prática, como os Padrões de Qualidade para os Cuidados de Enfermagem. O serviço de enfermagem naquela Organização é presidido, obviamente, por tais disposições. No que respeita à orientação e organização interna da gestão e da prática de cuidados, e no período em que decorreu a colheita de dados, não se constatou a existência de directrizes institucionais explícitas para tal, como por exemplo, a adopção de um modelo de enfermagem ou outro referencial disciplinar.

O hospital, para a prestação de cuidados de enfermagem e de acordo com o suporte legal a que está sujeito, emprega enfermeiros – todos habilitados com formação profissional específica e com o título profissional de enfermeiro –, sob diferentes modalidades contratuais e diferentes horários, que de acordo com a sua categoria profissional actuam aos níveis da gestão organizacional e das unidades de cuidados, da formação e prestação e gestão de cuidados de enfermagem. Os enfermeiros, na prestação de cuidados, são auxiliados por outros intervenientes, os assistentes operacionais. Estes funcionários, para além de funções próprias que lhes estão cometidas, colaboram com a enfermeira na prestação de cuidados por delegação de tarefas. Como profissional, a enfermeira é a responsável pelos cuidados de enfermagem ao cliente, independentemente de ter sido ela ou o assistente operacional a concretizar um determinado procedimento ou parte dele.

O Serviço onde decorreu o estudo é, desde do início de 2008¹⁹, um Serviço de Medicina, constituído pela fusão de vários antigos Serviços fisicamente próximos, agora designados por Unidades e destinados ao internamento de cliente de ambos os sexos. Este Serviço é destinado ao tratamento e cuidados a clientes adultos e idosos acometidos de doença aguda ou agudização de doença crónica do foro da medicina interna – é uma unidade de

¹⁹ Como relato no capítulo 4.2, a colheita de dados decorreu sempre no mesmo espaço (antigo Serviço de Medicina e actual Unidade A), em 3 momentos distintos: Novembro a Dezembro de 2006 (no Serviço, então autónomo, que viria a ser designado por Unidade A), Verão de 2007 (em que o Serviço era independente, mas com nova chefia) e Dezembro de 2008 (após a reestruturação dos vários serviços de Medicina – criação do Departamento de Medicina).

cuidados agudos. Tem uma lotação global de 59 camas de internamento e uma Sala de Cuidados Intermédios; a dotação de enfermeiros é actualmente de 55 elementos (incluindo duas enfermeiras chefes, uma enfermeira especialista, sendo as restantes enfermeiras ou enfermeiras graduadas) que prestam cuidados ao grupo de clientes internados, independentemente do espaço físico ou Unidade em que se encontram. A chefia do serviço de enfermagem é partilhada pelas enfermeiras chefes. Aquando desta reestruturação, várias enfermeiras saíram do Serviços e várias outras ingressaram, tal como uma das enfermeiras chefes, que foi substituída.

No último trimestre de 2006, quando iniciei a recolha de dados num desses Serviços (agora Unidade A²⁰), este constituía uma Unidade orgânica independente com lotação para 18 doentes internados, de ambos os sexos, e com equipa (cerca de 15 elementos) e chefia de enfermagem próprias. Ao ser fundida com os outros Serviços, viu alterada a sua dimensão, organização e equipa de enfermagem (a equipa médica já era partilhada anteriormente à fusão de serviços). Actualmente, representa uma parte dum Serviço de Medicina do hospital (apenas distinta pelo espaço físico), tendo deixado de ter expressão individual, passando a lotação e dotação de pessoal a integrar a deste.

Esta mudança estrutural foi acompanhada de alterações a nível da gestão de recursos humanos, nomeadamente, nos critérios de atribuição/distribuição das enfermeiras pelos clientes: as enfermeiras passaram a ser distribuídas, ao longo dos turnos de trabalho, pelas diferentes Unidades, e por vezes, independentemente de qual tenha sido a Unidade em que tinham estado a trabalhar no dia anterior, tendo para tal, sido constituídas cinco equipas de 10 a 11 elementos (reforçadas por enfermeira adstritas a cada Unidade, para o turno da Manhã), que asseguram os cuidados aos 59 clientes. A este critério pareceu presidir uma lógica de aproximação das enfermeiras entre si, e de modos de trabalhar, bem como, uma busca de optimização dos recursos (de enfermagem) às horas de cuidados estimadas como necessárias em cada Unidade. Assim, uma enfermeira que tenha estado num dia na Unidade A, no dia seguinte poderia estar colocada na Unidade B, reduzindo-se assim a hipótese de prestar cuidados a clientes que já cuidou no dia anterior, tendo de prestar cuidados a outros que vai contactar neste dia.

Decorre deste conjunto de mudanças um dado explícito: um maior grupo de enfermeira passou a prestar cuidados a um maior grupo de clientes hospitalizados, sendo aquelas mobilizadas, dia a dia, consoante na Unidade onde são requeridas mais horas de cuidados, ou seja, onde supostamente existem maiores necessidades de cuidados. Não sendo evidente uma redução do rácio enfermeira/cliente, contudo, tornou-se claro que o factor que suportou esta mudança – a rotatividade das enfermeiras – ocasionou uma diminuição da probabilidade da mesma enfermeira estar em dias consecutivos responsável pelo mesmo

²⁰ Designação utilizada para identificação do “sector” ou espaço físico diferenciado, em tempos Serviço de internamento, onde decorreu a colheita de dados para o presente estudo. Desde o início de 2008, deixou de se poder considerar uma unidade orgânica do hospital, passando a integrar o Serviço de Medicina. Para efeitos deste estudo, será designada por *Unidade A* ou simplesmente por *Unidade*.

grupo de clientes Isto poderá acarretar algum prejuízo para o conhecimento mútuo e construção duma relação entre a enfermeira e o seu cliente. Esta rotatividade era acentuada pela ocorrência frequente de trocas de horário entre as enfermeiras. Com estas trocas, aumentava a probabilidade da enfermeira que vem substituir o elemento distribuído previamente pela enfermeira chefe, não ter estado, a curto prazo, naquela Unidade, e com aqueles clientes.

Essa reestruturação, terá sido concebida como uma forma de racionalizar os recursos humanos na Organização, de acordo com uma lógica de gestão empresarial, mas as enfermeiras participantes pareceram senti-la como um elemento condicionador do seu trabalho, precisamente pelos motivos enunciados. Já no final do período de colheita de dados, esta situação foi sendo alterada através de estratégias de organização da equipa e do trabalho de enfermagem que visaram contrariar a rotatividade excessiva das enfermeiras ao longo das Unidades.

Para além da equipa de enfermagem, naturalmente, o Serviço está dotado de duas equipas médicas e outros profissionais residentes ou não no Serviço, e que nele colaboram nos cuidados de saúde prestados. A equipa de assistentes operacionais, que como ficou dito, desempenha actividades sob orientação e supervisão da enfermagem, é um grupo heterogéneo no que respeita à formação.

A gestão global dos cuidados de enfermagem e dos recursos humanos é realizada pelas enfermeiras chefes. O trabalho de enfermagem, que decorre ininterruptamente nas 24 horas, é distribuído e realizado, em cada turno, segundo o método individual de prestação de cuidados: cada enfermeira é responsável pelo planeamento, execução e avaliação da globalidade dos cuidados necessários a cada um dos clientes que lhe está atribuído num determinado turno de trabalho. Esta distribuição é realizada quotidianamente para os três turnos, por uma enfermeira chefe, e aferida em cada turno, pelas enfermeiras escaladas, tendo em consideração a carga de trabalho na Unidade (calculada através do Sistema de Classificação de Doentes).

Ao ingressar no Serviço, o cliente é acolhido por uma enfermeira que deverá realizar o processo de acolhimento, a entrevista de colheita de dados inicial e o primeiro planeamento de cuidados, com a subsequente elaboração de documentação (nomeadamente, o registo do planeamento dos cuidados, entre outros). Cabe a esta enfermeira, neste turno de trabalho, como foi dito, prestar todos os cuidados de enfermagem de que o cliente necessite. Nos turnos e dias seguintes, a mesma ou outras enfermeiras ficarão responsáveis pela prestação de cuidados (e respectiva documentação) a este cliente.

O Plano de Cuidados de Enfermagem, enquanto meio de documentação da prática, está preconizado e é iniciado de modo mais ou menos sistemático, a quando do acolhimento do cliente, não sendo depois sistematicamente actualizado nem usado regularmente como instrumento de trabalho, o que dilui a sua importância como instrumento para assegurar a

continuidade dos cuidados. Esta continuidade tende a ser procurada e assegurada, tanto quanto possível, pela “reunião de passagem de turno”. Entre cada turno de trabalho, quando ocorre a troca de enfermeiras escaladas, em cada Unidade realiza-se um momento de reunião entre os elementos que terminam e os que iniciam o turno de trabalho: é um momento de entrega de responsabilidade e troca de informação oralmente transmitida e anotada por cada enfermeira, baseada nos aspectos que as profissionais que terminam o turno consideram de maior relevo e importância para assegurar os cuidados a cada cliente. A documentação da prática de cuidados ao longo do período (turno) de trabalho, no que respeita às denominadas notas de evolução ou de continuidade, é regularmente produzida pelas enfermeiras. Contudo, a sua consulta e utilização como instrumento para a salvaguarda da continuidade dos cuidados, é assistemática, ocorrendo esporadicamente surge alguma necessidade ou dúvida específica.

Sensível a meio do período em que ocorreu a recolha de dados, a Unidade A foi sujeita a obras de beneficiação: foram melhoradas as casas de banho dos clientes, introduzidos cacifos individuais para acomodar objectos pessoais dos cliente, nos quartos, melhoradas as condições para arrumos, melhorado o aspecto geral por pintura das paredes e mudança nas fontes de luz natural e artificial. As dificuldades anteriormente sentidas no fornecimento de água quente foram atenuadas. Ocorreu, assim, uma melhoria nas condições de hotelaria e nas condições para a prestação de cuidados de enfermagem.

Localizada num dos pisos elevados do hospital, a Unidade A é de dimensões reduzidas, considerando o espaço nos quartos e até nas salas de apoio. É composta por: 5 quartos de 3 camas cada; gabinetes: secretariado, sala de trabalho, arrumação, sala de médicos, e 3 casas de banho (clientes: homens e mulheres; pessoal); zona suja; copa/refeitório fora do serviço (mas adjacentes) e sala de enfermagem (sala para registos, arquivo de processos, computador, passagem de turno, repouso quando em pausa e até para intervenção/atendimento de familiares/visitantes); não existe espaço dedicado ao cliente/pessoa significativa que não seja a sua “unidade” ou o refeitório. O ambiente é bem iluminado por luz natural e é arejado, limpo e com materiais e superfícies renovadas. É possível regular a temperatura ambiente, nos quartos. Existe, durante o dia, algum nível de ruído, particularmente durante o período da manhã, pela concentração de profissionais necessárias aos cuidados de saúde, que se concentram neste período.

Os quartos são constituídos por três “unidades de doente”, um lavatório (com água quente e fria) comum e recipientes para resíduos sólidos não contaminados, e existem ainda, para uso não exclusivo, cadeirões de repouso e degraus amovíveis; a iluminação é assegurada por uma grande janela e por lâmpadas fluorescentes no tecto e sobre a cabeceira de cada cliente. Cada “unidade” comporta uma cama articulada, cadeira, armário para objectos pessoais, mesa-de-cabeceira, e mesa de refeições, prateleira para materiais de consumo, rampas de vácuo e oxigénio, e ponto de luz individual. A “unidade” pode ser isolada por cortinas em calha fixa. Globalmente, o espaço é reduzido para a circulação de pessoas e

equipamento sobretudo quando estão em uso um ou mais cadeirões. O equipamento nos quartos é recente e funcional. Contudo, a privacidade social e psicológica de cada cliente pode ser difícil de salvaguardar dada a exiguidade do espaço e o facto de muitos dos clientes estarem impedidos de saírem do leito, e por isso, aí terem que ser entrevistados, observados, cuidados.

As duas casas de banho para uso dos clientes (uma para clientes femininos e outra para clientes masculinos) possuem uma antecâmara para a qual a porta exterior abre (para o corredor), e câmara com espaço/rampa para duche com cortina isoladora, e contiguamente, lavatório e sanita; estão equipadas com barras de segurança. O espaço é suficiente para a circulação de cadeira de rodas, se necessário. O equipamento é adequado aos cuidados e permite salvaguarda a privacidade do cliente, relativamente a terceiras pessoas (que passem no corredor) e à própria enfermeira, sempre que esta corra a cortina. Estão dispostas ao longo do corredor que serve os quartos e próximas destes.

Quando a lotação é ultrapassada, acumulam-se no corredor os doentes supranumerários, em macas (entre um a quatro, durante o período de colheita de dados)²¹. Neste espaço, embora os cuidados de saúde sejam assegurados, as condições ambientais são em tudo, menos favoráveis ao conforto do cliente, e a carga de trabalho das enfermeiras é acrescida, sem que haja possibilidade de corrigir o rácio enfermeira/cliente que então baixa. Considerando que, por principio e regra geral, estão escaladas, três enfermeiras para o turno da Manhã, e duas enfermeiras para os turnos da Tarde e da Noite, em conjunto com dois ou um assistentes operacionais, respectivamente.

O acesso a visitas aos clientes está previsto acontecer no horário das 12:30 às 16 horas (para duas pessoas) e das 18 às 20 (para uma pessoa). Contudo, a entrada e permanência de visitantes na Unidade tende a ser liberalizada, de modo a permitir o maior acompanhamento do cliente, sendo apenas restringido quando os cuidados o exigem ou quando o descanso dos clientes o requer.

O serviço de enfermagem na Unidade A é centrado em torno dum conjunto de procedimentos habituais e previsíveis que embora facilitadoras do trabalho da enfermeira, são também uma forma, validada empiricamente, de dar resposta às necessidades mais prementes dos clientes. Estes procedimentos habituais e previsíveis são afinal, um modo de compatibilizar a agenda da enfermeira, habitualmente cheia, com a elevada imprevisibilidade vivida durante a jornada laboral e determinada por diversos imponderáveis: a provável chegada de mais clientes à Unidade; o possível agravamento ou descompensação do estado clínico de um ou mais clientes; o inesperado surgimento de um problema burocrático; ou a emergência de conflito interpessoal não antecipado. Como veremos, a ancoragem num ritmo rotineiro de trabalho, não impede que a enfermeira,

²¹ Reportando-me a dados de 2007, na Unidade A a taxa de ocupação foi ligeiramente inferior a 100% enquanto em Janeiro de 2008, e já respeitante ao unificado Serviço de Medicina, ultrapassou, embora por pouco, esse valor (Fonte: Estatísticas internas ao Hospital).

quando entende dever fazê-lo, mude tal ritmo, tal sequência habitual de acção, com vista a tornar particular uma determinada intervenção.

Assim, um turno típico de trabalho, sem grandes intercorrências significativas, inicia-se com a reunião de passagem de turno entre as enfermeiras. Esta reunião pode demorar cerca de 30/40 minutos a 1 hora: é transmitida informação sobre cada pessoa internada, considerada relevante (indispensável) para poder ser dada continuidade pela enfermeira que entra ao serviço: a identificação do cliente pelo nome, idade e por vezes, a proveniência, bem como alguns dados da história de saúde; estado actual de consciência e hemodinâmico; evolução clínica através dos sinais e sintomas, exames laboratoriais e procedimentos especiais realizados; evolução e capacidade para a satisfação das necessidades pessoais; reacção à medicação; estado de desconforto/dor ou ansiedade e seu tratamento; é pontual a informação directa sobre o conforto e a forma particular de promovê-lo. Como base nesta informação, e eventualmente a partir da experiência com o cliente em turno anterior, a enfermeira organiza as suas ideias (planeia o trabalho) sobre as necessidades a que precisa dar resposta prioritária; se não existem necessidades para responder com carácter urgente, avança numa arquitectura e ritmo de intervenção habitual (rotinas). Isto significa que, de acordo com o previsto para o turno, aprecia o estado global do cliente; diagnostica problemas de enfermagem; discrimina objectivos; planeia os cuidados subsequentes: gere a administração de medicamentos e outros procedimentos terapêuticos, realiza ou delega a realização cuidados de higiene, de alimentação, de mobilização, ou outros; assegura os cuidados globais aos clientes com maior gravidade clínica e/ou maior dependência de cuidados de enfermagem; interage com o cliente e familiares visitantes para colher dados, dar informação, escutar, apoiar; acolhe o cliente que é hospitalizado; avalia os cuidados prestados e a resposta do cliente; supervisiona a intervenção da assistente operacional; articula-se com os outros profissionais (médicos, terapeutas, dietista, técnica de serviço social, etc.) servindo frequentemente de placa giratória da informação entre estes e outros técnicos; elabora registos para documentar a prática... e voltará a repetir tudo o que for necessário ao cliente. Finalmente, reúne com as colegas que a rendem, e aí, selecciona a informação que lhes deve passar; e bom será que não omita nada que seja relevante, porque como vimos, esta informação passada oralmente, é a base em que assenta o próximo planeamento de trabalho. E tudo isto apenas enumera *o que faz*, não dimensionando *como o faz*, o que, como os dados explicitarão, poderá fazer toda a diferença em matéria de resultados para o cliente.

Com tudo isto, é fácil perceber que o tempo disponível para estar à cabeceira do cliente é frequentemente escasso, e por maioria de razão, quando o grau de independência é mais elevado. Do mesmo modo e pelas mesmas razões, as interacções enfermeira/cliente são muitas das vezes, fraccionada e breves. Esta brevidade na interacção, que é agravada quando o rácio enfermeira/cliente é mais reduzido ou quando as horas de cuidados

necessárias são mais elevadas²², associada à rotatividade das enfermeiras, de que falei anteriormente, criam condições de elevada exigência para os cuidados de enfermagem (e nestes, o confortar).

Quanto aos clientes, internados na unidade A: são adultos ou, maioritariamente idosos, acometidos de doença aguda ou agudizada (muito frequentemente, doença cardiovascular/cerebrovascular, e/ou doença respiratória, e/ou doença metabólica, entre outras), com variável nível de dependência face aos cuidados de enfermagem, e em situação diagnóstica, ou para tratamento, ou reabilitação ou até mesmo, em cuidados em fim de vida. Embora o hospital receba e trate clientes de diversa proveniência, muitos dos clientes que acolhe são provenientes da sua área de influência, cuja população apresenta elevada média etária. A título de exemplo, os participantes do estudo apresentaram a média etária de 77 anos.

Durante os períodos em que decorreu a colheita de dados, constatei que, em média, e por dia, cerca de 77% dos clientes internados na Unidade tinham idade igual ou superior a 65 anos. Destes, só entre 25 a 39% estavam orientados e cognitivamente competentes para discursar sobre o cuidado experimentado, o que de algum modo traduz a gravidade do estado de saúde destes clientes e a presumível dependência dos cuidados de enfermagem.

5.1.2 – Contexto condicional do processo de confortar

Passo a identificar as condições estruturais ou contexto condicional nas quais emerge o processo de *Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões*, e que decorrem do ambiente específico da Unidade e das características e das ações construídas pelo grupo de participantes. Aqui, o contexto condicional significa “o conjunto de circunstâncias ou situações em que os fenómenos estão imersos” (Strauss & Corbin, 1998: 90), sendo que as condições “são conjuntos de eventos ou acontecimentos que criam as situações, assuntos e problemas pertencentes a um fenómeno e que, até certo ponto, explicam porquê e como as pessoas ou grupos respondem de certa forma” (Strauss & Corbin, 1998: 92).

O fenómeno em estudo – a construção do cuidado confortador – emergiu como um processo social: O processo de *Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões*. Qualquer processo tem subjacente um conjunto de condições estruturais, umas antecedentes, que o desencadeiam, outras de intervenção, favorecedoras ou constrangedoras (Corbin & Strauss, 2008; Strauss e Corbin, 1990, 1998) e que o influenciam. Tais condições criaram as situações e problemas pertencentes ao fenómeno e explicam, até certo ponto, porquê e como os participantes respondem às situações. Trata-se dum contexto condicional onde o sentido ou propósito profissional é desafiado a cada

²² Quanto ao trabalho de enfermagem, ao longo de 2008, naquela Unidade, a variação entre o Número de Horas de Cuidados Necessárias e o Cuidados Prestados foi negativa (Fonte: Estatísticas internas ao Hospital).

interacção pela (i) constante necessidade de cuidados (pressupostas ou reveladas no constante apelo por parte do cliente); (ii) pelo propósito ou intenção na acção da enfermeira que procura satisfazer múltiplas necessidades e objectivos terapêuticos²³; (iii) pela imprevisibilidade das circunstâncias pessoais do cliente e dos recursos para os cuidados; (iv) pela tensão entre objectivos terapêuticos e as condicionantes da acção, como explicitarei.

O processo de *Confortar* (capítulo 6) integra dois outros processos que lhe estão subsumidos e o concretizam – **Conhecendo a pessoa e Gerir conforto e risco** –, pelo que o conjunto de condições é aqui apresentado (Figura 1) por referência a cada um destes.

5.1.2.1 – Mover-se na penumbra pelo apelo

Desconhecer é condição de abertura ao outro e a conhecê-lo (Munhall, 1993)

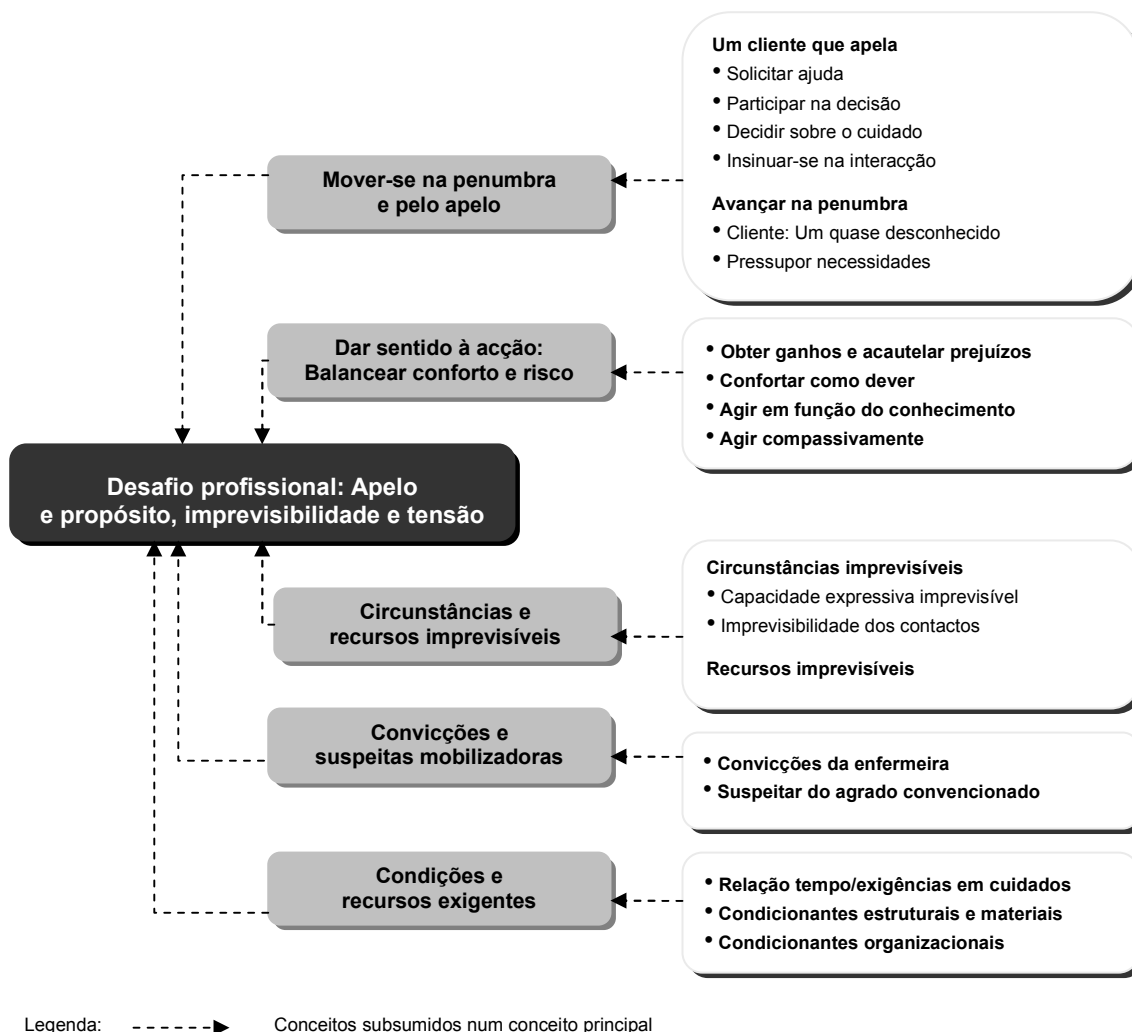
A necessidade apela ao cuidado (...). (Honoré, 2004)

O cliente idoso hospitalizado é percebido pela enfermeira como uma pessoa em necessidade de cuidados. Enquanto pessoa, é portador de necessidades fundamentais (Adam, 1994; Henderson, 1960/2007; Talento, 2000), que pela condição de doença, hospitalização e eventualmente de senescência, não consegue suprir de modo independente, gerando necessidades insatisfeitas. Contudo, no processo de cuidados, se isto é um dado adquirido, a particularidade de cada situação não é, todavia, imediatamente acessível nem transparente aos olhos da enfermeira.

Perceber as necessidades de ajuda concreta e os modos confortadores de a proporcionar, implica que a enfermeira avance para o outro, determinada a conhecê-lo durante a caminhada conjunta que o processo de cuidados representa. Assim, a enfermeira, no momento que avança para iniciar o reconhecimento da pessoa idosa hospitalizada, está a **mover-se na penumbra e pelo apelo** do outro (condição antecedente para confortar). Isto é, a enfermeira que presta cuidados e que procura confortar, depara-se com a condição em que, por um lado o cliente participa, decide, insinua-se ou solicita, espontaneamente ou não, a sua ajuda ou anuência – **um cliente que apela** –, e por outro, tem necessidade de avançar para a prestação de cuidados, mesmo com uma base de conhecimento limitado sobre a pessoa, isto é, precisa **avançar na penumbra**, perante um cliente quase desconhecido, sobre o qual, inicialmente, apenas consegue pressupor necessidades humanas insatisfeitas.

²³ “Terapêutico” refere-se a algo que contribui para o alívio ou a cura de algum mal, ou que “produz um efeito saudável ou que resulta num movimento em direcção à saúde ou bem-estar” (McMahon & Pearson, 1991, citado por McMahon, 1998: 6-7). Uma intervenção terapêutica, é aquela que “deliberadamente conduz a resultados benéficos para o doente (...) usando intervenções que consideram e complementam o trabalho de outros terapeutas e com vista aos objectivos e individualidade do doente” (McMahon, 1998: 7; 10). Frade (1998), referindo-se à interacção enfermeira-cliente, define-a como terapêutica porque “é, por parte da enfermeira, intencional e centrada no doente, com a finalidade de contribuir para o seu bem-estar” (Frade, 1998: 46).

Figura 1 – O contexto condicional de confortar
– Desafio profissional: Apelo e propósito, imprevisibilidade e tensão –



Apelar (um cliente que apela) é solicitar ajuda, é pedir a intervenção da enfermeira (ou de outro profissional), quando o cliente não consegue por si responder às suas necessidades, nomeadamente, obter o nível de conforto que considera desejável a cada momento. Pedir a intervenção de outrem, é, afinal, o que o cliente faz quando sugere, solicita, informa, participa, espontaneamente (**apelar revelando-se**), ou por solicitação (**responder apelando**). Ou seja, o apelo do cliente constitui umas das condições para a enfermeira o ir **conhecendo**, na medida em que revela seu estado de necessidade de ajuda, de dependência, de conforto/desconforto, a sua preferência, os seus recursos, na situação.

O apelo surge sob diversas modalidades. Ao **solicitar ajuda**: o cliente apela para obter auxílio, por exemplo para completar gestos que é incapaz de realizar sozinho, para obter informação, para alertar para necessidades que não consegue satisfazer por si, ou mesmo para denunciar o desconforto que o prejudica. Ou, de outro modo, faz tudo isto quando é estimulado a tal pela enfermeira que lhe dá lugar (uma das estratégias do processo de ir conhecendo a pessoa), questionando-o ou dando-lhe algum pretexto para se manifestar.

Participar na decisão constitui outro modo de apelar, pois esta participação contém em si um pedido de ajuda, mesmo que decorrente dum abertura dada pela enfermeira à manifestação do cliente: ao **prestar informação**, ao **anuir** ou ao **resistir** à intervenção proposta e ao **avaliar agrado** face à intervenção em curso. Estas constituem, afinal, formas de pedir auxílio à enfermeira na concretização daquilo que pretende, dado que o cliente está, de algum modo, dependente da anuência da enfermeira, ou mesmo da sua ajuda contingente para tal concretização. **Decidir sobre o cuidado** (ao **aceitar**, **recusar** ou ao **fazer opções**, por iniciativa própria ou por solicitação da enfermeira) é também um modo de apelo. Embora se trate dum exercício de autonomia do cliente, não deixa de constituir um apelo, porque embora o cliente tome a decisão, está condicionado pela abertura ou consentimento da enfermeira. Assim, mesmo quando se afirma, convicto do seu poder pessoal, o cliente está sujeito à reacção ou intervenção da enfermeira, pelo que as suas iniciativas constituem, afinal, formas de apelo; isto porque embora o cliente, pro-activamente solicite a intervenção ou o beneplácito de outrem, este poderia não lho conceder, sobretudo, pela assimetria do poder na relação de cuidados.

Outra forma de apelar é **insinuar-se na interacção**, ou introduzir-se, captar simpatia, ou aconselhar a enfermeira. Insinua-se para intervir a seu favor (**sugerir intervenção**), para chamar a si a condução da interacção e a decisão (**fazer o que deseja**); para contribuir para o rumo do cuidado realizando algo que pode e lhe agrada fazer (**fazer por si: colaborar**); insinua-se também ao tomar iniciativa de índole social (**aproximar-se**), procurando contribuir para construção da relação com a enfermeira, sendo cortês, retribuindo o afecto, usando ou não o humor;

[...] A enfermeira G aborda-o, falando directamente com voz calma mas firme e olhando-o de frente: “Senhor T quer tomar banho?”, propõe-lhe. O senhor concorda e refere que pretende ir tomá-lo na casa de banho. A enfermeira G reformula a questão, questionando-o se deseja mesmo ir à casa de banho. Ele responde-lhe: “Sim, sim, se tiver ajuda” [...] (NC-E/C-EG/CT)²⁴.

Cada cliente, na situação que enfrenta, desenvolve estratégias de apelo mediante as quais procura obter respostas que ajudem à sua recuperação e conforto, ou seja, entre outros objectivos, procura ajuda para concretizar, completar ou substituir a auto **confortação**, e/ou controlar, mesmo que parcialmente, os cuidados. Estas não deixam de constituir formas de apelo que a enfermeira entende e respeita, porque os interpreta como portadores de um significado (Cameron, 1993: 432).

Voltando à questão do controlo ou do exercício do poder pelo cliente, e embora afirme a condição do cliente como apelativa ou de solicitação face à enfermeira, destaco, contudo,

²⁴ A ocultação da identidade dos participantes obedece à codificação segundo a técnica de recolha de dados (entrevista (E) ou nota de campo (NC)), e o número de momentos de recolha de dados com o participante quando superior a um (E_{1-x} ou NC_{1-x}), o tipo de participante (enfermeira (E) ou cliente (C)), a sua identificação (por uma letra precedida de E ou C consoante o seu tipo), e quando necessário evidenciar a sequência dos dados, a data da recolha. A codificação das notas de campo, compreendem sempre a referência aos dois participantes (E/C). Por exemplo: (NC2-E/CI-EG/CM-30.12.08) identifica a segunda nota de campo resultante da observação da interacção entre a enfermeira G e o cliente M, ocorrida no dia 30.12.02. Outro exemplo: (E-E-EX-29.12.08) identifica a única entrevista realizada à enfermeira X.

que esse apelo não parece significar que tal condição seja de subserviência. O cliente, frequentemente, assumiu a convicção dos seus direitos na relação de cuidados (subcapítulo 4.2.1). De alguma forma pode afirmar-se que o cliente apela mas não se submete; pelo contrário, tem iniciativa, sugere, participa, faz o que deseja, aproxima-se da enfermeira, tomando parte activa na construção duma relação interpessoal em que, não perde a oportunidade de ser fazer ouvir, directamente afirmando, pedindo algo, ou mesmo fazendo-o por via do uso do humor ou da tentativa de manipulação;

[...] [lembra-se de ontem a senhora enfermeira vir quando lhe pediu muito para se deitar e ela tentar convencê-la a ficar mais um bocadinho no cadeirão? Porque alinhou na conversa de tipo brincadeira quando estava tão cansada? pergunto] – É que a boa disposição, as graças... ajuda. (...)“Dou-lhes a volta” [...] (E2-C-CC).

O apelo é identificado como uma componente – “apelo e resposta” – do diálogo na teoria da prática da enfermagem humanista (Paterson & Zderad, 1976; Praeger, 2000; Praeger & Hogarth, 1993). O “apelo e resposta” (ou chamado(a)) nesta teoria são considerados transaccionais, sequenciais e simultâneos, ou seja, ambos os actores apelam e respondem. Em **mover-se na penumbra pelo apelo** está apenas contida a perspectiva do cliente que apela e da enfermeira que responde. Como será posteriormente apresentado (capítulo 6), para confortar a enfermeira faz também, sistematicamente, o caminho do apelo à participação do cliente, quer para o ir conhecendo, quer para gerir conforto e risco. E também neste movimento, o cliente responde à enfermeira de modo igualmente sistemático. No trabalho de confortar, o apelo e a resposta são constantes, sequenciais e quase simultâneos, pelo que o “diálogo vivido” nos actos de enfermagem (Paterson & Zderad, 1976) pode, ele mesmo, ser confortador.

Avançar na penumbra, refere-se à circunstância em que a enfermeira tem que enfrentar os cuidados ao **cliente: um quase desconhecido**, cujas necessidades apenas consegue presumir ou supor (o que é ainda mais intenso nos primeiros momentos de interacção), pois como é esperado no primeiro encontro, em cuidados agudos, enfermeira e cliente são estranhos um ao outro (Bowman & Thompson, 1998). O “desconhecer”, aliás, é sugerido por Munhall (1993) como um padrão de conhecimento a crescer aos quatro padrões propostos por Carper (1978/2006). Aquele padrão, quando a enfermeira está consciente dele, cria uma condição de abertura ao outro e a conhecê-lo, dado que previne o fechamento da enfermeira sobre si e sobre o que possa já saber sobre seu cliente (Munhall, 1993).

Assim, **avançar na penumbra** reflecte a circunstância ou condição em que a enfermeira enfrenta a situação de prestar cuidados sendo constantemente impelida a ir **conhecendo o cliente**, a fim de se aproximar daquela pessoa e da sua circunstância. Isto permite-lhe passar da zona de penumbra, de vislumbre das necessidades pressupostas, para a luz, ou seja, para uma situação de conhecimento certamente incompleto ou inacabado. Este avançar na penumbra permite-lhe ir percebendo os contornos da individualidade, e ir, passo a passo, fazendo uma aproximação àquela pessoa cliente e às suas necessidades particulares de cuidados e nestas, às suas necessidades de conforto.

O desconhecimento varia num contínuo de elevado a baixo, à medida que a oportunidade de contacto com o cliente acontece. Contudo, o conhecimento alcançado nunca é total ou absoluto, sendo sempre incompleto (Hesbeen, 2001; Munhall, 1993) (i) dada a opacidade ou pelo mistério²⁵ que o outro representa para a enfermeira (Casper, 1966 citado por Gevaerth, 1991; Bowman & Thompson, 1998); (ii) porque as circunstâncias da hospitalização (em cuidados agudos) não favorecem um contacto duradouro entre a enfermeira e aquele cliente, sendo aquele descontínuo e breve; (iii) dada a perpétua mutabilidade das circunstâncias pessoais do cliente agravada pela instabilidade clínica numa situação de hospitalização por doença aguda/agudizada, que torna efémero muito do conhecimento conseguido. Por tudo isto, a capacidade da enfermeira para apreciar as necessidades do outro, é sempre limitada (Henderson, 1960/2007). Para mais, e estando a falar de conhecer para confortar, ter um bom nível de conhecimento técnico-científico genérico, não basta; é preciso ter conhecimento clínico sobre o cliente: suas preferências, hábitos, expectativas, motivos, capacidades e recursos, e condicionantes de saúde/clínicos.

É evidente que a enfermeira sabe, à partida, que o seu cliente precisa de cuidados porque, de algum modo, não se consegue bastar. E consoante a sua experiência profissional, até saberá, genericamente, **pressupor necessidades** humanas não satisfeitas, o que significa supor ou presumir a existência requisitos humanos²⁶ não preenchidos (Henderson, 1960/2007; Adam, 1994), a partir de indícios ou dados esparsos; a enfermeira consegue-o com base no conhecimento técnico-científico geral sobre as pessoas, a saúde e a doença. Contudo, os indícios poderiam trair o julgamento da enfermeira que poderia ser levada a aproximar-se por pressupostos, representações sobre o cliente e as necessidades deste. Por isso, ao pressupor necessidades do cliente, a enfermeira assume que estas se caracterizam pela diversidade (tipologia diversa), pela elevada individualidade (interpessoal) e mutabilidade (intrapessoal), pela sua variável relação com desconforto prévio, pela variável urgência na resposta e ainda, pela elevada complexidade, decorrente da intercepção e potenciação das variáveis em jogo;

[...] Na minha perspectiva os doentes podem sentir conforto pelo menos a nível psicológico [...] Se eu estou a corresponder, seja a que nível for: da higiene, de eliminação, da alimentação, se eu estou a dar resposta em termos do que é o hábito do doente, certamente estou a prestar um cuidado com maior conforto [...] (E1-E-EG);

²⁵ O outro constitui um mistério no sentido de que “o outro não é nunca um ‘objecto’. O outro não é nunca plenamente ‘conhecido’, senão que se impõe, se assoma como mistério (...)” (Casper, 1966 citado por Gevaerth, 1991: 42).

²⁶ Usando a nomenclatura e postulados de Virgínia Henderson, todo o indivíduo forma um complexo com necessidades ou imperativos fundamentais, no sentido não de carências, mas num sentido positivo de requisitos ou exigências para que seja um indivíduo completo e esteja mantida a sua integridade. As necessidades humanas são comuns e caracterizadoras do ser humano, e tornam-se, para cada indivíduo, pela sua singularidade, necessidades humanas particulares. Quando este indivíduo, por falta de força, vontade ou de conhecimento deixa de ser capaz, de forma independente, de suprir estas necessidades, surge a necessidade de ajuda da enfermeira com vista à recuperação da independência (Adam, 1994; Henderson, 1960/2007). Estas necessidades humanas particulares não satisfeitas constituem afinal o que designo por necessidades particulares de cuidados, as quais Kolcaba considera necessidades de conforto (Kolcaba, 2003; Dowd, 2004).

[...] Nesta situação particular, é sobretudo importante porque ela antes tinha vomitado e tudo, e não estava, de todo, confortável [...] se calhar, hoje foi este cuidado de higiene, amanhã, se calhar, será de outra forma, consoante as necessidades dela, também [...] (E-E-EV).

A fim de alcançar objectivos terapêuticos nomeadamente o maior conforto possível, e baseada no conhecimento sobre a natureza das necessidades humanas (que sabe de antemão, estarão afectadas de modo particular e em grau variável naquele cliente), a enfermeira procurará perceber quais as necessidades insatisfeitas (e que incluem as necessidades de conforto), consubstanciando a afirmação de Henderson, segundo a qual "(...) a enfermeira deve ter presente o inelutável desejo humano por comida, abrigo, roupa; por amor e aprovação; por um sentido de utilidade e dependência mútua nas relações sociais" (Henderson, 1960/2007: 7). É com esta pessoa ainda quase desconhecida, que a enfermeira se encontra e a quem rapidamente precisa dar respostas de enfermagem, ou seja, precisa prestar cuidados.

Em síntese, **mover-se na penumbra pelo apelo** do outro significa assim, (i) reconhecer que existe uma necessidade (Honoré, 2004), um pedido de ajuda implícito na presença do cliente, mesmo que silencioso ou ainda que afirmativo, e, por isto, sentir-se impelida e responsável pela resposta a esse apelo; tudo isto, mesmo sabendo que não conhece muito sobre ele. Esta consciência do apelo do outro em necessidade, e esta nuance de mobilização para a acção que aí parece nascer, corrobora a noção de um agir compassivo por parte da enfermeira. O apelo pode ser afinal aquele de que nos fala Levinas, quando apresenta o outro como presença exigente, que requer ser reconhecido ao nível ético e objectivo; o outro exige ser reconhecido como alguém diante de mim e que "nem sequer tem necessidade de formular explicitamente a petição de reconhecimento: a sua própria presença é uma exigência de reconhecimento que se me dirige, apelo à minha responsabilidade" (Gevaerth, 1991: 44). Avançar pelo apelo, é assim, responder a esse pedido, ou seja, assumir a responsabilidade pelo outro (Gevaerth, 1991; Chalier, 1993). Por outro lado, (ii) a penumbra ou o desconhecer pode ser o ímpeto para conhecer. A condição de penumbra que subsiste nas interações de cuidados, é uma situação comum, esperada e até inevitável (Morin, 1977 citado por Collière, 1999; Meleis, 2005; Munhall, 1993), pelo que **mover-se na penumbra** não é um achado completamente novo.

Mas, lidar com o desconhecido ganha particular relevo quando o fenómeno em estudo é o confortar. Se confortar é, como veremos, fortalecer, ao juntar a força de quem cuida à força do outro, não desejando que a minha força suplante a dele (o que seria paternalista e redutor da autonomia²⁷ e independência²⁸ do outro), então, é preciso, antes de mais, conhecer algo desse outro e a sua força, enquanto capacidade, vontade e/ou conhecimento (Adam, 1994; Henderson, 1960/2007).

²⁷ Autonomia, a capacidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida do dia-a-dia, de acordo com as próprias regras e preferências. (WHO, 2002).

²⁸ Independência, a capacidade para realizar funções relacionadas com a vida diária, isto é, a capacidade de viver com independência na comunidade sem ajuda ou com pequena ajuda de outrem. (WHO, 2002).

Mover-se na penumbra e pelo apelo representa, assim, uma das condições que desencadeiam o processo de **ir conhecendo a pessoa** do cliente. Esta condição antecedente contribui para o contexto condicional de Confortar – **Desafio profissional: Apelo e propósito, imprevisibilidade e tensão** – constituindo a dimensão *apelo*.

5.1.2.2 – Dar sentido à acção: Balancear conforto e risco

Para confortar, a enfermeira procura **gerir conforto e risco** porque tem da finalidade do processo de cuidados uma perspectiva de enfermagem, à luz da qual, prestar cuidados vai além do contribuir para a recuperação da saúde (no sentido do tratamento clínico da doença), e vai também mais longe do que a promoção imediata e isolada do conforto da pessoa idosa hospitalizada. Assim, para a enfermeira, parecem ser claros os seus objectivos terapêuticos: (i) obter ganhos para o cliente ao contribuir para melhorar o conforto, e evitar o desconforto potencial, ou atenuar o desconforto actual; (ii) evitar prejuízos para o cliente, ao procurar evitar a involução e complicações clínicas, e ao evitar a dependência e regressão, sendo que e a relação entre estas premissas não é de natureza hierárquica ou sequencial, antes, concomitante. Assim, a intenção de confortar não é independente de outros objectivos, nomeadamente de combater activamente a síndrome disfuncional.

Para a enfermeira, as necessidades particulares de cuidados identificadas (parte do conhecimento já obtido) não são um dado linear, uma listagem de aspectos a atender ou satisfazer indistintamente. São antes, um ponto de partida, um conjunto de dados intrincados, repleto de nuances: de premência diversa na resposta, de relevância clínica e pessoal, e de sentido particular e circunstancial. Perante tal complexidade, a enfermeira sabe que precisa conciliar os interesses ou tensões em presença e, simultaneamente, aliviar ou evitar a perturbação ou *distress* do cliente. Agora, a enfermeira precisa decidir quais são as necessidades prioritárias a responder e como o devem ser, naquela circunstância concreta; ou seja, precisa tomar decisões sobre a natureza, a premência, o modo de concretizar os cuidados de enfermagem ao cliente, de modo a obter resultados terapêuticos múltiplos. Por exemplo, um cliente pode desejar ficar deitado todo o dia, porque lhe apetece, porque lhe sabe bem não se levantar (mobilizando razões da ordem do conforto pessoal); a enfermeira percebe o apelo contido nesta solicitação pois até capta os motivos pessoais que a determinam. Mas em virtude da sua convicção de dever de ajuda terapêutica (baseado nos princípios do respeito pela autonomia mas também da beneficência) e dos seus conhecimentos técnico-científicos e clínicos, ela não percebe apenas aqueles motivos. Percebe igualmente um conjunto de outros dados que evidenciam ou alertam para determinados riscos para a saúde, ou seja, a possibilidade de um acontecimento deletério – complicação clínica ou um prejuízo pessoal – futuro e incerto, mas possível e cientificamente plausível. Assim, para a enfermeira, lidar com o conjunto das necessidades

particulares de cuidados compreende também gerir os riscos²⁹ para complicações, presentes naquela situação, o que corresponde inclusivamente ao mandato social da enfermeira enquanto profissional de saúde (O'Byrne & Holmes, 2007) e constitui indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem (Conselho de Enfermagem, 2001). Portanto, o que a enfermeira apreende, não são apenas os desejos de maior conforto e recuperação do cliente, as dificuldades, os recursos, mas também, o conjunto de condições que, na situação particular daquela pessoa, constituem motivos de preocupação e atenção, dado serem indicadores de que alguma complicação poderá desenvolver-se, comprometendo o processo de recuperação e constituindo fonte de provável de possíveis desconfortos para o cliente. Assim, a enfermeira, para confortar, a cada momento, adopta estratégias para gerir o conforto e o risco, alicerçando a decisão clínica e a subsequente intervenção numa busca de sentido para a acção que enceta, ou seja, procura **dar sentido à acção: balancear conforto e risco**.

Dar sentido à acção: Balancear conforto e risco é pois, uma condição antecedente para **gerir conforto e risco**. Significa dar significado e direcção (Collière, 2003) ao agir profissional, imprimindo-lhe conscientemente uma orientação para determinados fins imediatos e mediatos: o maior conforto/alívio e menor risco, e a recuperação da saúde e potencial do cliente, respectivamente. Trata-se de construir a decisão clínica que sustentará a mobilização de diversas estratégias de acção/interacção³⁰ para gerir o conforto e o risco presentes em cada situação, a cada momento, balanceando e harmonizando os vários objectivos terapêuticos, ou seja, estando subordinada ao perfil de risco/desconforto da pessoa (o que representa parte do contexto de **tensão** em que ocorre o confortar).

Assim, e pelo conjunto de atributos presentes, **dar sentido à acção** confere ao trabalho de confortar um carácter profissional. A enfermeira considera (Figura 1) os objectivos terapêuticos desejados (**obter ganhos e acautelar prejuízos**), mobiliza diferentes tipos de conhecimento (**agir em função do conhecimento**), age sustentada na intenção de confortar (aliviar ou prevenir o desconforto) e de, concomitantemente ajudar a tornar o outro mais independente e mais autónomo (**agir compassivamente**), fazendo-o de modo deliberado (Agir intencionalmente), de acordo com a consciência da partilha da condição humana com o cliente (Experimentar reversibilidade) e numa perspectiva ética dessa acção (**confortar como dever**).

²⁹ Risco é aqui definido como “risco realista (...) o produto da probabilidade e consequências dum evento adverso” (Lupton, 1999 cit. por O'Byrne & Holmes, 2007: 93). O risco apresenta como atributos: “uma probabilidade ou potencial para perda ou dano, reconhecimento cognitivo envolvendo pensamento e percepção acerca de si e/ou de outros, e processo de tomada de decisão baseada na probabilidade ou peso das possibilidades ou potencialidades” (Shattell, 2004: 13). Factores de risco “é qualquer situação, hábito, condição ambiental, condição fisiológica, ou outra variável, que aumenta a vulnerabilidade de um indivíduo ou grupo, a uma doença ou um acidente.” (Potter & Perry, 2006: 8).

³⁰ Estratégias de acção/interacção são táticas intencionais ou reflexas, dirigidas a manejar, cumprir, responder a um fenómeno sob um específico conjunto de condições percebidas, referem-se a interacções ao nível do *self* e a interacções com outros (Strauss & Corbin, 1990). Corbin & Strauss (2008: 89) passam a referir-se a estas estratégias como de inter/acção/emoção, definindo-as como respostas dadas pelos indivíduos ou grupos às situações, problemas, acontecimentos e eventos.”

Obter ganhos e acautelar prejuízos significa perseguir e compatibilizar objectivos terapêuticos concomitantes, por vezes concorrentes, mas de igual valor. Tem como características: **melhorar o conforto** (optimizar o estado de conforto actual e evitar desconforto potencial), **atenuar o desconforto** (aliviar ou ajudar a suportar), **evitar involução e complicações** (evitar agravamento do estado clínico ou o surgimento de complicações, com presumível desconforto associado), e **evitar dependência e regressão** (nomeadamente a síndrome disfuncional, contrariando a dependência, a agressão à integridade e a falta de autonomia). Obter ganhos e acautelar prejuízos significa querer fazer o bem (contribuir para a melhoria da saúde, conforto e desenvolvimento do cliente) e simultaneamente evitar o mal (combater o desconforto, evitar a involução do estado de saúde, e evitar a erosão das capacidades e integridade do cliente). Em contexto de cuidados agudos, parece não haver actividade de confortar que possa ignorar os potenciais prejuízos a que o cliente está exposto, pelo que, ajudar o cliente a melhorar o conforto não é independente de prevenir complicações de saúde, nem de o ajudar a desenvolver-se enquanto pessoa (contribuir para que seja mais capaz de fazer por si, conservar a imagem de si e decidir por si); nem há actividade de estimulação da independência que possa ignorar o conforto que se pretender melhorar ou o desconforto que se pretende atenuar.

Para decidir sobre a acção a tomar para confortar e minimizar riscos, **age em função do conhecimento**, isto é, mobiliza o conhecimento científico e clínico que detém no momento;

[...] porque eu sabia que ela tinha estado com dores durante a noite [...] Eu acho que tentei mexer com mais cuidado, pelo menos penso que sim. [...] Eu até tenho posto fralda porque ela deu a entender que queria ficar com fralda porque em termos de micções [...] ela tem alguma urgência urinária e nem sempre consegue pedir a arrastadeira em tempo útil [...] (E-E-EX).

A mobilização dos diferentes tipos de conhecimento permite **integrar** (unificar o conhecimento científico e o clínico), **discriminar** (discernir e ponderar – balancear – os diferentes objectivos e a situação particular do cliente) e **organizar** (dar sequência à intervenção de modo a potenciá-la como confortadora).

Dar sentido à acção: Balancear conforto e risco remete para um enraizamento cognitivo, ético-deontológico e compassivo. A enfermeira é movida pela compaixão, transformando esta emoção numa acção dirigida intencionalmente a confortar, na consciência da reversibilidade da experiência do cliente e no equilíbrio proporcionado quer pelo uso do conhecimento, quer pela consciência dos objectivos terapêuticos em causa. A acção dirigida ao conforto está profundamente marcada pela intencionalidade, o que sublinha o carácter deliberado da acção profissional interessada tanto na promoção do conforto quanto na prevenção de complicações, em sede de “cuidados agudos” à pessoa idosa hospitalizada;

[...] Porque pronto porque sabia que isso era importante para ela e que a partir do momento em que eu lhe disse-se isso ela ficava... mais confortável. [...] Mas pronto ficava com uma disposição diferente já para o resto do que íamos fazer e para o resto do dia e por isso me preocupei em [transmitir uma boa notícia] [...] (E-E-EX).

Embora a literatura identifique a intencionalidade na acção como um indicador da profissionalidade em enfermagem (Morse, Havens & Wilson, 1997; Kolcaba, 2003, 2009;

Bjørk & Kirkevold, 2000; Watson, 2002a; McCance, 2005), por vezes, parece acontecer um agir momentâneo não consciente do propósito de confortar, que, pelos dados representa não tanto uma falta de intenção de confortar, mas antes uma consciência imediata de outro motivo para a acção (o de respeitar ou o de promover a independência), mas que não deixa de revelar um propósito consciente de agir em favor de um bem importante para aquela pessoa, e que a própria enfermeira considera como condição para confortar, mesmo que indirectamente.

A enfermeira, ao prestar cuidados e ao procurar confortar perspectiva a experiência do cliente como se fosse sua, valorizando o conforto do cliente como valoriza o seu próprio, não desejando para aquele, menos do que para si. Não se trata de impor ao cliente uma determinada concretização dos cuidados, um determinado padrão de conforto/”cuidados confortadores”; antes, parece tratar-se de uma sensibilidade para as necessidades do cliente à imagem das suas próprias (**experimental reversibilidade**) enquanto ser humano que também valoriza o conforto: aquilo que lhe é agradável ou desagradável, provavelmente também será agradável ou desagradável para o cliente e portanto tem redobrada atenção, e procura não proporcionar ao cliente menos do que gostaria que lhe fosse proporcionado a si, nessa situação. Trata-se de uma forma de pensar a condição e compreender a natureza humana, a consciência da vulnerabilidade partilhada. Parece significar que a enfermeira coloca o seu cliente num elevado nível de consideração e respeito.

Confortar como dever, é sentir a obrigação moral de tomar cuidado, é sentir-se responsável por alguém com vulnerabilidade acrescida (Chalier, 1993; Gevaerth, 1991; Sellman, 2006). Pode ser interpretado no sentido que Mayeroff (1971) confere à obrigação ou dever de cuidar, porque emerge como uma obrigação não forçada; os testemunhos são de um sentido de dever incorporado e natural, ou usando a expressão daquele autor, um dever que decorre da “convergência entre aquilo que sinto ser suposto fazer e aquilo que quero fazer” (Mayeroff, 1971: 11).

Procurando enquadrar estes achados, **dar sentido à acção: balancear conforto e risco**, significa agir profissionalmente, ou seja, fazer opções e moldar a acção por princípios e valores concordantes com os padrões éticos e de conhecimento da profissão, e com deliberada orientação para a saúde e conforto. Dar sentido, aqui, refere-se a imprimir direcção (Hesbeen, 2006) ou orientação (Collière, 2003) à acção que se decide e executa (e não à atribuição de sentido a uma experiência, por parte de quem a viveu (Hesbeen, 2006)).

Emerge como uma condição de intervenção fundamental e determinante para o objectivo de confortar. Por outras palavras, o que determina a acção de gerir conforto e risco – explicar mais ou menos, estimular ou mesmo negociar, ou pelo contrário, ceder ao desejo e ao apelo do cliente, dando a primazia ao conforto – é o balanço actualizado de conforto/desconforto e riscos realizado pela enfermeira; o pesar os prós e os contras numa determinada decisão e consequente acção, em função do que se pretende alcançar, precisando para tal de uma consciência clara da concorrência entre objectivos terapêuticos, de conhecimentos e de

vontade e propósito, sob pena de se perder o rumo e negligenciar algum daqueles objectivos (McCormack, 2003). Ao dar sentido à acção: Balancear conforto e risco, a enfermeira está a repercutir a ideia de Collière: “devendo os cuidados de enfermagem fazer face a situações em que se jogam forças de vida e de morte, não podem ignorar a rede complexa do princípio do prazer e da realidade, encontrando-se eles próprios tributários de fenómenos antagonistas e complementares (...)” (Collière, 1999: 256).

Partir do conhecimento para a acção, uma das características do conceito em apreço, reafirma a perspectiva de Carper sobre a enfermagem enquanto disciplina e prática profissional. A utilização de conhecimentos de natureza diversa pela enfermeira, tais como os conhecimentos científicos e clínicos (sobre aquele cliente), representam, afinal, o que aquela autora designa de padrões de conhecimento: empírico (ou científico) e estético (“percepção do único particular”) (Carper, 1978/2006: 22). Como será apresentado posteriormente, também outros padrões do conhecimento, nomeadamente o pessoal, são utilizados pela enfermeira para confortar, nomeadamente, no que respeita a conhecer-se como pessoa, e o ético, na decisão clínica.

Para aquela autora, as decisões e julgamentos de valor que a enfermeira realiza na prática de cuidados, representam também uma forma de conhecimento – o padrão ético de conhecimento ou a componente moral deste, enquanto “acção deliberada para determinados fins” (Carper, 1978/2006: 24) –, o que nos achados está patente no sentido de dever de confortar e de agir compassivamente face ao desconforto e ao outro, em necessidade. Trata-se, afinal, do enraizamento ético da conduta da enfermeira que direcciona a sua acção, dado que o “conhecimento da moralidade vai além de simplesmente conhecer as normas ou códigos éticos da disciplina; ele inclui todas as acções voluntárias que são deliberadas e sujeitas ao julgamento do certo e errado – incluindo julgamentos do valor moral relativo a motivos, intenções e traços de carácter” (Carper, 1978/2006: 24) –, concretizados no agir situado, ou seja, na acção particular e contextualizada.

A compaixão emerge como uma condição antecedente do processo de *Confortar*. O agir compassivo refere-se “não apenas à habilidade emocional para entrar nos sentimentos do outro mas também a uma vontade activa para aliviar e/ou partilhar a situação difícil desse outro” (Bachman, 2005: 283-4), ou à emoção experimentada quando uma pessoa é movida pelo sofrimento ou *distress* de outra e pelo desejo de aliviá-lo e tem, conseqüentemente, um efeito gerador de movimento (Schantz, 2007). Como este autor refere, “só a compaixão impele e confere poder à pessoa não só para reconhecer, mas também para actuar em direcção a aliviar ou remover o sofrimento ou dor de outrem” (Schantz, 2007: 51). Contudo, “para prestar verdadeiro socorro a um paciente, a enfermeira faz a conexão congruente entre ‘justificação racional e acção moralmente dirigida’” (Dietze & Orb, 2000: 174 citado por Schantz, 2007), ou seja, a acção compassiva, no contexto do cuidado profissional, não dispensa a mobilização do conhecimento para a tomada de decisão.

Como referido anteriormente, a enfermeira que procura confortar refere a sua acção a uma projecção de si na condição do outro – experimentar reversibilidade –, ou seja, a uma certa consciência da possibilidade de estar na situação do cliente, ou uma consciência do princípio moral da reversibilidade (Lourenço, 1992), ou da superior formulação da *regra de ouro*, mediante a qual todos os indivíduos têm o mesmo nível de dignidade e são dignos de igual respeito e que a vida de cada um será melhor se todos agirem de acordo com ela (Petrik, 2005). Este achado é consonante com a perspectiva aristotélica da compaixão: “uma espécie de dor, desencadeada pela visão do mal, excessivo ou doloroso, o qual acomete alguém que não o merece, um mal que alguém pode esperar que venha sobre si ou sobre um dos seus amigos, e quando ele parece próximo. (...)” (Cash, 2007: 71). Afinal, o mal não merecido que é “visto” acometer o cliente pode também sobrevir à enfermeira que, com ele, partilha a condição humana de vulnerabilidade.

Importa reflectir também sobre a questão da acção intencional enquanto característica desse agir compassivo. A dimensão da volição e da intenção na acção compassiva é defendida por vários autores (Perry, 2009; Cash, 2007; Schantz, 2007): a compaixão é um estado intencional, pelo que aquele que sente verdadeira compaixão tem o desejo de mudar a situação (Cash, 2007: 71). A vontade de aliviar o sofrimento, *distress* ou dor de outrem, não depende duma característica humana, mas antes da vontade, pois é uma questão de escolha individual” (Cash, 2007: 51), ou ‘uma motivação interna para fazer o bem’ (Sadler, 2004: 37 citado por Schantz, 2007).

A relação da consciência com o mundo exterior, pela qual os pensamentos são dirigidos para um objecto intencional (um resultado desejado), define a intencionalidade (Powers & Knapp, 2006: 87). A imagem mental desse resultado desejado (uma intenção) remete para a acção subsequente, ou como refere Kollar, “aquilo que alguém escolhe fazer é intencional – quer fazê-lo” (Kollar, 2005: 239) – o que está presente na acção da enfermeira que se dirige ao resultado de melhor conforto. É neste sentido que a enfermeira age com intencionalidade, ao dirigir os seus pensamentos e acção a fins determinados ou a resultados desejados.

Quanto à consciência actual sobre o objectivo em questão, Kollar defende, a intencionalidade dum acto não tem que estar necessariamente presente no momento da sua realização, pois a mesma pode estar imersa numa intencionalidade extensiva (intenções gerais), ou seja, “à luz destas intenções gerais, as pessoas constroem hábitos de bondade ou virtude, e estas boas intenções constituem a intenção para acções específicas” (Kollar, 2005: 239), o que confere consistência à vida moral dos indivíduos o que os faz serem percebidos como ‘boas pessoas’ (Kollar, 2005); o hábito das virtudes (ou dos vícios) elimina a intencionalidade directa precedente de actos particulares, o que não deixa de remeter para a responsabilidade por tais actos, “porque a intenção geral substitui a intenção específica que normalmente está presente antes de cada acto particular” (O’Neil, 2005: 970). Este aspecto parece iluminar os achados exactamente num ponto crítico: a distinção entre a

intenção imersa num hábito virtuoso e uma aparente falta de consciência dessa intenção em actos particulares, presente para algumas participantes.

A intencionalidade é “a estrutura que dá sentido à experiência (...) é a capacidade do homem para ter intenções. É a nossa participação imaginativa nas possibilidades dos dias vindouros (...) nossa consciência da nossa capacidade para formar, para moldar, para alterar a nós próprios e o presente na relação dum com o outro (...)” (May, 1969 citado por Zahourek & Larkin, 2009: 16). A intencionalidade dá sentido às experiências e cria a capacidade para a empatia; possibilita às pessoas focalizarem-se e perceberem formas e padrões.” (May, 1969 citado por Zahourek & Larkin, 2009), no que se assemelha, em certa medida, à perspectiva de Watson (2002a; 2002b), quando afirma que ao olharmos com intencionalidade para entidades separadas e distintas, as possibilidades por detrás da aparência (verdadeira realidade) tornam-se realidades. Então, diz a autora, a realidade possível torna-se uma actualidade, sendo este o modo como através da intencionalidade, parcialmente participamos na criação da realidade.

Pode então questionar-se, se a intencionalidade para o conforto do cliente não estivesse presente na prática da enfermeira, se ela valorizaria os sinais subtis, se ela se implicaria como o fez, transformando-se para confortar e aceitando quase sistematicamente a vontade do cliente mesmo quando esse comportamento lhes atrasa o trabalho ou pelo, menos a obriga a alterar o seu planeamento? Assim, efectivamente, esta intencionalidade parece abrir a percepção para a descoberta e a vontade para a gestão do conforto e risco.

Tomando como referência o modelo de Lewis sobre os cinco níveis de intencionalidade (Ugarriza, 2002), e pensando fazer justiça aos achados do presente estudo, considero que a intencionalidade das participantes dirigida ao confortar, corresponde à intencionalidade de nível IV, por: não estar ausente (nível I); por não ser inconsciente e uma mera resposta a queixas do cliente (nível II); por não ser limitada ao alcançar objectivos que preencham os défices do cliente num contexto de reacções circulares complexas (nível III); por não ser, aparentemente, uma resposta caracterizada pela auto consciência, em que “a intencionalidade passa a ser vista pelo seu próprio mérito” (Ugarriza, 2002: 48), e os objectivos e acções se tornam ainda mais diferenciados (nível V). A intencionalidade de nível IV caracteriza-se por ser dirigida à obtenção de objectivos mais diferenciados e complexos e as acções serem também mais diversas, implicando “escolher entre alternativas ou escolher mais do que uma acção para obter um objectivo pretendido (...) as acções a este nível incluem pensamentos acerca de planos bem como acções. (...) as contingências são consideradas até quando as acções não são observadas” (Ugarriza, 2002: 46-47). Face aos achados, a intencionalidade reflectiu o resultado desejado pela enfermeira (e pelo cliente), e neste contexto foram valorizadas e intuídas como realidades as experiências (dados) que importaram a tal objecto intencional; movidas por este, a enfermeira deliberadamente (intencionalmente) usa o poder para promover a saúde através

do compromisso com o serviço e prática baseada no conhecimento (Thomas, 1990: 122 citado por Zahourek & Larkin, 2009: 18).

5.1.2.3 – Circunstâncias e recursos imprevisíveis

Com as condições antecedentes ao processo de ir **conhecendo a pessoa (mover-se na penumbra e pelo apelo)**, concorrem outras que, de algum modo, enformam ou constroem (condições de intervenção) o processo de *Confortar*, no caso, as **circunstâncias e recursos imprevisíveis** para o trabalho de ir conhecendo a pessoa (Figura 1).

O trabalho de ir conhecendo a pessoa, e conseqüentemente o de *Confortar* é condicionado pela circunstância de lidar com **recursos imprevisíveis (imprevisibilidade de recursos e fontes)** para fundar tal conhecimento: falta de tempo ou de oportunidade para consultar registos e/ou a insuficiência ou incompletude dos mesmos. A partilha de informação, veiculada oralmente, é uma fonte importante de conhecimento para a enfermeira; porém, por estar dependente da valorização subjectiva e por ser de natureza efémera, constitui-se um recurso elevadamente imprevisível (quanto à sua existência e consistência), particularmente no que respeita a temas “menos técnicos”, como as questões do conforto e do confortar;

[...] a parte mais técnica... sei lá... se está algaliado ou não, se evacua ou não, se tem Abocath® [cateter venoso] ou não, se tem soro ou não... portanto, isso é escrito não é... isso é escrito. Agora, se gosta da água mais quente ou mais fria, se gosta de bochechar ou se não gosta de bochechar, se gosta de cobertor ou de lençol, ou se tem frio ou se não tem frio... isso é mais oral [transmitido oralmente] (E-E-EM);

[...] mas também houve uma informação contraditória, de que aquele senhor não estava muito estável do ponto de vista respiratório, durante a noite. Realmente eram duas informações contraditórias. [...] eu posso chegar cá e ter um quarto com doentes novos, não é? E de facto não tenho tempo para começar o dia a consultar três ou quatro processos, e provavelmente, até pode ainda nenhum colega ter feito a colheita de dados nem o plano de cuidados [...] (E1-E-EG).

A imprevisibilidade dos recursos é acentuada pela susceptibilidade à flutuação do rácio enfermeira/cliente associada ou à gravidade clínica das situações e/ou ainda à ultrapassagem da lotação prevista com o internamento de clientes em macas, ocorrendo um acréscimo às exigências do trabalho; mantendo-se o número de enfermeiras, baixa a possibilidade de contacto sustentado, promotor do conhecimento sobre o cliente.

O trabalho de ir conhecendo a pessoa é condicionado também por ter que enfrentar circunstâncias imprevisíveis, ou seja, a **capacidade expressiva imprevisível** por parte do cliente; e a **imprevisibilidade dos contactos** entre enfermeira e cliente. Aquele constrangimento a ir conhecendo a pessoa passa pela imprevisibilidade das características e condições pessoais do idoso. O trabalho de conhecer o outro pode ser limitado pela capacidade expressiva, dadas as (i) dificuldades comunicação do próprio cliente, sobretudo quando a faculdade de comunicar oralmente está afectada, tornando naturalmente mais

complexo para a enfermeira o aceder ao mundo da pessoa. De igual modo, mesmo estando presente tal capacidade, é convicção da enfermeira de que o cliente pode comportar-se ou (ii) **ser um sofredor silencioso ou (ser) assertivo**: não se manifestando, não revelando o que sente (por não querer maçar, ou por não saber o que pode solicitar ou o que é adequado no contexto), ou pode, pelo contrário, manifestar-se espontaneamente, sendo capaz de intervir e revelar espontaneamente à enfermeira as suas necessidades. Esta convicção sobre a diversidade de comportamentos possíveis influi no modo como a enfermeira concretiza a actividades de ir conhecendo: pelo sim pelo não, está atenta ao comportamento não verbal e suscita questões, mesmo tendo a expectativa de que o cliente se manifestará espontaneamente;

[...] até porque, por vezes, os doentes não se queixam para não incomodar, acabando por ficar menos confortáveis. [...] (E2-E-EG);

[...] Eu penso que eventualmente terá sentido da mesma forma, só que não chegou a expressar propriamente essa necessidade. [...] Eu achei que sim, se calhar até poderia ser dispensada, mas eu achei que naquele momento da interacção, se o doente tivesse necessidade de mais alguma coisa, certamente ele até teria expressado, mas... eu saio muito mais à vontade do quarto se tiver feito a pergunta final. Acho que o doente certamente o doente teria expressado, mas eu fico muito mais à vontade [...] (E1-E-EG).

Ir conhecendo a pessoa é igualmente condicionado pela imprevisibilidade dos contactos entre enfermeira e cliente: quer pelo (i) **contacto prévio facilitador** com o cliente por parte da enfermeira, quer (ii) pela **brevidade dos contactos** existentes aos longos das interacções. Como foi referido, o cliente é frequentemente, para a enfermeira, um cliente quase desconhecido. Quando não existiu contacto prévio entre eles, a enfermeira tem que começar a percorrer o caminho para ir conhecendo, partindo do “quase zero” em matéria de informação sobre aquelas pessoas, as suas preferências, hábitos, expectativas, capacidades, necessidades, e até condicionantes de saúde;

[...] Era o primeiro dia de internamento do doente [...] Era o primeiro dia de internamento, é o primeiro momento, era a primeira avaliação [...] eu posso chegar cá e ter um quarto com doentes novos, não é? [...] Mas se não souber nada daquele doente, sinto-me na obrigação de validar com o doente [...] (E1-E-EG).

Esta situação pode ser agravada se a rotatividade ou dispersão da enfermeira pelos diferentes clientes, for elevada, aumentando a imprevisibilidade dos contactos subsequentes.

A condição de maior contacto prévio com o cliente, noutra pólo, pode ser favorecedora do trabalho de ir conhecendo. Ter oportunidade para aumentar o conhecimento significa, em muitas situações, poder ser a enfermeira responsável pelos cuidados àquele cliente em mais do que um turno de trabalho. Deste modo, a enfermeira adquire um conhecimento mais aprofundado e sobretudo, comparativo e actualizado (o que parece tornar o conhecimento qualitativamente distinto e portanto mais útil). Ainda assim, o trabalho de conhecer persiste (até pela mutabilidade das necessidades do cliente);

[...] já tinha estado com ela por isso... ela também gosta de tomar o pequeno-almoço antes de tomar banho [...] eu também já sabia isso de antemão, tenho estado com ela nestas manhãs

[...] e comecei por perguntar se queria tomar banho. Embora à partida eu já soubesse que provavelmente ela queria porque quer sempre... [...] (E-E-EX).

A duração dos contactos entre a enfermeira e o cliente, num turno de trabalho, é também ela, imprevisível, embora geralmente breve, o que é condicionante do processo de conhecer o cliente, na medida em que reduz as oportunidades de trocas sociais entre os actores. Tal duração é em grande parte determinada pelo grau de dependência do cliente para a satisfação das diversas necessidades. A enfermeira está geralmente mais tempo com o cliente cujas intervenções instrumentais requerem maior permanência junto dele. Tal duração é ainda influenciada pelas condições gerais de trabalho em cada turno – também elas imprevisíveis – por exemplo, pelo grau de ocupação do serviço, como referido.

5.1.2.4 – Convicções e suspeitas mobilizadoras

O trabalho de **gerir conforto e risco** é condicionado por diversos factores (condições de intervenção), uns que poderiam parecer constrangedores da acção, enquanto alguns outros, surgem como seus facilitadores, gerando-se um “ambiente mobilizador” que gera condições para a busca do melhor conforto para o cliente. Este “ambiente mobilizador” decorre da associação e balanceamento dum vasto conjunto de factores que se contrapõem e equilibram: as diversas e até contraditórias **convicções da enfermeira** e a sua atitude de **suspeita** sobre o carácter confortador de alguns procedimentos tradicionalmente designados de “cuidados de conforto”.

As **convicções da enfermeira**, enquanto crenças ou opiniões estruturadas recaem sobre: a hospitalização e seus riscos para o cliente idoso (desconforto e dependência); as características, comportamento e conhecimentos do cliente (cliente com potencial; cliente acomodado; cliente preocupado, cliente que desconhece riscos); e a sua perspectiva sobre a enfermagem e os cuidados (existirem intervenções com maior potencial confortador; o conforto não ser uma necessidade vital; a independência ser confortadora). Estas distintas crenças interactuam de modo mobilizador entre si, ou seja, no sopesar das convicções é anulado o seu potencial desmotivador e valorizado o potencial mobilizador para transformar ideias preconcebidas em estímulos para o cuidado. Por exemplo, pode existir a convicção de que o cliente pode estar **acomodado**, ou seja, comportar-se de modo menos implicado na sua independência e no cuidado de si, o que levou a uma gestão do conforto mais centrada no capacitar o cliente, sem descorar outras estratégias de acção/interacção que permitiram suavizar a agressão que este poderia sentir face a tal estimulação e negociação, e assim, conseguir construir um cuidado confortador, embora na convicção da preguiça ou indiferença do cliente.

Também a convicção de que o cliente ao **desconhecer riscos** inerentes à situação clínica e terapêutica, condiciona o seu comportamento e receptividade face aos cuidados, irá obrigar a enfermeira a adoptar estratégias específicas de modo a proporcionar-lhe a informação necessária de modo a motivá-lo e habilitá-lo para uma decisão e participação mais conforme

à sua condição, com vista a obter ganhos e acautelar prejuízos. A convicção de que o cliente pode **estar preocupado**, embora silencioso, com os cuidados que recebe/não recebe, guarda, certamente, alguma relação com o modo como a enfermeira concretiza o trabalho/processo de gerir conforto e risco. Esta convicção ou conhecimento leva a que se preocupe e antecipe informação de modo a clarificar, a ajudar a dar sentido aos gestos feitos ou supostamente omitidos;

[...] É que os doentes estão geralmente preocupados com os cuidados que recebem, e ela poderia pensar que não lhe ia pôr o oxigénio. [...] Para que a senhora soubesse que, embora não podendo dispor da campinha, se chamasse eu estaria por ali, disponível, e assim poderia ficar tranquila [...] (E2-E-EG).

Outra convicção que pode estar presente é a de que podem ocorrer **prejuízos pela hospitalização**, ou seja, que por si, esta encerra alguns riscos para o cliente, nomeadamente por ser uma experiência, em potência, directamente promotora de desconforto e ainda, por propiciar condições favorecedoras da dependência do cliente em relação aos profissionais, facto para o qual as condições de falta de tempo/sobrelotação parecem concorrer. A convicção de que a hospitalização pode trazer prejuízos, ajuda a explicar a atenção e importância que a enfermeira dá ao estimular a independência do cliente;

[...] e a hospitalização... eu acho que as pessoas perdem muito, principalmente os idosos em ser hospitalizados... são raras as pessoas que saem de cá mais independentes. [...] Quase todas saem mais dependentes... têm perdas efectivas [...] (E2-E-EI).

Acreditar que a **independência é confortadora** e que o cliente idoso hospitalizado tem **potencial para a independência**, afigura-se como um conjunto de condições basilares e altamente mobilizadoras para a gestão do conforto e risco;

[...] Acabam por estar colaborantes naquilo que... se compreenderem efectivamente o significado ou o sentido para fazer as coisas... [...] Sim, de explicar exactamente “eu vou lavar esta perna, vou lavar este braço, vamos lavar aqui, vamos lavar ali, vamos fazer isto, vamos fazer aquilo...”, porque as pessoas têm... eu acho que é sempre um fazer com que as pessoas não sintam que o corpo delas é um bocadinho marioneta, puxa para aqui, puxa para ali e não, é assumir um bocadinho controlo do corpo. [...] (E1-E-EI).

Sabe-se que as atitudes do enfermeiro relativamente à pessoa idosa têm a capacidade de afectar a qualidade dos cuidados de que a pessoa beneficia (Hope, 1994; Veiga, 2007; Wells et al., 2004), porque, afinal, aquilo que se valoriza e crê molda inevitavelmente as escolhas e portanto, a acção.

A atitude de **suspeitar do agrado convencional** para determinadas intervenções surge como um moderador importante da convicção de que existem intervenções intrinsecamente confortadoras, em si mesmas, independentemente da pessoa e da circunstância. A enfermeira analisa a situação de cuidados, e mesmo crendo que determinada intervenção possa ser, geralmente, confortadora, ainda assim, suspeita desse agrado convencional, para questionar se a mesma, em situação concreta e particular, está ou não a ser confortadora;

[...] eu penso que, às vezes, podemos ser demasiado invasivos. Eu posso estar a fazer uma massagem de conforto a um doente e, se calhar, para ele até não é. [...] (E1-E-EG);

[...] E apesar de algumas pessoas não gostarem do banho em si [...] (E-E-AV).

Esta é uma suspeita que reputo de fundamental, pois permite proceder de modo não automatizado, e pelo contrário, conduz a uma permanente vigilância sobre a qualidade confortadora daquilo que se faz, ou seja, constitui-se como um elemento mobilizador para confortar.

O auto conhecimento que a enfermeira tem sobre as suas convicções, consideradas aqui como mobilizadoras, pode representar, em parte o padrão de conhecimento pessoal enunciado por Carper (1978/2006), enquanto conhecimento de si e enquanto elemento determinante para a qualidade da relação interpessoal e para o envolvimento nesta. A aparente consciência de si, das suas crenças e opiniões, terá permitido à enfermeira não ficar refém destas ao agir por condicionamento e pressuposição. Esta consequência demonstra a relevância do conhecimento pessoal da enfermeira para a enfermagem, enquanto intervenção terapêutica.

5.1.2.5 – Condições e recursos exigentes

O constructo **condições e recursos exigentes** congrega um conjunto de condições de intervenção que emergiram como relevantes para o trabalho de confortar. Tais condições e recursos caracterizam-se por: (i) uma **relação tempo/exigências em cuidados** nem sempre facilitadora; (ii) **condicionantes organizacionais** ora facilitadores ora constrangedores; (iii) **condicionantes estruturais e materiais** com impactos no trabalho da enfermeira.

Trata-se de um conjunto exigente de condições e recursos, dado que se revelou constituir um contexto de trabalho difícil e árduo, pela concorrência de elementos influentes na prestação de cuidados de enfermagem confortadores, nem sempre facilitadores desta, ou seja, nem sempre favoráveis ao confortar, mas que são enfrentados ou geridos de modo a acautelar os impactos negativos e a contorná-los de modo a que sejam minimizados.

A **relação tempo/exigências em cuidados** foi, no contexto observado, um elemento considerado importante para as condições em que a enfermeira trabalha. Efectivamente, quando o tempo não constrange/as exigências em cuidados não são demasiado elevadas, a enfermeira assume que tem condições mais favoráveis para atender aos hábitos do cliente, para estar com ele e para o mimar, intervenções que considera confortadoras (**poder dar mais**). Quando o **tempo (é) recurso escasso**, nomeadamente quando as necessidades em cuidados são muito elevadas pelo também elevado grau de dependência dos cliente, ou quando o serviço está sobrelotado existindo maior exigência em horas de cuidados (**sobrelotação e exigência em cuidados**), pode ocorrer constrangimento ao trabalho de confortar. Dado o confortar se alicerçar na atenção à pessoa, dado exigir consumo de tempo

para ir conhecendo a pessoa e individualizar-lhe as intervenções, ajudando na medida exacta da incapacidade presente e no respeito pelo ritmo particular, então, percebe-se que se levantem dificuldades ao procurar confortar quando o tempo é escasso, correndo-se o risco do conforto passar a ser encarado como uma necessidade secundária porque não vital (uma convicção esparsamente presente no grupo de enfermeira). O que acontece então? Aparentemente, quando o tempo escasseia e/ou as exigências em cuidados são elevadas, os cuidados de enfermagem podem tornar-se menos atentos às necessidades de conforto do cliente; pode acelerar-se o ritmo de trabalho (valorizando menos a independência e acentuando a substituição do cliente), e a enfermeira pode deixar-se substituir por outro pessoal (nomeadamente, por assistentes operacionais), e torna-se mais difícil fornecer cuidados de “pormenor”³¹;

[...] Não são vitais. Mas são coisas que, se calhar, são pequenas coisas com as quais o doente se vai sentir confortável com elas. [De] Que não depende o estado de saúde dele, ou que não depende... que não é vital, mas que acabam por proporcionar um certo conforto. [...] Eu acho que é mesmo isso, se calhar, o maior factor é mesmo o factor tempo. É saber que aquele cuidado é minucioso mas que se calhar vai ser importante para o doente para ele se sentir bem e porque, às vezes, não temos tempo, mas sabemos, nós sabemos que se fizessemos aquilo, se calhar, era uma pequena alegria para o doente. [...] acho que, por vezes, pode ficar comprometido; se nós não tivermos tempo de fazer esses pequenos cuidados que não são vitais mas que são confortantes para o doente, acaba por ficar o conforto um pouco prejudicado. [...] E mais porque se estivermos com um doente num dia, e se prestarmos esses pequenos cuidados, e no dia a seguir não tivermos tempo para os fazer, o doente vai sentir-se com isso. [...] Mas não foi a primeira vez que eu fiz isso, e até tenho, nos últimos dias, ido com ela, o serviço anda... permite isso. [...] (E-E-EK).

As **condicionantes organizacionais** do trabalho da enfermeira podem jogar aqui um papel importante, na medida em que, **organizar o trabalho:** (é) **compatibilizar interesses**. No quotidiano dos cuidados a enfermeira enfrenta a necessidade de “servir a dois senhores” (ou uma dupla obrigação moral): o melhor interesse de cada cliente em particular e a necessidades de encontrar capacidade de resposta para o colectivo de cliente e de solicitações de natureza organizacional. Este pode ser um foco de tensão e desafio profissional. As enfermeira encontram, no quotidiano, modos com mais elevada rendibilidade para organizar o trabalho, de modo a responder por um lado às necessidades de todos e por outro às de cada um, com sentido de equidade e compatibilizando interesses diversos. Assim, organizar o serviço de enfermagem através do método individual de distribuição de trabalho e simultaneamente, normalizar um conjunto de procedimentos de forma a torná-los mais previsíveis e portanto mais manejáveis (rotinas) – sem deixarem de poder ser flexibilizados –, parece ser a solução encontrada. Como posteriormente será evidenciado, esta pode ser uma fórmula preciosa para conseguir confortar num contexto de desafio profissional.

Quando as condições se tornam mais difíceis, pode acontecer a substituição da enfermeira na realização de algumas tarefas consideradas delegáveis (como por exemplo, o banho,

³¹ As aspar significam o desacordo com o conceito, pois subalterniza algo que penso ser nobre e vital no trabalho da enfermeira, mas efectivamente, a literatura teima em designar por “pequenas coisas” (Hesbeen, 2001), ou por “esforço extra” (Watson, 2002a).

ficando a cargo do pessoal auxiliar), revelando os dados que estes colaboradores confortarão ou não consoante as circunstâncias e as suas a sua sensibilidade para responder à solicitação, sem contudo ser expectável que confortem de modo sistemático, por não serem detentores do conhecimento técnico-científico e clínico (pelo menos) que dota a enfermeira de tal competência – entendendo-se aqui o confortar como um processo de intervenção terapêutica da enfermagem;

[...] a assistente operacional está colocando nova fralda à cliente. A enfermeira G ajuda nos últimos movimentos para virar a senhora e vesti-la. [...] (NC2-E/C-EG/CM-30.12.08) ↔³² [...] [Reparei que quando entrou, a assistente operacional estava a acabar de colocar fralda à cliente. Gostaria de falar consigo sobre a importância da fralda para o conforto, ou não, [...] Esta fralda, para esta cliente, era um conforto?] – Não tenho consciência exacta disso. Não sei se para esta senhora era agradável ter fralda. Mas, geralmente nos doentes idosos eu coloco fralda se há dados sobre incontinência ou algum problema que justifique a fralda. [...] Mas neste caso, realmente, não sei. Penso que se eu não validar o desejo da pessoa, nesse caso, pode ser um problema [ser um desconforto o uso de fralda]. [...] (E2-E-EG-31.12.08) ↔ [...] É desagradável estar com fralda [...] (NC2-C-CM-30.12.08).

Um outro elemento condicionante de natureza organizacional identificado e que pode guardar relação com a questão do contacto enfermeira/cliente e do conhecimento entre os elementos da equipa de enfermagem (que afinal constituem recursos informativos mútuos), é o facto da equipa de enfermagem estar, num momento final do estudo, ampliada, dispersa mas em processo de estabilização. Procurar escalar elementos que vêm trabalhando juntos, permite a cada enfermeira ir conhecendo a colega, o que possibilita dimensionar a relação profissional que se estabelece, o que, considerando a estratégia de descoberta do cliente que recorre a terceiros para obter informação parece ser importante. Para confortar, a enfermeira pode depender de dados que lhe são fornecidos por colegas antecedentes ou que se encontrem consigo em turno; se esta colega, o seu método de trabalho, os seus conhecimentos e valores forem conhecidos, parece evidente que, enquanto recurso ou fonte de dados, trará maior segurança à enfermeira, do que uma “desconhecida”, mesmo que se venha a revelar competente.

Um elemento escassamente referido, e por isso mesmo interessante, foi a inexistência de organizadores profissionais (a nível organizacional) – **organizadores indefinidos**. Denomino de organizadores profissionais, elementos normativos e estruturantes da filosofia e prática de cuidado num determinado contexto – filosofia do serviço de enfermagem e indicadores, critérios e normas para a qualidade dos cuidados – e que visam contribuir para a melhoria assistencial por via da partilha de visão e objectivos por uma equipa de profissionais. Isto não quer dizer que a enfermeira não conforta pela ausência de referencial para o serviço de enfermagem, nem que a sua existência garantisse, por si, a consecução de cuidados confortadores. Contudo, pode ajudar a explicar porque sobressai no processo de confortar a referência pessoal de cada enfermeira àquilo que valoriza, ao dever que sente, individualmente, para com cliente notando-se uma escassa alusão ao trabalho de confortar enquanto trabalho de uma equipa, como alguma literatura aponta. Ou seja,

³² Sinal que pretende articular trechos de fontes de dados distintas mas correlacionadas, para maior facilidade na compreensão das ligações entre intenções e acções, sequenciais ou não.

interrogo-me se esta ausência de instrumentos que ajudem a tornar comum uma visão da enfermagem no seio duma equipa, não contribuirá para tornar mais exigente o contexto e para intensificar o desafio profissional no mesmo.

Também algumas características estruturais constrangedoras (casas de banho com difícil acesso, quartos com reduzidas dimensões, etc.), e/ou a indisponibilidade ou o desgaste de equipamento – **condicionantes estruturais e materiais** do confortar – são factores que constroem o confortar e o conforto. Pelo contrário, quando esses défices são corrigidos, torna-se mais fácil confortar, para a enfermeira que passa a dispor de recursos disponíveis ou que permitem menor consumo de tempo e esforço para obter resultados, e para o cliente que por via da qualificação do ambiente em que se encontra sente maior conforto;

[...] E, às vezes, chamar e não vêm... não há uma campainha aqui! [...] (E-C-N-01.12.06) ↔ [...] (A enfermeira K termina de arranjar a senhora (recoloca a fralda) e diz-lhe, falando directamente para a cliente, que precisa beber muita água e chamar se precisar de urinar.) [...] A enfermeira K sai do quarto, deixando-lhe a campainha acessível à mão. [...] (NC2-E/C-EK/CC- 06.08.08).

Pela compreensão das variáveis em jogo no contexto da interacção e atendendo ao modo como condicionam – fazendo emergir ou moderando – o confortar a pessoa idosa hospitalizada, considero que o contexto condicional em que se desenvolve o processo de *Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões*, se caracteriza pelo *apelo e propósito, imprevisibilidade e tensão*.

A *imprevisibilidade* das circunstâncias e recursos para os cuidados está associada, nomeadamente, ao tempo disponível para estar com o cliente e prestar-lhe cuidados *versus* a carga de trabalho exigida (pelo conjunto de cliente a cargo), e na possibilidade de acesso à informação e ao cliente; é acrescida pelo facto de que ir **conhecendo a pessoa**, com vista a com ela construir um cuidado confortador, exige aceder a algo do que lhe é particular – e que no caso, enforma as suas necessidades de cuidados (e conforto) – a algo da sua individualidade. Exige igualmente a aproximação a necessidades que são também, frequentemente, complexas (por oposição a necessidades simples, únicas, ou unidimensionais), marcadas por variáveis requisitos de urgência na resposta, e/ou variável associação a desconforto – *imprevisíveis* portanto. De algum modo, e para além das condições prévias ao processo de confortar, o próprio processo de **gerir o conforto e risco** encerra em si algum grau de *imprevisibilidade*, até porque a acção e reacção do cliente na interacção é, de todo, indeterminada à partida, embora influenciável pelas estratégias de acção/interacção adoptadas, como perceberemos pelas consequências de tal processo.

O *apelo* decorre da presença do outro, do cliente percebido como estando em necessidade de ajuda. Esta circunstância é agravada pela penumbra que afecta o conhecimento da enfermeira, que contudo sabe existirem certamente necessidades de cuidados por parte do cliente, mesmo quando não ocorre solicitação explícita por este.

O *propósito* ou intenção relaciona-se com a disposição para a acção beneficente e não maleficente, o qual mobiliza a enfermeira para um modo confortador de executar os cuidados apesar dos constrangimentos;

A *tensão* reside entre os objectivos terapêuticos, por vezes conflitantes, que requerem a construção de decisões científicas e éticas, balanceando os princípios da autonomia e da beneficência. Outros focos de *tensão* decorrem do confronto entre o *propósito* e as condições contextuais pouco facilitadoras e entre desconhecido ou a descoberta inacabada e ter que avançar na penumbra.

Assim, a enfermeira que presta cuidados de enfermagem e procura confortar enfrenta um contexto condicional caracterizado pelo *apelo e propósito, imprevisibilidade e tensão*, e que por isso mesmo conceptualizado como um contexto de **desafio profissional**.

Uma profissão define-se pelo preenchimento de determinados requisitos: um corpo próprio de conhecimento ou um saber especializado, serviço altruístico à sociedade ou uma orientação de serviço, um código de ética regulador da prática, educação e socialização extensa, e autonomia na prática (Rutty, 1998: 243; Nóvoa, 1991; Fontes, n.d.), entre outras. Tais atributos, mesmo não sendo consensuais, podem dar indicações para perspectivar a realidade social da enfermagem no seio das profissões. Um contexto condicional de **desafio profissional** é aquele em que, pelo menos, alguns dos atributos que se sabe caracterizarem uma profissão – o seu corpo de valores e de conhecimentos – são ameaçados ou provados como no presente contexto condicional. Por isso o designo de **desafio profissional: apelo e propósito, imprevisibilidade e tensão** (Figura 1). A enfermeira que, face a estes desafios, enfrenta as situações de cuidado mobilizando constantemente o seu complexo corpo de conhecimento, a sua vontade e conhecimento ético, de modo a que o cliente possa sentir-se confortado (mesmo em circunstâncias menos favoráveis ou desafiantes), esta enfermeira, dizia, assume um comportamento profissional.

5.2 – A NATUREZA DO CUIDADO CONFORTADOR

De acordo com a natureza indutiva do presente estudo, aceitei que o cuidado confortador fosse aquele que o beneficiário de cuidados viesse a definir como tal, ou seja, o conjunto de acções e circunstâncias que, na perspectiva do cliente, foi favorecedor da melhoria do seu estado de conforto ou da sua experiência de se sentir confortado (capítulo 7.2). Tal perspectiva foi completada pela acção e interpretação da enfermeira cuja acção foi confortadora. Posto isto, emergiram dos dados um conjunto de características, que podem descrever a natureza desse cuidado percebido como confortador.

Assim, pode afirmar-se que no presente contexto condicional, o cuidado confortador é **circunstancial, provisório, inespecífico, integrador, paradoxal, de compromisso, individualizado e complexo**. O cuidado confortador tem carácter circunstancial e provisório na medida em que é capaz de responder oportunamente a uma determinada conjuntura ou

condição enfrentada pelo cliente, num determinado momento. Tal condição, por ser rapidamente mutável, condena o cuidado confortador a efeitos, frequentemente, efémeros;

[...] vejo se a pessoa realmente não se sente confortável [com o banho] se calhar, dou-lhe o banho mais rápido; se a pessoa até está a tirar algum partido, tento dar espaço para que a pessoa aproveite [...] se calhar, hoje foi este cuidado de higiene, amanhã, se calhar, será de outra forma, consoante as necessidades dela, também [...] (E-E-EV);

[...] a senhora fica com a cabeça ligeiramente flectida: “Não me parece que esteja bem, D.M”, diz a enfermeira G colocando a almofada por detrás do dorso da cliente [...] (NC1-E/C-EG/CM).

Outra das características do cuidado confortador é ser inespecífico, ou seja, não vinculado a procedimentos exclusivamente dirigidos a confortar; a intervenção dirigida a suprir uma qualquer necessidade, simultaneamente, conforta. Este aspecto parece estar associado ao seu carácter integrador da competência, ou seja, à sua capacidade de fundir gestos técnicos e afectos, que matizam de humanidade intervenções quantas vezes desconfortantes;

[...] levam-me com um carinho que só queria que a senhora visse, levam-me assim [faz gesto para mostrar amparo], com medo que eu caia [...] E as enfermeiras daqui também me tratam bem. Vem sempre ao pé de mim com um sorriso, sempre: “Vá, uma picadelazinha no dedo, tem que ser” – a sorrir. [...] (E-C-CB).

O cuidado confortador reveste-se de carácter paradoxal e é uma acção de compromisso. Aquela significa que, por vezes, os seus efeitos são ambivalentes ou mesmo contraditórios: confortam e desconfortam. Isto revela a natureza pouco idílica deste cuidado, muitas vezes feito de gestos que magoam, mas que são o meio para alcançar subseqüente conforto;

[Então D.C. já descansou?] – Já! Mas fiquei muito cansada... [questionei: Disse-me que o banho lhe soube bem mas que ficou cansada. Então? Como é? Soube bem ou não?] – Soube pois, mas também fiquei cansada. [...] (E1-C-CC).

Este é também um cuidado de compromisso, ou seja, uma intervenção que serve, em si, mais do que um objectivo terapêutico. A enfermeira faz algo para suprir uma qualquer necessidade em cuidados mas também para conseguir melhorar o conforto do cliente, procurando equilibrar tais desideratos de modo que o resultado percebido como agradável;

[...] O cliente passa para a zona do chuveiro e a enfermeira I. fecha quase por completo a cortina; abre-lhe a água e passa-lhe o manipulo do chuveiro. [...] A enfermeira vai olhando o senhor pela fresta deixada pela cortina de banho. O senhor vai lavando-se sozinho. [...] A enfermeira I. mantém a cortina quase fechada mas vai olhando para o senhor [...] (NC1-E-C-EI/CE) ↔ [...] [senhor E., o banhinho deixou-o mais confortável? pergunto] – Claro que sim; [...] [questiono: o facto da Sra. enfermeira correr as cortinas foi importante para si?] – Claro; a pessoa deve ter a sua privacidade. [...] (E1-C-CE).

Para além destes atributos o cuidado que se revela confortador é o que é dirigido à individualidade, aquele que particulariza a intervenção de acordo com o cliente;

[...] A água está fria? – Não deve estar [refere a enfermeira] – Não está muito quente... [afirma o cliente] E acertam a água. [...] (NC2-E-C-EI/CE).

O cuidado confortador é de natureza complexa, não só pela multiplicidade e simultaneidade destas características, mas ainda porque se dirige à especificidade da circunstância sem perder de vista a globalidade pessoal, e porque atende ao pormenor individual e à abrangência de objectivos terapêuticos simultâneos.

6 – O PROCESSO DE CONFORTAR

[...] *Sim. Eu sou incontinente; e elas [as enfermeiras.] põem-me uma fralda com uma ternurazinha, tão bem esticadinha, aqueles elásticos... elas mesmo dizem: “Ficar esticadinha para não ficar a doer”, e esticam, e compõem, e no fim passam a mãozinha [...] A ajeitar... com tanta ternura. [...]* (E-C-CB)

O presente capítulo descreve e conceptualiza o processo que emergiu do estudo do fenómeno “a construção de um cuidado confortador”, ou o processo de *Confortar*. Apresenta os dois processos que o constituem e nestes o conjunto de estratégias de acção/interacção pelas quais os participantes responderam ao fenómeno. Procura articular processo e estrutura ao relacionar cada um daqueles com o contexto condicional e com as suas consequências. Identifica e explica os padrões de intervenção através dos quais se percebe a variabilidade da acção face à mudança nas condições.

Em *Grounded Theory*, identificar e evidenciar o processo subjacente aos fenómenos sociais, constitui o cerne do método. Procura-se captar as qualidades dinâmicas do fenómeno: a sua sucessão de etapas, fases, ou a identificação de mudanças na natureza da acção/interacção, ou seja, a identificação e articulação de padrões dessa acção/interacção (Corbin & Strauss, 2008; Strauss e Corbin, 1990; 1998). Por outras palavras, captar o processo significa apreender a natureza evolutiva e propositada do fenómeno, é identificar “as sequências de acção/interacção em evolução, alterações identificáveis nas condições estruturais (...) discernir o que muda no tempo, e de que maneira muda, ou o que permite que se mantenha igual com a alteração das condições estruturais” (Strauss & Corbin, 1998: 116). A acção/interacção/emoção consubstancia-se na adopção de estratégias delineadas para manejar, lidar ou responder a um fenómeno sob um conjunto específico de condições (o contexto condicional) (Corbin & Strauss, 2008; Strauss & Corbin, 1990; 1998).

A acção/interacção/emoção é evolutiva e orientada para objectivos, pelo que as acções adoptadas são frequentemente estratégicas ou táticas, podendo contudo ser também reflexas (Strauss & Corbin, 1990), configurando-se como acção de rotina. Mesmo que rotineira, representa um fluxo de acção e esse não deixa de ser um modo de contribuir para a resolução do problema ou para a caracterização do fenómeno, pelo que também constitui um tipo de acção no processo (Strauss & Corbin, 1998).

Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões emergiu como um processo alicerçado em dois outros processos que lhe estão subsumidos (ou sub-processos segundo Corbin & Strauss, 1998; 2008: 101), que se comportam como duas fases sucessivas mas frequentemente justapostas: (i) **conhecendo a pessoa** e (ii) **gerir conforto e risco**.

Tendo como envolvente o contexto condicional em que ocorre *Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões* (subcapítulo 5.1.2) – um contexto de *Desafio profissional: Apelo e propósito, imprevisibilidade e tensão* – o processo dos cuidados que confortam (ou a construção de um cuidado confortador) surge, afinal, como encadeamento de estratégias de acção, compostas por conjuntos intervenções de enfermagem³³ orquestradas pela enfermeira, em cada momento de interacção com o cliente, intervenções essas tecidas em torno de duas lógicas concorrentes: a que preside ao contínuo, progressivo e concomitante reconhecimento do cliente (processo **conhecendo a pessoa**), e a que assiste à constante adequação (individualização) da intervenção, baseada nesse conhecimento renovado a cada momento, de modo a torná-la “uma intervenção à medida” do cliente (processo **gerir conforto e risco**).

6.1 – CONHECENDO A PESSOA DO CLIENTE

(...) relacionar-se pessoalmente com os clientes constitui uma necessidade para poder assumir a decisão clínica. Trata-se de algo mais do que conhecer acerca do paciente; é também aprender como pensa, quais os seus gostos e desgostos e quais as suas disposições (Bonis, 2008).

Conhecendo a pessoa do cliente, é um processo indispensável ao confortar. O conceito nuclear aqui – conhecer – define-se por aprender, procurar saber, tomar conhecimento ou ainda por reconhecer alguém ou alguma coisa que já se conhecia (Machado, 1990); é tomar conhecimento, é aprender, é reconhecer o outro mediante aquilo que ele próprio manifesta ou revela de si (Gevaert, 1991).

Embora no encontro interpessoal o outro se revele por si, mas porque a interacção humana aqui estudada é de natureza profissional – e por isso intencional – e dirigida a prestar ajuda ao outro, a enfermeira precisa não só dar lugar à revelação do outro, mas também de a suscitar, a fim de aceder a aspectos importantes e específicos que o cliente poderia não desvelar espontaneamente. Trata-se afinal de escutar e procurar intencionalmente, através dum trabalho sempre perpétuo e contingente, os contornos da individualidade pessoal, da mutabilidade e complexidade das circunstâncias vividas pela pessoa, com vista a conhecê-la um pouco melhor, o que permitirá à enfermeira desenhar intervenções e actuar de modo a alcançar objectivos terapêuticos, entre eles, o de um maior conforto. E isto não se faz para

³³ Neste estudo, uma intervenção de enfermagem é acção intencional e específica desenvolvida pela enfermeira com o cliente ou desenvolvida pelo cliente sob prescrição da enfermeira que visa alcançar resultados terapêuticos para aquele. Esta definição conjuga outras tais como as propostas pela CIPE, NANDA e por Johnson et al. (2009), para quem uma intervenção de enfermagem pode ser definida como um “processo intencional aplicado a, ou desempenhado por um cliente (...)” (CIPE, 2005: 30), no que se assemelha à perspectiva assumida na pela North American Nursing Diagnosis Association (actual NANDA International) para quem aquela é comportamento (prescrito) específico esperado do cliente e/ou acção a realizar pela enfermeira para promover, manter ou restaurar a saúde (Doenges & Moorhouse, 2010). Na Classificação das Intervenções de Enfermagem (Johnson et al., 2009: 12), a intervenção é “qualquer tratamento baseado no julgamento clínico e no conhecimento, que é feito por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente”.

ficar feito; vai acontecendo cada vez que a enfermeira e cliente estão em presença. Por isso, conhecer é ir conhecendo.

Assim, o processo de ir **conhecendo a pessoa** do cliente, caracteriza-se pela *perpetuidade*: ir conhecendo é trabalho inacabado, é ir procurando conhecer e obter um **conhecimento inacabado**. Constitui um esforço incessante para aceder ao outro, para melhorar o conhecimento sobre a sua pessoa, até porque pela descontinuidade, brevidade de muitas das interacções e imprevisibilidade dos contactos com o cliente (condicionantes do processo), aproximar-se da complexidade individual torna-se particularmente difícil, pelo que a forma de o conseguir é a de ir aprofundando o conhecimento em sucessivos momentos de interacção. Caracteriza-se também pela *intencionalidade*: o trabalho de ir conhecendo é deliberado, dirigido a um fim – a obtenção do melhor conhecimento possível a cada momento –, pelo que segue uma linha de busca sistemática e propositada de pistas, ou seja, assenta no **procurar incessantemente a pessoa**. O *oportunismo* constitui igualmente uma das características deste processo, ou seja, caracteriza-se por (i) ser capaz de aproveitar a oportunidade que o apelo do outro constitui, e aproveitar o ensejo de estar com ele, por qualquer motivo e em qualquer circunstância, para explorar os momentos de interacção como ocasião favorável para melhorar o conhecimento; e também (ii) pela capacidade do processo de ir conhecendo se acomodar às contingências que surgem na prática de cuidados.

Conhecendo a pessoa do cliente representa a primeira fase do processo de *Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões*, e as suas consequências (**conhecimento inacabado**) constituem elemento fundamental das condições de **gerir o conforto e risco** (segunda fase do processo de confortar). Este conhecimento, embora que inacabado, representa o conhecimento clínico da enfermeira, sobre aquele cliente, que conjuntamente com o de natureza técnico-científica, constituem premissa essencial das condições da segunda fase, ou seja, dos antecedentes de **gerir o conforto e risco**. Trata-se, assim, de um processo que se retroalimenta, até porque, para além disto, o carácter relativo, transitório e até transformador da melhoria do conforto, justifica continuar a investir no conhecer o outro e na gestão do conforto e risco.

Decorre dos dados que o contexto condicional que enquadra e influencia o processo de ir **conhecendo a pessoa** assenta em circunstâncias e recursos imprevisíveis e num móbil para os cuidados – o apelo – que faz a enfermeira avançar, mesmo que na penumbra, para ajudar o cliente. Seguindo a pista desses mesmos dados, percebe-se que esta primeira fase do processo de *Confortar* seja desenhada para lidar com tão elevada imprevisibilidade: se a enfermeira não sabe quais as os contornos da individualidade, as características comportamentais e capacidades expressivas do cliente (se se manifesta, se solicita, ou se sofre em silêncio), nem tem garantida a oportunidade de aceder previamente a toda a informação relevante, dada a referida imprevisibilidade do contacto e dos recursos e fontes, então, faz sentido que procure ir **conhecendo a pessoa**, progressiva e sistematicamente,

ou seja, de modo intencional, oportunista e perpétuo, quando a ela tem acesso directo ou indirecto.

Afinal, a enfermeira age a partir da presunção de que o cliente, que ainda conhece mal ou quase desconhece – mas que apela – tem necessidades humanas fundamentais (mais ou menos afectadas) para cuja satisfação precisa ser ajudado, as quais conhecerá recorrendo a um conjunto de estratégias de acção/interacção (maioritariamente na interacção com este), aumentando o seu conhecimento sobre a pessoa, e daí, detectando necessidades particulares e dificuldades a que como enfermeira procurará dar resposta.

Para ir conhecendo a pessoa do cliente, a enfermeira recorre a estratégias de acção/interacção (Figura 2) – **procurar incessantemente o outro** –, uma actividade de busca diligente da pessoa do cliente, uma actividade de indagação, de pesquisa deliberada e/ou contingente do outro, o qual quase se desconhece ou conhece pouco. Caracteriza-se por **dar lugar à pessoa**, o que significa criar deliberadamente as condições para a manifestação da vontade e necessidade próprias do cliente. Trata-se de um modo central de aceder à fonte primária da informação relevante e actualizada, ao questioná-lo para que este revele o seu modo de ser e de enfrentar a vida e as presentes circunstâncias: as suas preferências, hábitos, expectativas, e até capacidades, recursos, motivos (ou sentidos atribuídos) e as suas dificuldades.

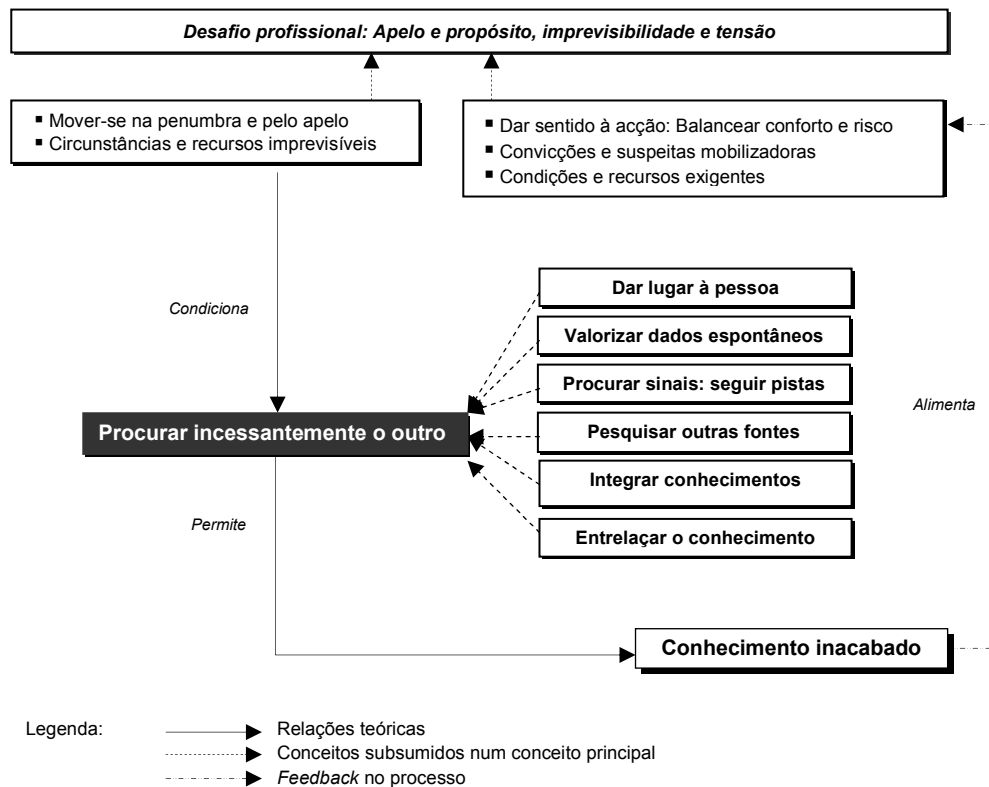
Conhece também a pessoa ao admitir, aceitar, dar valor ao apelo do cliente, às suas manifestações espontâneas e contingentes (**valorizar dados espontâneos**), reveladas por palavras e/ou comportamentos, ou seja, ao considera-las como fonte de conhecimento importante para a decisão e desenho dos cuidados.

Estas são estratégias de acção/interacção recorrentemente utilizadas pela enfermeira. Mesmo quando pensa que conhece a possível resposta, ainda assim questiona e está atenta ao que é espontaneamente revelado, pois sabe que o estado do cliente é instável e as circunstâncias do internamento são dinâmicas, o que pode tornar volúvel o desejo do cliente.

Para aumentar o conhecimento, a enfermeira também **procura sinais: segue pistas**, ao observar, escutar, tocar, constata indícios ou sinais de défices de cuidado, de conforto/desconforto por parte do cliente que valoriza como informação relevante, não decorrente do questionamento directo do cliente; refere-se também à utilização de dados que a enfermeira obtém de modo ocasional, quando o cliente não está ao seu cuidado directo, mas que mobiliza no momento em que são necessários;

[...] e da observação que fui realizando ao longo do dia anterior, em que a cliente, mesmo não estando ao meu cuidado, por estar em maca no corredor, permitiu ser observada. Para além disto, na véspera, tinha ajudado a colocar uma arrastadeira à senhora, o que me permitiu perceber algo sobre as capacidades da senhora e o seu estado de consciência e orientação. [...] (E2-E-EG).

Figura 2 – O processo de ir Conhecendo a pessoa



Estas são estratégias que, embora funcionem como modos de recolher informação, não deixam de servir como estratégias confortadoras, pois são interpretadas pelo cliente como sinais de respeito por parte da enfermeira, ainda para mais, porque, sempre que possível, a enfermeira respeita a vontade expressa (subcapítulo 6.2.1). Assim, a construção de um cuidado confortador inicia-se na interacção através da qual o cliente se revela e a enfermeira procura ir conhecendo-o.

Para além do cliente enquanto origem de dados, a enfermeira recorre a **pesquisar outras fontes** de informação sobre este; recorre a terceiros, por exemplo, a colegas, a outros profissionais, à informação partilhada em reunião de “passagem de turno”, mesmo que a considere escassa e/ou contraditória. Este tipo de informação funciona como precursor do trabalho de ir conhecendo; serve de elemento inicial e despoletador para a utilização de outras estratégias que confirmem, alterem, ampliem os dados de partida.

Integrar conhecimentos é uma estratégia intrapessoal (Strauss & Corbin, 1998: 94); uma actividade intelectual da enfermeira que, para aprender, (i) actualiza o conhecimento sobre a pessoa, isto é, integra novos dados à informação anterior, que deste modo, é ampliada e/ou renovada, permitindo enriquecer e interpretar os mesmos;

[...] também sei um bocadinho da história dela e do dos cuidados que ela necessitou e que agora já evoluiu [...] E o facto de ter perguntado essa questão: “Não está muito fria?”, é porque já tenho prestado mais dias, lá está, é de acordo com os dias anteriores. Já tenho prestado

estes cuidados de higiene a ela, e se calhar noutros dias ela até preferiu a água um pouco mais quente [...] (E-E-EK).

A informação adicionada, reformulada, integrada com outra, precisa contudo de ser compreendida pela enfermeira com referência ao cliente, como afirma Collière, “é necessário que o pessoal de enfermagem (...) seja capaz de o agarrar [o sentido dado pela pessoa à informação partilhada], quer dizer, de compreender, criando laços entre as diversas informações recebidas no decurso das conversas e entrevistas” (Collière, 1999: 248). Por outro lado, (ii) conjuga os conhecimentos técnico-científicos que detém com os conhecimentos clínicos (sobre o cliente e a sua situação), obtendo compreensão sobre a situação. É uma estratégia para fundir o conhecimento clínico e pessoal sobre a pessoa do outro e o conhecimento profissional ou técnico-científico;

[...] A enfermeira X pergunta à cliente se deseja ficar deitada de lado ou se pretende ficar com o colchão dobrado [...] (NC1-E/C-EX/CP).

Este excerto ilustra a ideia de que **integrar conhecimentos**, para além de ser uma estratégia para obter informação, representa um modo sensível de o fazer: se estas duas alternativas de posição não fossem possíveis em termos técnico-científicos, para aquela cliente (para além da enfermeira saber que a cliente gosta de ficar com o colchão dobrado), a enfermeira provavelmente não perguntaria algo que pudesse conduzir a uma opção indesejável para o cliente, que ela teria que contrariar em seguida. Esta estratégia de acção/interacção está subjacente a toda a actividade de ir conhecendo, porque afinal, quer a enfermeira questione directamente o cliente, quer valorize dados de outras fontes, quer ainda registe informação ocasional, fá-lo sob uma base de conhecimento técnico-científico, que lhe permite conduzir criticamente tal actividade: pergunta com sentido, escuta conferindo propósito, observa com critério.

O trabalho de ir conhecendo a pessoa caracteriza-se também pelas sequências em que acontece, constituindo um entrelaçar dos momentos de procura do mais conhecimento, com os de execução de outras intervenções. Ir conhecendo as necessidades de conforto acontece em diferentes momentos: (i) antes da interacção, e (ii) durante esta. Neste caso, acontece quer previamente a uma determinada intervenção quer durante a mesma, numa lógica de aproveitamento das oportunidades que as circunstâncias oferecem. Assim, a recolha dos dados que permitem ir conhecendo a pessoa e as suas necessidades de cuidados e de conforto, acontece em duas modalidades: **conhecendo para fazer**;

[...] Na manhã e nos primeiros momentos tentei, rapidamente, perceber se em termos físicos o doente teria ou possibilidade de ir a pé ou de ir de cadeira de rodas [...] Essa avaliação, eu ao caminhar para a sala já a tinha, de forma inconsciente, mas já cá estava [...] Era o primeiro dia de internamento, é o primeiro momento, era a primeira avaliação em termos da mobilidade do doente e da resposta respiratória do doente aos esforços a que poderia ser submetido [...] (E1-E-EG);

e **fazendo e conhecendo**, originando os atributos do **entrelaçar o conhecimento**, ou seja, o entrançar a actividade de ir conhecendo com a de usar o conhecimento obtido na intervenção em curso, com vista a confortar;

[...] Ela foi capaz de dizer. Uma vez quando eu lhe disse: “Vou-lhe por a almofada assim...”, [a cliente terá respondido]: “Não ma ponha”. [a enfermeira]: “Não lhe ponho porquê?” [a cliente terá respondido]: “Porque eu fico presa, sinto-me presa”. [...] (E-E-EO).

Entrelaçar o conhecimento constitui uma estratégia equivalente a **entrelaçar o cuidado**, referente ao processo de gerir conforto e risco. Ou seja, este modo de conhecer – executar – avaliar, é descrito como uma estratégia importante para o processo de avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica no estudo de Lopes (2006), onde “também não existe separação entre a recolha de informação para efeitos diagnósticos e a avaliação dos cuidados prestados. Ou seja, os dados recolhidos para responder ao primeiro destes objectivos servem também o segundo. Por esta razão a acção de recolha de informação está sempre a acontecer e está sempre inacabada.” (Lopes, 2006: 169).

O trabalho envolvido em ir **conhecendo a pessoa**, assenta no conjunto exposto de estratégias específicas. Contudo, e como parte integrante dum processo mais vasto (*Confortar*), partilha com o processo de gerir conforto e risco (processo que lhe é quase simultâneo), o modo de o fazer; ou seja, as estratégias específicas para procurar incessantemente o outro são suportadas pelo modo de estar da enfermeira na interacção, que como veremos, assume **um estar confortador**. Para procurar conhecer o cliente, a enfermeira usa de modos fundadores e nutridores da relação (subcapítulo 6.2), pelo que consegue confortar até no processo de conhecer. Assim, na medida em que percebe que é alvo da atenção da enfermeira que procura conhecê-lo, o cliente, geralmente, atribui a este movimento da enfermeira um significado de interesse pela sua pessoa. Como afirmam Bowman & Thompson, “é simplesmente impossível para as enfermeira conhecerem completamente os seus doentes e erros ocorreram inevitavelmente, mas através de criarem confiança o caminho está aberto para relacionamentos positivos, relacionamentos terapêuticos” (Bowman & Thompson, 1998: 218).

Uma situação alternativa

Pelos achados, e numa polaridade oposta, quando a enfermeira não diligencia estratégias para conhecer (ignorando o outro, não lhe dando lugar ou não valorizando dados espontâneos), conseqüentemente, a enfermeira não discerne o particular, ou seja, não percebe as preferências ou (ou outro aspecto da individualidade), e numa fase subsequente, não consegue **gerir o conforto e risco**, acabando a intervenção (ou parte dela) por redundar numa experiência em que o cliente se sente desconfortado, ou pelo menos, por contribuir negativamente para uma experiência de conforto relativo, porque é possível que o desconforto emerja quando os clientes sentem falta de calor na interacção com a enfermeira e/ou se sentem psicologicamente excluídos, percebem falta de cortesia ou mesmo sentem que a enfermeira duvidava deles (Walker, 2002);

[...] Começa a lavar o rosto e tronco – não questionando sobre a temperatura da água – lavando membros superiores e tronco anterior [...] (NC-E/C-EV/CG-30.12.06) ↔ [pergunta: D. G, tomou banho há pouco. Soube-lhe bem? Ficou mais confortável?] – Sim, sim... Fiquei mais consolada. [O que soube bem? O que foi bom no banho?] – Tudo. Bem... a água não é tão quentinha como em nossa casa [...] (E-C-CG-30.12.06).

Nightingale, ao enfatizar a importância da promoção do conforto para o beneficiário e para a enfermagem, sublinha o papel incontornável da *observação*. Aquilo que designa de observação é extensível à noção de colher dados, de reunir informações sobre a pessoa, ou o “fazer o levantamento de todas as condições de vida do doente”, para diagnosticar, e conseqüentemente, para salvar vidas e melhorar a saúde e o conforto (Nightingale, 1859/2005: 164). Sugeriu um minucioso conhecimento sobre a pessoa do cliente, e a propósito disto, refere que mesmo quando o cliente não gosta que se preocupem com ele, “(...) a enfermeira deveria encontrar alguma desculpa para o ir ver” (Nightingale, 1859/2005: 162).

A relevância da capacidade da enfermeira para desenvolver conhecimento sobre o cliente, é inquestionável. Todas as concepções teóricas gerais de enfermagem sustentam como primordial, sob distintas designações, a necessidade/a etapa/o processo de ganhar conhecimento sobre a pessoa beneficiária de cuidados e para tal, não negando a importância de outras fontes, os clientes são as fontes privilegiadas de informação para a enfermeira (Bonis, 2009; Collière, 1999; Jenks, 1993; McCormack & McCance, 2006; Munhall, 1993; Nightingale, 1859/2005; Radwin, 1995).

Ir conhecer é um processo (Bonis, 2009; Jenks, 1993; Munhall, 1993; Radwin, 1995; Webster, 2004), ou seja, é evolutivo ou não episódico; “é uma forma única de conhecimento que as enfermeiras adquirem apenas através das relações interpessoais” (Jenks, 1993: 403) e constitui parte integrante do padrão de conhecimento pessoal (Carper, 1978/2006; Meleis, 2005). Conhecer o cliente “significa compreender as perspectivas e padrões que são únicas ao indivíduo” (Bonis, 2008: 1332), e isso requer ir conhecendo o cliente para além do imediato e estritamente relacionado com a resposta à doença (o papel de estar doente no hospital), para alcançar a pessoa que o cliente é. Ir conhecendo o cliente é fundamental para permitir abordagens mais particulares e individualizadas (Meleis 2005).

Os presentes achados corroboram todos estes princípios e estratégias. Porque conhecer o cliente é processual, é deliberado, e perpétuo e é revelação do outro, então, na presente explicação teórica, o processo de aumentar o conhecimento é conceptualizado como **conhecendo a pessoa**, e é sustentado por estratégias que permitem **procurar incessantemente o outro**, usando um modo de estar confortador para o conseguir, e em que o alcançar um **conhecimento inacabado** sustenta a possibilidade de conhecer melhor. Este conhecimento possibilitará a tomada de decisão (Meleis, 2005; Bonis, 2008) no sentido da individualização conciliadora das intervenções, e portanto, o desenho de intervenções confortadoras. Este processo guarda semelhanças com o descrito por Radwin (sobre o processo de conhecer), caracterizado por familiaridade e intimidade, e baseado em quatro tipos de estratégias: *empatizar*, fazer corresponder um padrão, desenvolver uma perspectiva maior (conhecer para além do cliente no hospital), e balancear preferências e dificuldades (Radwin, 1995). A familiaridade, intimidade e empatia representam, em *Confortar*, constituintes do **modo de estar confortador** da enfermeira que procura conhecer o cliente.

Padronizar e desenvolver uma perspectiva maior, na presente teoria, surgem como consequência de ir conhecendo (**Ir percebendo** o cliente). Aquilo que Radwin identifica como balancear preferências e dificuldades, ou riscos associados, está também presente na actual explicação teórica enquanto condição antecedente de gerir conforto e risco, ou seja, em **dar sentido à acção: balancear conforto e risco**.

Ir **conhecendo** significa que a enfermeira não se estriba num suposto conhecimento sobre o cliente; antes, manifestam uma assunção de que o desconhece e está aberta a ir conhecendo uma parte do todo e do tudo que nunca saberá sobre ele. Ir conhecendo a pessoa decorre de forma **entrelaçada**. Essa parece ser uma das pedras de toque de *Confortar* em condições de desafio profissional: entrelaçar estratégias destinadas a ir conhecendo – para ir apanhando aos poucos o fio condutor da situação (Collière, 1999) –, e estratégias de gestão do conforto e risco, revelou-se um meio de aproveitar as imprevisíveis oportunidades para estar com o cliente e concretizar ambos os desideratos, em detrimento do uso da recolha sistemática inicial eventualmente constante do processo clínico. Vários autores questionam a relevância da recolha sistemática inicial de dados (história de enfermagem), valorizando mais a recolha circunstancial e oportuna de dados (Collière, 1999; Thorne, 2001; Webster, 2004).

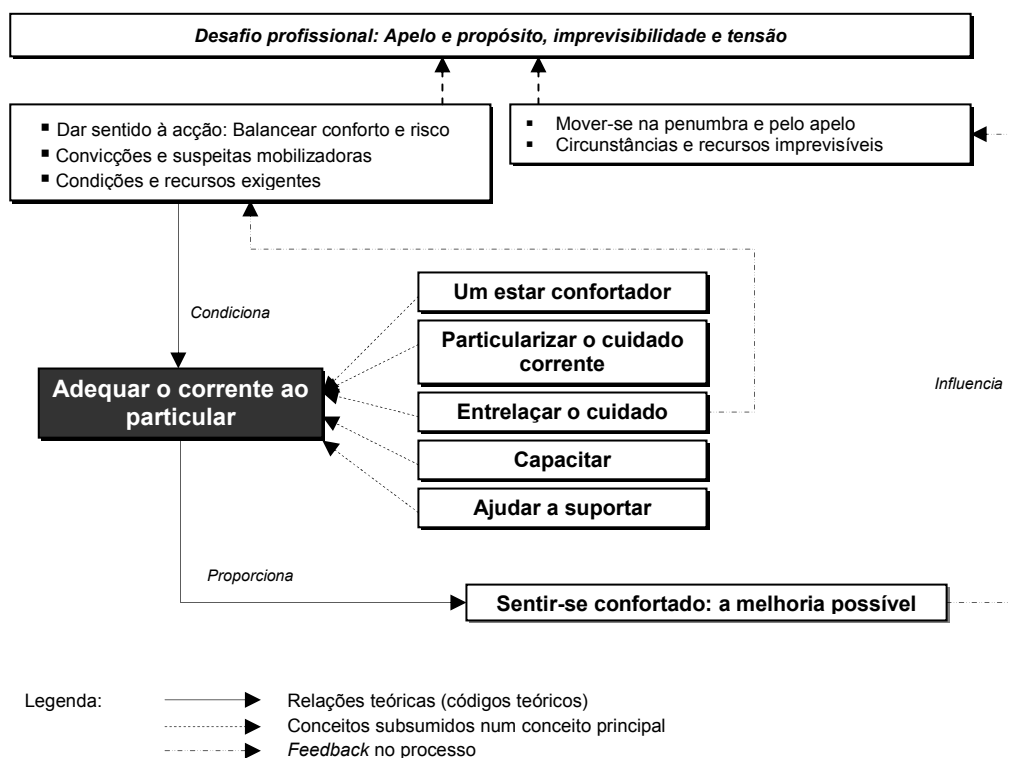
6.2 – GERIR CONFORTO E RISCO

Gerir conforto e risco é o processo que identifica e explica o modo como a enfermeira gere, administra ou regula os cuidados de enfermagem e concilia ou harmoniza as tensões a que estão sujeitos, dado que aqueles, para além de visarem a recuperação da saúde, procuram deixar outras marcas terapêuticas (melhorar o conforto, prevenir potencial desconforto e prevenir complicações): trata-se de confortar sem prejudicar. **Gerir conforto e risco** trata afinal de, com base no prévio ou (quase) simultâneo conhecimento das necessidades particulares de ajuda (e entre estas as de conforto), **dar sentido à acção: balancear conforto e risco**, identificando o perfil de risco/desconforto da pessoa e em função deste, pôr em campo, na interacção enfermeira-cliente, um conjunto vasto de estratégias de acção/interacção de modo a **adequar o corrente ao particular**. Através destas, procura satisfazer as complexas necessidades de cuidados do cliente e entre estas, a de ser confortado, de modo a que experimente conforto melhorado (Figura 3). Constituem características deste processo:

- *A intencionalidade* – o trabalho de gerir o conforto e risco é deliberado, é dirigido a um fim (**obter ganhos e acautelar prejuízos**), pelo que segue uma linha de acção sistemática e intencional dirigida a “fazer de modo mais confortador possível o que tem que ser feito” com vista a alcançar tais objectivos terapêuticos; ou seja, confortar é pretendido, sem perder de vista que outros objectivos importam, para além do conforto;

- o ser *circunstancial* – ao (i) ser capaz de aproveitar a oportunidade de prestar cuidados correntes ou quotidianos (ou básicos (Henderson, 1960/2007)) que as necessidades particulares de cuidados requerem, e aproveitar cada oportunidade como ocasião favorável para promover conforto; ao (ii) ter a capacidade de acomodar o processo de gestão do conforto e risco às contingências que surgem na prática de cuidados, podendo optar pelas estratégias de acção/interacção que melhor respondem a tais contingências (nomeadamente de variação do perfil de risco/desconforto);
- o ser *integrador* – ou dependente da fusão de competências instrumentais e interpessoais ou relacionais;
- a *particularização* ou *adequação* – pois assenta na competência para **adequar o corrente ao particular**, ou seja, funda-se numa lógica de individualização, de particularização da intervenção, àquela pessoa: (i) ao tornar especial o que é corrente (quotidiano, “banal”), e ao (ii) tornar singular ou ao “fazer à medida” da pessoa o que pode parecer ser estandardizado ou geral;
- a *perpetuidade* – gerir conforto e risco é trabalho inacabado e sempre presente, pela mutabilidade das circunstâncias particulares do cliente e pela natureza relativa e transitória dos resultados obtidos, o que originará a retroalimentação do processo.

Figura 3 – O processo de Gerir conforto e risco



6.2.1 – Estratégias para Gerir conforto e risco

A enfermeira recorre a várias estratégias de acção/interacção para **gerir conforto e risco** subsumidas no constructo **adequar o corrente ao particular**; significa individualizar o cuidado corrente, habitual ou quotidiano ou torná-lo particular ou ajustado à pessoa de cada cliente, a cada momento, e ajustado não só às preferências, expectativas, capacidades e hábitos, mas também ao perfil de risco que o cliente apresenta a cada momento. É fazer com que as intervenções terapêuticas correntes lhe “sirvam à medida” (o perturbem ou agridam o mínimo ou se perturbado, o aliviem), o respeitem e o completem (no sentido de permitirem e serem supletivas às estratégias de *autoconfortação* utilizadas), e desse modo o estimulem a caminhar na recuperação e no desenvolvimento pessoal.

Gerir conforto e risco não envolve cuidados alternativos ou extraordinários ao cuidado corrente; é uma forma de concretizar, de dar forma, ao cuidado quotidiano e predominante, mais ou menos habitual, com o qual a enfermeira vai respondendo às diversas necessidades particulares de cuidados. Confortar não é “fazer mais uma coisa” ao cliente; antes é “fazer com o cliente o que tem que se fazer, de modo diferente”, ou melhor ainda, “é envolvê-lo para fazer ao seu jeito aquilo que precisa ser feito”. Deste modo, a enfermeira vai confortando cada vez que responde de modo particular àquilo que significativamente perturba o cliente, a cada momento, na medida em que suaviza as agressões dum ambiente hostil, dum condição de saúde/doença instável, dum processo terapêutico agressivo, e dum percurso de vida e de desenvolvimento por vezes debilitante, possibilitando que a pessoa emerja mais de acordo consigo mesma, mais forte, mesmo que limitada.

Adequar o corrente ao particular é o conceito que designa o conjunto das estratégias de acção/interacção (Figura 3), interdependentes e frequentemente concomitantes, desenhadas para administrar os cuidados que confortam e contribuem para a manutenção ou recuperação da saúde e a evicção de complicações. Ao **adequar o corrente ao particular** a enfermeira usa estratégias que revelam aos olhos do cliente um particular modo de estar ou **um estar confortador**. Este subconjunto de estratégias, transversal e sistematicamente utilizadas pela enfermeira como modo de concretizar o seu *estar com* a pessoa, torna-se fundador, estruturante e nutridor da relação entre enfermeira e cliente, e constitui, amiúde, um importante elemento confortador.

Para poder **gerir conforto e risco** a enfermeira desenvolve todo um trabalho de aprofundamento e edificação da relação enfermeira-cliente, baseado em atitudes e valores profissionais (subcapítulo 5.1.2); cria e reforça os alicerces que a permitem sustentar (**fundar a relação**: evidenciar respeito e autenticidade, e inspirar confiança), por meio de estratégias que alimentam a relação na interacção (**nutrir a interacção**: **conversar para confortar**) e criam proximidade (**sintonizar-se**: **criar proximidade**).

Para **fundar a relação** (Figura 4) a enfermeira procura **evidenciar respeito: devolver poder, evidenciar autenticidade e inspirar confiança. Evidenciar respeito: Devolver**

poder abarca a noção de considerar, reverenciar a pessoa em situação de vulnerabilidade acrescida³⁴, não só tratando-a com urbanidade, mas salvaguardando a sua privacidade, e sobretudo, reconhecendo a autonomia do cliente, ao solicitar permissão para intervir e aceitando o exercício da vontade própria do cliente ao dar cumprimento à mesma, isto é, ao aceitar a sua decisão, sempre que isto se afigura isento de perigosidade para aquele. **Preservar privacidade** acontece, pelos gestos que resguardam, ocultam o corpo do cliente minimizando a exposição, mas também pelas questões e afirmações de intenção de agir com tonalidade interrogativa (**solicitar permissão para intervir**); isto é, a enfermeira, usa a pergunta – pedido de autorização para fazer algo – não esperando propriamente uma resposta negativa, mas antes como forma de obtenção dum consentimento expresso esperado (embora pressuponha ter, à partida, consentimento tácito) para avançar, o que representa, afinal, uma forma de respeitar a autonomia do outro;

[que sentido é que isto lhe faz? Este pedido para “posso lavar as costas?” ou “Posso lavar os pés?”?] Quer dizer... faz todo o sentido porque efectivamente é o corpo do senhor, é o espaço dele portanto é o pedir constante se se pode invadir a esfera do outro, portanto nesse sentido é que eu o faço sempre. [...] (E1-E-EI);

O comportamento da enfermeira face ao cliente idoso é constantemente marcado pela urbanidade e também pela focalização na pessoa (**exercitar cortesia**). A enfermeira dirige-se ao cliente pelo nome deste, cumprimenta-o quando o encontra, quando se despede, pede desculpa e agradece. Estes comportamentos são interpretados pelo cliente como manifestações de respeito e reconhecimento ou valorização da sua pessoa, e talvez por isso mesmo, como confortadores.

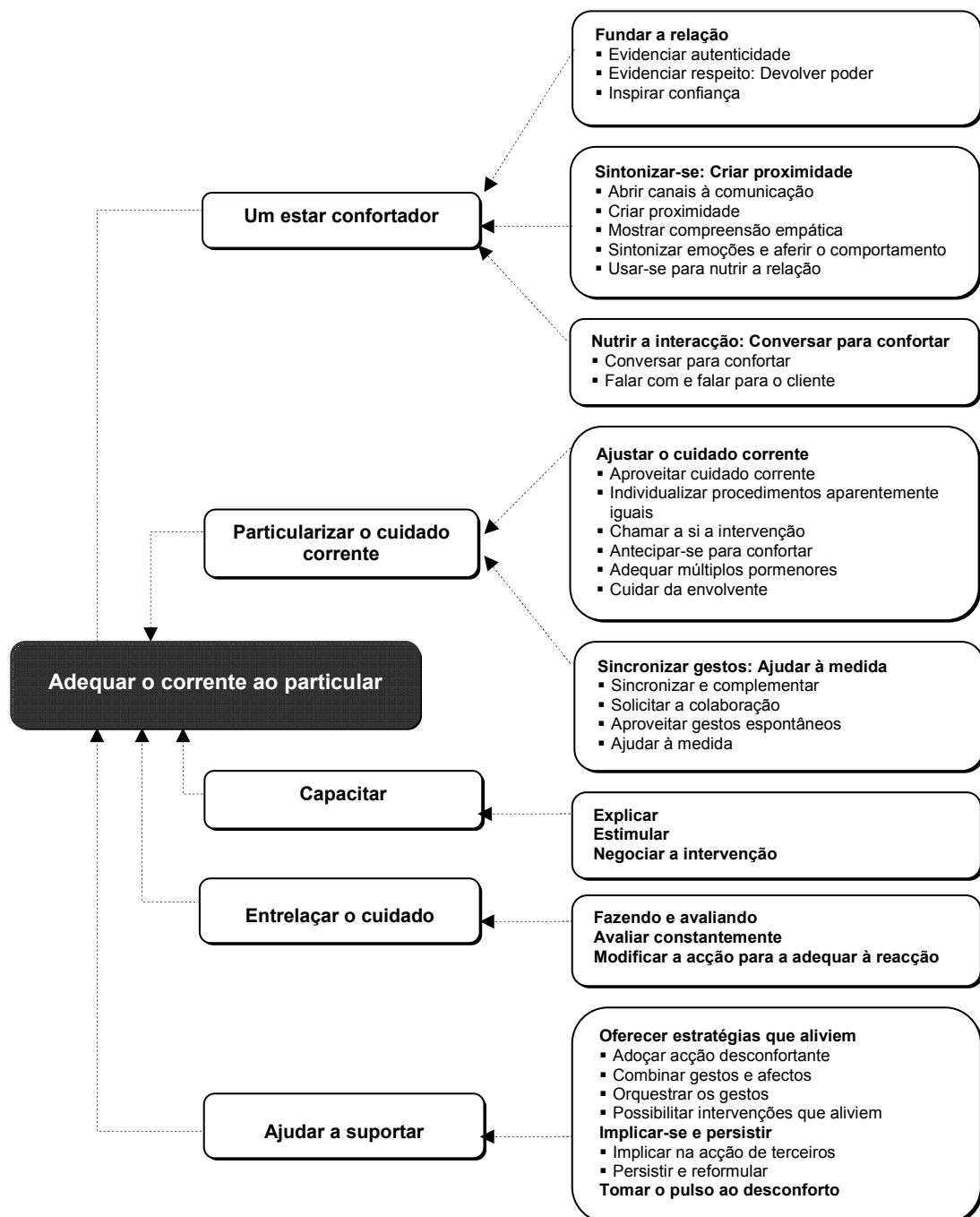
Aceitar a decisão é uma estratégia interactiva quase tão frequente como **dar espaço à pessoa** (processo de ir conhecendo a pessoa), ambas, afinal, estratégias de *empowerment*, na medida em que encurtam a distância entre a autonomia manifesta e a autonomia latente do idoso, de acordo com a classificação proposta por Cabete (2010). Para ir conhecendo (e avaliando os cuidados e a reacção aos mesmos), a enfermeira faz frequentemente perguntas ao cliente com as quais pretende obter pistas para a sua decisão e acção subsequente; em consequência, aceitar a decisão – o que acontece quase sempre que pergunta para conhecer a necessidade do outro – constitui uma manifestação de respeito pelo cliente, em si promotora de segurança e conforto (Bowman & Thompson, 1998). Aceitar a decisão do cliente acontece sempre que isso não ponha em risco objectivos terapêuticos considerados muito importantes na circunstância, o que a prever-se, originará opções

³⁴ A noção de vulnerabilidade acrescida relaciona-se, por um lado, com a condição universal do homem de susceptibilidade a ser ferido ou ser perecível, bem como com “a caracterização particular de algumas pessoas (...) o que sublinha a necessidade de ‘cuidados para com os vulneráveis’” (Neves, 2006: 168); ou seja, com a condição complexa de acumulo e potenciação de factores stressantes para a pessoa, no caso, idosa, quanto mais não seja, pela situação de hospitalização aguda ou não programada (um dos critérios de fragilidade). Esta noção está próxima da de *peças idosas “frágeis”*, ou seja, pessoas idosas com alto risco de descompensação com o aparecimento de uma nova patologia. Ter idade de 65 e mais anos, perturbação da mobilidade, dependência para a realização das actividades da vida diária, e hospitalização não programada nos últimos três meses, constituem alguns dos outros critérios de fragilidade da pessoa idosa (DGS, 2006).

distintas de modo a contribuir para a melhor decisão daquele, ou seja, a uma decisão mais esclarecida e tanto quanto possível, mais favorável à sua recuperação;

[...] *Senhor E quer tomar o pequeno-almoço? O senhor diz que sim. Vou levá-lo, está bem?*
 [...] (NC2-E/C-EI/CE) ↔ [...] *A finalidade é saber mesmo se ele quer tomar o pequeno-almoço... porque se ele não quer tomar o pequeno-almoço, não toma o pequeno-almoço. [...] no outro banho ele ainda lavou a parte de cima, quis lavar a sua parte de cima, e neste banho ele não quis lavar a parte de cima, eu dei-lhe o chuveiro e ele lavou só o que quis. [...] Portanto, mas aí foi ele que decidiu exactamente o que é que queria lavar. [...] (E2-E-EI).*

Figura 4 – Estratégias para Gerir conforto e risco: Adequar o corrente ao particular



Legenda:> Conceitos subsumidos

Aliás, usar estratégias para permitir ao cliente permanecer no controlo da situação é, para vários autores, um modo de promover o conforto (Bottorff, Gogag & Engelberg-Lotzkar, 1995; Morse, Havens & Wilson, 1997; Tutton & Seers, 2004). Cabete (2010) identificou a que os seus participantes idosos desejavam que as enfermeiras os ajudassem, para além do “fazer”, a “ser” – a preservar a integridade pessoal ao perspectivar a pessoa para das suas necessidades. Se considerarmos as experiências de sentir confortado (capítulo 7), percebe-se em que medida, este estar confortador, que reconhece o poder e o devolve à pessoa, contribui para tais resultados.

A enfermeira **evidencia autenticidade** ou revela a congruência entre a consciência que tem da circunstância (na interacção) e os diversos meios de o manifestar. Está atenta à adequação entre as mensagens verbais e não verbais que emite e à possível dissonância que as mesmas podem produzir no cliente se não forem consonantes. Este exercício é captado pelo cliente como um comportamento revelador de respeito pela sua condição;

[...] (Há alguns cuidados que em particular a ajudem a sentir-se mais confortável? – Uma palavra... que seja meiga.) que eu veja que a pessoa está a transmitir aquilo que sente na conversação que tem comigo [...] (E1-C-CA);

[...] Sem ser daquele género que vemos que a pessoa está a mentir: “Aí querida, está muito linda...”. Aqui, felizmente, ainda não ouvi isto “Avozinha”; é uma coisa que me irrita. [...] (E-C-CN).

Para fundar a relação, a enfermeira procura ainda **inspirar confiança** (Figura 4), ao **mostrar fidedignidade, mostrar interesse e boa vontade e competência integradora**. **Inspirar confiança** representa um conjunto de estratégias pelas quais procura criar e sedimentar os laços que a unem ao cliente, numa perspectiva de segurança no seu comportamento fidedigno e competente para com os interesses (os bens, no caso, a vida, a saúde, o conforto) daquele. Aproveita as oportunidades de interacção para **mostrar fidedignidade** ou a qualidade de quem é merecedor de confiança (Sellman, 2006), **mostrar interesse e boa vontade** e mostrar que sabe trabalhar ou **mostrar competência integradora**, ou seja, que detém saberes capaz de fundir gestos delicados e tecnicamente adequados com manifestações de sensibilidade e afabilidade.

Mostrar fidedignidade representa o trabalho de construir uma imagem de alguém que é capaz de honrar um compromisso ao: **comprometer-se e ser fiel**;

[...] (“Até já”. É uma questão de cortesia?) – Não tanto. É antes uma forma de prometer que lá voltarei, e que se precisar de mim, virei ter com ela. É uma forma de dizer que estou disponível para voltar. [...] (E2-E-EG);

ao **responder ao apelo** feito pelo cliente, e que quando as circunstâncias não são as propícias a uma resposta imediata, **justifica(r) as condicionantes**, de modo a torná-las perceptíveis, ou a fazerem sentido ao cliente;

[...] (DH, o que é para si sentir conforto, agora que está aqui no hospital? – É ter ajuda, atenderem a gente.) Olhe que até às 5 horas, de noite, se chamarmos, vêm ver se precisamos de alguma coisa; [...] (Mas tem a certeza de que se chamar vêm mesmo, D. H?) – Tenho, vêm mesmo. [...]

Justificar as condicionantes ou limitações que a enfermeira enfrenta, permite ao cliente atribuir sentido aos acontecimentos e minimiza o desencontro com as suas expectativas, melhorando a satisfação com os cuidados (Chang, Chenoweth & Hancock, 2003).

Mostrar fidedignidade é também ser capaz de **revelar equidade** na distribuição dos cuidados, o que parece transmitir ao cliente um reforço da mensagem da fidedignidade da enfermeira e do seu carácter justo;

[...] São cuidadosas, bastante cuidadosas, atenciosas e vejo que o são para todos, igualmente, sem distinções. [...] (E1-C-CI);

[...] Não há cuidados em especial, até porque vejo que os cuidados são tanto para mim, como são para as outras pessoas. [...] (E1-C-CS).

A fidedignidade da enfermeira aos olhos do cliente, é um elemento necessário da prática de cada enfermeira (Sellman, 2006: 109, 114), uma obrigação moral ou mesmo uma pedra de toque nas questões da ética profissional (Baier citado por Peter & Morgan, 2001; Tarlier, 2004). Neste estudo, constitui-se como um elemento confortador, dado que **sentir confiança** é uma das formas de experimentar conforto (subcapítulo 7.2).

Sendo a confiança “uma disposição para depender das acções de outra pessoa na satisfação duma necessidade que não pode ser satisfeita sem a assistência de outrem (...)” (Hupcey, et al., 2001), e num contexto em que o cliente se encontra em vulnerabilidade acrescida (Sellman, 2006) pela doença, hospitalização e idade avançada, então, a construção de laços de confiança entre a enfermeira e o seu cliente revelam-se de particular importância, quer para retroalimentar tal confiança (por natureza frágil), quer ainda para reforçar a relação tornando-a terapêutica (Meize-Grochowski, 1984), no caso, confortadora. Exactamente porque a relação de cuidados é de natureza intersubjectiva e “envolve acção e escolha por parte do enfermeiro e do indivíduo” (Watson, 2002a: 105), é que a confiança é tão importante, jogando mesmo um papel decisivo na construção das intervenções e na obtenção de resultados, dado a confiança ser um fundamento para as relações em cuidados de saúde (Reave, 2002), parecendo ser mesmo “(...) o factor major para a aceitação do tratamento pelo doente” (Semmes, 1991 citado por Johns, 1996: 77).

Na interacção, a enfermeira assume – pelo olhar, pela palavra, pelo trato, pelo gesto, pelo regozijo com o bem do cliente – um conjunto de comportamentos reveladores de uma atitude ou disposição interior de atenção e preocupação com a pessoa, de disponibilidade para ajudar sem abandonar, e de envolvimento para além da mera urbanidade no trato. Conceptualizado como **mostrar interesse e boa vontade**, trata-se de um conjunto de comportamentos reveladores duma atitude de boa vontade, de desejo pelo outro (Honoré, 2004), de disposição favorável para com aquilo que representa, para o cliente, um bem;

[...] o olhar dele, do senhor enfermeiro, ele deu atenção à queixa que eu estava a querer transmitir [...] alguém que nos dá um “Bom dia” ou nos dá “Boa noite”, ou que está a olhar para nós com atenção [...] Não, não. Não estou a falar só de boa educação, [mas] da maneira como me tratam. A maneira como me tratam a mim [...] e que realmente ele foi ter comigo. Para mim eu acho que isso é a coisa melhor que eu posso ter: É humanidade [...] (E1-C-CA);

[...] Ontem, à noite a enfermeira, veio ver-me a febre e eu estava a dormir, fez-me uma festinha na cara, viu a febre e depois disse-me ao ouvido, toda contente: “Não tem febre, que bom”; até me deu um beijinho. [...] (NC2-C-CM).

Os presentes achados falam-nos do modo como o cliente percebeu que a enfermeira esteve presente, com ele, ou esteve disponível para ele em momentos de necessidade. **Um estar confortador** equivale a “uma forma de estar próximo e disponível, mas também um modo de estar solidário, forma de manifestar preocupação e garantia de não abandono (Lopes, 2006: 239). Salienta-se que a percepção do cliente de que a enfermeira se preocupa com ele, constitui um dos elementos confortadores, talvez porque os idosos esperam das enfermeiras “que sejam compreensivas, cuidadoras e atenciosas mediante: demonstrarem competência profissional ao reconhecerem as necessidades dos clientes, bem como estarem preocupadas com o indivíduo quando lhe prestam serviço e respondem” (Santo-Novak, 1997). Não será estranho a tais resultados o facto de que, para alguns autores, mostrar preocupação significa mostrar cuidado (Hesbeen, 1999; Honoré, 2004; McCance, 2005; Watson, 2002a). O interesse e a boa vontade, revelados pela disponibilidade da enfermeira, foram atitudes muito valorizadas como confortadoras, pelo cliente. Este achado torna-se mais compreensível se atendermos a que tais atitudes podem ser considerados manifestações de cuidado (Finch, 2008), compaixão (Perry, 2009) ou de presença compassiva ou consoladora (McCormack & McCance, 2006), ou de sensibilidade compassiva (Lopes, 2006). Assim, a enfermeira que parece compadecer-se do outro e assume comportamentos dirigidos a aliviar ou suprir o que o agride ou lhe falta, é percebida como tendo boa vontade, assumindo-se aqui que a boa vontade poderá ser sinónimo de benevolência, enquanto “desejo orientado para o outro e para cuidar da [sua] protecção” (Hudson, 2004: 82). Este conjunto de atitudes e comportamentos constituem promessa de fidedignidade, e por isso mesmo, alicerces da confiança do cliente.

Outra estratégia válida para a enfermeira inspirar confiança e assim fundar a relação, é demonstrar que sabe trabalhar, ou seja, **mostrar competência integradora**. Significa ser capaz de pôr em campo capacidades e habilidades gestuais (gestos suaves, gentis, que fazem algo mas fazem-no com ternura), comunicacionais, e sensibilidade emocional ou afectiva, todas em simultâneo, e na justa proporção para que o cliente sinta que a enfermeira “sabe trabalhar”;

[...] (consegue dar-me um outro exemplo, de algum outro cuidado que tenha sido particularmente bom, no sentido que a deixou confortada?) – Sim. Eu sou incontinente; e elas põem-me uma fralda com uma ternurazinha, tão bem esticadinha, aqueles elásticos... elas mesmo dizem: “Ficar esticadinha para não ficar a doer”, e esticam, e compõem, e no fim passam a mãozinha [...] A ajeitar... com tanta ternura. [...] (E-C-CB).

[...] Viram-me, mudam-me a fralda, põem-me a almofada na perna, e perguntam se estou confortável assim (...) É a maneira como tratam, como mudam, são carinhosas. [...] (E-C-CP).

Conceito algo semelhante surge no modelo de desempenho de habilidade instrumental de enfermagem de Bjørk & Kirkevold (2000). Aí, a integração representa a capacidade de harmonizar os diversos componentes da acção, tais como a componente motora e a componente verbal, que visa prestar informação e instrução relativas ao procedimento em

questão. Outros elementos daquele modelo, como a substância (relevância do conteúdo), a sequência (ordem lógica dada ao conteúdo), a fluência (sensação de facilidade ou desembaraço e suavidade), e a conduta cuidadora (criação de atmosfera de respeito e aceitação e atenção à resposta global da pessoa à acção) (Bjørk & Kirkevold, 2000), podem ser considerados como subjacente ao conceito **mostrar competência integradora**, pois este refere-se, na perspectiva dos cliente, à integração de gestos, suaves, delicados e harmoniosos, e de palavras que informam e apoiam, e de comunicação não verbal que transmite afecto.

Outro conjunto de estratégias de acção/interacção contidas em **um estar confortador** são **sintonizar-se: criar proximidade**. Visam assegurar a comunicação eficaz, o “fazer contacto” entre a enfermeira e o cliente, e com isso conseguir, por um lado criar uma proximidade afectiva e física entre eles – o que a enfermeira considera confortador (e o cliente, frequentemente, interpreta como tal e mais, interpreta como sinal de atenção, uma dádiva da enfermeira, com a consequência de sentir-se valorizado pela acção da enfermeira. Por outro, visa servir outros propósitos, ou seja, abrir caminho à obtenção de dados indispensáveis. Recorre a diversas estratégias na interacção: **abrir canais à comunicação; criar proximidade; sintonizar emoções e aferir o comportamento; mostrar compreensão empática; e usar-se para nutrir a relação** (Figura 4).

A enfermeira **abre canais à comunicação** através do modo como afirma e questiona (modo directo, simples, pausado, audível), do modo como olha (procura contacto visual), da postura corporal que utiliza para estar na interacção com vista a facilitar a comunicação com a pessoa idosa (coloca-se no seu campo de visão). Procura igualmente **criar proximidade** com o cliente a nível físico, ao tocá-lo (mesmo que com propósito também instrumental), ao sustentar a proximidade corporal e até ao acariciar o cliente (que naturalmente encerra uma mensagem afectiva);

[...] ficara agachada juntinho à cliente [...] enfermeira K, continua de cócoras a olhar e a ouvir a senhora [...] (NC3-E/C-EK/CC).

Outra estratégia de acção/interacção utilizada é **sintonizar emoções e aferir o comportamento**. Representa o esforço da enfermeira para conseguir aceder ou captar o dinâmico estado emocional do cliente, de modo a poder, em conformidade, adequar ou aferir o seu comportamento, ou seja, a imitá-lo ou a contrariá-lo, consoante considere mais terapêutico, na situação. Procura assim melhorar o estado emocional do cliente (contribuindo para atenuar estados emocionais negativos, ou mesmo, para que experimente emoções positivas) e consequentemente facilitar a experiência de se sentir melhor.

O trabalho de sintonização e aferição é complementado pelo exercício de empatia cognitiva (**mostrar compreensão empática**), mediante o qual a enfermeira procura compreender o que sente o seu cliente (Morse, 1992; Reynolds, 2005), condição que lhe permite responder de modo ajustado ou terapêutico à experiência do outro;

[...] sentir apoio. Portanto, o meu conforto [vem] da parte a quem recorro. Se eu preciso de alguma coisa, portanto eu peço: “Senhor enfermeiro, ou senhora enfermeira ou senhora doutora, eu estou a sentir isto... ou eu preciso disto...”, e a maneira como actuam para comigo, a mim, realiza-me; porque eu me sinto amparada, [quando vão] ao encontro daquilo que eu estou a sentir. [...] (E1-C-CA).

Para sincronizar-se: Criar proximidade, a enfermeira usa consciente e deliberadamente a sua pessoa (**usar-se para nutrir a relação**), através do modo falar de modo bem disposto, e/ou bem-humorado, mesmo que para tal tenha que **transformar-se para confortar**. Dependendo da sua personalidade e estado emocional, poderá existir ou não um alinhamento fácil ou directo com o estado emocional do cliente, ou pelo contrário, ser necessário “transformar-se”. Trata-se de um trabalho emocional da enfermeira sobre si mesma – usar profissionalmente as próprias emoções –, quando procura confortar ao ajudar a melhorar o estado emocional do cliente, precisando comunicar num registo que não lhe é tão natural, aferindo o seu próprio comportamento comunicacional (Morse, 2000).

As estratégias de acção/interacção de **mostrar boa disposição** e/ou **usar o humor para confortar** são sentidas e utilizadas pela enfermeira como estratégias confortadoras, ou seja, meios para acalmar, para alegrar e dispor melhor, quando adequado a cada situação particular (consoante o estado emocional sintonizado e a personalidade do cliente);

[...] O banho está concluído. “Está cansado?”, pergunta a enfermeira. O senhor responde que não. Então a sorrir a enfermeira pergunta-lhe: “Então podemos começar outra vez?” [...] (NC-E/C-EG/CT).

O uso do humor, a conversa social, o tentar e o criar proximidade física (sentar próximo, inclinar-se para o cliente, estabelecer contacto visual e usar de voz suave) e emocional (imitar o estado emocional do cliente), foram intervenções confortadoras no estudo de Bottorff, Gogag & Engelberg-Lotzkar (1995). O uso do toque foi confortador em vários estudos (Bottorff, n.d.; Bottorff, Gogag & Engelberg-Lotzkar, 1995; Morse, 1983 citada por Malinowski & Stamler, 2002).

Nutrir a interacção: Conversar para confortar, representa um outro conjunto vasto de comportamentos comunicacionais que a enfermeira assume, consoante a situação particular de cada cliente, a cada momento, com vista a alimentar, sustentar a relação e a encorajar o cliente, e por via disto, a confortá-lo. As modalidades pelas quais a enfermeira nutre a interacção são: (i) **conversar para confortar**, que representa o conjunto de objectivos visados através de conversar com a pessoa; e (ii) **falar com e falar para** o cliente, ou seja, os modos como chega ao cliente pela conversação (Figura 4).

Assim, **conversar para confortar**, permite **acolher a experiência do cliente** (de modo a fazer eco da sua experiência, a escutá-lo e demonstrar aceitação ou validá-la); permite ainda **instilar esperança** (ou ajuda a perspectivar uma solução para um problema) e **comunicar serenidade**;

[...] A enfermeira X comenta: “D. P, alguma solução encontrará; há sempre uma solução, será é uma solução diferente provavelmente”. A senhora só diz: “Vamos ver” [...] (NC1-E/C-EX/CP);

[...] a enfermeira usa paralinguagem que transmite serenidade: tom de voz suave e uma entoação delicada [...] E o banho continua, num ritmo cadenciado mas harmonioso, sem pressa. As vozes mantêm o volume. [...] (NC1-E/C-EK/CC).

Por via destas modalidades e objectivos comunicacionais, o modo como a enfermeira concretiza o acto de comunicar, o uso que faz da sua expressão (paralinguagem, olhar, toque afectivo), é frequentemente interpretado pelo cliente como um modo confortador de **comunicar afabilidade** (simpatia, carinho, meiguice, delicadeza);

[...] Sou muito bem tratada, com muita ternurazinha [...] de manhã, me vão ajudar a dar banhinho, levam-me com um carinho que só queria que a senhora visse [...] A ternurazinha com que falam, o olhar... uma mão no ombro, uma festa na cara; tudo isso, para mim é muito importante. E elas aqui fazem isso. [...] Tratam-me todos tão bem, chegam aqui fazem-me uma festinha... há aqui dois rapazes, dois jovens, bonitos, que são tão meiguinhos! [...] (E-C-CB).

Retornando ao conceito **comunicar afabilidade**, importa salientar as suas características: ser agradável ou delicada, mostrar-se carinhosa ou meiga e ser simpática. Aqui a simpatia, como noutros estudos, não significa para a enfermeira “uma resposta afectiva vicariante em relação aos estados emocionais do outro” (Lourenço, 1992: 214), mas antes um dos comportamentos reveladores da afabilidade da enfermeira (Lopes, 2006). Sublinho, que para o cliente foi confortador o sorriso da enfermeira, a sua simpatia (afabilidade), tal como noutros estudos (Tutton & Seers, 2004).

Os modos de conversar (**falar com e falar para** o cliente) são: **dizer o cuidado e conversar** com o cliente. **Dizer o cuidado** é uma modalidade comunicacional em que a enfermeira *fala para* o cliente, aparentemente vocacionada a criar ambiente favorável e espaço ou condição de possibilidade (abertura) para a acção dos actores: a enfermeira “diz” o que está a fazer ou que vai fazer de imediato; é uma forma de alertar, de manter o cliente a par das suas acções, de anunciar a sua intenção ou de comunicar um sentido, e poderá ser um modo de preencher o silêncio na interacção. A enfermeira não espera propriamente uma resposta do cliente àquilo que lhe vai dizendo, embora por vezes, a desencadeie. Também não se trata de dar uma explicação, mas antes de dar uma informação, de dizer a intenção dos gestos em uso. Por vezes, esta estratégia aproxima-se do **solicitar permissão para intervir**, e por vezes, ao informar, cria a possibilidade de participação do cliente, alimentando o processo de o ir conhecendo;

[...] Vou por o sabonete... [...] “Vamos dar uma volta às mangas” E faz-lhes uma dobra para as encurtar. [...] (NC1-E/C-EI/CE);

[...] Uma vez quando eu lhe disse: “Vou-lhe por a almofada assim... [a cliente terá respondido]: “Não ma ponha”. [...] (E-E-EO).

Entretanto, **conversar com o cliente** revela-se uma estratégia comunicacional diferente da anterior; conversar, é dialogar, é trocar mensagens em ambas as direcções, é partilhar de parte a parte, e *falar com* o cliente. Esta estratégia é utilizada pela enfermeira com objectivos terapêuticos, para alimentar a relação em desenvolvimento, para permitir ao cliente a exteriorização de pensamentos e sentimentos e para, ela própria, ser confortadora, por via do que diz e de como comunica, ao procurar como tema algo que sabe ser do

interesse do cliente ou ser uma preocupação habitual, ou simplesmente, dá o mote e deixa que o cliente alimente a conversa e a conduza.

Um estar confortador, representa e vive afinal da capacidade, do saber e da vontade da enfermeira em estar com o cliente: estar presente, afectiva e contingentemente disponível, demonstrando, pelo modo como age, que tem para com ele interesse e boa vontade. **Um estar confortador** começa pela capacidade de *estar com* o cliente ou “estar emocionalmente presente ao outro, é a categoria de cuidar que transmite aos clientes que eles e as suas experiências são importantes ou interessam para a enfermeira” (Swanson, 1993: 355). No processo de gerir conforto e risco, é o modo de estar confortador da enfermeira que, aos olhos do cliente, veicula a mensagem de interesse e atenção, fidedignidade, preocupação e afecto, e facilita a experiência de conforto. É afinal este modo de estar que o cliente percebe como confortador, e que traduz na experiência de **sentir-se valorizado** (capítulo 9).

Particularizar o cuidado corrente condensa outras estratégias de acção/interacção que possibilitam **adequar o corrente ao particular**, e que utilizadas pela enfermeira em articulação com **um modo de estar confortador**, permitem tornar o cuidado corrente³⁵ ou quotidiano, num cuidado particular, especial, individualizado, ajustado à pessoa de cada cliente, contribuindo para atingir os diversos objectivos terapêuticos dos cuidados de enfermagem, nomeadamente o maior conforto possível para o seu cliente. Assim, para **particularizar o cuidado corrente**, a enfermeira recorre a **ajustar o cuidado corrente** e a **sincronizar gestos: ajudar à medida** (Figura 4).

Ajustar o cuidado corrente é um trabalho essencial no quotidiano da enfermeira quando procura ajudar a encontrar respostas terapêuticas para as necessidades particulares do seu cliente, e nelas, as de conforto. Em face destas, programa cuidados indispensáveis, muitos deles tão habituais que os denomina de “rotinas”, até por parecerem estandardizados; e sabe, que embora precisando cumprir pelo menos algumas daquelas actividades previstas e esperadas (e até contabilizadas), isto não será eficaz se não conseguir compaginar a particularidade de cada cliente com o naipe de respostas em cuidados que lhe presta. Assim, enfrenta a tarefa de tornar os cuidados correntes ou quotidianos em cuidados ajustados ao cliente, à sua singularidade. E o que conforta, segundo os dados, são precisamente estes cuidados correntes quando realizados de modo confortador e, pelo menos em parte, o carácter confortador daquele cuidado está no ser percebido como “um cuidado para si”. Concretiza-se ao **aproveitar o cuidado corrente**, ao **cuidar da envolvente**, ao **adequar múltiplos pormenores**, ao **individualizar procedimentos aparentemente iguais**, ao **chamar a si a intervenção** e ao **antecipa-se para confortar**.

³⁵ O conjunto das actividades da enfermeira aqui designadas de cuidado corrente, caracterizam-se, como referido, pelo seu carácter habitual, ordinário, quotidiano (não excepcional), mas também, por terem, frequentemente uma natureza básica, simples, sendo a sua adaptação às exigências particulares do cliente que as torna complexas (Henderson, 1960/2007).

Assim, **aproveita(r) o cuidado corrente**, ou seja, tira partido das diversas intervenções de enfermagem habituais, inespecíficas, (não exclusivamente destinadas a confortar) para as ajustar, as tornais especiais para aquela pessoa, tornando assim confortadoras;

[...] enquanto a senhora estava a lavar o hemicorpo esquerdo eu continuava a passar água quente no hemicorpo direito... [entrevistadora: Para a manter quentinha?] - Exactamente. Era essa a ideia. [...] Relativamente também quando ela lavou a face anterior também tentei colocar água na face posterior, e depois ter duas toalhas para que a senhora, dentro da sua independência, se conseguisse limpar a ela própria mas eu ajudando para que a senhora não apanhasse tanto frio. [...]] (E-E-EU).

Essa nuance de “fazer de um modo confortador o que é corrente” é conseguida ao **individualizar procedimentos aparentemente iguais**, ao torná-los especiais, particulares para aquela pessoa e ao **adequar múltiplos pormenores** desse mesmo cuidado corrente, no que frequentemente acontece ao **cuidar da envolvente**, ou seja, prestar atenção ao meio que rodeia o cliente de modo a torná-lo mais confortável e seguro;

[...] Ajudam a senhora a levantar e a dar alguns passos até ao cadeirão. Ajudam-na a sentar-se. A enfermeira G dá-lhe a escova para se pentear, o que a cliente faz sem dificuldade [...] pergunta à cliente se não quer um cobertor sobre as pernas para ficar mais quentinha. A senhora aceita e o cobertor é colocado. Pede que lhe cheguem os óculos que estão na mesa-de-cabeceira; a enfermeira vai buscá-los e dá-lhos para a mão. A cliente põe os óculos [que costuma usar habitualmente]. A enfermeira G informa-a de que vai colocar uma extensão no oxigénio para chegar até ela [cadeirão aos pés da cama], dado que assim, como está, o tubo não tem comprimento suficiente. A cliente ouve e responde que está bem. Entretanto pergunta a cliente se já está com as pernas mais quentinhas; a senhora diz que sim e agradece. Diz-lhe que, com o cadeirão naquela posição, não é possível chegar à campainha: “Mas, se precisar de alguma coisa, é só chamar; coloca a voz e chama, e nós ouvimos e vimos, está bem D. M?” [...]] (NC2-E/C-EG/CM);

[...] (porque se calhar, haverá pessoas para quem um duche de água fria seria igualmente confortante) [...] mas o doente referiu que queria água morna [...]] (E1-E-EG)

Também ao **chamar a si a intervenção**, que doutro modo, seria realizada por outros elementos (nomeadamente pela ajudante operacional, numa uma lógica de rentabilização de recursos e de distribuição de tarefas entre enfermeiros e outros trabalhadores), a enfermeira procura confortar. A enfermeira chama a si a intervenção quando reconhece sinais (ao **dar-lhes sentido: balancear desconforto e risco**) (i) indicadores de exigência duma intervenção diferenciada, (ii) e/ou quando considera que uma intervenção, mesmo que aparentemente simples (como a realização dum banho de chuveiro), só será confortadora e promotora da independência do cliente se for realizada e gerida por um profissional competente para tal, que seja capaz de **gerir conforto e risco**, e por essa via/objectivo, optimize as capacidades do cliente, proporcionar ajuda à medida, confortando, sem prejudicar a independência deste. **Chamar a si a intervenção** pode assumir a forma de supervisão atenta das tarefas delegadas;

[...] é um dos motivos pelos quais eu faço mais questão... não é... faço mais questão de ser eu a ir em vez da auxiliar, não é... porque todos os meus banhos sou eu que dou, ponto. E há muitas colegas que os banhos na casa de banho são as auxiliares que dão, e eu faço-o exactamente por vários motivos e um deles é fazer com que as pessoas façam o máximo possível por elas [...]] (E1-E-EI);

[...] depois efectivamente, infelizmente, e se calhar também pela pressa, e pelo que tem que se fazer urgentemente, é substituído constantemente... no comer, quantas vezes é que eu tenho que dizer a algumas auxiliares "mas esse senhor come sozinho..." [...] (E2-E-EI).

Antecipar-se para confortar acontece quando a enfermeira toma a iniciativa de oferecer/propor uma intervenção confortadora sem que o cliente a tenha solicitado, e essa intervenção surge um tanto adiantada ao tempo normal para acontecer ou quando nem seria necessariamente esperada. É uma estratégia para ajustar o cuidado corrente, que se desencadeia face a um desconforto que sendo percebido como potencial pela enfermeira, está, contudo, iminente na situação de cuidados;

[...] Informe-i-a para que soubesse que não iria ficar sem o oxigénio [...] Para que a senhora soubesse que, embora não podendo dispor da campainha, se chamasse eu estaria por ali, disponível [...] (E2-E-EG).

Outro conjunto de estratégias para tornar particular o cuidado corrente, é o de **sincronizar gestos: ajudar à medida**. A enfermeira utiliza tais estratégias para dimensionar a ajuda (**substituir** ou **ajudar**); para articular (**sincronizar e complementar**) a sua ajuda e o envolvimento do cliente nos procedimentos; para convidar o cliente a envolver-se, a participar (**solicitar a colaboração** do cliente ou **aproveita gestos espontâneos** com os quais este se oferece à participação na intervenção). Para tudo isto, leva em consideração a evolução do cliente (**ajustar procedimentos a capacidades em evolução**) e/ou as suas capacidades pessoais residuais (**dar espaço a reduzidas capacidades**).

Para dimensionar a ajuda/substituição do cliente e para se harmonizar com este, a enfermeira avança na prestação de determinado cuidado na justa medida das capacidades do cliente (já conhecidas e/ou que está conhecendo), e assim o ajuda ou o substitui (o que tende a ser judiciosamente decidido, dado a enfermeira aproveitar qualquer resquício de capacidade para envolver o cliente nos cuidados); eventualmente, solicita a colaboração ou aproveita-a quando o cliente tem a iniciativa de participar, pelo que a distância que vai da ajuda à substituição por vezes é reduzida;

[...] abre a água e passa-lhe o manípulo do chuveiro. [...] "Quer mais sabonete?". [...] Ajuda-o apanhando o manípulo (que tinha caído) e dando-o ao cliente [...] A enfermeira I pede-lhe o outro pé... calçar um chinelo... e depois o outro. Aperta os atilhos das calças, enquanto o senhor se mantém agarrado à barra de segurança. [...] (NC1-E/C-EI/CE).

Para articular a sua ajuda e o envolvimento do cliente nos procedimentos, a enfermeira encadeia as sequências gestuais sincronizando os seus gestos e os do cliente numa complementaridade, numa harmonia que resulta fluida, em que a participação do cliente, menor ou maior, como que encaixa nos gestos e nas sequências de acção, resultando "natural", mesmo em circunstâncias de elevada dependência (**sincronizar e complementar**);

[...] A cliente dá-lhe a placa para dentro de um recipiente; recebe da enfermeira copo com elixir e bochecha sozinha, aguardando pelo recipiente para se libertar o soluto. [...] Enfermeira V lava prótese e dá-a à cliente que a coloca de imediato [...] (NC-E/C-EV/CG).

Esta possibilidade que é dada ao cliente de participar, de fazer algo por si, revelou-se um importante instrumento confortador.

Adequar o corrente ao particular passa também por um conjunto de estratégias de acção/interacção que visam **capacitar** o cliente, ou não fosse **acautelar prejuízos** (contrariando o declínio funcional ou a dependência, a agressão à integridade e o declínio da autonomia) um dos objectivos dos cuidados de conforto. Por outro lado, recorde-se que a enfermeira está convicta (condições de intervenção) de que: o cliente idoso hospitalizado tem potencial, pode estar preocupado com a sua situação, embora possa também ter um comportamento algo acomodado à dependência face à enfermeira, e que a hospitalização agrava essa dependência e desconforta, enquanto que crê que a independência é, em si, confortadora. Estas são as estratégias, por excelência, utilizadas quando o perfil condicional de risco/desconforto pesa mais na dimensão risco do que na desconforto (subcapítulo 6.2.2).

Capacitar o cliente visa explorar as potencialidades cognitivas e físicas do cliente, ao **explicar** ao cliente, **ao estimular** o cliente, ou ao **negociar a intervenção**. **Explicar** é informar, é interpretar para elucidar sobre os motivos para a acção para que o cliente perceba a intenção da mesma, esteja mais preparado para o que vai acontecer, evitando a preocupação, ou para ser capaz de perceber e/ou colaborar num procedimento;

[...] diz-lhe com voz suave e calma, olhando-a directamente, que seria bom que ficasse mais um bocadinho levantada, que não fosse já para a cama, para não ficar deitada tantas horas [...] (NC3-E/C-EK/CC).

A enfermeira busca confortar através da elucidação que permite uma participação adequada e um assumir do poder de decisão do cliente, sendo que deter controlo sobre os seus assuntos proporciona conforto (Bowman & Thompsom, 1998). Dar uma explicação revela-se afinal como uma estratégia de antecipação e de prevenção do que poderá constituir desconforto para o cliente, eventualmente por passar a perceber o sentido da acção (Santo-Novak, 1997; Hancock et al., 2003). O cliente idoso, face à experiência de hospitalização parece apreciar esta estratégia, dando um sentido de utilidade prática e uma conotação de interesse e atenção a si por parte da enfermeira que explica;

[...] as explicações são agradáveis porque se fica a perceber melhor e também porque representam a atenção à pessoa. [...] (E2-C-CI).

Quando a enfermeira sugere algo que poderia ser realizado pelo cliente (acompanhado ou não de elucidação sobre o porquê disso), não existindo propriamente uma solicitação para a colaboração do cliente, a enfermeira procura levar o cliente a aderir a um comportamento que favoreça a sua independência/integridade e recuperação – está a **estimular** o cliente. Isto acontece quando o nível de conforto percebido é bom e a enfermeira sente que o cliente beneficiaria (acautelaria prejuízos) se se envolve-se mais nos cuidados, contudo, não indo além disto mesmo, duma sugestão ou de uma pergunta;

[...] A enfermeira U diz-lhe que é preciso compor-se e ajuda-a. A cliente parece desvalorizar o seu aspecto, e parece que faz menção de sair do quarto assim mesmo [com o roupão aberto ficando exposta]; [...] e continua a afirmar que é preciso tapar-se [...] (NC1-E/C-EU/CI-18.12.08).

Uma outra estratégia para estimular o potencial do cliente é **negociar a intervenção**. Negociar pode ser definido como a acção de estabelecer um acordo, caracterizada por conferenciar com alguém no sentido de alcançar um compromisso ou acordo (Ordem dos Enfermeiros, 2005). Refere-se ao conjunto dos comportamentos argumentativos da enfermeira que, face à situação concreta do cliente e ponderadas as preferências e os riscos, procura informar assertivamente, sustentando a sua opinião e procurando prová-la com dados (**argumentar**), e se necessário, persistir nessa argumentação (**insistir na argumentação**), para o ajudar a consciencializar uma nova circunstância que cria novos riscos para ele, e com isso permitir-lhe decidir sobre a intervenção de modo informado. Como a enfermeira faz sugestões para a intervenção, o cliente aceita-as ou não, ou seja, acaba por aderir ou não às sugestões apresentadas, o que, nalgumas interações redundou numa decisão contrária à proposta apresentada pela enfermeira, assumindo o cliente a sua vontade, recusando uma proposta, ou simplesmente optando por algo diferente, e aceite pela enfermeira (**Dosear das vontades**). Ou seja, em algumas situações é gerado um ponto intermédio de acordo, um compromisso, que implica que ambos doseiem a sua vontade e seja desenvolvida uma intervenção modificada, de modo a satisfazer o desejo do cliente minimizando-se o potencial prejuízo inerente a uma intervenção (ou ausência desta) que a enfermeira considera clinicamente pouco conveniente ou potencialmente comprometedor da recuperação. Trata-se, uma vez mais, de estimular, mas agora num crescente de empenhamento e determinação por parte da enfermeira (em proporção aos riscos envolvidos);

[...] A enfermeira K continua de cócoras a olhar e a ouvir a senhora e, no tom suave e compassado inicial, procura explicar-lhe que seria bom prolongar o repouso no cadeirão [...] diz-lhe algo, a sorrir, em tom de brincadeira; [...] “se vai já para a cama, mais logo vai-lhe doer o corpo de tantas horas de cama, como é costume” [...] A enfermeira ainda faz mais uma tentativa para a convencer a permanecer sentada [...] a E. dirige-se a D. C e diz-lhe voltaria mais tarde para a ajudar a levantar novamente para o cadeirão, nem que fosse à Tarde (turno que também faria): - “Até estou cá de tarde também, e por isso venho ajudá-la, e então levanta-se um bocadinho, está bem?!”. E o tom daquela frase não era tanto o de uma pergunta mas antes o de uma afirmação; [...] (NC3-E/C-EK/CC).

Explicar, dar informação, quando relacionada a um procedimento em curso, pode ser entendido como um conteúdo relevante da performance desse mesmo procedimento, isto é, não há um desempenho correcto se as componentes informativa e instrutiva correlacionada com o mesmo, não estiverem presentes (Bjørk & Kirkevold, 2000); isto sublinha a complexidade do trabalho da enfermeira. A valorização deste aspecto como confortador pode estar associado (i) à percepção da competência da enfermeira que enquanto realiza o gesto simultaneamente explica, informa sobre o significado, o objectivo, o esperado, ou ainda, (ii) ao sentimento de *empowerment*. Tal como os presentes achados denotam, dar uma explicação pode contribuir para que o cliente ganhe controlo cognitivo (sabe mais), instrumental (sabe como colaborar e agir) e afectivo (sabe o que esperar) (Bjørk & Kirkevold, 2000). Assim, explicar as razões e/ou intenções associadas a uma intervenção constitui uma forma de confortar (Morse, 2000) e que aumenta a probabilidade de deixar o cliente satisfeito (Chang, Chenoweth & Hancock, 2003).

Quando a enfermeira percebe um risco elevado no comportamento do cliente que, ao procurar agir de acordo com o que lhe é apenas imediatamente mais confortável, decide-se uma por acção que aquela reputa como clinicamente menos desejável (no sentido da profilaxia de complicações), ela empreende estratégias de negociação da intervenção. Está subjacente a estas estratégias, a apreciação que a enfermeira faz dos motivos, dos conhecimentos, do estado de conforto e do grau de risco particular. Contudo, mesmo sabendo que a negociação pode induzir algum imediato grau de desconforto e que a intervenção que preconiza também pode ser algo desconfortante para o cliente no imediato, ainda assim, a enfermeira argumenta e insiste na argumentação, se necessário for, de modo a informar com sensatez mantendo a receptividade face ao cliente e àquilo que ele considera aceitável na circunstancia. Este comportamento, em si revelador de interesse pelo cliente (Hesbeen, 2006) pode explicar a percepção de conforto que o cliente refere, posteriormente à intervenção, não se sentindo manipulado pela enfermeira que negociou a intervenção, chegando mesmo a constatar que a sua vontade prevaleceu.

Este é um trilha difícil para a enfermeira pois como refere aquele autor, entre o desejo de não persuadir e a necessidade de argumentar vai uma curta distância. A intenção patente nos achados não foi a de manipular, forçar o cliente, antes, parece ter sido a de o ajudar a consciencializar uma nova circunstância que cria novos riscos para si, e com isso permitir-lhe decidir sobre a intervenção. Claro que a enfermeira sempre tem em mente a conveniência clínica (aos seus olhos) de determinado comportamento, do qual prescindir face à vontade da pessoa, desde que isto não constitua um risco acrescido. Os achados não indiciam manipulação que constranja o cliente, mesmo quando a enfermeira insiste nos seus argumentos. A opção da enfermeira foi o informar e reafirmar a sua posição, não ignorando a pessoa – o que seria desrespeitador e profissionalmente negligente –, nem a submetendo simplesmente à sua vontade e saber profissional. A enfermeira que negociou a intervenção, numa lógica de capacitação do outro, informou e esteve disponível para modificar e ajustar as suas propostas (Hesbeen, 2006). A enfermeira que explica e/ou que negocia com o cliente determinado objectivo e intervenção, sublinhando os riscos pessoais envolvidos e considerando as percepções e preferências daquele, está afinal, a adoptar uma postura centrada na pessoa e a ser explícita sobre a intenção e motivação para a acção e os parâmetros que contempla na decisão (McCormack, 2003).

De salientar que todo este conjunto de estratégias de estimulação e negociação ocorreu a par de outras pelas quais a enfermeira procurou inspirar confiança na relação com o seu cliente. Isto pode explicar as consequências do processo, ou seja, o facto do cliente, mesmo daquela a quem não foram satisfeitas vontades imediatas, referiram experimentar conforto na interacção com a enfermeira.

Entrelaçar o cuidado é um modo específico de realizar as intervenções de forma a **adequar o corrente ao particular**, como o foi o **entrelaçar o conhecimento** entre as estratégias usadas no trabalho de ir **conhecendo a pessoa** (subcapítulo 6.1). Caracteriza-

se por ir **fazendo e avaliando**, em que, simultaneamente à execução dos procedimentos adequados, mantém em curso estratégias de avaliação da reacção do cliente aos mesmos (quer em matéria do conseqüente conforto/desconforto actual, quer em termos da tolerância e da resposta fisiopatológica da pessoa); a enfermeira operacionaliza constante e simultaneamente à etapa de execução a de avaliação, cumprindo deste modo, um duplo objectivo, semelhantemente ao achado de Lopes (2006) quando descreve o carácter simultâneo entre os processos de avaliação diagnostica e de intervenção terapêutica de enfermagem;

[...] eu fiz o teste de: quarto [para a] casa de banho e tolerância ao esforço, o senhor tolerou muito bem... se não tinha oxigénio na casa de banho, se houvesse necessidade, como senti que não havia necessidade, que o senhor tolerou bem e não estava cansado, fez bastantes esforços: levantou-se, baixou-se, andou com o chuveiro para cá e para lá... não houve necessidade de oxigénio. [...] (E1-E-EI);

[...] De quando em vez questiona a senhora sobre se o banho lhe está a agradar ou não [...] (NC1-E/C-EK/CC).

Aparentemente, o cuidado resulta confortador, também porque ele leva em consideração e gere intencionalmente múltiplas variáveis situacionais: a enfermeira **avalia constantemente**, avalia como evolui a situação em resposta ao cuidado que está a ser prestado **avalia resposta actual ao cuidado** e também, quando dá por concluída uma intervenção, **avalia impacto** da mesma sobre o cliente;

[...] A enfermeira V lava e inspecciona os pés da cliente [...] “Está cansada, D. G!?” e recoloca-lhe o oxigénio em curso. A cliente confirmou o cansaço. [...] (enfermeira parece atenta ao que se passa com a cliente) [...] (NC-E/C-EV/CG);

[...] e quando ficou sentado na enfermaria, perguntei se estava bem. Normalmente pergunto sempre ao doente: “Está bem assim?” [...] não pergunto exactamente se está confortável; eu pergunto talvez um pouquinho mais simples: “Está bem? Sente-se bem?” [...] (E1-E-EG).

A enfermeira envolve-se constantemente numa busca activa de sinais indicativos do efeito da intervenção no cliente, e para tal faz uso do **questionar e escutar** (pergunta opinião do cliente, ou o seu grau de agrado pela intervenção ou escuta, dá sentido, às manifestações espontâneas de agrado/desagrado do cliente). Para além destas estratégias, faz uso do **seguir pistas: avaliar resposta**, em que busca activamente indicadores (pistas, sinais expressivos) que informem da reacção e impacto da intervenção em curso, no cliente (um sorriso, uma mudança de humor, uma manifestação de mudança de comportamento). A avaliação de impacto, por vezes, não acontece de forma explícita ao observador, ou seja, parece omissa, porque não verbalizada;

[...] Vou perguntando ao doente. Depois, consoante a forma como ele verbaliza, até porque muitas vezes os doentes até dizem: “Ah, não, estou bem”, mas a forma como o dizem, a linguagem não verbal, é muito importante [...] e através desta linguagem, da expressão facial, e às vezes, através de certas expressões que têm: “Ai, isto está a demorar muito tempo”, ou “Ai que chatice, uma pessoa chegar a velho”, eu através desse tipo de expressões, e principalmente da linguagem não verbal – o fechar os olhos e fingir que não estão a ocorrer cuidados – esse tipo de ... são aspectos muito importantes; à linguagem não verbal acho que é onde eu vou buscar mais perceber se esta pessoa está confortável ou não. [...] (E-E-EZ).

Emerge dos dados a capacidade da enfermeira para adequar o cuidado à condição evolutiva do cliente e ao resultado da sua avaliação constante (**modificar a acção para a**

adequar à reacção). Se assim não fosse, aparentemente poderia haver desequilíbrio entre o objectivo de proporcionar conforto, o de não prejudicar a função, e o de conseguir realizar o procedimento. Assim, avalia o conforto experimentado pelo cliente (verifica se alcançou o desejo, expectativa, preferência da pessoa ou não) e, senão, conseqüentemente, procura adequar, ajustar à preferência e necessidade do cliente, na situação presente, os procedimentos que vai realizando, dentro das possibilidades clínicas que percebe existirem (ou seja, de acordo com o perfil de risco/desconforto identificado). Os dados evidenciam que o comportamento avaliativo está sempre presente durante toda a interacção; isto alimenta a evolução dos cuidados e parece ser condicionante para prevenir desconfortos futuros, na medida em que minimiza e antecipa complicações ou agravamento;

[...] (O senhor fica a secar-se, lentamente, por detrás da cortina. [...]) Sente mais cansado? [pergunta a enfermeira] – Sim. [responde o cliente]) E a enfermeira l vai secando o senhor. [...]) Não me põe a fralda primeiro? [pergunta o cliente] [enfermeira:] – Quer por a fralda primeiro? [cliente responde:] Não sei... pergunto!/? E a El coloca fralda ao cliente [...]) (NC1-E/C-EI/CE).

Quando a enfermeira percebe que o cliente enfrenta, no continuo conforto/desconforto, uma situação de desconforto actual, passa a agir de modo algo distinto na sua actividade de gerir conforto e risco, de modo a **adequar o corrente ao particular**. Agora a tensão maior parece ser a que a condição de desconforto exerce na situação de cuidados, e daí ser necessário **ajudar a suportar** o desconforto; é, afinal, gerir o risco/desconforto quando a balança pende seriamente para o lado do desconforto, relativizando o peso do risco na equação. Embora a enfermeira continue a sustentar estratégias para **um estar confortador** e algumas estratégias para **particularizar o cuidado corrente**, passa a recorrer a outras que lhe permitam **ajudar a suportar** o desconforto, e que melhor respondem à intenção de o atenuar, de acordo como a intenção de obter ganhos e acautelar prejuízos.

Ajudar a suportar o desconforto significa prestar auxílio a alguém que, frequentemente, enfrenta desconforto múltiplo, ou seja, sofre várias agressões concomitantes que produzem desequilíbrio, dor, apreensão, mal-estar. Esta circunstância torna a situação de cuidado mais difícil para os participantes, tornando mais pesado o desconforto e mais elaborada a situação de enfermagem, que passa a requer uma intervenção mais complexa: que considere globalmente esse conjunto de variáveis, e lhes responda de modo integrado, ou seja, que tal resposta represente a melhor opção para a maioria dos problemas, não sendo, necessariamente, o somatório de respostas que a enfermeira proporia se o cliente enfrentasse apenas um problema, à vez.

Para **ajudar a suportar** o desconforto (Figura 4), a enfermeira **oferece estratégias que aliviem**. Isto é, coloca à disposição do cliente meios pessoais e instrumentais que proporcionam ajuda contingente na situação de desconforto, procurando aliviá-lo. Para tal faz ou sugere algo que espera modifique as condições que originam o desconforto ou a percepção do cliente na situação, ou seja, **possibilita intervenções que aliviem**: tem iniciativas de intervenção, concretiza gestos ou dá sugestões com vista a solucionar o problema ou a minimizá-lo, ou pelo menos, a possibilitar ao cliente uma alternativa, ou uma

tentativa de solução. Para além desta ajuda ao concretizar ou sugerir intervenções, a enfermeira recorre a outras estratégias de acção/interacção, muitas das vezes simultâneas, que representam modos de concretizar a ajuda, tais como, **orquestrar os gestos**, suavizando-os, tornando-os mais lentos e leves ou modificando-os de modo a minimizar o desconforto induzido pelos mesmos, quando são incontornáveis;

[...] Ao tocar o membro inferior em que a cliente havia referido dores, parece suavizar e modera a velocidade os gestos. [...] (NC1-E/C-EX/CP);

recorre a **adoçar a acção desconfortante (justificando-a** quando inevitável, **demonstrando constrangimento** (ou compaixão) ao desconfortar e **oferecendo carinho**) e, se aplicável, a **combinar gestos e afectos** num acto integrado de gesto orquestrado com palavras confortadoras;

[...] Respondeu-me que a ajuda fora os comprimidos... “bem, ele [o enfermeiro P] foi meiguinho... até se pôs assim... baixo” (demonstra a postura próxima do enfermeiro). [...] (E2-C-CA);

[...] Vem sempre ao pé de mim com um sorriso, sempre: “Vá, uma picadelazinha no dedo, tem que ser” – a sorrir. [...] [continua em discurso directo, a referir o que a enfermeira lhe diz:] “Eu tenho muita pena, mas tem que ser” – com uma maneirinha [...] Talvez sinta menos porque fazem aquilo com um sorriso e rápido. Portanto, isso vem atenuar a dor daquela picadela. Penso eu que é assim; elas aqui fazem isso tão bem... têm muita prática, chegam aqui, “tche”, já está, é tão rápido, de maneira que eu não tenho medo nenhum... ele as têm sempre uma palavra para dizer, e isso conforta-me. [...] (E-C-CB).

À semelhança do que acontece com o entrelaçar o cuidado, para ajudar a suportar o desconforto a enfermeira precisa constantemente **tomar o pulso ao desconforto**, ou seja, avaliar a reacção, a efectividade das medidas em uso, e a evolução da experiência de desconforto pelo cliente, de modo a introduzir reformulações, se for o caso.

Para **ajudar a suportar** o desconforto pode ser necessário a enfermeira implicar-se e persistir no cuidado. **Implicar-se e persistir** representa afinal a revelação da atitude de empenhamento e sentido de responsabilidade subjacentes à acção. Para conseguir ajudar a suportar, a enfermeira precisa perseverar numa linha de rumo ou renovar as intervenções, de modo a obter ainda melhores resultados, ou seja, a ir melhorando o conforto obtido, em função da avaliação constante do impacto de cada medida adoptada. Nalgumas situações, para ajudar, a enfermeira tem que **implicar-se na acção de terceiros**, isto é, envolver-se ou articular-se activamente no trabalho de outros elementos da equipa de saúde, como no do médico ou no de um colaborador auxiliar, para, se necessário for, orientar/corrigir a actuação deste, em prol da melhor prática, aquela que contribua para o conforto do cliente, no âmbito das tarefas delegadas;

[...] Interfere para questionar a cliente se está bem posicionada para comer ou se quer sentar-se mais na cama. [...] A senhora responde hesitantemente que se calhar era melhor sentar-se mais; a copeira eleva a cabeceira da cama e a senhora fica com a cabeça ligeiramente flectida: “Não me parece que esteja bem, D. M”, diz a enfermeira G, colocando a almofada por detrás do dorso da cliente; a senhora fica então sentada no leito, pergunta-lhe: “Está melhor assim?” A cliente acena com a cabeça e com um ligeiro sorriso. A enfermeira G dirige-se à copeira e pede-lhe que coloque a mesa de refeições junto da senhora para que possa pousar os objectos à vontade. A funcionária parece resistir; a enfermeira G insiste. A copeira nivela a mesa de refeições, baixa a grade do leito e posiciona a mesa de modo a que a senhora conseguisse

pousar o pão ou o copo se desejasse [...] (NC1-E/C-EG/CM) ↔ [...] até me irritei um bocadinho. A senhora estava mal posicionada e a copeira deu-lhe o pão e o copo para a mão; ora, é das suas funções colocar a mesa de refeição de modo a que a doente fique melhor. [...] [Mas teve que insistir!? pergunto] – Pois, pareceu-me necessário; é função da copeira fazê-lo. Eu poderia ter colocado a mesa de refeições, mas a copeira estava ali e é sua função fazê-lo. A enfermeira deve conhecer as funções de todos [os funcionários], e assim pode exigir que cada um faça a sua parte para o conforto do doente. [...] (E1-E-EG).

Não se implicar na acção de terceiros, pode redundar numa perda de oportunidade para confortar, como os dados documentam.

Uma situação alternativa

Numa polaridade oposta, pode acontecer a enfermeira **desvalorizar a adequação dos cuidados**. Refere-se à (i) opção, pela enfermeira, por estratégias que, pelo menos aos olhos do cliente, não são confortadoras, bem pelo contrário, desconfortaram ou agravaram o desconforto preexistente (o que leva o cliente a experimentar desconforto agravado). Os comportamentos não confortadores da enfermeira, segundo a apreciação do cliente, corresponderam: a **comportar-se com descortesia e desafecto** (oposto à afabilidade), em que a enfermeira demonstrar distância afectiva e falta de urbanidade para com o cliente; a **desatender** ou não atender, não prestar atenção ao apelo do cliente ou tardar na ajuda (oposto a mostrar fidedignidade); a **persistir no desconforto identificado** (oposto a oferecer e tentar estratégias de alívio);

[...] [A cliente chorava referindo dores nas costas; tinha uma expressão facial franzida, compatível, eventualmente com a dor; ia dizendo que não pode estar tanto tempo na cadeira, que não aguenta por causa da coluna.] A enfermeira B está junto ao leito, dando-lhe um copo de água para que tome um comprimido. Está séria, não responde verbalmente ao queixume da cliente e vai dizendo: “Vá, tome lá o comprimido”. Ajuda a senhora a reclinar-se; [...] Sai do quarto. [...] (NC-E/C-EB/CC);

[...] Refere que pediu à enfermeira para colocar o balão no lado direito da calha [do lado da veia cateterizada] dado que o sistema a passar por cima da cliente a incomodava, dificultando-lhe, diz, o virar-se no leito, por ter medo de estragar alguma coisa. Informa que a enfermeira lhe terá respondido que “é muito esquisita!” e que não deslocara o balão para a posição alinhada com o braço punccionado. Perguntei-lhe como se sentira; refere-se aborrecida [...] achara uma resposta desagradável e reveladora de pouca atenção às suas necessidades [...] (NC1-C-CM).

Poder-se-á admitir existirem justificações de ordem profissional ou circunstancial para todas ou algumas destas situações de cuidados não confortadores; porém, pelo menos aos olhos do cliente, elas não foram percebidas como tal, ou seja, pelo menos não terá acontecido uma tentativa de **explicação** (como em capacitar o cliente), ou de **justificação** (como acontece em fundar a e nutrir a relação) ou se aconteceu não resultou, pois não ficou presente a intenção (mesmo que supostamente terapêutica) da enfermeira que assim procedeu. É de salientar que nem sempre o cliente idoso está em situação de apreender a intenção de determinados comportamentos da enfermeira ou estes não são conformes às suas expectativas (Chang, Chenoweth & Hancock, 2003; Santo-Novak, 1997), pelo que clarificá-los seria importante (Hancock et al, 2003; Santo-Novak, 1997) a bem do conforto da pessoa.

Desvalorizar a adequação dos cuidados pode decorrer de deficiente conhecimento sobre a pessoa. Quando a enfermeira não conhece, não percebe a individualidade (**não discernir**

o **particular**), não percebe o que constitui desejo, dificuldade, desconforto e, conseqüentemente, não o leva em consideração: Age em função do desconhecimento (oposto a dar sentido à acção). Naturalmente, estas situações foram seguidas de experiências de agravamento do desconforto.

6.2.2. – Padrões de intervenção para Gerir conforto e risco

O processo de gerir conforto e risco é modificado consoante a percepção do perfil condicional de risco/desconforto, por parte da enfermeira. No contexto em que ocorre o **gerir conforto e risco** desenham-se distintos padrões condicionais (ou perfis de risco/desconforto), consoante o balancear de desconforto/risco que a enfermeira realiza a cada momento de interacção (Figura 5). Com base na identificação do perfil do cliente, naquele momento, a enfermeira decidirá as estratégias de acção/interacção mais adequadas para confortar obtendo ganhos e acautelando prejuízos (fazer o bem e evitar o mal). O desconforto (revelado pelo cliente ou presumido pela enfermeira a partir de dados indirectos) surge, frequentemente, como uma contingência no processo de cuidados de enfermagem, ou seja, constitui um ponto de viragem (Strauss & Corbin, 1998: 127) no processo, o que requer uma solução ou uma mudança na estratégia de intervenção, para confortar. Outras vezes, o desconforto é previamente conhecido pela enfermeira e isto constitui uma alteração antecipada às condições de intervenção (Strauss & Corbin, 1998).

Foram identificados quatro padrões condicionais ou perfis relativos aos graus de desconforto e risco e, para lhe responder, três distintos padrões de acção/interacção (Corbin & Strauss, 2008), assentes num substrato de acção/interacção caracterizado por **um estar confortador**, estratégia que, de algum modo, permeia todos os padrões de intervenção, ou como afirmam Paterson & Zderad, (1976: 14), “tudo o que a enfermeira faz está colorido pelo carácter do seu ser na situação”. Outras estratégias quase sempre presentes são **particularizar o cuidado corrente e entrelaçar o cuidado**.

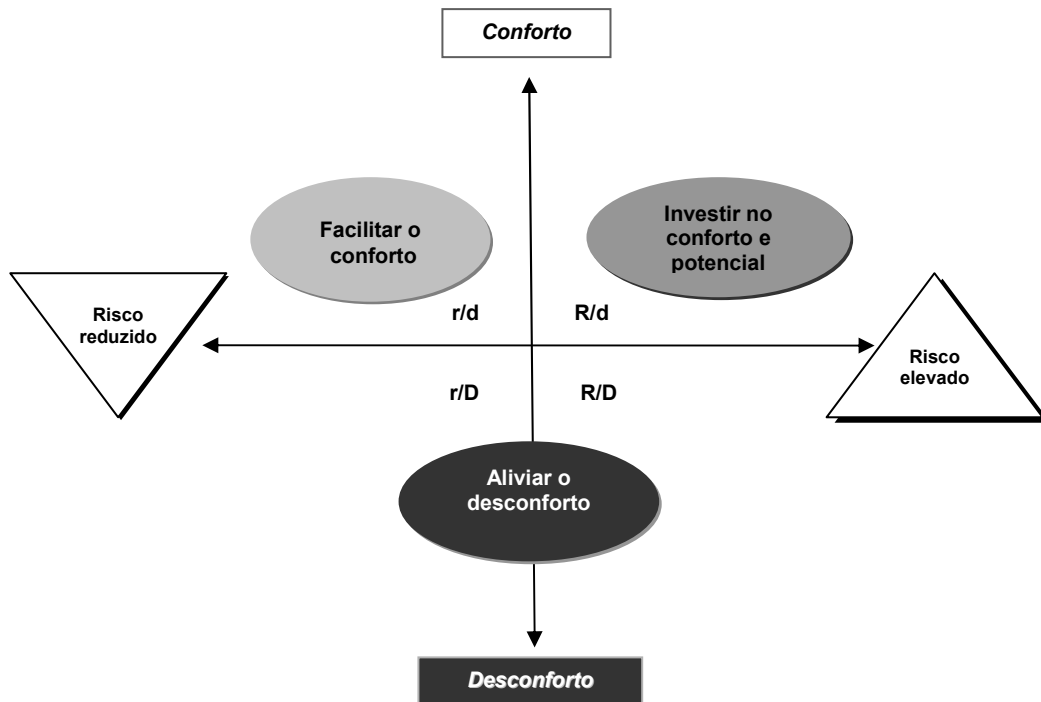
Note-se que todas as percepções de desconforto e de risco (reduzidos ou elevados), têm, nestes achados, um carácter subjectivo e circunstancial, mesmo que sustentadas por indicadores de risco observáveis (por exemplo, a falta de iniciativa para o autocuidado) e/ou por verbalização de desconforto (em si, também subjectiva). Por outro lado, os padrões de intervenção não gozam de mútua exclusividade no que respeita ao uso de algumas estratégias de acção/interacção; antes, parecem ser cumulativos, à medida que se acentua quer o risco, quer o desconforto. Assim, evidenciamos os três padrões de intervenção, por referência aos quatro perfis de risco/desconforto:

- Padrão de intervenção: *Facilitar o conforto*

Decorrente do perfil condicional r/d (risco reduzido/desconforto reduzido), a percepção de não serem sérios nem os riscos nem o desconforto, leva a recorrer essencialmente a

estratégias de acção/interacção de **particularizar o cuidado corrente e entrelaçar o cuidado** (num substrato em que a estratégia **um estar confortador** está subjacente), a fim de tornar imediata e frequente a experiência de conforto.

Figura 5 – Padrões de intervenção em função dos Perfis de risco/desconforto



▪ Padrão de intervenção: *Investir no conforto e potencial*

Decorrente do perfil condicional R/d (risco elevado/desconforto reduzido), a percepção de estarem em sério risco aspectos importantes (por exemplo, a independência, o potencial surgimento de complicações clínicas, etc.), quando, simultaneamente, existe a percepção de que o desconforto é reduzido (ou que o cliente experimenta relativo conforto), torna mais importante a prevenção de riscos. De tal modo assim é que as estratégias de acção/interacção a que a enfermeira recorre são, predominantemente **capacitar** o cliente, para além das anteriormente citadas. Este padrão de intervenção visa privilegiar as estratégias de capacitação do cliente sem descorar as suas necessidades de conforto.

▪ Padrão de intervenção: *Aliviar o desconforto*

Quer (i) decorrente do perfil condicional r/D (risco reduzido/desconforto elevado), em que a percepção dos riscos parece ser relativizada pela do desconforto presumido ou manifestado, agora considerado elevado, face a riscos relativamente reduzidos (ou secundados pela presença do desconforto); quer (ii) decorrente do perfil condicional R/D (risco elevado/desconforto elevado), no qual a percepção de estarem em sério risco aspectos

importantes, enquanto, simultaneamente, existe a percepção de um desconforto actual e elevado, então, em ambas as situações em que é percebido desconforto, é-lhe dada prioridade, mediante estratégias de acção/interacção para **ajudar a suportar** o desconforto (subsistindo algumas estratégias de **particularizar o cuidado corrente, entrelaçar o cuidado** e reformulando **o estar confortador**).

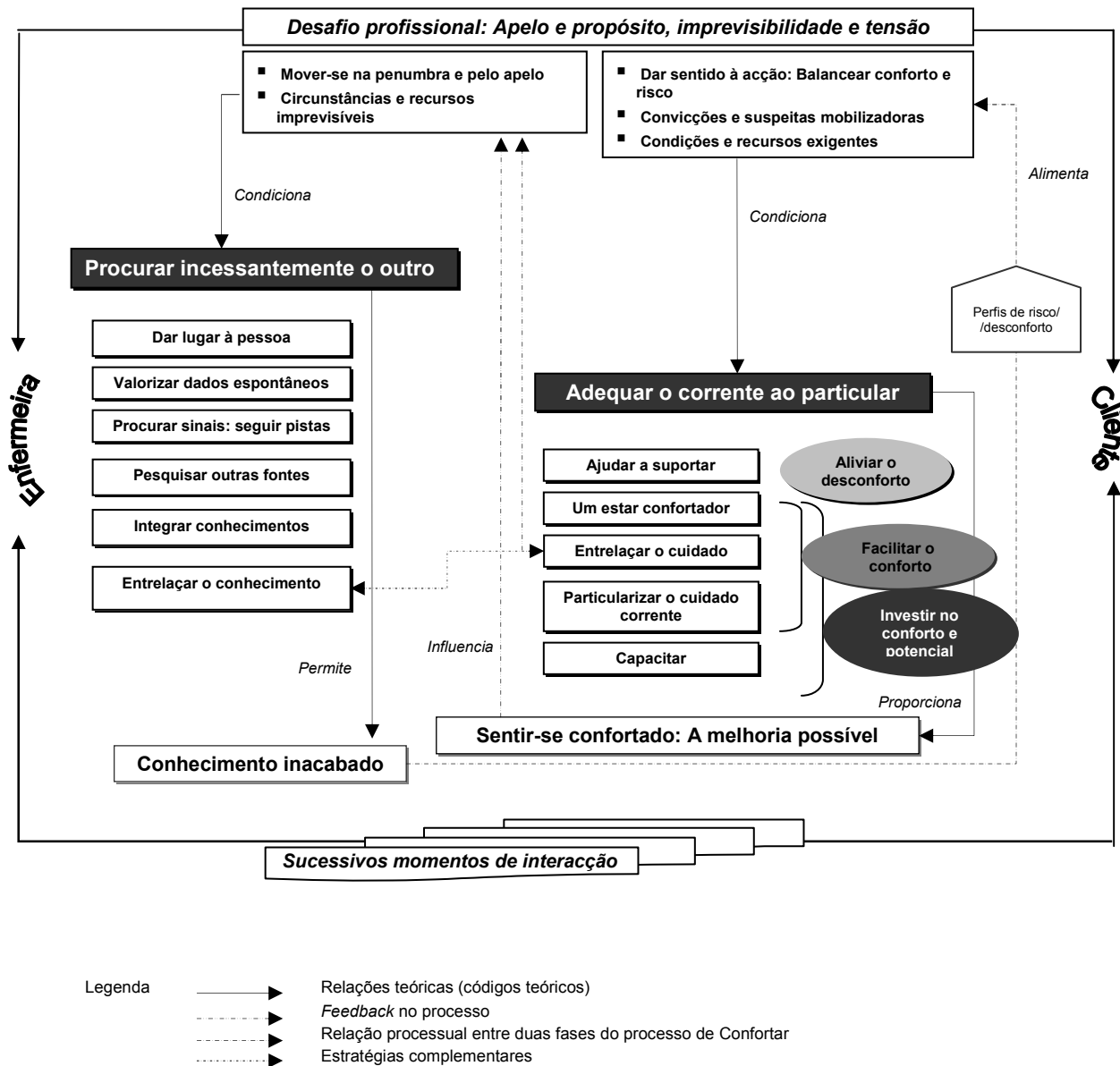
Os **padrões de intervenção** representam a operacionalização da intenção benevolente e não maleficiente da enfermeira. Simultaneamente, revelam uma relação adequada com os critérios de qualidade dos cuidados de enfermagem (Conselho de Enfermagem, 2001), no sentido em que demonstram que na tomada de decisão a enfermeira leva em consideração a satisfação do cliente, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem estar e ao autocuidado do cliente e à readaptação funcional.

6.2.3 – Integração e retroalimentação no processo de *Confortar*

Sintetizando e articulando os dois processos expostos, *Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões* (Figura 6) emerge como um processo de intervenção em duas fases subsequentes e quase simultâneas: a primeira, **conhecendo a pessoa**, cuja consequência é o alcançar um conhecimento inacabado, que passa a integrar e constituir uma das condições de **gerir o conforto e risco**, ao modificar o conhecimento da enfermeira, o qual permite, ao **dar sentido à acção: balancear risco e conforto**, definir o perfil de desconforto/risco da pessoa e, em função deste, desenhar as estratégias de acção/interacção segundo um dos padrões referidos.

Para além de se tratar de um processo em duas fases, *Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões* representa um processo que se retroalimenta: (i) pela estratégias de acção/interacção de **entrelaçar o cuidado** a qual constantemente remete para **mover-se na penumbra e pelo apelo**, o que por sua vez, conduz a uma acrescido no conhecimento sobre a pessoa, para novamente sustentar o processo de gerir conforto e risco; (ii) pela natureza transitória e relativa da experiência de conforto ou de sentir-se confortado. Isto é, ao promover uma melhoria relativa, transitória e transformadora do estado de conforto, o confortar perpetua-se em função da eventual mudança no **apelo do outro** (dado mudarem as condições que levam o cliente a pelar). Ao sentir-se confortado, o cliente não só obtém um resultado imediato agradável mas também, pelo carácter transformador deste resultado, pode modificar o apelo, não só porque se sente melhor, mas

Figura 6 – O processo de *Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões – Integração e retro alimentação*



também porque interpreta a situação de cuidados de outra forma, ao compreender a enfermeira, os condicionalismos ao seu trabalho e a necessidade de tolerar algum desconforto (capítulo 7);

[...] [Mas há cuidados que causam desconforto, por exemplo as picadas...] – mas isso é mesmo assim, faz parte do tratamento, temos que aceitar a dor... [Como é isso? Pergunto] – Quando vêm para fazer algo assim, digo sempre: “Faça como quiser!”. E assim é; são sempre carinhosas. [...] (E2-C-CR);

e (iii) à medida que o conhecimento da enfermeira sobre o cliente vai aumentando (**conhecimento inacabado**), as estratégias de acção/interacção para ir conhecendo a pessoa subsistem, não necessariamente em torno dos mesmas questões ou aspectos, mas de outros que permitem aprofundar e, sobretudo, actualizar e integrar o conhecimento da

enfermeira (Figura 6). Então, face a novo conhecimento sobre as necessidades particulares de cuidados do cliente, a enfermeira que procura confortar agirá de modo a consegui-lo, ou seja, reiniciará o processo **gerir conforto e risco**, perpetuando-o:

[...] D. P quer tomar um banhinho? – Sim, sim, quero, diz a cliente com ar enfático e aparente satisfação. A enfermeira X vai buscar e reúne o material necessário, entre o qual bacias com água quente e roupa lavada. Corre cortinas da unidade da cliente e repara que a porta do quarto já está fechada. Remove a roupa da parte superior da cama, deixando a senhora coberta com a toalha. Coloca a bacia junto à cliente e pergunta-lhe se a água está boa. A senhora molha as mãos e diz que está um bocadinho quente. É acrescentada água fria. Quando questionada novamente, refere que agora está em boa temperatura. [...] (NC1-E/C-EX/CP-29.12.08); ↔ [...] e comecei por perguntar se queria tomar banho. Embora à partida eu já soubesse que provavelmente ela queria porque quer sempre... [...] (E-E-EX-29.12.08).

Deste modo, *Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões* representa um meio sistemático e sustentado de procurar incessantemente o cliente idoso hospitalizado em condição de doença aguda ou agudização de doença crónica, para ir conhecendo a sua vontade, expectativas, hábitos, recursos e necessidades, e com base nesse conhecimento, em conjunção com outros condicionantes da acção, desenhar “à medida” uma intervenção de adequação do cuidado corrente à singularidade pessoal, mantendo aberta, em simultâneo, a via da apreciação e avaliação desta, para poder aferir e reformular tal intervenção, de modo a que dela o cliente possa experimentar benefícios: maior conforto sem agravamento dos riscos para a saúde e integridade. É afinal seguido o melhor critério de avaliação nas condições contextuais presentes: o equilíbrio entre o ganho em conforto e o acautelar prejuízos. Este último aspecto revela-se como omnipresente à acção confortadora e dela inseparável, o que se percebe, se atentarmos ao receio que a enfermeira manifesta de que o declínio funcional se instale ou que ocorram algumas das síndromas geriátricas.

Na sequência desta ideia, importa introduzir aqui uma nota explicativa. **Gerir conforto e risco**, é aqui apresentado como um processo aparentemente centrado na enfermeira. Cabe, contudo, esclarecer que esta opção decorre da direcção apontada pela pergunta de investigação que presidiu a toda a pesquisa. Aquela pergunta dirige a resposta para a compreensão do modo como a enfermeira constrói tal cuidado e a construção da teoria em torno da acção confortadora da enfermeira. E por isso, embora *Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões* surja como um processo aparentemente centrado na pessoa da enfermeira, na realidade não o é. Efectivamente, o *Confortar* é um processo centrado no cliente, na atenção à sua individualidade, mas conduzido pela enfermeira, de acordo com a sua responsabilidade profissional. Em consequência, muitas das categorias emergentes são alimentadas pelo testemunho e comportamento de ambos os actores, ou mesmo, somente pelo cliente.

Trata-se dum processo de intervenção da enfermeira que ocorre a partir do cliente, com o cliente e para ele. A pessoa do cliente, sempre presente, é determinante para o processo de confortar (Figura 7): integra este processo activamente – ao apelar – ao participar, ao solicitar ajuda e ao decidir sobre o cuidado ou seja, ao agir activamente na busca de

7 – AS CONSEQUÊNCIAS DO PROCESSO DE *CONFORTAR*

O conforto parece ser um resultado dos cuidados de enfermagem universalmente desejável, pelo menos para os doentes. (Dowd, 2004)

As consequências são os resultados das acções/interacções/emoções que ocorrem num processo e representam um produto daquelas, constituindo um sucesso ou um fracasso das pessoas o grupos ao tentarem responder à situação que enfrentam (fenómeno), e numa lógica processual podem constituir-se como novas condições para nova sequência de acções/interacções (Corbin & Strauss, 2008; Strauss & Corbin, 1990, 1998). O processo de *Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões* gera dois grupos de consequências, de acordo com os processos que lhe estão subsumidos (Corbin & Stauss, 2008) que o constituem: **conhecendo a pessoa do** cliente tem como consequência um **conhecimento inacabado**, enquanto gerir o conforto e risco tem como consequência **sentir-se confortado: a melhoria possível**.

Contudo, as consequências de ir **conhecendo a pessoa** do cliente (primeira fase) transformam-se, no processo de *Confortar*, em condições antecedentes de **gerir o conforto e risco** (segunda fase) ao subsidiar tais condições, ou seja, o **conhecimento inacabado** constitui elemento integrante e que actualiza o conhecimento da enfermeira, em função do qual age (**Dar sentido à acção: Balancear ganhos e perdas**). Por isto, os resultados ou consequências últimas de *Confortar* são as do processo de gerir o conforto e risco: **Sentir-se confortado: A melhoria possível** (Figura 8).

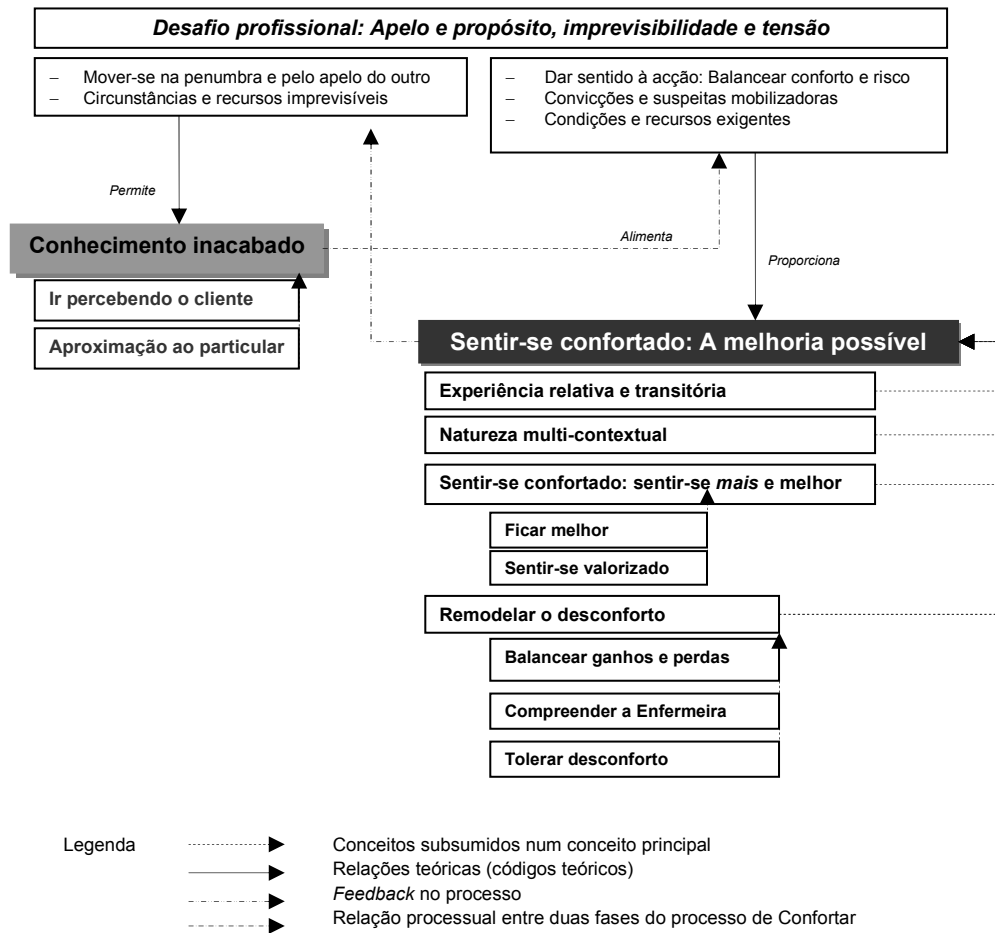
7.1 – CONHECIMENTO INACABADO

(...) cuidar envolve aprendizagem contínua acerca do outro: há sempre algo mais para a pender. (Mayeroff, 1972: 29)

Em consequência das diversas estratégias de acção/interacção para ir conhecendo o cliente, a enfermeira consegue aumentar o seu conhecimento sobre aquele cliente, consegue **perceber** ou vislumbrar uma parte, algo sobre a pessoa, seus hábitos, preferências, expectativas, capacidades e condicionantes de saúde e motivos para a acção (história de vida, o sentido da experiência e resposta clínica).

Mas é também, com base em tudo isso, que é capaz de reconhecer a dificuldade, o problema da pessoa naquele momento; é diagnosticar ou identificar, é afinal, **aproximar-se ao particular** das necessidades de cuidados daquela da pessoa. É encurtar a distância entre o desconhecido e o conhecido; é ser capaz de relacionar dados dispersos e transformá-lo em algo com sentido: um problema, um diagnóstico de enfermagem.

Figura 8 – Consequências de Confortar – Sentir-se confortado: A melhoria possível



Ou seja, a enfermeira conheceu de acordo com as possibilidades, mas o conteúdo desse conhecimento é incompleto e provisório – é **conhecimento inacabado** – porque pelo menos alguns dos dados que foram sendo percebidos estão incompletos e/ou em mudança e por isso, a enfermeira precisa perceber em maior profundidade e perceber “novamente”, perceber o que mudou e as consequências dessa mudança até nos aspectos que supostamente se esperariam fossem mais estáveis (como as preferências e os hábitos), mas que no contexto de doença ou acidente agudo podem não o ser (porque os recursos pessoais estão afectados e o ambiente pode ser hostil) (Morse, Bottorff & Hutchinson, 1994). A natureza incompleta e provisória deste conhecimento justifica a perpetuidade e intencionalidade do processo de ir conhecendo, que aproveita cada oportunidade, ao longo do processo de cuidados, para conhecer algo mais e/ou actualizar esse conhecimento.

O **conhecimento inacabado** tem como propriedades: **ir percebendo o cliente** e **aproximação ao particular**. Para **ir percebendo o cliente**, a enfermeira procura informação que lhe permita ir conhecendo quer as capacidades pessoais do cliente – **perceber capacidades e recursos** –, de ordem psicomotora e funcional (e que permitem o cuidado de si ou a colaboração nos cuidados prestados), e ainda, que lhe facultem

actualizar essa informação face a previsíveis flutuações nessas capacidades (decorrentes de evolução ou involução da situação clínica actual). Procura ainda recolher informação que lhe permita conhecer outros recursos ao dispor do cliente, nomeadamente, o seu contexto social e recursos técnicos em uso. Esforça-se por **perceber condicionantes de saúde/clínicos**, através da recolha de dados de natureza clínica, relativos aos impactos e reacções do cliente à agressão fisiopatológica vivida, o que permite à enfermeira ficar em posse, actualizar e mobilizar informação que contribui para integrar conhecimentos e assim, contribuir para a identificação de factores de risco pessoais e necessidades particulares de ajuda do cliente. Procura igualmente **perceber preferências, hábitos e expectativas** daquele cliente, o que é percebido como inestimável para confortar, essencialmente pelo cunho de individualidade de que se revestem estes aspectos, e isto faz toda a diferença como veremos. O modo como a enfermeira interpreta ou dá sentido à acção do cliente na interacção é também uma forma de o ir percebendo. Trata-se afinal, de como a enfermeira perspectiva o modo de estar do cliente. **Perceber os motivos** é afinal o obter informação adicional à tangível; é procurar explicar e compreender o estar da pessoa na circunstância;

[...] Portanto, neste senhor eu percebi perfeitamente que o facto dele... ser o primeiro internamente, de ter uma certa idade, de estar desejoso de se ir embora, de nem sequer compreender muito bem porque é que estava... porque para ele... provavelmente ele já devia estar com um cansaço muito grande em casa mas como mantinha a sua vida... tanto que ele no primeiro dia que entrou disse: "Eu já estou bom para me ir embora, portanto posso ir" com uma pneumonia considerável, mas estava bom [...] (E2-E-EI).

Ir percebendo o cliente requer, entre outras capacidades, um exercício de empatia – o olhar e compreender a experiência do cliente e do seu mundo, tentando usar os referenciais do cliente, o seu ponto de vista; trata-se, no mínimo, de usar as componentes afectiva, moral e cognitiva da empatia (Morse et al. 1999; Reynolds, 2005). Este modo de estar empático poderá ser uma das variáveis que contribuem para que o cliente perceba a enfermeira como compreensiva, interessada e atenta às suas necessidades, e que se sinta confortado por isso, dado que a percepção de tal comportamento por parte do cliente, constitui o melhor preditor de resultados terapêuticos (Reynolds, 2005). O modo de estar da enfermeira na interacção (**um estar confortador**) não se caracteriza apenas pelo modo empático, mas também por outras características que conjuntamente explicam as consequências do processo de *Confortar* (subcapítulo 6.2.1).

A **aproximação ao particular** constitui outra propriedade do conhecimento inacabado e significa reconhecer ou diagnosticar necessidades particulares de cuidados – nomeadamente, a sua condição de conforto e de risco –, que careçam de resposta em cuidados de enfermagem. É acercar-se profissionalmente da situação do cliente ou seja, tornar mais curta a distância entre o desconhecido e o conhecido sobre a pessoa, na sua circunstância particular, sobre as suas respostas aos processos de vida, e em especial, de saúde/doença. Contem em si a noção de combinar, relacionar, neste caso, dados frequentemente dispersos ou aparentemente desconexos. A **aproximação ao particular**

caracteriza-se por: **reconhecer a situação de conforto/desconforto** e **reconhecer necessidades particulares**.

Reconhecer a situação de conforto/desconforto refere-se à percepção da enfermeira, sobre a experiência de conforto/desconforto do cliente, no que pode ser ou não ajudada pela validação deste. Antecipando que o desconforto pode ocorrer em qualquer situação, a enfermeira percebe o desconforto como potencial ou não actual – **desconforto potencial** – quando considera que o cliente não está desconfortável no momento e quando o cliente não refere desconforto; presume a sua existência, sem a confirmação explícita do cliente, quando tem dados/pistas que sustentem, pela sua experiência e conhecimento, a presunção de que algum desconforto estará presente, embora não referido – **desconforto presumido**; constata a sua existência – **desconforto revelado** – quando o cliente manifesta, por algum modo, sentir desconforto.

Reconhecer necessidades particulares significa que, a partir dum conjunto de dados percebidos, determinar ou ser capaz de identificar o perfil condicional de risco/desconforto do cliente e diagnosticar as intrincadas e inconstantes necessidades de cuidados, a que a enfermeira procurará dar resposta, através do processo de **gerir o conforto**;

[...] porque ela fica extremamente desconfortável... sente-se presa [quando posicionada com almofadas] [...] sempre que estivesse saturada daquela posição e se quisesse mudar, e como ela ainda tem alguma mobilidade apesar de pouca, ela conseguia fazê-lo, e com almofada, limitava-a, e ela não gostava disso sempre [...] mas ela cumpria o posicionamento mas sem almofadas [...]] (E-E-EO).

As características das necessidades básicas presumidas como afectadas (diversidade, individualidade, mutabilidade, variável relação com desconforto prévio, variável urgência na resposta e complexidade) reforçam as condições contextuais de imprevisibilidade e instabilidade e o carácter inacabado do conhecimento. Isto, por seu turno, também justifica os atributos do processo de ir conhecendo.

Uma situação alternativa

Numa polaridade inversa, a enfermeira pode **não discernir o particular** e nessas condições, não descobre, não vislumbra sequer a vontade, o desejo, ou a necessidade da pessoa, e como tal, não está em posse de conhecimento que lhe permita vir a confortar nesse concreto aspecto;

[...] Não tenho consciência exacta disso. Não sei se para esta senhora era agradável ter fralda. [...] Mas neste caso, realmente, não sei. Penso que se eu não validar o desejo da pessoa, nesse caso, pode ser um problema [ser um desconforto o uso de fralda]. [...] (E2-E-EG-31.12.08) ↔ [...] É desagradável estar com fralda, não gosto, mas... às vezes, se não me trazem a arrastadeira, acaba por dar jeito. [...] (NC2-C-CM-31.12.08).

O **conhecimento inacabado** representa o grau de conhecimento da pessoa conseguido pela enfermeira, a cada momento. Apesar de inacabado, consubstancia, afinal, o acesso possível ao mundo daquele cliente, naquele contexto condicional. Partir das pessoas para formular cuidados é o que Collière preconiza quando afirma que “todo o saber parte das realidades da vida” (Collière, 2003: 136). Mais, considera que elaborar saberes significativos

e utilizáveis para cuidar, exige, entre outros aspectos, aproximar-se das pessoas, partir das suas representações, com vista a “aprender o que tem que ser acompanhado... compensado...” (Collière, 2003), e deduzir as ligações de significação entre variados factores pessoais, ambientais e circunstanciais. Afinal, este conhecimento, embora inacabado, representa a possibilidade de ocorrer individualização da intervenção de enfermagem, ou seja, o primeiro indicador para a individualização (Suhonen, Välimäki & Leino-Kilpi, 2008), bem como de ocorrer *confortação*, pois “os cuidados de *confortação* supõem ter identificado o deve ser confortado” (Collière, 2003: 182).

7.2 – SENTIR-SE CONFORTADO: A MELHORIA POSSÍVEL

No contexto em que ocorre o **gerir conforto e risco** (processo subsequente ao processo **conhecendo a pessoa**), e face a qualquer dos padrões de risco/conforto, as estratégias de acção/interacção que a enfermeira utiliza para **adequar o corrente ao particular** conduzem a uma melhoria do conforto – **sentir-se confortado: a melhoria possível**. Trata-se de um conjunto de consequências de natureza i) **multicontextual, relativa e transitória**, e ainda caracterizada pela experiência de ii) **sentir-se confortado: sentir-se *mais e melhor***, e por iii) consequências transformadoras ou de gestão do desconforto por parte do cliente (**remodelar o desconforto**) (Figura 8).

Uma das propriedades de **sentir-se confortado: a melhoria possível**, refere-se à **natureza relativa e multicontextual** da experiência de conforto. A experiência de conforto ou de sentir-se confortado revelou ser relativa, isto é, surge como uma experiência gradativa, em que a mudança de estado ou a mudança perceptiva correspondem a evoluções qualitativas, sem que isso signifique estar absolutamente bem. Esta melhoria é relativa porque não é absoluta, isto é, porque existe algum desconforto remanescente no contínuo conforto-desconforto (Cameron, 1993; Kolcaba & Steiner, 2000; Lowe & Cutcliff, 2005; Morse, Bottorff & Hutchinson, 1994, 1995; Paterson & Zderad, 1976). Pelos achados, percebe-se que algo deixa incompleta a experiência da melhoria no conforto, por exemplo, a falta de objectos pessoais, a ausência do lar, a dor que permanece embora o cliente se sinta confortado.

A experiência de sentir-se confortado reportou-se sistemática e simultaneamente a mais do que um contexto (ou dimensão pessoal), isto é, foi uma **experiência multicontextual**. Este achado sublinha a natureza holística da experiência de conforto (Hamilton, 1989; Kolcaba & Steiner, 2000; Kolcaba, 1994, 2003, 2006, 2009). Por exemplo, a experiência de sentir-se confortado foi **também física** (porque não só física, porque com isso houve, por exemplo, a experiência de felicidade), **também psicoespiritual** (porque não só relacional mas também de satisfação, felicidade ou elevação), **também sociocultural** (porque de satisfação com os relacionamentos e tradições mas também física);

[...] muito, muito. A gente em estando limpinhas... eu cá fui sempre uma pessoa... trabalhava muito, mas também tinha as minhas horas das limpezas do meu corpo, e talvez seja por eu

estar habituada, sinto-me bem, eu sinto-me feliz porque estou lavadinha, estou a não meter nojo a ninguém, a não cheirar mal a ninguém... isso é muito importante. [...] (E-C-CR).

Assim, seria impraticável e erróneo procurar individualizar cada esfera de impacto do processo, dado que, para o cliente, essa foi uma experiência complexa, no caso, multicontextual, para usar o conceito daquela autora, e não uma experiência simples ou unidimensional.

Quanto ao carácter **transitório** ou efémero da experiência de conforto ou de se sentir confortado, perceber-se-á que este se deve à inexorável dinâmica da vida, do processo patológico, da imprevisibilidade e dinâmica dos próprios relacionamentos. Por exemplo, se atentarmos, por exemplo, no estado de alívio dum desconforto por dor, por mau posicionamento, percebemos que este será presumivelmente transitório, particularmente quando o estado da pessoa é instável; se olharmos a experiência de se sentir consolado após um banho, facilmente depreendemos que a duração deste estado de conforto durará, eventualmente, algumas horas apenas. Ou seja, esta característica da experiência de conforto ou de sentir-se confortado releva para a natureza perpétua do processo de gerir o conforto e risco e também para o seu carácter circunstancial.

A natureza relativa e transitória da experiência de conforto encontra paralelo em diversos estudos. O conforto é apresentado como um estado temporário ou variável, relativo a um determinado momento (Cameron, 1993; Morse et al., 1994; Morse, Havens & Wilson, 1997; Kolcaba & Kolcaba, 1991; Kolcaba e Steiner, 2000; Kolcaba, 2003; Tutton & Seers, 2004) e também não absoluto: “o conforto não é um estado último de paz e serenidade, mas mais o alívio, mesmo que temporário, da maioria dos desconfortos” (Morse, Bottorff & Hutchinson, 1995), ou seja, é antes uma questão de alcançar o conforto possível, um grau aceitável de conforto, frequentemente à custa do alívio de desconfortos presentes (Cameron, 1993; Lowe & Cutcliff, 2005). Foi, por vezes, um conforto do tipo transcendência, face ao desconforto presente.

No contínuo conforto-desconforto, a experiência de conforto torna-se mais intensa num determinado momento, mas não necessariamente absoluta – podendo subsistir algum grau desconforto –, para em seguida ser avassalada por um desconforto em crescendo, ou um desconforto emergente, decorrente do desvio de saúde, da aplicação dum tratamento, das limitações associadas ao processo de senescência (Kolcaba & Steiner, 2000). Logo, é possível sentir-se confortado, mesmo experimentando algum grau de desconforto. A existência prévia de desconforto parece ser uma condição possível mas não necessária para experimentar conforto. Ao contrário da perspectiva de que o conforto é melhor reconhecido a partir do desconforto (Morse, Bottorff & Hutchinson, 1995; Tutton & Seers, 2004), verificou-se que os clientes definiram a sua experiência de conforto nem sempre a partir dum desconforto pré existente. Esta é uma nuance interessante nestes achados, pois remete-nos para a circunstância e motivos da acção pro-activa da enfermeira que, conforta mesmo na ausência de desconforto, como no estudo de Bottorff, Gogag & Engelberg-

Lotzkar (1995), e contrariamente ao que aconteceu noutros estudos, em que a acção da enfermeira foi essencialmente reactiva face ao desconforto (Tutton & Seers, 2004).

Sentir-se confortado: **Sentir-se *mais* e melhor** designa a experiência de conforto e constitui outra propriedade de **sentir-se confortado: a melhoria possível**. Experimentar conforto ou sentir-se confortado, emergiu com esta dupla natureza, a de um fortalecimento consequente a uma mudança de estado de conforto (o sentir-se melhor) e/ou a de fortalecimento pela experiência de valorização que o processo de confortar em si mesmo representou – o sentir-se *mais*. Trata-se aqui de constatar o sentido amplo do conceito conforto: para além do estado ou percepção de melhoria no estado de conforto (sentindo, por exemplo, alívio ou satisfação), os clientes sentiram-se confortados, no sentido em que o conforto pode ser a experiência da própria ajuda ou da pessoa que ajuda; o conforto como a “ajuda fortalecedora (...) [ou] alguma coisa que traz ou dá conforto; uma pessoa ou uma coisa que traz ajuda” (Merriam-Webster Dictionary, 2000).

Então, **sentir-se confortado** tem como propriedades, **sentir-se valorizado** (sentir-se bem querido, sentir afecto e suporte, sentir propósito e significado, sentir confiança) e **ficar melhor** (ganhar controlo e capacidade, obter alívio: consolo e obter satisfação: elevação).

Sentir-se valorizado, representa a experiência do cliente de sentir-se beneficiado pela acção da enfermeira que procura confortar; sente-se confortado e descreve a sua experiência não em termos de um estado de conforto alcançado, mas antes em termos da experiência de valorização da sua pessoa. Este sentimento de valorização, de ser beneficiado pela acção da enfermeira, decorre afinal do sentido dado a esta acção pelo cliente – da sua interpretação dos esforços e da intenção da enfermeira na interacção, ou “a qualidade de ser que é expressa no fazer” (Paterson & Zderad, 1976). Trata-se de se sentir *mais pessoa* ou “tornar-se tudo o que é humanamente possível na sua situação” (Paterson & Zderad, 1976: 12), ao sentir ser querido, respeitado, protegido, acarinhado, ao sentir poder confiar. É sentir que alguém o fortaleceu, o confortou, ou seja, juntou ou emprestou força e esperança (desse alguém) à sua força (do Latim *confortare* – *fortalecer grandemente*) (Merriam-Webster Dictionary, 2000); é “sentir-se importante (...) e valorizado pela enfermeira (Kolcaba, 2003: 14). É uma forma de experimentar conforto, não necessariamente do tipo alívio, mas do tipo tranquilidade (por exemplo, sentir confiança) ou até mesmo do tipo transcendência (por exemplo, sentir propósito e significado) nos contextos psicoespiritual e social. Esta experiência de sentir-se confortado enquanto valorização pessoal pela acção confortadora da enfermeira pode representar, afinal, uma experiência de se sentir cuidado (Cameron, 1993; Finch, 2008; Larsson et al., 1998; McCance, 2005; Sidani, 2008; Swanson, 1993).

Sentir-se valorizado caracteriza-se por **sentir-se bem querido**, ao perceber a benevolência da enfermeira; decorre da interpretação feita pelo cliente em relação ao comportamento da enfermeira, percebido como atencioso e com intenção de o ajudar. **Sentir afecto e suporte**

representa outra forma de se sentir confortado, valorizado, quando o cliente se sente acarinhado, compreendido e protegido pela enfermeira;

[...] (Portanto relaciona o seu conforto, digamos assim, com essa atenção? Pergunto) Com a atenção que me dedicam. [...] Eu estou doente realmente, e sentia-me desamparada, e eles têm tido atenção para comigo, como realização. [...] Eu acho que ajuda bastante o doente [...] ele responde-me com atenção... o que é bom, é muito bom. [...] (E1-C-CA.);

[...] Sou muito bem tratada, e eu reparo muito nisso, muito, muito. Eu gosto disso. Sabe tão bem estes miminhos [...] Elas fazem isto com ternura, fazem mesmo com amor. [...] (E-C-CB).

O cliente sente-se confortado quando percebe que é respeitado como pessoa, a sua privacidade é protegida, a sua opinião é valorizada, é tratado dignamente ou experimenta reciprocidade com a enfermeira, e também quando se sente reconhecido pela pessoa que é (sente respeitada a sua biografia) ou sente reconhecida a sua individualidade, então **sente propósito e significado**;

[...] E uma das enfermeiras ou das empregadas, pronto das funcionárias de saúde, estive nesse tempo... e passar no corredor: “Olhe você está cá, olhe veio cá visitar a gente...” (voz em tom de satisfação, alegria), foi muito satisfatório. [...] Foi agradável. Muito agradável. [...] Porque sabe uma das coisas que uma pessoa de 80 anos gosta é ser reconhecido como boa pessoa e não ser reconhecido como malandro. [...] (E-C-CV).

Sente-se também confortado ao **sentir confiança** na enfermeira, ou seja, perceber que pode contar com a sua consistência e disponibilidade para ajudar; estar seguro de que a enfermeira responderá ao apelo, é confortador para o cliente;

[...] São amorosas, têm interesse na gente e nas nossas necessidades, têm mesmo dedicação. Não há dinheiro que pague. A gente chama e vêm logo; se não podem dizem: “Já lá vou” e vêm. (sabe que vêm? Pergunto) – Vêm, vêm sempre. [...] (E1-C-CC).

Mas, **sentir-se confortado: sentir-se mais e melhor**, apresenta outra propriedade: **Ficar melhor**. O cliente, em consequência de alguma acção da enfermeira, sente-se melhor na medida em que muda de estado (mesmo que transitoriamente) para um que lhe é mais agradável, em que se sente fortalecido, ou se sente melhor. Sente um resultado que consegue nomear como um resultado imediato, directo e tangível para ele: um ganho qualitativo e nomeável no seu estado de conforto. Ficar melhor é caracterizado por: **ganhar controlo e capacidade** (ganhar à vontade; ganhar compreensão dos cuidados, ganhar controlo, sentir-se próximo “à vida normal), por **obter alívio ou consolo** (ficar aliviado; ficar consolado), ou por **obter satisfação/elevação** (ficar agradado; ficar melhor; sentir-se renovado, feliz, e com bem-estar);

[...] (Então senhor T, o banho soube bem?) – Sabe sempre bem. (O quê? O que sabe bem no banho? pergunto) – A água a correr ... (acrescentei: Percebi que o senhor realizou grande parte do banho sozinho. Gosta de fazer as coisas por si? Isso é importante para si?) – Gosto, sabe-me bem e é bom sinal. [...] (NC-C-CT);

[...] (Quando durante o banho a senhora enfermeira lhe pede colaboração, para ajudar a secar, por exemplo, ou para se pentear, é agradável? Fá-la sentir-se bem?) – É bom, ajuda... a mexerme-nos e fica-se mais confortável, pois. [...] (E1-C-CH);

[...] questionando a senhora sobre como se sente [após o banho], ao que a cliente responde: “Consolada”. [...] (NC-E/C-EZ/CG).

Ficar melhor é estar mais confortável, é sentir satisfeita uma necessidade de alívio (**obter alívio ou consolo**), de tranquilidade e transcendência (**obter satisfação/elevação** e

ganhar controlo e capacidade), nos contextos físico, psicoespiritual, social e ambiental, comparando com os conceitos adoptados por Kolcaba;

[...] acho que é a pessoa sentir-se rodeada de bem-estar, dum certo bem-estar [...] [E-C-CN];

[...] (correr as cortinas foi importante para si? Contribuiu para o seu conforto?) Claro; a pessoa deve ter a sua privacidade. [...] (E1-C-CE).

Ao **ficar melhor**, o cliente que **ganhar controlo e capacidade** fica mais apto ou sente-se fortalecido para assumir um papel no plano terapêutico ou, pelo menos, para continuar a assumir os comportamentos que revelam a sua independência. Esta nuance das consequências de *Confortar* representa, afinal e em certo grau, uma outra consequência do processo, ou seja, a assunção, pelo cliente, de comportamentos dirigidos à saúde, como os designa Kolcaba (2003, 2009). **Sentir-se confortado: Sentir-se mais e melhor** é experimentar melhor conforto ou sentir-se confortado e simultaneamente, sentir-se capaz de agir (por via de saber, fazer, decidir, participar) em prol da recuperação, dando continuidade à vida – cuidando da sua vida;

[...] Sim, sim. Assim estou preparada, e assim não há surpresas que podem assustar e levar a que não se saiba colaborar. Eu gosto de saber tudo, sou curiosa e assim também posso explicar aos outros o que se passa [...] (E1-C-CC).

Comparando os achados presentes em **sentir-se confortado: sentir-se mais e melhor** com os de outros estudos sobre o conforto, pode verificar-se a proximidade conceptual com os significados do conforto atribuídos pelos pacientes operados, estudados por Bécherraz (2002): ser reconhecido como um ser humano que sofre, beneficiar dum suprimento físico e emocional, não estar só, ser tocado fisicamente, ser projectado num futuro melhor, ser rodeado pelos seus próximos, amigos e colegas, e ser suportado espiritualmente.

A experiência de conforto associada a ganhar controlo e capacidade pode ser ampliada pelas designadas estratégias de auto *confortação* (dimensão intra pessoal do conforto), em que as pessoas podem confortar-se a elas próprias, recorrendo aos recursos intra pessoais (Lowe & Cutcliff, 2005; Morse et al., 1994), tais como ter força suficiente e aguentar, ter competência suficiente (em domínio considerado importante), sentir-se independente e ter um sentimento de ser valorizado e/ou útil, entre outros (Lowe & Cutcliff, 2005). Ou seja, o cliente considerou confortadora a intervenção da enfermeira que fortaleceu ou permitiu/reconheceu as suas iniciativas, apreciou o facto de ser capazes de fazer algo por si próprio (no contexto da satisfação das suas necessidades), com a independência possível, podendo sentir-se útil a si e à enfermeira e sentir-se valorizado e com esperança (Tutton & Seers, 2004). Por outro lado, tais experiências coincidem com as 'características individuais' do conforto e com o atributo de 'funcionalidade' que definem o conforto (Siefert, 2002), e que são a autoconfiança, sentir que controla, sentir-se independente, estar em contacto consigo, sentir-se forte, sentir-se à vontade, em paz, e ainda, manter a funcionalidade e sentir-se útil, entre outras. Tal como nos presentes achados, também no estudo de Wallace & Appleton (1995), a presença da enfermeira contribuiu para o sentimento de conforto, na medida em manteve a sua integridade: possibilitou ao cliente a liberdade de ser quem era, a partilha de

experiências e a protecção, permitiu-lhe fazer escolhas e proveu explicações e informações. Semelhantemente, os achados de Veiga (2007), apontam para que a integridade do *self* foi mantida pelas enfermeiras, ao criarem privacidade, promoverem uma imagem positiva do cliente idoso, manterem a sua capacidade e proteger o *self* da dominação, e que isto o faz sentir-se protegido “por ter a autonomia possível e a sua dignidade preservada” (p. 10). Esta semelhança de experiências pode ajudar a compreender as consequências actuais.

A experiência de sentir-se confortado: sentir-se mais e melhor remete para o *Modelo das Sensações* de Nolan et al. (2004). Estes autores apresentam um modelo de *cuidados centrados no relacionamento* com a pessoa idosa, considerando o relacionamento entre as pessoas como fundamento de qualquer actividade terapêutica ou curativa. Segundo aqueles, o modelo “capta as dimensões subjectivas e perceptivas dos relacionamentos terapêuticos e reflecte os processos interpessoais e as experiências intrapessoais de dar e receber cuidado” (Nolan et al., 2004:49). Seis *sensações* (ou percepções) devem ser alcançados pelos envolvidos em tal relacionamento de modo a que o cuidado seja considerado terapêutico (Nolan et al., 2004: 49-50):

- Sensação de segurança ou de sentir-se seguro nos relacionamentos (pela atenção às necessidades físicas e psicológicas essenciais e sentir-se seguro e livre de ameaças, dor e desconforto; receber cuidado competente e sensível), como em **ficar melhor: obter alívio/consolo** e em **sentir-se valorizado** (pela acção da enfermeira): **sentir afecto e suporte e sentir-se bem querido**)
- Sensação de continuidade ou experimentar ligações e consistência (ter oportunidades de manter e/ou formar relacionamentos significativos e recíprocos – **sentir confiança**);
- Sensação de propósito ou ter objectivo(s) pessoais com valor (ter oportunidades de se envolver em actividades com sentido, ser capaz de identificar e perseguir objectivos e mudanças e de exercer escolha discricionária (**sentir propósito e significado > sentir-se respeitado**));
- Sensação de realização ou sentir que progride em direcção ao objectivo(s) desejado(s) (ter oportunidades para encontrar objectivos significativos, e sentir-se satisfeito com os seus próprios esforços, dar contribuição importante, fazer progressos em direcção a objectivos terapêuticos (**ganhar controlo e capacidade**));
- Sensação de pertença ou sentir que faz da parte das coisas (**sentir propósito e significado > sentir-se reconhecido**);
- Sensação de significado ou sentir que conta, que a sua pessoa tem importância ou sentir-se reconhecido e valorizado como pessoa de valor, sentir que as suas acções e existência têm valor (**sentir-se reconhecido**).

Este modelo apresenta as seis sensações como algo que todo o relacionamento terapêutico deve promover, ou seja, como consequências desejáveis desse relacionamento. Interessantemente, **sentir-se confortado: sentir-se mais e melhor** faz eco dessas sensações, na quase totalidade. *Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões* permitiu que o cliente alcançasse resultados terapêuticos ao experimentar as sensações de segurança, realização, continuidade, propósito, realização e significado – ao sentir-se confortado.

A experiência de conforto ou de sentir confortado encerra em si um potencial transformador. **Remodelar o desconforto**, é assim, uma consequência dinâmica do processo de gerir o conforto e o risco (e uma das propriedades de **sentir-se confortado: a melhoria possível**). Remodelar ou transformar para melhor, significa dar uma nova organização aos dados contextuais e à própria experiência de desconforto quando concomitantemente o cliente sente conforto melhorado ou **se sente valorizado** pela acção da enfermeira. Trata-se afinal de dar sentido ao desconforto: quando o cliente se sente confortado, o desconforto passa a ter sentido – o de desconforto inevitável ou inelutável – porque o humanamente possível foi feito ou está a ser concretizado em prol do cliente. A interpretação da acção da enfermeira como confortadora, remodela a experiência do cliente e reconstrói-a à luz dos sentidos atribuídos aos gestos e palavras da enfermeira, e assim, parece conseguir transformar desconforto em conforto (mesmo que relativo e transitório). Remodelar o desconforto caracteriza-se por **balancear ganhos e perdas**, **compreender** a enfermeira e **tolerar desconforto** (Figura 8).

Balancear ganhos e perdas ocorre quando o cliente faz balanço entre benefícios e prejuízos em diversas situações inerentes à hospitalização, nomeadamente a de cuidados de enfermagem. Trata-se de uma estratégia intrapsíquica do cliente com a qual enfrenta situações que, de algum modo, ou nalgum aspecto, o desconfortam ou desagradam, ou que pelo menos, não confortaram plenamente. Esta estratégia medeia a experiência de tolerar o desconforto (que está de acordo com a experiência de conforto ter natureza relativa). É contrapesar ganhos e perdas e perceber que algo tem que ser sacrificado para se conseguir obter algo mais importante naquele momento, ou seja, é reconhecer o conforto como estado relativo e os cuidados como um compromisso, tolerando algum desconforto associado àquilo que não é completamente satisfeito; é uma estratégia para relativizar as necessidades face ao que é percebido como prioritário (no contexto de tolerância do desconforto e de compreensão da enfermeira). **Balancear ganhos e perdas** parece ser o raciocínio e disposição emocional pela qual o cliente justifica a necessidade de tolerar algum desconforto associado ao inevitável e ao tratamento, num contexto em que o cliente sente que a enfermeira faz o possível para suavizar o seu desconforto daí decorrente e em que, por isso mesmo, compreende as limitações e obrigações desta;

[...] [O que soube bem? O que foi bom no banho?] – Tudo. Bem... a água não é tão quentinha como em nossa casa... mas o que importa é ficar lavado, sem cheirar mal [...]] (E-C-CG);

[Depois de explicar que tolera o desconforto de esperar pela arrastadeira e que compreende que a enfermeira não pode ir de imediato porque há mais pessoas a precisar de cuidados] [...] Eu não posso estar é com a cabeça muito baixa, aflige-me, parece que sufoco. Mas de resto, aceito [...] (E-C-CD).

Outra consequência é **compreender a enfermeira**. Trata-se de um resultado que acompanha as experiências de **conforto melhorado**. **Compreender a enfermeira** significou nos dados, apreender, entender as razões que lhe assistem e justificam os seus comportamentos (nem sempre absolutamente confortadores). Trata-se de um resultado da utilização de estratégias de acção/interacção confortadoras pela enfermeira: porque lida com o desconforto, ou porque funda e nutre a relação, o cliente alcança o sentido da sua acção, capta a sua intenção confortadora, percebe a razão da sua demora (**compreender constrangimentos** ao trabalho da enfermeira), ou do seu comportamento desconfortante (**compreender a enfermeira que desconforta**); o cliente compreende a enfermeira, entende as razões que a levam a desconfortá-lo, não por mal ou má vontade contra si ou falta de competência, mas antes porque não pode deixar de assim ser: compreende que existe competência, que existe boa vontade, mas que há limitações que se impõem (pela sua própria condição de saúde, pelas limitações do contexto, entre outras). Bowman & Thompson (1998) afirmam que os pacientes geralmente aceitam e perdoam, especialmente quando reconhecem boa vontade, a qual gera confiança; também nos achados presentes, o cliente que compreende a enfermeira é também o cliente que experimenta conforto melhorado: sente-se valorizado na interacção de cuidados;

[...] quando fazem estas coisas [referindo-se à picada que sofrera imediatamente antes do banho] é porque tem que ser. [...] (E1-C-CH).

Tolerar desconforto é suportar, perseverar face a algum desconforto **associado a condicionantes de saúde**, e/ou ao **inevitável e inimizável** e/ou ao **tratamento**. O cliente percebe que tem que aceitar, admitir, permitir tacitamente algum grau de desconforto, quando não é causado por mal, ou seja, quando o cliente percebe que é inevitável ou que a enfermeira já procurou suavizá-lo ou evitá-lo; assim, tolerar algum desconforto está associado a uma experiência de se sentir confortado pela enfermeira (ao gerir conforto e risco), e também a compreender a enfermeira ou seja, **tolerar desconforto** parece estar dependente (condicionado) da experiência de estar a ser atendido de modo confortador; o cliente tolera algum desconforto quando **balanceia ganhos e perdas** e relativiza a perda face ao ganho, e então porque houve ganho (sente conforto melhorado e/ou sente-se valorizado) tolera algum desconforto;

[...] (Eu chamo-os para me porem a arrastadeira, de noite, e eles vêm ou se não podem: “Olhe, agora não posso... mais daqui a um bocadinho”, e eu aceito, já sei que não sou só eu que estou a gritar, não é? Há mais quem grite, precise do mesmo;) eu de noite não me posso levantar, e pronto, eu aceito, está certo... ainda ontem estive à espera, aqui que tempos, mas aguentei. [...] (E1-C-CD);

[...] [Mas há cuidados que causam desconforto, por exemplo as picadas] – Mas isso é mesmo assim, faz parte do tratamento, temos que aceitar a dor [...] – Quando vêm para fazer algo assim, digo sempre: “Faça como quiser!”. E assim é; são sempre carinhosas. [...] (E2-C-CR).

Isto talvez se justifique pelo papel confortador do próprio processo de confortar, independentemente do resultado obtido quanto ao grau em que **ficou melhor**: o que pareceu ser marcante para o cliente foi **sentir-se valorizado** (pela acção da enfermeira), o que, de algum modo, terá ajudado a que transcenda o desconforto ainda presente, ou seja, ajudado a **remodelar o desconforto**. Esta capacidade de remodelar o desconforto traduz, afinal, a natureza transformadora das consequências do processo de Confortar. **Remodelar o desconforto** pode ser interpretado conjunto de estratégias de *autoconfortação*, ou seja, como estratégias que o cliente utiliza para “monitorizar” e “suportar o desconforto” (Cameron, 1993: 429-430).

Em certa medida, e à luz da teoria da apreciação cognitiva do stresse, **remodelar o desconforto** pode ser entendido como uma forma subtil de lidar com o sofrimento percebido como inevitável, ou seja, um modo ou conjunto de estratégias de *coping* centrado nas emoções (Folkman & Lazarus, 1991 citado por Oliveira, 1998; Lazarus & Folkman, 1984) que parecem possibilitar, por um lado, a experiência de conforto (relativo), e por outro, a adopção de estratégias activas para enfrentar a situação, participando nas decisões e no cuidado de si (o que pode ser percebido como estratégias de *coping* centrado no problema (Lazarus & Folkman, 1984). Ao **balancear ganhos e perdas, tolerar o desconforto**, e ao **compreender a enfermeira**, o cliente realiza, aparentemente, um exercício de reapreciação positiva da situação, de procura de suporte social e de exercício de auto controlo (Folkman & Lazarus, 1991 citado por Oliveira, 1998). Nesta perspectiva, em que a doença, a hospitalização e o desconforto são percebidos como stressores, a enfermeira que conforta constitui um recurso inestimável para o *coping*: para o suporte social (emocional, informativo e tangível), para favorecer o fortalecimento do cliente, nomeadamente do seu auto conceito e da sua energia.

Remodelar o desconforto, na medida em que modifica a perspectiva do cliente sobre o seu estado e sobre a enfermeira que o conforta, contribui para modificar as condições antecedentes do processo de confortar ou retroalimentação do processo (Figura 8), modificando o apelo por parte do cliente. Esta achado evidencia alguns dos princípios propostos pelo *interaccionismo* simbólico.

Lowe & Cutcliff (2005), com base no estudo de Morse, Bottorff & Hutchinson (1994), identificaram os antecedentes de conforto (enquanto resultado), e que não surpreendentemente, estão frequentemente presentes nos achados actuais; provavelmente também por isso, os clientes conseguiram sentir-se confortados. Assim, para experimentar conforto numa relação de cuidados, o cliente precisa, pela sua parte, reunir um conjunto de condições que permitam ou facilitam a acção da enfermeira, ou seja, criam a possibilidade da enfermeira o ajudar com intervenções confortadoras, ou seja, intervenções que, também por essas condições, podem ser como tal interpretadas pelo cliente.

Olhando para as características dos clientes participantes e para a sua acção na interacção de cuidado, posso identificar várias das condições antecedentes do conforto entre as

enumeradas por aqueles autores: o cliente, de algum modo, obteve conhecimento sobre a sua situação; renunciou, em algum grau, à sua responsabilidade pessoal pelo próprio cuidado (abandonou-se ao cuidador) e aceitou o suporte de outros; confiou na competência do cuidador para promover conforto e minimizar o sentimento de vulnerabilidade; de algum modo, aceitou as alterações pessoais decorrentes da situação e resignou-se com a perda da imagem e funcionamento do *self* prévio; encontrou modos de compensar ou controlar sintomas; descobriu modos de se sentir no controlo; focalizou-se nos meios para proporcionar força, esperança e ajuda a suportar *o aqui e agora*; estavam presentes necessidades não satisfeitas e intervenções apropriadas para as satisfazer; e o cliente terá tido a capacidade de perceber as variações no estado de conforto e de transcender a experiência de desconforto (Lowe & Cutcliff, 2005).

Estas condições antecedentes estão marcadamente presentes nos dados e poderá ser antecedente à experiência de **sentir-se confortado: sentir-se mais e melhor**. No grupo de participantes foram notórias quer a necessidade de ajuda, quer as intervenções para a satisfazer, quer a confiança e a capacidade de entrega ou abandono ao cuidado, quer a solicitude na participação no cuidado (aparentemente buscando o controlo e o sentido de utilidade), quer ainda a capacidade e espontaneidade para reconhecer experiências de conforto, para valorizar as intervenções confortadoras e para tolerar algum desconforto e compreender a enfermeira mesmo quando desconforta.

Uma situação alternativa

Em consequência da intervenção não confortadora pela enfermeira (**desvalorizar a adequação dos cuidados**), por um lado, o cliente, pode **sentir-se desconfortado (experimentar desconforto agravado e suportar o desconforto)**. **Sentir-se desconfortado** significa experimentar um agravamento do estado de conforto/desconforto ao sofrer uma intervenção que aprecia como não confortadora (não beneficiadora do seu estado), portanto, indutora ou agravadora de desconforto.

Experimentar desconforto agravado decorre de não se ter sido ajudado a obter alívio ou não ter sido apoiado, ao não obter respostas e/ou sentir que as próprias intervenções da enfermeira geram ou aumentam o desconforto ao serem realizadas de modo desajustado às necessidades particulares de cuidados do cliente (nomeadamente, às suas preferências), ou ao não se sentir escutado. Trata-se duma experiência emocional em que o cliente se sente magoado pela enfermeira: **sentir-se desagradado, desrespeitado/ofendido** ou **sentir-se penalizado**;

[...] (Esperou e esperou, mas que tinham demorado, urinou na fralda.) Refere que não lhe agrada [...] (a enfermeira lhe terá respondido que “é muito esquisita!” e que não deslocara o balão para a posição alinhada com o braço puncionado) [...] Refere-se aborrecida, logo ela, que se considera uma pessoa pouco esquisita e pouco exigente, achara uma resposta desagradável [...] (NC1-C-CM);

[...] (A D. C refere-me, ainda chorosa, que) tanto tempo na cadeira [cadeirão] parece castigo; é que elas não sabem o que é ter problemas na coluna”. Sabem que tenho problemas, mas não ligam. [...] (NC-E/C-EB/CC).

Também os clientes estudados por Cameron (1993), sentiram-se despersonalizados quando os prestadores de cuidados são responderam às suas situações particulares.

Face ao desconforto sustentado ou mesmo agravado, em que a enfermeira não terá utilizado estratégias de gestão do conforto, nem mesmo quando o desconforto foi revelado pelo cliente, o cliente sente-se forçado a enfrentar ou a **suportar o desconforto** – que entende que poderia ser aliviado - pelos seus próprios e reduzidos meios, e a suportá-lo até que consiga obter ajuda posterior (e, provavelmente, ajuda de outra pessoa), ou seja, resta-lhe resignar-se. Nesta circunstância, o cliente **não compreende** a enfermeira, isto é, não entende os seus motivos ou o sentido da sua acção, ou ainda mais grave, atribui-lhe um desígnio obscuro, como quando sente que esta o poderá estar a castigar; isto é, a compreensão do cliente parece ter limites: parece não haver compreensão, por parte do cliente, para a enfermeira que, segundo a sua interpretação, desvaloriza o seu conforto; e tende a **resignar-se**: É conformar-se com a situação, é renunciar (pelo menos momentaneamente) ao conforto. Trata-se duma forma de contenção, de reserva, mediante a qual, quando não se sente confortado, e, pelo contrário sente desconforto agravado pela acção da enfermeira, o cliente suporta o desagrado;

[...] (Pergunto-lhe: Foi um comportamento que a confortou D.M? “Não senhora; o que é que lhe custava mudar a posição do soro?” respondeu-me. E disse alguma coisa D.M?) “Não disse nada, só para não me irritar!” [...] (NC1-C-CM);

[...] (pedira a arrastadeira. Esperou e esperou, mas que tinham demorado,) urinou na fralda. [...] mas que lá tem que ser porque não consegue levantar sozinha e ir ao WC. [...] (NC1-C-CM) ↔ [...] [pergunta-lhe se é confortável estar com fralda] É desagradável, não gosto, mas... às vezes, se não me trazem a arrastadeira, acaba por dar jeito. [...] (NC2-C-CM);

[...] enfermeira B está junto ao leito, dando-lhe um copo de água para que tome um comprimido. Está séria, não responde verbalmente ao queixume da cliente e vai dizendo: “Vá, tome lá o comprimido”. Ajuda a senhora a reclinar-se; a cliente não diz mais nada. [NC-E/C-EB/CC).

PARTE IV

8 – A TEORIA SUBSTANTIVA DO CONFORTAR: INDIVIDUALIZAR A INTERVENÇÃO CONCILIANDO TENSÕES

Os processos de apreciação, diagnóstico e intervenção devem ser considerados no desenvolvimento das teorias de enfermagem. Para alcançar os seus objectivos de suportar e promover saúde óptima e bem-estar, as enfermeiras precisam também de teorias para captar eficientes e efectivas terapêuticas clínicas para usarem nas suas práticas. (Meleis, 2005: 18)

Este capítulo apresenta e classifica a *teoria* emergente do estudo do fenómeno *construção de um cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada*, decorrente do conceito central: *Individualizar a intervenção conciliando tensões*. *Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões* é uma teoria substantiva, construída de acordo com os pressupostos da *Grounded Theory*, com recurso a procedimentos propostos pela escola *Strausseriana*, embora numa assunção construtivista. Identificarei as assunções, conceitos, e proposições que a caracterizam, e apresentarei a descrição narrativa da teoria. Termina com a apresentação de uma tese sobre o processo de *Confortar*, em contexto de desafio profissional.

Partilho da definição de *teoria* como “conjunto de conceitos bem desenvolvidos e relacionados entre si por meio de proposições que, enquanto tal, constitui um marco de referência integrado apropriado para explicar ou predizer fenómenos” (Strauss & Corbin, 1998: 11), ou para os compreender sob uma perspectiva de conhecimento situado (Charmaz, 2009). Assumo a caracterização da *teoria* segundo a qual “uma *grounded theory* concluída explica o processo estudado em termos teóricos novos, explica as propriedades das categorias teóricas, e frequentemente demonstra as causas e condições sob as quais o processo emerge e varia, e delinea as suas consequências” (Charmaz, 2006: 8).

Para contextualizar a teoria, recorro a pergunta nuclear de investigação da qual parti: *Como é que a enfermeira constrói, na interacção com a pessoa idosa hospitalizada, um cuidado que seja apreciado por esta como confortador?*

Partindo desta questão, o processo de investigação moldado pelo método da *Grounded Theory*, e por isso mesmo fortemente influenciado pelo movimento indutivo e abduutivo face aos dados, conduziu à construção (Charmaz, 2006, 2009; Corbin & Strauss, 2008; Corbin, 2009) da teoria do *Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões*, que passo a descrever e explicar.

Adopto a forma de apresentação proposta por Kim (2010), segundo a qual uma teoria bem formada contém, pelo menos três componentes integrados: assunções, conceitos e proposições teóricas; apresentarei também uma descrição narrativa da teoria (Meleis, 2005).

Assunções

As seguintes asserções constituem as assunções da investigadora, prévias ao presente estudo, relacionadas com a enfermagem, a pessoa beneficiária de cuidados e o conforto enquanto bem para o ser humano. Estas assunções clarificam a perspectiva teórica e ética da investigadora e de certo modo, enquadram e direccionam a condução do estudo e a construção teórica sobre o confortar:

- A enfermagem é uma disciplina científica e orientada para a prática, um modo profissional de ajuda nutridora ao ser humano, no sentido do conforto imediato e da valorização da saúde e desenvolvimento pessoal do cliente de cuidados;
- a interacção de cuidados é central para a experiência de conforto e é determinada pelas condições contextuais – a conduta profissional da enfermeira e as condicionantes organizacionais – e os sentidos emergentes atribuídos à acção por cada um dos actores;
- o conforto do cliente é central para a enfermagem porque constitui um dos bens estimados pelo cliente de cuidados e um dever de beneficência da enfermeira;
- o conforto é altamente individual e circunstancialmente determinado e valorizado;
- o conforto do cliente não constitui objectivo único nem independente, dos cuidados de enfermagem à pessoa hospitalizada por doença aguda/agudização de doença crónica ou por acidente;
- o cuidado confortador (ou o confortar) é um processo complexo e exigente, coconstruído entre enfermeira e cliente;
- a pessoa idosa é integralmente pessoa, independentemente do acréscimo à sua vulnerabilidade determinado pelo processo de senescência e a situação de saúde-doença;
- a pessoa idosa é um ser humano em desenvolvimento, que tem em comum com os outros idosos apenas o facto de ter vivo mais anos, em função do que tem da vida, da saúde, do conforto e dos cuidados uma perspectiva que lhe é particular;
- a pessoa idosa protege e salvaguarda o seu conforto de modo independente, na medida em que as condições de senescência e de saúde-doença;
- a pessoa pode sentir-se confortada sem experimentar conforto.

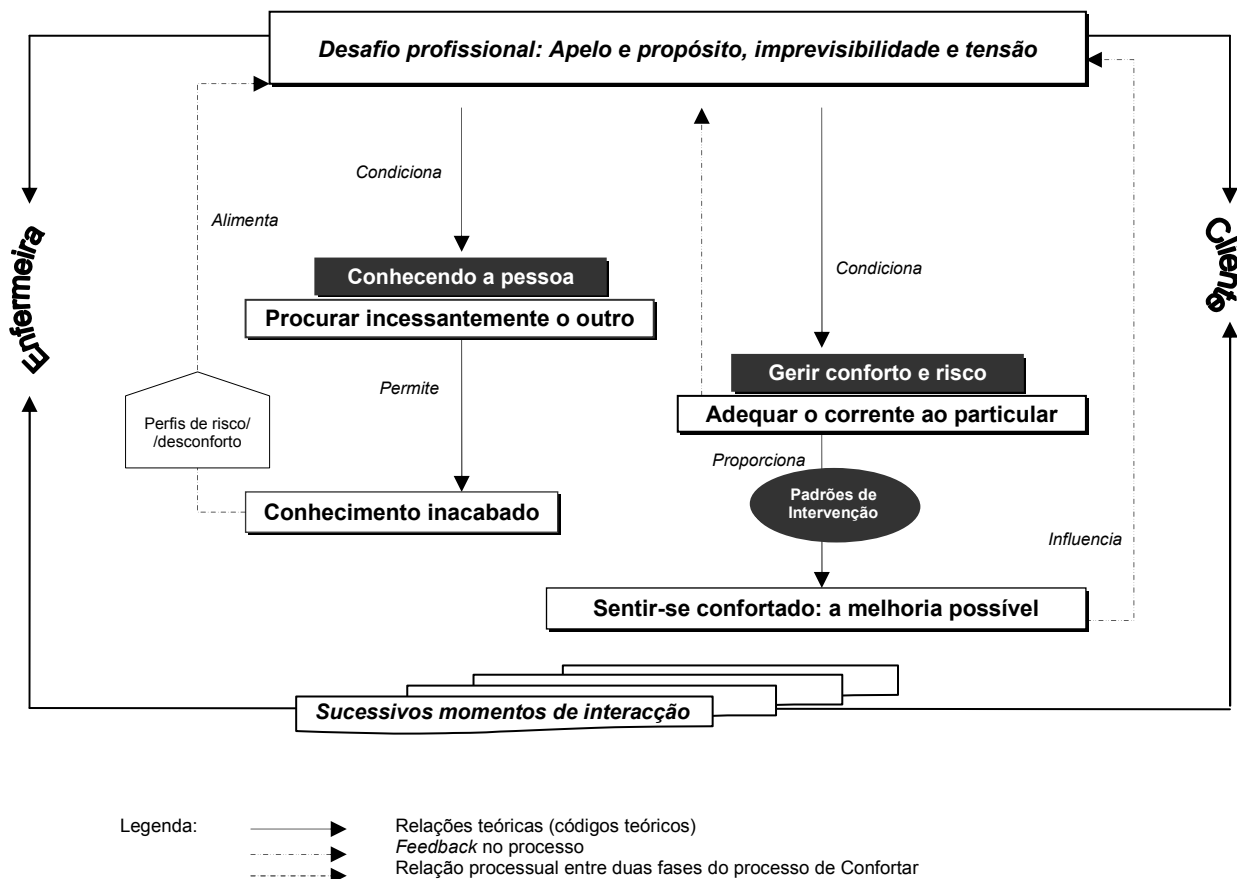
Conceitos e proposições

A enfermeira precisa prestar cuidados de enfermagem num contexto condicional de **desafio profissional** (Figura 9) caracterizado pela confluência de condições, quer geradoras da acção quer condicionantes desta: apelo e propósito, imprevisibilidade e tensão. Trata-se dum contexto condicional onde o sentido ou propósito profissional é desafiado a cada interacção pela (i) constante necessidade de cuidados (pressupostas ou reveladas no constante apelo por parte do cliente); (ii) pelo propósito ou intenção na acção da enfermeira que procura satisfazer múltiplas necessidades e objectivos terapêuticos; (iii) pela imprevisibilidade das circunstâncias pessoais do cliente e dos recursos para os cuidados; (iv) pela tensão entre objectivos terapêuticos, o propósito e as condicionantes da acção.

A enfermeira tem perante si **um cliente que apela** constantemente e a faz agir, embora frequentemente seja **um quase desconhecido**, e que ela sabe estar em situação de vulnerabilidade acrescida, pelo que carece de cuidados, o que a leva a mobilizar-se para intervir – **mover-se na penumbra e pelo apelo**. Trata-se de um cliente idoso, hospitalizado, e por isto mesmo presumível e variavelmente doente e dependente, mas pessoa autónoma,

detentora de direitos e portanto beneficiária de deveres profissionais por parte da enfermeira.

Figura 9 – A teoria substantiva do Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões



Embora esta possa ter ainda pouco conhecimento sobre este cliente, a prestação de cuidados urge, e a enfermeira sente-se impelida a avançar para esta mesmo com informação incompleta sobre a pessoa – **avançar na penumbra**: conhece alguns aspectos sobre aquela pessoa e a sua condição clínica, e, pelo seu conhecimento técnico-científico, pressupõe que haverá necessidades de ajuda (**pressupor necessidades de cuidados**) à espera de resposta profissional e destas, sabe genericamente serem altamente mutáveis, individuais, associadas ou não a desconforto e mais ou menos urgentes. E embora as **circunstâncias e os recursos sejam imprevisíveis**, há que avançar para a prestação de cuidados. Nestas condições, a enfermeira inicia ou dá continuidade ao processo de ir **conhecendo a pessoa** do cliente.

Ainda outros factores condicionam a acção da enfermeira que procura confortar: o envolvimento de **condições e recursos exigentes, convicções e suspeitas**

mobilizadoras, e ainda a existência dum sentido para a acção profissional – **dar sentido à acção: balancear conforto e risco** –, edificada no (**agir em função do**) **conhecimento**, no **agir compassivo** (intencionalidade e reversibilidade) e na assunção de **confortar como dever** que permitem **obter ganhos e acautelar prejuízos** (melhorar o conforto, atenuar o desconforto, evitar involução e complicações, evitar dependência e regressão), ou seja, enfrentar e compatibilizar as tensões entre os diversos objectivos terapêuticos a prosseguir.

Assim, a enfermeira vai entrar em interacção com o cliente, e durante esta, vai gerindo processos simultâneos de trabalho com aquele (que representam fases quase simultâneas do processo de *Confortar*), que lhe permitem construir um cuidado confortador, nessa mesma interacção: a atenção e intenção da enfermeira estão dirigidas a ir **conhecendo o cliente** e simultaneamente, a proporcionar cuidados mediante intervenções que respondam a esses múltiplos objectivos terapêuticos, o que exige um conciliar de tensões entre interesses (aparentemente) conflitantes, ou seja, exige **gerir conforto e risco**.

No processo de ir **conhecendo a pessoa** do cliente (fase prévia) a acção da enfermeira caracteriza-se por **procurar incessantemente o outro**. Esta procura incessante concretiza-se num constante **dar lugar à pessoa** ou seja, na prossecução de estratégias para a criação de oportunidade para o cliente dizer e/ou fazer o que, como e quando pretende algo, alicerçadas no respeito pela autonomia da pessoa; na **valorização de dados espontâneos** que o cliente directa ou indirectamente revela; na **procura de sinais**: (e no) **seguir pistas** não verbais ou comportamentais reveladoras da pessoa e da sua situação; no procurar de outros dados ou **pesquisar outras fontes** para além do cliente; na **integração de conhecimentos** e dados diversos de modo a conduzir e incrementar quer o processo de ir conhecendo o cliente quer o de gerir o conforto e risco.

Ir conhecendo a pessoa decorre de forma imbricada com a prestação de cuidados (**entrelaçar o conhecimento**). Esse parece ser uma das pedras de toque de *Confortar* em condições de **desafio profissional**: entrelaçar as estratégias destinadas a ir conhecendo (e as estratégias de gestão do conforto e risco), revelou-se um meio de aproveitar as imprevisíveis oportunidades para estar com o cliente e concretizar ambos os desideratos, em detrimento do uso da recolha de dados sistemática e inicial, eventualmente constante do processo clínico.

Deste esforço para ir conhecendo o cliente – esforço *intencional*, inacabado ou *perpétuo* e *oportunista* – face às circunstâncias da interacção, decorre um **conhecimento inacabado** sobre a pessoa do cliente em que possibilita, à enfermeira, **ir percebendo** preferências, hábitos, capacidades variáveis, recursos, motivos e condicionantes clínicas do cliente, acontecendo uma **aproximação ao particular**, ao identificar ou reconhecer a situação ou variável grau de conforto/desconforto do cliente e as suas necessidades particulares de cuidados. Este conhecimento, embora inacabado, permite à enfermeira ir integrando conhecimentos e desenhar o perfil circunstancial de risco/desconforto daquela pessoa. Mesmo quando a enfermeira “conhece o cliente” isso não significa um achado definitivo;

bem pelo contrário. A imprevisibilidade do sentido da mudança de estado do cliente (seu estado clínico e da sua vontade, em cada circunstância) determina a perpetuidade da busca do conhecimento, motivo pelo qual, esta enfermeira, ainda assim, sustenta o processo de ir conhecendo, ou seja, continua a dar-lhe lugar, mesmo que preveja a sua resposta (até para demonstrar respeito).

À medida que vai obtendo conhecimento, vai actuando, prestando cuidados, para responder às necessidades particulares de cuidados que já conhecia, ou continua a descobrir. Este, podendo parecer um “banal” processo de prestação de cuidados, é, contudo um processo circunstanciado, particular ou individualizado de **gerir conforto e risco** (fase subsequente a ir conhecendo o cliente). Neste, a enfermeira procura **adequar o (cuidado) corrente ao particular**, a fim de conseguir alcançar, com o cliente, um conjunto de resultados terapêuticos (Obter ganhos e acautelar prejuízos), entre os quais, o de maior conforto do cliente sem, contudo, comprometer qualquer outro resultado desejado; ou seja, vai gerir conforto e risco consoante diferentes padrões de intervenção, em resposta ao perfil de risco/desconforto percebido a cada momento. Para tal, e pela natureza altamente individual e circunstancial das necessidades particulares de cuidados, a enfermeira promove, na interacção com o cliente, estratégias várias, umas simultâneas e outras alternativas, consoante um *padrão de intervenção*.

Adequar o **(cuidado)** corrente ao particular, concretiza-se mediante o recurso a estratégias de acção/interacção diversas e complementares (embora algumas sejam mutuamente exclusivas, consoante o padrão de intervenção adoptado), ou seja, estratégias que visam objectivos distintos sob um desiderato comum (obter ganhos e acautelar prejuízos), o que na maioria dos casos, só conseguem pela simultaneidade ente elas, ou seja, pela integração de estratégias complementares.

Assim, para gerir conforto e risco, a enfermeira procura assumir **um estar confortador**: por meio de **fundar a relação** (ao evidenciar respeito: devolver poder, ao evidenciar autenticidade e ao inspirar confiança); por meio de **sintonizar-se: criar proximidade** (ao abrir canais à comunicação, criar proximidade; sintonizar emoções e aferir o comportamento, mostrar compreensão empática e ao usar-se para nutrir a relação); por meio de **nutrir a interacção: conversar para confortar** (ao conversar para confortar e ao falar com e falar para o cliente). Assumir **um estar confortador** revelou-se nuclear para o *Confortar*, pois representa, afinal, o substrato afectivo em que todas as outras estratégias de acção/interacção acontecem; é o modo de estar da enfermeira que lhe concede acesso à pessoa do outro, para de modo integrado, recorrer a outras estratégias que lhe permitam adequar a intervenção àquele cliente, sejam elas **particularizar o cuidado corrente** (ajustar o cuidado corrente; sincronizar gestos: ajudar à medida); e/ou **capacitar** o cliente (explicar; estimular o cliente; negociar a intervenção), ou ainda outras.

Simultaneamente, enquanto estas estratégias estão em curso, a enfermeira mantém uma postura avaliativa da acção, da reacção do cliente às intervenções em curso e da evolução

do estado clínico, ou seja, **entrelaça(r) o cuidado**, “fazendo e avaliando”; com este *feedback*, a enfermeira “refresca” o processo de cuidados, actualizando a informação e, em função disso, adequando ou individualizando as acções subsequentes. **Entrelaçar o cuidado** comporta assim a dimensão de avaliação. Quando a enfermeira percebe que o cliente está experimentando desconforto, avança com um conjunto específico de estratégias de acção/interacção que visam **ajudar a suportar** ou ajudar o cliente a lidar com tal experiência e a atenuá-la tanto quanto o possível: serve-se de intervenções estratégicas para lidar com múltiplos desconfortos em simultâneo, tais como implicar-se e persistir, oferecer estratégias que aliviem e tomar o pulso ao desconforto.

Em função do perfil de risco/desconforto de cliente, identificado em cada momento, a enfermeira opta por um correspondente padrão de intervenção, como modo de gerir conforto e risco. Tendo como substrato estratégias tais como **um estar confortador** e **entrelaçar o cuidado**, a enfermeira procura **particularizar o cuidado corrente** de modo a responder a um perfil de risco baixo/desconforto baixo, ou seja, adopta estratégias do padrão de intervenção *Investir no conforto e no potencial*; ou quando o perfil de risco se eleva sem que se eleve a percepção de desconforto, a enfermeira opta, frequentemente, por estratégias para **capacitar** o cliente, num padrão de *Facilitar o conforto*; e quando o desconforto se torna saliente no perfil, passará a **ajudar a suportar**, predominantemente, abandonando as estratégias de estimulação e negociação, agindo no padrão: *Aliviar o desconforto*.

O tempo, no processo de *Confortar*, é o tempo de fundar a relação, particularmente, de criar confiança, e este tempo pode ter a duração de uma interacção competente (competência integradora), que procura incessantemente o outro e lhe dá lugar, para conseguir adequar o corrente ao particular, conciliando as tensões, percebidas na interacção. Este é um tempo geralmente curto, porque curto é o internamento, o contacto persistente com a enfermeira ao longo dos dias, e curtos são os episódios de interacção, dadas as características contextuais. Mas quando este tempo é dilatado – e traz para a relação as consequências dum contacto prévio favorável –, então o tempo acrescido, torna-se útil no confortar, até porque facilita ir conhecendo a pessoa e com isso, possibilite uma mais fácil adequação da intervenção. Contudo, “já conhecer o cliente” não faz a enfermeira abdicar as estratégias para ir conhecendo e para ir entrelaçando o cuidado.

Todo este esforço de individualização da intervenção torna-se, ele próprio, confortador. Ou seja, pelo modo como que a intervenção é construída – demonstrando respeito, competência, interesse e boa vontade para com o cliente, criando assim confiança, e promovendo o envolvimento deste nos cuidados, centrando-se na sua pessoa e adequando-lhe a intervenção –, gera condições de produção de cuidados elas próprias confortadoras, porque percebidas pelo cliente como modos pelos quais a enfermeira *junta a sua força à do cliente* (conforta), modos que acabam por constituir a ajuda fortalecedora ou *a coisa ou pessoa que traz a ajuda que fortalece*. Assim, o processo de *Confortar* tem como

consequências, para o cliente, a experiência de **sentir-se confortado: a melhoria possível**.

Mas porque a experiência de conforto é relativa e transitória e também, porque o conhecimento do cliente e pela enfermeira é inacabado, estão criadas condições para que o processo de gerir conforto e risco se caracterize por ser *intencional, circunstancial, perpétuo, integrador*, e um processo de *particularização*.

Sentir-se confortado (ou experimentar conforto), constitui para o cliente uma **experiência relativa** (o conforto não constitui um estado absoluto mas gradativo) e **transitória** (de carácter passageiro, efémero) de conforto, de **natureza multi-contextual** (que beneficia simultaneamente diferentes dimensões pessoais: física, psicoespiritual, e sociocultural (Kolcaba, 2009) e ambiental. Experimentar conforto é percebido como **sentir-se confortado: sentir-se mais e melhor**, e sentir-se *mais e melhor* caracteriza-se por **sentir-se valorizado** (sentir-se bem querido, sentir afecto e suporte, sentir propósito e significado e sentir confiança), e por **ficar melhor** (ou seja obter alívio ou consolo, ganhar controlo e capacidade, obter satisfação/elevação).

Para além desta consequência (sentir-se *mais e melhor*) o cliente, quando se sente confortado, consegue **remodelar o desconforto**, ou seja, dar um sentido à própria experiência de desconforto; é capaz de **balancear ganhos e perdas, compreender a enfermeira e tolerar desconforto**, condicionando o subsequente comportamento, ou seja, modificando a percepção da sua condição, e consequentemente o apelo.

Mas o trabalho da enfermeira que deseja confortar não é fácil, linear ou pré determinado porque não é isento de tensões. Estas *tensões*, que a enfermeira procura constantemente conciliar e sem o que aparentemente não conseguirá confortar, decorrem:

- Do conflito eventual entre objectivos terapêuticos (confortar ou obter ganhos *versus* estimular para acautelar prejuízos), o que obriga a balancear os princípios da autonomia e da beneficência;
- do conflito entre a facilidade em generalizar *versus* a exigência de individualizar a intervenção, face aos imponderáveis situacionais: o ter que avançar na penumbra do conhecimento para responder ao apelo; e sustentar o propósito de confortar em condições contextuais nem sempre favorecedoras porque imprevisíveis e/ou exigentes.

Assim, (i) pela omnipresença das estratégias de procura incessante da pessoa e de adequação da intervenção ao cliente, e porque elas vivem da atenção particular a este, exigindo colocá-lo no núcleo da acção/interacção e fazer girar os cuidados em torno da pessoa cliente e (ii) pela relevância do trabalho de conciliação de tensões diversas, trabalho este que permite e viabilizar experiência de conforto no meio da adversidade, a categoria central emergente é: *Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões*.

Para além de outros conceitos relevantes definidos ao longo dos capítulos 6 e 7, constituem conceitos *major* da teoria, os seguintes:

- **Confortar** é um processo individualização da intervenção de enfermagem, na interacção com e a partir do cliente, mediante o qual a enfermeira consegue conciliar tensões emergentes, e contribuir para a experiência de conforto daquele;
- **Conforto** é o estado experimentado pelo cliente ao sentir-se confortado: ao sentir-se *mais* e melhor. Conforto foi experimentado como ficar melhor (ganhar controlo e capacidade, obter alívio: consolo e obter satisfação: elevação), ou como sentir-se valorizado pela acção da enfermeira (sentir-se bem querido, sentir afecto e suporte, sentir propósito e significado, sentir confiança). É uma experiência de fortalecimento pessoal consequente a uma mudança de estado de conforto (o sentir-se melhor) e/ou a de fortalecimento pela experiência de valorização que o processo de confortar em si mesmo representou – o sentir-se *mais*. É de natureza relativa, transitória e multi-contextual;
- **Contexto de desafio profissional** é caracterizado pela confluência de condições, quer geradoras da acção quer condicionantes desta: apelo e propósito, imprevisibilidade e tensão. Trata-se dum contexto condicional onde o sentido ou propósito profissional é desafiado pela (i) constante necessidade de cuidados do cliente; (ii) pelo propósito ou intenção na acção da enfermeira que procura satisfazer múltiplas necessidades e objectivos terapêuticos; (iii) pela imprevisibilidade das circunstâncias pessoais do cliente e dos recursos para os cuidados; (iv) pela tensão entre objectivos terapêuticos, o propósito e as condicionantes da acção;
- **Conhecendo a pessoa** é o sub-processo ou fase inicial do processo de *Confortar*, que consiste no trabalho incessante de ir procurando a pessoa do cliente para conseguir melhorar o grau de conhecimento sobre ele, mesmo que esse adquirido mais não constitua do que um conhecimento inacabado sobre a mesma;
- **Gerir conforto e risco** é o sub-processo ou fase subsequente do processo de *Confortar*, que consiste no trabalho de adequar o cuidado corrente à circunstância particular do cliente para conseguir melhorar o grau de conforto por ele experimentado ou a experiência de se sentir confortado;
- **Padrão de intervenção** é o conjunto razoavelmente fixo de estratégias de intervenção complementares ou exclusivas seleccionadas pela enfermeira em função do perfil condicional de risco/desconforto do cliente a cada momento de interacção. São eles: *Facilitar o conforto, Investir no conforto e Aliviar o desconforto*;
- **Perfil condicional de risco/desconforto** é o conjunto de características momentâneas do cliente relativas ao balanço entre o grau de risco apresentado (para complicações e regressão) e o estado de conforto/desconforto do cliente percebido pela enfermeira.

Destaco as proposições que emergiram como significativas, ou seja, o conjunto de afirmações que permitem interrelacionar os conceitos entre si:

- Confortar a pessoa idosa hospitalizada requer um trabalho de natureza processual que circula entre dois processos distintos mas complementares e quase simultâneos (ou as duas fases do processo geral de Confortar): ir conhecendo a pessoa do cliente e gerir conforto e risco;
- o processo de ir conhecendo a pessoa do cliente é condicionado – desencadeado e influenciado – por um conjunto de condições em que a enfermeira se move na direcção da pessoa, na penumbra e pelo apelo desta (condição antecedente), e em que as circunstâncias e os recursos para conhecer o cliente são imprevisíveis ;
- a procura incessante da pessoa permite, como consequência, um conhecimento inacabado;
- o conhecimento que a enfermeira consegue, mesmo sendo inacabado, retro alimenta a condição para perpetuar o trabalho de ir conhecendo e alimenta o nível e grau de conhecimento da enfermeira sobre o cliente a cada momento;
- o processo de gerir conforto e risco é condicionado – desencadeado e influenciado – por um conjunto de condições em que a enfermeira dá sentido à acção: balanceando conforto e risco (condição antecedente), e em que as condições e os recursos são exigentes para com a enfermeira, as convicções e suspeitas desta são mobilizadoras para a acção;

- a percepção da enfermeira sobre o perfil condicional de risco/desconforto determina a selecção dos padrões de intervenção a utilizar, a cada momento de interacção;
- a estratégia de entrelaçar o cuidado retroalimenta o conhecimento da enfermeira sobre a pessoa ao longo da sua intervenção; entrelaçar o conhecimento, em sede de apreciação (conhecendo a pessoa) e entrelaçar o cuidado, em sede de avaliação (gerir conforto e risco) são estratégias complementares e frequentemente indistintas;
- o adequar o cuidado corrente ao particular da circunstância do cliente proporciona a este sentir-se confortado, ou seja, experimentar uma melhoria do conforto (a melhoria possível);
- a experiência de sentir-se confortado influencia o subsequente comportamento do cliente, ou seja, modifica a percepção da sua condição e, conseqüentemente o apelo;
- a enfermeira, quando em interacção com o cliente, vai procurando incessantemente a pessoa do cliente (para o conhecer), o que alimenta as condições para adequar o cuidado corrente ao particular da circunstância pessoal deste; deste modo ao *individualizar a intervenção conciliando tensões*, consegue confortar.

Confortar: individualizar a intervenção conciliando tensões é uma teoria substantiva, dado “ter sido fundada numa área substantiva particular” (Glaser & Strauss, 1967: 79), ou por outras palavras, por referir ao estudo de um fenómeno situado num contexto situacional particular (Strauss & Corbin, 1990; 1998; Lempert, 2007).

Glaser e Strauss classificam tais teorias como substantivas ou como formais (Glaser & Strauss, 1967; Charmaz, 2006; Glaser, 2007), existindo entre elas diferenças quanto à generalidade da explicação alcançada, quanto à diversidade de contextos empíricos estudados e, conseqüentemente, quanto aos campos de possível generalização (Glaser, 2007). Aliás, as classificações habituais das teorias em grandes teorias, teorias de médio alcance e teorias específicas à situação (Meleis, 2005; Portillo & Holzemer, 2010), ou em grandes teorias, teorias de médio alcance e teorias práticas ou micro teoria (Peterson, 2009), ou ainda em grandes teorias, *meso teorias*, teorias de médio alcance ou micro teorias (Kim, 2010), que autores propõem em função do grau de abstracção e poder de generalização, são vagamente mencionadas por Glaser e Strauss. Antes, consideram que tanto as teorias substantivas quanto as formais “(...) podem ser considerados como ‘de médio alcance’; isto é, elas caem entre o nível *minor* de hipóteses de trabalho da vida do quotidiano e as ‘tudo-inclusivas’ grandes teorias (...)” (Glaser & Strauss, 1967: 32-33). Como explica Glaser (2007: 103-104) posteriormente,

a categoria central [duma teoria substantiva] pode ser algo ou muito abstracta (...) mas é ainda substantiva quanto à relevância e adequação. [A teoria formal] apenas amplia a categoria central em amplitude e profundidade para mais áreas substantivas dentro ou fora, ou através da área original. O nível de abstracção da (*grounded*) teoria formal varia e é emergente e não pode ser preconcebido. O seu grau de ‘médio alcance’ variará.

A relação entre teoria substantiva e formal dá-se, portanto, ao nível do desenvolvimento da própria teoria; do estudo sobre uma área substantiva particular decorre uma teoria substantiva, a qual, por sua vez, pode originar uma teoria formal, que emergirá naturalmente se a investigação continuar na mesma ou noutra áreas substantivas (Glaser, 2007).

Considero que os presentes achados, que apresentei sob a forma de uma teoria, constituem, tão-somente, um contributo para a construção teórica em enfermagem, sobre o

fenómeno *Confortar*. Esta ressalva prende-se não com a inconsistência ou insuficiência dos conceitos emergentes, mas antes com o grau de desenvolvimento alcançado, pelo recurso a uma única área empírica substantiva (Glaser, 2007) para o desenvolvimento do estudo.

A presente teoria cumpre a sugestão de Liehr & Smith de ser associada a uma perspectiva de enfermagem (Liehr & Smith, 1999: 90 citados por Peterson, 2009):

- Desde o interesse fundador pelo fenómeno – o confortar –, nuclear à disciplina e à profissão;
- passando pelas referências teóricas de enfermagem que constituem assunções da investigadora, passando pela teoria de Paterson & Zderad, de Kolcaba e de Morse, Havens & Wilson (1997);
- e culminando com a opção metodológica de natureza qualitativa, a meu ver, uma opção pela compreensão do que se passa no âmago do encontro e do trabalho de enfermagem, fazendo eco de Cuesta (1997) quando afirma que “uma das formas da investigação qualitativa contribuir para a enfermagem é contextualizando o trabalho do enfermeiro, descobrindo diferentes tipos de trabalho e processos no cuidado aos doentes e desenvolvendo teoria de enfermagem indutivamente”.

Estes aspectos e particularmente o facto de “(...) explicar ‘enfermagem’ enquanto classe de fenómenos próprios” (Kim, 2010: 38), confere-lhe a possibilidade de constituir uma “teoria da enfermagem” (Kim, 2010). Ou ainda, constituirá conhecimento científico de enfermagem dado existir “o compromisso do investigador com um processo metodológico consistente, que espelhe uma visão ontológica e epistemológica concordante com a ‘constituição interna ‘da Enfermagem’” (Botelho, 2009a).

Para além da descrição, da explicação e da predição como finalidades da teoria propostas por diversos autores (Glaser & Strauss, 1967; Melies, 2005; Peterson, 2009; Kim, 2010), é possível perspectivar outras utilidades para uma teoria, tais como possibilitar o desenvolvimento teórico subsequente e ser útil em aplicações práticas, provendo compreensão e a possibilidade de controlar das situações (Glaser e Strauss, 1967). Sendo uma teoria fundamentada numa realidade empírica, induzida a partir das acções/interacções/emoções dos actores em interacção – das interpretações que eles próprios fazem da sua acção ou do sentido que lhes atribuem –, permite aceder à compreensão do fenómeno em estudo.

Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões é uma teoria substantiva – uma teoria fundamentada nos dados – e, por isto, capaz de responder aos desafios supra. Assim: (i) constitui-se como um meio e uma abordagem para interpretar o comportamento humano das enfermeiras e dos clientes, na interacção de cuidados, com vista à construção de um cuidado de enfermagem percebido como confortador, quando tal interacção ocorre em contexto de cuidados agudos; (ii) permite aceder aos sentidos atribuídos pelas enfermeiras e clientes à acção mútua, possibilitando a identificação do contexto condicional, do processo e dos resultados dessa mesma acção socialmente construída. Deste modo, e pela identificação destes elementos estruturais e processuais – das estratégias que os corporizam, da sua articulação e do seu grau de efectividade – possibilita não só a compreensão do fenómeno, mas também a identificação estratégias e variáveis contextuais

úteis e reconhecíveis (pela presença, ausência ou ambiguidade) na prática de cuidados, e por isso mesmo, transferíveis para este campo. Diria que, nesta medida, esta teoria tem potencial para iluminar e guiar a prática dentro dos limites contextuais de onde emergiu, pois tratando-se duma “teoria substantiva fundada na investigação de uma área, pode ser usada para aplicação apenas nessa área específica” (Glaser, 2007: 104) e porque parece apresentar atributos – de ajustamento, compreensibilidade, generalidade e controlo – que a tornam capaz de ser aplicada na área substantiva de onde foi induzida; (iii) tem potencial para o desenvolvimento da teoria; partindo da categoria central identificada, será possível ampliá-la e transformá-la consoante se comporte noutras áreas substantivas (Glaser, 2007), contribuindo, eventualmente, para a emergência de teoria formal.

Creio, ser agora possível sustentar a seguinte tese: **o cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada, em contexto de desafio profissional, é construído através de um processo de individualização da intervenção de enfermagem, que simultaneamente possibilita conciliar as tensões em presença.**

9 – CONTRIBUTOS DA TEORIA DE CONFORTAR: INDIVIDUALIZAR A INTERVENÇÃO CONCILIANDO TENSÕES

Este capítulo apresenta a discussão dos achados do presente estudo. Sendo que os mesmos estão organizados numa teoria sobre a construção do cuidado confortador com a pessoa idosa hospitalizada – *Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões* –, realizo esta discussão estabelecendo comparações entre a teoria presente e outras teorias ou modelos que lhe estão próximos, por questões conceptuais ou por semelhança do fenómeno em estudo. Resume a reflexão sobre os achados por referência a princípios éticos, a análise do contexto condicional emergente à luz da literatura, e, questiona o conceito de conforto como definido pela CIPE.

O Modelo de interacção-relação confortadora de Morse, Havens & Wilson (1997) e a teoria do Confortar

O *Modelo de interacção-relação confortadora* (MIRC) desenvolvido por Morse, Havens & Wilson (1997), propõe a interacção entre enfermeira e cliente como um meio para estes actores negociarem e estabelecerem uma relação terapêutica desejada. O modelo apresenta três componentes: as acções de enfermagem, as acções do cliente e a relação em desenvolvimento. Está assente na interacção-relação entre aqueles, concretizada nas *acções da enfermeira* ou processos que interrelacionam: estratégias confortadoras, estilos de cuidado e padrões de relacionamento; estas *acções de enfermagem* são desencadeados em resposta às *acções do cliente*, caracterizadas por: sinais de desconforto, sinais estes agrupados em índices de *distress* e pelos padrões de relacionamento (Morse et al., 1997). Caracterizam o modelo como dinâmico, guiado pelo cliente, interactivo e dependente do contexto. Assinalam que embora o processo seja guiado por este, ambos detêm controlo, dado que embora seja a enfermeira que selecciona a estratégia ou estilo a usar, em sede de negociação, é o cliente que aquiesce e aceita o cuidado.

Neste modelo, utilizável em qualquer situação de enfermagem e para qualquer cliente de enfermagem (Morse et al., 1997), o núcleo da enfermagem é a interacção enfermeira-cliente e a relação em construção, e o propósito é tornar o paciente confortável, e por isso, todas as intervenções de enfermagem são dirigidas a tal objectivo. Isto significa incluir na rubrica do conforto todas as actividades promotoras da saúde (Morse et al., 1997).

Segundo as autoras, “as acções da enfermagem consistem em a) estratégias de conforto, tais como conversa confortadora, toque, e escuta, dirigidas ao conforto do paciente; b) os estilos de cuidado, os quais são combinações de estratégias de conforto edificados por cada enfermeira, e c) padrões de relacionamento de enfermagem, os quais são comportamentos normativos e profissionais derivados da combinação de diferentes estilos de cuidado e orientações filosóficas e éticas (...)” (Morse et al., 1997: 330). E é através destes três níveis

de acções de enfermagem que a relação enfermeira-cliente é negociada, nutrida, e desenvolvida.

Neste modelo, aquilo que antecede e justifica o recurso às estratégias para tornar o cliente confortável, são os índices de *distress* deste ou índices situacionais de desconforto; “intencionalmente ou intuitivamente, a enfermeira aprecia o cliente na procura de deixas comportamentais indicadoras de desconforto e procura factores ambientais que contribuam para o desconforto e respondem com estratégias confortadoras.” (Morse et al., 1997: 332). Em sequência, as enfermeiras continuamente verificam a eficiência e eficácias das estratégias usadas e se estas não foram eficazes, alteram-nas de imediato. Também monitorizam a reacção do cliente à interacção, enquanto actua e dá sugestões na interacção, influenciando o estilo de cuidado subsequente. Ou seja, conforme a enfermeira responde às sugestões do cliente, também este responde ao estilo de cuidado usado pela enfermeira.

O modelo faz derivar as acções do cliente do desconforto experimentado. Referem que as acções do cliente constituem meio para assinalar o desconforto (deixas comportamentais ou verbais), constituindo índices de *distress* que se conglomeram em padrões de relacionamento, que conduzem o paciente a aproximar-se e aceitar a intervenção da enfermeira, abandonando-se a esta. Reservam para o cliente um papel activo no desenvolvimento da relação, na medida em que constatarem que as suas acções influenciam a relação e proporcionam ao paciente o controlo que influencia a resposta e as subseqüentes acções da enfermeira. Por outro lado, o modo como o cliente se relaciona com a enfermeira depende da confiança que nela deposita e/ou de um grau de desconforto muito elevado.

A relação enfermeira-paciente vai evoluindo, no tempo, em função, nomeadamente das acções da enfermagem e das acções do cliente; ambas são, afinal, meios implícitos ou explícitos de negociar a relação, até a relação corresponder as necessidades de ambos (Morse, 1991). O MIRC afirma que “quando as condições dos clientes os colocam em risco para auto agressão, as acções dirigidas pela enfermeira servem para providenciar a segurança e o conforto dos doentes enquanto lhe mantêm a dignidade” (Morse et al., 1997: 337).

No modelo, o conhecimento da enfermeira sobre o cliente – no que vá para além do seu estado imediato de desconforto e *distress* – aparece difuso, pouco explicado e valorizado:

com as sucessivas interacções, a enfermeira passa a conhecer melhor o cliente, e usa-o para seleccionar estratégias e estilos de cuidado e diferentes padrões de relação. À medida que a enfermeira começa a conhecer o doente, as estratégias de conforto e estilos de cuidado tornam-se mais certeiras e são menos percebidas como sendo inapropriadas e rejeitadas pelo cliente. Confortar torna-se mais adaptado, personalizado e a prestação de cuidado mais efectiva e eficiente (...). (Morse et al., 1997: 338).

Dito assim, pode até parecer que estratégias menos efectivas podem ser confortadoras.

Comparando o MIRC e a presente teoria substantiva, destacam-se algumas semelhanças:

- Em ambas, é patente o papel activo do cliente, na medida em que na interacção, a enfermeira modela as suas acções em função do comportamento do cliente, o que permite a este deter controlo na situação de cuidados: o cuidado de conforto é dirigido pelo cliente, embora promovido pela enfermeira;
- no MIRC a relação enfermeira-cliente é negociada, nutrida, e desenvolvida, estando em constante mudança. O *Confortar* compreende precisamente o carácter nutridor da relação entre os actores (**Um estar confortador**), a possibilidade de negociação entre enfermeira e cliente face a objectivos divergentes (**Capacitar** o cliente), e também a característica da relação entre eles ser dinâmica e mutável (ao longo da interacção e em sucessivas interacções): na medida em que a enfermeira vai conhecendo o cliente e em consequência, vai redesenhando o processo de **gerir conforto e risco**, e também, porque os resultados obtidos (**Sentir-se confortado: A melhoria possível**) têm carácter relativo e transitório;
- em ambos, o processo é dinâmico e constantemente avaliado e reformulado de modo a conseguir o melhor nível de conforto para o cliente.

Porém, vários aspectos surgem divergentes, ou pelos não comparáveis (por falta de informação sobre o MIRC) entre as duas propostas de intervenção de enfermagem confortadora:

- O MIRC refere-se a estratégias de conforto, estilos de cuidado e padrões de relação da enfermeira, apresentando estes constructos um elevado nível de abstracção, decorrente do qual, se perde a objectividade sobre a real acção concretamente confortadora;
- aquele modelo é centrado no desconforto e *distress* do cliente, em função do qual giram todas as acções da enfermagem. No presente estudo, muitas das estratégias da enfermeira que visam confortar decorrem da resposta individualizada às necessidades particulares de cuidados do cliente e não necessariamente dum quadro de desconforto actual. Trata-se dum processo primariamente pro-activo e não exclusivamente reactivo por parte da enfermeira: são estratégias confortadoras, por exemplo, **um estar confortador**, e **particularizar o cuidado corrente**, e ambas constituem o padrão *Facilitar o conforto*, emergente quando a enfermeira percepção desconforto reduzido ou haver um estado aparente de conforto. Por outras palavras, existem outras formas de apelo do cliente que despoletam a intervenção da enfermeira, para além dos sinais de desconforto e *distress*, como por exemplo, uma sugestão, uma decisão por parte do cliente, uma insinuação nos cuidados, ou até mesmo, uma pista intuída pela enfermeira a partir de dados indirectos;
- o MIRC propõe que uns dos elementos das acções da enfermagem são os *padrões de relacionamento*. Apresentam-nos vagamente, relacionando-os ora com a pessoa da enfermeira ora com os diferentes contextos de cuidados, para os quais tenderiam a ser específicos. No presente estudo, os padrões de interacção emergentes são de outra natureza, e referem-se a conjunto de estratégias de acção/interacção preferencialmente utilizadas pela enfermeira em função do perfil individual de conforto e risco do cliente, a

cada momento (subcapítulo 6.2.2); estes padrões de interacção estão relacionados com a condição relativa e balanceada de conforto desconforto e maior ou menor risco de complicações clínicas ou de dependência, a agressão à integridade e a falta de autonomia, e são portanto, conjuntos individualizados e actualizados de estratégias para gerir conforto e risco;

– o MIRC valoriza a estratégia de avaliação constante dos resultados obtidos e só fugazmente alude ao conhecimento da enfermeira sobre o cliente, não explicando como isso acontece no processo, para além de que “a enfermeira lê o cliente” (Morse et al., 1997: 339) usando para tal a intuição e as pistas dadas pelo paciente. Contrariamente, *Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões* não está dissociado, pelo contrário, assenta no processo perpétuo de ir **conhecendo a pessoa** e também na estratégia de **entrelaçar o cuidado**, uma estratégia de avaliação constante dos resultados obtidos pelo processo de gerir conforto e risco. Através destes conjuntos de estratégias a enfermeira consegue aumentar e actualizar o conhecimento sobre a pessoa do cliente – um conhecimento inacabado – mas indispensável à individualização da intervenção, chave para o cuidado confortador;

– no MIRC todas as intervenções de enfermagem são dirigidas ao objectivo de tornar o doente confortável e isto inclui todas as intervenções promotoras da saúde. Na teoria agora proposta, todas as intervenções de enfermagem são dirigidas ao objectivo de tornar o doente confortável e simultaneamente, acautelar prejuízos para a saúde e desenvolvimento. O conforto emerge como um valor muitíssimo importante para a enfermeira, porém, não o único que importa salvaguardar através do cuidado de enfermagem;

– aquele *modelo de interacção-relação* aparentemente, não considera a dimensão da prevenção sistemática de riscos inerentes à condição de saúde e hospitalização (o **acautelar prejuízos** concomitante com o **obter ganhos**), nem explica como compaginar necessidades competitivas entre si, particularmente no cuidado à pessoa idosa, e as suas múltiplas exigências em contexto de hospitalização. Fala-nos de que a relação de confortar é dirigida pelo doente e seu desconforto e que “em situações excepcionais (...) por exemplo, quando as condições dos doentes os colocam em risco para auto agressão, as acções dirigidas pela enfermeira servem para providenciar a segurança e o conforto dos doentes enquanto lhe mantêm a dignidade”. Neste modelo, a pro-actividade da enfermeira face ao risco do cliente fica relegada para situações excepcionais, enquanto na teoria do *Confortar*, tal papel é muito mais frequente, sem contudo, desprezar a sua vertente confortadora, ou seja, sem que a iniciativa da enfermeira surja como imposta ou agressiva, antes como um modo de **capacitar** o cliente e/ou de **particularizar o cuidado corrente**;

– finalmente, uma divergência assinalável decorre do facto de que na teoria do *Confortar*, a *individualização conciliadora* é central; o que conforta o cliente é sentir que a(s) intervenção(ões) da enfermeira lhe são particularmente dirigidas a si, pessoa cuja experiência importa e é constantemente procurada e tida em consideração na interacção de

cuidado, pela enfermeira. Enquanto isto, no MIRC é feita apenas uma alusão à *chave para providenciar cuidados centrados no doente*: “a versatilidade e adaptabilidade da enfermeira” (Morse et al., 1997: 339); contudo, as autoras não explicam esta ideia nem a articulam enquanto componente do modelo.

Teoria do Conforto de Kolcaba (2003; 2009) e a teoria do Confortar

A Teoria do Conforto define o conforto como “a experiência imediata de ser fortalecido através da satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência, nos quatro contextos (físico, psicoespiritual, social e ambiental)” (Dowd, 2004: 485; Kolcaba, 2003: 14; ver também Kolcaba, 1997; Kolcaba & Steiner, 2000). A esta definição acresce, posteriormente: ao contexto social a componente cultural (contexto sociocultural, portanto); e ainda, para finalizar, completa a definição com a ideia de conforto é como supra definido e “(...); muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos” (Kolcaba, 2009: 254). Compreende o conforto como um estado holístico, complexo (Kolcaba, 2003) e um resultado imediato, altruístico e centrado do paciente (Kolcaba, 2009). Para além disto, considera-o um estado provavelmente incompleto, quando afirma que “se um doente experimenta conforto em cada aspecto do conforto ou célula (da estrutura taxionómica), podemos dizer que ele está confortável. Contudo, tal estado pode ser raro em situações de cuidados stressantes, onde as necessidades de conforto são elevadas. Então o objectivo do cuidado de saúde é aumentar o conforto (...)” (Kolcaba, 2003: 16-17).

Define as necessidades de conforto como “necessidades de conforto específicas que surgem em situações de cuidados de saúde” (Dowd, 2004; Kolcaba, 2003); posteriormente, clarifica este aspecto, passando a defini-las como “o desejo de ou o défice no alívio/tranquilidade/transcendência, do paciente ou famílias, nos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental da experiência humana” (Kolcaba, 2009: 254).

Na Teoria do Conforto, os comportamentos dirigidos à saúde empreendidos pelo cliente podem ser: uma morte serena, internos (a nível celular ou orgânico, são movimentos fisiológicos em direcção à cura), ou externos (comportamentos observáveis como deambulação, auto cuidado, adesão ao regime terapêutico, estado funcional melhorado, resposta ou empenho melhorado no tratamento) (Kolcaba, 2003).

Ressalvando que as duas teorias em discussão se reportam a fenómenos distintos – o conforto e o confortar; ainda assim é possível compará-las naquilo que têm em comum, dada a natural relação entre os fenómenos teorizados. A assunção de Kolcaba de que o conforto é um estado holístico desejável que é adequado à disciplina de enfermagem, constituiu, também para mim, um pressuposto e um dos motivos pessoais para encetar este estudo.

Considerando o conceito de conforto proposto por Kolcaba e comparando-o com os achados conceptualizados em **Sentir-se confortado: A melhoria possível**, pode afirmar-se que a experiência de sentir-se confortado confirma aquela teoria na medida em que as

necessidades de conforto manifestadas foram de alívio (por exemplo, em Obter alívio/consolo), tranquilidade (Obter satisfação/elevação), e transcendência (Ganhar controlo e capacidade), tal como são enunciadas. Aquelas necessidades foram experimentadas nos diferentes contextos da experiência humana: físico: (Ficar aliviado); sociocultural (sentir-se protegido, respeitado e acarinhado); psicoespiritual (ganhar controlo e capacidade). Ou seja, também estes achados confirmam a natureza holística, complexa e relativa da experiência de conforto.

O cliente idoso hospitalizado, face a estímulos complexos (decorrentes da condição de saúde-doença, hospitalização, tratamento e cuidados), apresentou respostas humanas holísticas. Por exemplo, quando um cliente idoso, confinado ao leito e com elevada fadiga, após um banho no leito (estímulo), refere que se sente “*consolidado [e explica que o banho soube bem mas que a temperatura da água não estava ao seu agrado], mas que o que importa é ficar lavado e não cheirar mal às outras pessoas*”, está afinal a dar testemunho da natureza global da experiência humana, e nesta, da experiência de conforto. Para além disto, e de acordo com a perspectiva teórica em análise, “muitos desconfortos físicos e mentais podem ser experimentados em condições clínicas em que a dor é mínima” (Kolcaba & Steiner, 2000: 47), ou seja, a experiência de conforto (num continuo conforto-desconforto) é holística ao interessar diferentes aspectos da natureza humana do cliente, e é complexa, ao poder compreender diferentes experiências simultâneas que contribuem para um estado dinâmico e altamente subjectivo. **Sentir-se confortado: A melhoria possível** esteve frequentemente para além da dor ou de qualquer desconforto físico.

O pressuposto daquela autora, que afirma que os seres humanos esforçam-se activamente para satisfazer as suas necessidades de conforto ou para que lhas satisfaçam, subjaz, afinal, à condição antecedente de ir conhecendo a pessoa, ou seja, a **mover-se na penumbra e pelo apelo**. O **apelo** constitui afinal essa procura, sob qualquer forma, por parte do cliente, o qual a enfermeira reconhece.

Segundo a Teoria do Conforto, a enfermeira preocupa-se e ocupa-se do conforto do cliente e que este, ao experimentar conforto (resultado imediato), se sente motivado a adoptar comportamentos dirigidos à saúde (resultado posterior desejado), os quais, por sua vez, terão impacto no estado de conforto. Não fica claro naquela teoria o que acontece quando estes comportamentos exigem adiar o conforto (ou um certo grau dele), ou como se compatibilizam estes dois aspectos ou experiências, que se sabe poderem ser conflituantes para a pessoa. Aquela teoria não explica como é que cliente e enfermeira concordam sobre os comportamentos dirigidos à saúde desejáveis e realistas. Isto, na actual teoria do *Confortar*, é conseguido através de estratégias de capacitar o cliente, suportadas por outras que criam o ambiente relacional adequado a que o cliente confie do na enfermeira.

Numa nota de alguma divergência, na teoria do *Confortar*, a enfermeira não se preocupa nem ocupa apenas com o ajudar a suprir as necessidades de conforto, mas também com a identificação e gestão preventiva dos riscos de que o cliente é portador. Isto conduz a que a

enfermeira antecipe os comportamentos dirigidos à saúde desejáveis, para os quais procura **capacitar** o cliente. Tal pode significar, a curto prazo que, pelo investimento em tais estratégias, o cliente seja convidado a prescindir duma parte do conforto mais imediato, a fim de investir na prevenção de prejuízos para a saúde. Aqui, contrariamente ao defendido pela Teoria do Conforto, os comportamentos dirigidos à saúde nem sempre decorrem da experiência prévia de conforto do cliente, podendo ser suscitados pela enfermeira e podendo também surgir enquanto resultado concomitante com a experiência de se sentir confortado. Em situações alternativas (e não confortadoras), se o comportamento dirigido à saúde for imposto, a experiência de conforto poderá não ser prévia nem posterior a estes.

Mas tal como a Teoria do Conforto postula, a enfermeira que deseja confortar não desampara o cliente, até porque tem uma compreensão ou uma perspectiva holística do conforto. Pelo contrário, sabendo que determinada intervenção de enfermagem tem potencial para, de algum modo, desconfortar o cliente, adopta, a montante desta (por vezes, nas interacções anteriores) e simultaneamente com ela, outras estratégias confortadoras – ao **particularizar o cuidado corrente, ajudando à medida** e ao **capacitar** o cliente recorrendo a **um estar confortador** – de modo a compensar ou diluir algum desconforto induzido ao procurar acautelar prejuízos. Talvez por isto mesmo, o cliente que foi estimulado, capacitado para adoptar um comportamento que minimize os riscos para a saúde, não deixou de se sentir confortado. Ou seja, alguns comportamentos dirigidos à saúde vão surgindo ao longo do processo de confortar e vão-no integrando, em reciprocidade com a experiência de conforto.

Este movimento da enfermeira em direcção aos riscos percebidos na situação do cliente, procurando minimizá-los, enquanto simultaneamente, procura confortar ou minimizar o desconforto induzido, representa afinal, uma das tensões que urge conciliar no contexto dos cuidados agudos à pessoa idosa. Ou seja, aquilo que na Teoria do conforto aparece como uma relação linear, directa e biunívoca entre conforto e comportamentos dirigidos à saúde, surge na teoria do *Confortar* como uma relação complexa, que envolve activamente a enfermeira, não só no papel “simples” de melhorar o conforto, mas antes, num trabalho pro-activo de estimular e capacitar para os tais comportamentos sem descorar o conforto do cliente. Mesmo quando refere a existência de variáveis intervenientes, nomeadamente a condição médica e psicológica do cliente, que afectam os planos e as intervenções de conforto (Kolcaba, 2009), não deixa claro o que isso implica para o trabalho de confortar realizado pela enfermeira.

Assim, considerando os achados, é possível corroborar aquela teoria no que respeita à presença destes dois tipos de resultado: o conforto e os comportamentos dirigidos à saúde. No presente, ao **ganhar controlo e capacidade** (uma das características de **Sentir-se confortado**), o cliente refere uma dupla experiência: a de se sentir confortado quando a enfermeira possibilitou que participasse no cuidado próprio, soubesse mais, pudesse decidir. Ou seja, poder cuidar de si, da sua vida, fazendo aquilo que considera ser desejável e um

“bom sinal” (o que aqui assumo como uma forma de comportamento dirigido à saúde por ser um modo de auto cuidado e/ou de envolvimento no tratamento), surge, neste estudo, como uma consequência do trabalho de confortar, que o cliente sente como confortador. Ou seja, responderia a Dowd, quando questiona qual dos resultados ou variáveis ocorre primeiro (Dowd, 2004: 490), que aparentemente, comportamentos dirigidos à saúde e conforto ocorreram como experiências simultâneas e interdependentes.

O cuidado de conforto é, para Kolcaba, um processo e um correlativo resultado, “uma arte³⁶ de enfermagem que compreende o processo de confortar desenvolvido por uma enfermeira a um doente e o resultado de conforto aumentado” (Kolcaba, 2003: 132). Tal exige a apreciação das necessidades de conforto (totais) do paciente, o desenho e implementação de intervenções para satisfazer tais necessidades (quando não satisfeita pelo próprio ou pelo seu sistema de suporte), a avaliação de quão efectivas tais medidas ou intervenções foram, e se não o foram, a modificação das mesmas. Mas, para esta autora “confortar pode também ser um processo quando as acções são dirigidas a confortar mesmo quando as variáveis de intervenção comprometem o objectivo desejado de conforto aumentado ou se o conforto não está a ser medido de modo a determinar se ele foi aumentado” (Kolcaba, 2003: 25). Pelos achados actuais, o processo de *Confortar* apresenta semelhanças estruturais com o cuidado de conforto, tal como aquela autora o define. As diferentes e simultâneas necessidades de conforto (e não só) do cliente são apreciadas através do processo de ir conhecendo a pessoa. Em face do que conhece, desenha e implementada estratégias para satisfazer as necessidades e particularidades conhecidas, dando a enfermeira, margem à satisfação pelo próprio cliente (quando este o deseja e na medida em que o pode fazer). O resultado dessas estratégias é avaliado à medida que ocorrem – de modo entrelaçado –, embora o sejam sem recurso a instrumentos de medição, mas antes, através dos dados subjectivos percebidos pela enfermeira e pela percepção avaliativa do próprio cliente, que esta sistematicamente confere. Contudo, se na Teoria do Conforto o processo é iniciado pela enfermeira depois da apreciação das necessidades de conforto (Dowd, 2004; Kocaba, 2003, 2006), na presente teoria, o processo de confortar é, em grande medida, despoletado pelo cliente na medida em que apela ou de alguma forma, solicita a atenção e ajuda da enfermeira, que então, em resposta a isto, desencadeia a gestão do conforto e risco.

Para aquela autora o cuidado de conforto apresenta diversas componentes: é uma intervenção apropriada e atempada e uma técnica pro-activa, interactiva e criativa; um modo de prestação onde sobressai cuidado e empatia; tem subjacente a intenção de confortar; e confortar é uma habilidade não técnica (Kolcaba, 2003). Expande a sua teoria para sublinhar que as componentes expressas se “baseiam numa profunda compreensão da história

³⁶ Cuidado de conforto enquanto arte de enfermagem, o que Kolcaba não define nem explica. Contudo, é possível aceder a um possível sentido para esta posição, se considerarmos a perspectiva de Finggeld-Connett sobre a arte de enfermagem enquanto “o uso e adaptação com perícia dos conhecimentos empírico e metafísico e valores. É centrada na relação e envolve o adaptar com sensibilidade o cuidado para responder às necessidades dos pacientes individuais. Face à incerteza, a criatividade é empregue de modo discricionário. A arte de enfermagem promove uma pratica beneficente e resulta na melhoria do bem-estar mental e físico junto dos pacientes” (Finggeld-Connett, 2008: 383).

médica do paciente e dos problemas médicos correntes” (Kolcaba, 2009: 254). Acrescenta a estes componentes a ideia de que “promover o conforto requer a administração de medidas de conforto de um modo cuidador (...). Então, cuidar é um componente essencial do conforto do paciente; e o paciente poderá não ficar confortável se a enfermeira actuar de maneira não cuidadora (*uncaring*)” (Kolcaba, 2003: 36), ou seja, para esta autora, aparentemente, as medidas de conforto são “algo que se faz” de um modo que demonstre cuidado, condição indispensável para que tais medidas confortem.

Embora a teoria do *Confortar* confirme grandemente os componentes enunciados por Kolcaba, não subscreve completamente a ideia daquela autora. Assim, também em *Confortar*, os componentes referidos emergiram como elementos salientes: (i) a intervenção apropriada é aquela que é individualizada e acertada às múltiplas necessidades num determinado momento, ou seja, a intervenção que conforta é contextualizada; (ii) assenta num modo de estar confortador, que funda a relação na confiança e no respeito, que a nutre através da afabilidade e da conversação que procura confortar, e que cria proximidade a partir da compreensão empática – num modo cuidador –, transmitindo mensagens que o cliente interpreta como demonstrativas de atenção e interesse (cuidado) pela sua pessoa naquela que é a sua experiência; (iii) a intenção de confortar esteve consistentemente subjacente à acção da enfermeira conferindo-lhe sentido, orientando-a para a obtenção de resultados terapêuticos, enquanto a pro-actividade e a criatividade foram elementos presentes e transversais aos processos quer de ir conhecendo a pessoa quer de gerir conforto e risco, e sem os quais não teria sido possível individualizar a intervenção e conciliar tensões de modo a promover conforto, em situações de enfermagem em que, muitas das vezes, o apelo foi silencioso ou apenas implícito. Apesar das convergências assinaladas, ressalvo que o *Confortar*, como neste estudo emergiu, coincidiu com o mostrar cuidado (um estar confortador: mostrar atenção, interesse, preocupação), mas mais do que isso, não existiu outro confortar que não fosse este (o que revelou cuidado). Quero dizer, que, contrariamente ao que Kolcaba afirma – que “promover o conforto requer a administração de medidas de conforto de um modo cuidador (...)” –, promover o conforto ou confortar requer administrar, de modo particular (individualizado), intervenções de enfermagem que demonstrem cuidado. Dada a natureza do cuidado confortador – inespecífico e individualizado –, não existem medidas ou cuidados de conforto, que não sejam as intervenções correntes, administradas de modo individualizado – revelador de cuidado –, o que as tornou confortadoras. Assim, as “intervenções ou cuidados de conforto”, medidas ou intervenções supostamente confortadoras, tradicionalmente consideradas com poder intrínseco e independente para confortar, serão um mito se não forem administradas com manifestação de cuidado. Confortar requer, assim, manifestar cuidado e manifestá-lo não apenas pela afabilidade, cortesia, mas obrigatoriamente, pela individualização (pela atenção e preocupação e interesse pelo que é particular ao cliente).

O segredo de confortar esteve afinal, em conseguir fazer de modo particular aquilo que é inespecífico (e até aparentemente rotineiro), o que pressupõe, por certo, criatividade por parte da enfermeira, entendendo-a como o poder potencial para criar, para inventar, ou mesmo como a capacidade para “(...) *mobilizar* de uma forma diferente o *que aparentemente parece banal e quotidiano*” (Collière, 2003: 25), ou como “fazer algo pela primeira vez ou criar novo conhecimento” (Woodman et al., 1993, citados por Gilmartin, 1999: 1). Na interacção enfermeira-cliente, a criatividade foi elemento essencial na construção duma intervenção individualizada: centrada na pessoa, quer nas suas referências (preferências, valores, hábitos), quer nos potenciais problemas (riscos) decorrentes do entrecruzamento dos pólos fundamentais que originam a situação de cuidados: a pessoa e a sua história, a doença e suas repercussões e o seu meio social e ambiental (Collière, 1999; 2003). A enfermeira confortou na medida em que imprimiu aos cuidados uma dinâmica criadora de algo diferente para aquela pessoa – uma resposta individualizada e satisfatória para o cliente – mesmo que tendo entre mãos cuidados correntes ou quotidianos, os quais foi capaz de transformar em “*cuidados que estimulam a vida e que são uma obra de criação.*” (Collière, 1999: 25), percebida pelo beneficiário como uma experiência de conforto. Na medida em que torna particular a resposta em cuidados para um cliente, a enfermeira faz algo pela primeira vez; ou seja, quando o produto do processo de cuidados constitui uma resposta particular, então, tal processo conteve elementos de criatividade que permitiram construir algo diferente, original, algo que ainda não tinha sido feito até então. E será por isto, creio, que aquela autora denomina o cuidado de conforto como uma arte de enfermagem (Finggeld-Connett, 2008).

Aquela teoria descreve uma prática centrada no doente, que “permite às enfermeiras praticarem com padrões de eficiência, individualizados e holísticos” (Dowd, 2004: 492), e focaliza o conforto como resultado de medidas de conforto ou intervenções de enfermagem desenhadas para abordar necessidades de conforto específico das pessoas (Kolcaba, 2003; Dowd, 2004). Enuncia três tipos de intervenções de conforto:

- (i) Medidas de conforto técnicas: intervenções desenhadas para manter a homeostase e manejar a dor (...);
 - (ii) *coaching*: medida de conforto desenhada para aliviar ansiedade, providenciar segurança e informação, instilar esperança, escutar, e ajudar o planeamento realista da recuperação, integração, ou morte (...);
 - e (iii) *alimento confortador para a alma*: são medidas de conforto que são inesperadas pelo doente no dia-a-dia, mas são muito bem vindas por representarem a tradição e o cuidado básico de enfermagem. Estas medidas de conforto fazem com que o doente se sinta fortalecido num modo intangível e personalizado (...)
- (Kolcaba, 2003: 84-86).

Enquanto isto, na presente teoria do *Confortar*, emergiu como conceito nuclear a individualização da intervenção da enfermeira. Esta individualização – expressão da centralidade da pessoa no cuidado de enfermagem – não esteve vocacionada à exclusiva preservação das referências do cliente (preferências, valores e hábitos), mas antes, e levando-os em consideração, esteve norteadas à consecução de objectivos terapêuticos concomitantes – conforto e prevenção de complicações/controlo dos riscos contextualizados àquela pessoa, naquela situação de enfermagem. Fazendo justiça à teoria de Kolcaba, e

sabendo que alude à necessidade de considerar as variáveis intervenientes no cuidado de conforto, pode supor-se que, implicitamente, a autora considera nestas necessidades o controlo de complicações/controlo dos riscos, pelo menos quando alude às medidas de conforto técnicas, explicando que se destinam a ajudar o doente a manter ou a recuperar a função fisiológica e conforto. Isto parece ser reforçado pela ideia de que as variáveis intervenientes (nomeadamente a condição clínica e psicológica) podem fazer alterar as intervenções planeadas para confortar (Kolcaba, 2009). Assim, é de pressupor que a menção a este tipo de variáveis a serem consideradas pela enfermeira, tenha em vista a prevenção de complicações e o ajuste das intervenções. Porém, estes aspectos continuam a não ser explícitos naquela teoria.

Quanto às medidas ou intervenções de conforto propostas por Kolcaba, realço que os três tipos estão presentes nos actuais achados – por exemplo, em (i) **ajudar a suportar** e em **entrelaçar o cuidado**, (ii) em **conversar para confortar** e em **capacitar** o cliente e (iii) e em **ajustar o cuidado corrente** e em **um estar confortador** –, contudo, aquelas que foram designadas de alimento para a alma, surgem nos dados deste estudo sob formas discretas – massagem, a atenção a “pormenores” que, segundo o cliente fazem a diferença, isto é, contribuem para que se “sinta fortalecido num modo intangível e personalizado” (Kolcaba, 2003: 86), no caso, para se **sentir confortado: Sentir-se mais e melhor**.

Completando a ideia expressa por aquela autora, o confortar, neste estudo, revelou-se como uma competência não puramente instrumental (técnica), exclusivamente, mas antes, uma de natureza complexa, simultaneamente relacional e instrumental (cuidado integrador), em que o conhecimento dos aspectos relativos à doença e ao tratamento não foi irrelevante, antes pelo contrário, indispensável para confortar acautelando prejuízos para o cliente.

Destaco ainda um ponto em que me permito discordar de Kolcaba (2003: 133): ela afirma que o “cuidado de conforto é simples e intuitivo para aprender e praticar porque, independentemente do *background*, estamos familiarizados com as nossas próprias necessidades de conforto (...)”. Considero que o “cuidado de conforto” construído no processo de *Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões*, por ser *circunstancial, provisório, inespecífico, integrador, paradoxal, de compromisso, individualizado e complexo* (subcapítulo 5.2), não é simples nem intuitivo.

Este não é um cuidado simples, dada: a diversidade, simultaneidade e dinamismo das variáveis em situação (pessoais, clínicas, contextuais); ser um processo interactivo vivido em condições de desigualdade de poder socialmente reconhecido entre as partes e de vulnerabilidade acrescida do cliente; exigir a integração de competências cognitivas, relacionais e instrumentais (que não excluam a intuição e a criatividade); e requerer o alinhamento ético-deontológico da enfermeira, essencial para a percepção do cliente enquanto pessoa singular e global, autónoma e digna de acção beneficente, num contexto de desafio profissional. Assim, o cuidador confortador, não é simples, mas antes, complexo.

A Teoria do cuidar de Swanson (1991; 1993) e outras perspectivas teóricas sobre o cuidar, e a teoria do Confortar

Considero agora a *teoria do cuidar* de Swanson (1991; 1993) gerada a partir de estudos fenomenológicos com mulheres em período de puerpério, para a comparar com a teoria substantiva do *Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões*.

Para esta autora, a enfermagem “é cuidado esclarecido para o bem-estar dos outros” (Swanson, 1993: 352), onde o bem-estar é definido como nível ótimo de viver ou como “viver num tal estado em que cada um se sente integrado e implicado em viver e morrer” (Swanson, 1993: 353), sendo apresentado como sinónimo de saúde, ou o que se atinge através do processo de cura. Quanto ao cuidar, é definido como “modo nutridor (ou produtor de crescimento e saúde) de se relacionar (que ocorre no relacionamento) com um outro valorizado (a pessoa cuidada tem importância) em relação ao qual se tem um sentimento pessoal (individualizado e íntimo) de compromisso (vínculo ou obrigação moral, compromisso ou acordo, ou paixão) e responsabilidade (responsabilidade e dever).” (Swanson, 1991, 1993: 354).

Na teoria do cuidar *manter a crença*, representa a orientação para o cuidar, estando na sua origem. Trata-se de “uma crença fundamental nas pessoas e nas suas capacidades para construir através dos eventos e transições e enfrentar um futuro com significado (...) é a partir desta instância que as enfermeiras definem o que importa e em que sentido endereçar os cuidados.” (Swanson, 1993: 354). Afirma afinal, que *manter a crença*, ou o conjunto das atitudes filosóficas relacionadas com as pessoas (em geral) e com o cliente concreto (especificamente), se constitui antecedente do cuidar.

Na teoria do *Confortar*, tais antecedentes estão presentes no contexto condicional de desafio profissional. Ao **mover-se na penumbra e pelo apelo**, a enfermeira interessa-se pela a pessoa (cliente), valoriza-a bem como às suas necessidades, mesmo conhecendo pouco. Porque se interessa pela pessoa e lho manifesta, a sua presença e a sua acção é interpretada como um apelo à intervenção confortadora da enfermeira. Ao considerar o confortar como um dever e ao experimentar reversibilidade com o cliente, a enfermeira alavanca a sua acção na consideração pela pessoa (**dar sentido à acção: Balancear conforto e risco**).

Para além destes aspectos em que as duas teorias confluem, também a crença nas capacidades dos clientes está presente nos achados; para a enfermeira que conforta, a pessoa idosa hospitalizada tem capacidades, vontade e dignidade próprias, que importa respeitar e desenvolver (**convicções mobilizadoras**). Assim, as condições antecedentes e algumas das condições de intervenção de *Confortar* representam, no presente, o conjunto das atitudes filosóficas relacionadas com as pessoas e com o cliente concreto, e fazem despoletar a acção de confortar.

Para *cuidar*, a enfermeira precisa *conhecer* – ter uma “compreensão informada sobre a condição clínica (no geral) e sobre a situação e o cliente (em particular). Segundo aquela

autora, conhecer é esforçar-se por compreender os acontecimentos como eles fazem sentido na vida do outro; envolve evitar pressuposições, centrar-se no outro que é cuidado, apreciação meticulosa de todos os aspectos da condição e realidade do outro e, envolver o *self* da enfermeira e do cliente numa transacção de cuidado. É o *conhecer* o cliente que “semeia o potencial para as terapêuticas de enfermagem de estar com, fazer por e capacitar para serem percebidas como relevantes e, finalmente, efectivas na promoção do bem-estar” (Swanson, 1993: 355).

Na teoria do *Confortar*, a categoria **conhecendo a pessoa** do cliente reporta-se igualmente ao carácter indispensável e fundador do conhecimento sobre a pessoa. Também aqui a enfermeira, por via de diversas estratégias de acção/interacção, consegue ir percebendo a condição do cliente, e ir aproximando-se das suas necessidades particulares de cuidados, o que lhe permite integrar o conhecimento a mobilizar para desenhar toda a intervenção subsequente, e assim, confortar. Tal como para cuidar, ter conhecimento sobre o cliente, é indispensável ao confortar, e por esta razão, a enfermeira **procura(r) incessantemente o outro** para o ir conhecendo. Igualmente, as convicções da enfermeira, no caso, sobre os clientes, são sopesadas de modo a que algum ideia preconcebida sobre os idosos seja suspensa e avaliada individualmente, e em função desse conhecimento (ainda que inacabado), se torne mobilizadora para a acção, em vez de paralisante. O processo de ir conhecendo a pessoa é assim uma característica dos cuidados individualizados ou centrados na pessoa e, simultaneamente uma sua condição. Emergiu ainda dos dados, o envolvimento da enfermeira no esforço para conhecer o cliente. O seu modo de ir **conhecendo a pessoa** integra-se no processo de *Confortar*, precisamente porque ela está de **modo confortador** no trabalho de **procurar incessantemente o outro**. Conhecer algo do cliente – o que lhe permite ir ao seu encontro e por isso confortá-lo –, também aqui, semeia o potencial terapêutico para a intervenção subsequente, ou seja, continuar o processo de ir conhecendo e encetar o processo de gerir conforto e risco, que como ficou expresso, conduz à experiência do cliente **sentir-se confortado: A melhoria possível**.

Para *cuidar*, a enfermeira adopta um modo de estar – *estar com* – atento, disponível para ajudar, sensível à experiência do cliente e, assim, transmissor duma mensagem sobre a sua importância para a enfermeira – uma mensagem percebida como cuidado. Para Swanson, “em muitas situações estar com o outro é simplesmente dar da sua pessoa e fazê-lo de tal maneira que a pessoa cuidada percebe o compromisso, preocupação e atenção pessoal daquele que cuida” (Swanson, 1993: 355). Semelhantemente, na presente teoria substantiva o modo de estar da enfermeira na interacção de cuidados, está contido na categoria **um estar confortador**: afinal, a enfermeira quando usa estratégias para **fundar e nutrir a relação** e para **sintonizar-se: Criar proximidade**, usa a sua pessoa para comunicar isso mesmo, ou seja, que “está lá com” o seu cliente, disponível, fidedigna, afável, preocupada com o seu conforto e recuperação, interessada na pessoa que tem perante si, no seu conforto, nas suas necessidades. Procura estar de um tal modo que através deste consiga,

por um lado, obter subsídios para ir conhecendo a pessoa e por outro, simultaneamente, ir passando uma mensagem de atenção interesse e disponibilidade que promova a tranquilização do cliente, ou seja, possibilite por si, confortar e criar condições relacionais para desenvolver outras estratégias que, neste ambiente, lhe soam confortadoras.

Fazer por, é uma das acções terapêuticas propostas na teoria do cuidar. É “fazer pelo outro o que ele faria por si próprio se isso fosse possível”. Envolve acções da parte da enfermeira que são realizadas com vista ao bem-estar do cliente a longo prazo (...) [ao *fazer por*] a enfermeira age para preservar a totalidade ou integridade do outro” (Swanson, 1993: 356). As dimensões deste processo, são para Swanson, o confortar, o antecipar as suas necessidades, desempenhar competente e habilidosamente, proteger o outro da ameaça e preservar a dignidade daquele por quem se faz algo. Ou seja, para *fazer por*, a enfermeira precisa balancear entre, em que medida fazer algo em substituição da pessoa, e em que medida facilitar o desejo desta (Swanson, 1993: 356).

À luz do processo de *Confortar* tal com emergiu dos dados, pode afirmar-se que aquela autora tem do confortar (que não define), uma perspectiva aparentemente redutora, na medida em que a acção terapêutica *confortar* é um modos de *fazer por* no processo de cuidar, a par outros tais como, antecipar necessidades, desempenhar com competência e habilidade, proteger o outro da ameaça e preservar a dignidade do outro, mas constituindo modos independentes entre si.

De modo mais abrangente, *Confortar*, no presente estudo, emergiu como um processo complexo que encerra em si todos essas componentes: implica estratégias de antecipação (**ajustar o cuidado corrente**), de demonstração de competência (**inspirar confiança**), de protecção e salvaguarda da integridade, da saúde, da independência do cliente (**dar lugar à pessoa, evidenciar respeito e capacitar**), que permitam **obter ganhos e acautelar prejuízos**, nomeadamente, ao **evitar dependência e regressão** (contrariando a dependência, a agressão à integridade e a falta de autonomia) e ao **evitar involução e complicações**. Ou seja, o processo de *Confortar* contém em si, estratégias de *fazer por* (Swanson, 1993) no sentido de fazer à medida das necessidades e capacidades do cliente (**sincronizar gestos: ajudar à medida**), precisamente com vista a melhorar o conforto sem descorar a preservação da independência e integridade.

Na teoria do cuidar, um outro conjunto de acções terapêuticas é condensado no processo de *Capacitar*, que aquela autora resume ao afirmar que as acções de enfermagem tratam de capacitar os outros para a prática do autocuidado (Swanson, 1993). Inclui, “aconselhar, informar e explicar ao outro; suportar o outro e permitir-lhe ter a sua experiência; assistir o outro no focar-se em questões importantes; ajudá-lo a gerar alternativas; guiá-lo no pensamento através dessas questões; oferecer *feedback*; e validar a realidade do outro.” (Swanson, 1993: 356). Capacitar lida, afinal, com o difícil equilíbrio entre a promoção do *self* e a sua diminuição; como nos recorda Swanson, toda a discussão sobre o cuidado de enfermagem começa e acaba com a consciência de onde se situam as responsabilidades

profissionais, ou o que constitui nutrição, sustento, desenvolvimento *versus* o que constitui diminuição (Swanson, 1993). Em *Confortar*, um conjunto de estratégias com semelhantes propósitos constitui a categoria **capacitar** o cliente, que se caracteriza também por estratégias que visam as potencialidades cognitivas e físicas do cliente, favorecedoras do autocuidado e portanto, promotoras da sua independência.

Resumindo, para Swanson (1993: 352), a enfermagem é definida como “cuidado esclarecido para o bem-estar dos outros”, enquanto considera que o “potencial para bem-estar reside na capacidade de praticar autocuidado na maior extensão possível” (Swanson, 1993: 357); então, o *bem-estar* (como sinónimo de saúde) passa a constituir o objectivo essencialmente do cuidado da enfermeira, o resultado procurado ou intencional na teoria do *cuidar*. Concomitantemente, o *cuidar* é definido como “uma forma nutritora de relacionamento com o outro que é valorizado e em direcção a quem se tem um sentimento de compromisso pessoal e responsabilidade” (Swanson, 1993: 354).

Ao comparar esta teoria do *cuidar* com a teoria substantiva do *Confortar*, ressalta a grande semelhança nas categorias encontradas, particularmente, o facto de terem em comum: Um fundamento ético e profissional; o centrarem os seus processos no cliente alicerçando-os no conhecimento sobre este; o modo de estar com o outro na transacção de cuidados (modo nutridor ou promotor de crescimento e saúde (cuidar) ou um modo de estar na interacção enfermeira-cliente, promotor de conforto e sem prejuízos para a condição pessoal e clínica (confortar); o recurso intencional a estratégias *nutritoras* (para cuidar) ou a estratégias confortadoras, adequadas aos recursos do outro e promotoras do autocuidado e desenvolvimento, ou dum maior conforto/sentir-se confortado, sem prejuízo do desenvolvimento do cliente; e o visarem objectivos terapêuticos: o bem-estar (saúde) ou o maior conforto possível face à condição de risco da pessoa.

Penso poder afirmar que, o confortar, como caracterizado no presente estudo, constitui uma manifestação do cuidar da enfermeira (Swanson, 1993), ou de outro modo, que a intervenção confortadora é percebida como tal, dado estar impregnada de um modo cuidador de estar e fazer por parte da daquela. Ao contrário do proposto por aquela autora, o confortar não é uma acção limitada a *fazer por*, mas antes, *um modo pelo qual a enfermeira concretiza a intervenção* que é preciso realizar para atender o cliente de modo individualizado e conciliador de objectivos.

Swanson (1991: 161) considera que os clientes “percebem como cuidado (*caring*) aquelas prestações (ajudas) de enfermagem que são centradas na pessoa, protectoras, *antecipadoras*, fisicamente confortadoras, e que vão para além da rotina”. No presente estudo, os clientes consideraram confortadores os modos de estar da enfermeira e as estratégias que perceberam como centradas em si e que os valorizavam enquanto indivíduos, os protegeram, os ajudaram a sentir-se *mais* (a sentir-se valorizados) e melhor (consolados, aliviados, mais capacitados, mais satisfeitos). Poder-se-á considerar que o

sentir-se confortado seja uma forma de perceber o cuidado da enfermeira ou, por outras palavras, o confortar é (ter) cuidado em acção – o modo de operacionalizar o (ter) cuidado.

O cuidar pode ser definido como o ideal moral para a enfermeira ou um valor e uma atitude (Watson, 2002a), ou um “modo de estar em casa no mundo” (Mayeroff, 1971: 2). Cuidar gera atitudes e vontade, uma intenção ou um compromisso que se manifesta em actos concretos (Watson, 2002a), por exemplo, manifestações de respeito pelo valor da pessoa, respeito pelo ser pessoa, centralidade e da pessoa nos cuidados, entre outros. Esta disposição ou ideal parece ser concretizado no agir compassivo da enfermeira que procura confortar, a qual demonstra interesse, atenção e disponibilidade para com o cliente idoso.

Segundo McCance (2005), são atributos ou características do cuidar: A atenção sincera (que pode ser sinónimo de estar autenticamente presente ao outro), a preocupação, o prover (enquanto ‘prover às necessidades físicas, ajudar ou confortar’ (McCance, 2005: 42)), o respeito e consideração, e o confortar (McCance, 2005: 46). Considera como antecedentes de cuidar: o respeito, a dispensa de tempo ao outro e a intenção para cuidar. Como consequências propõe o bem-estar e o conforto (McCance, 2005: 45). Uma vez mais, é possível encontrar traços comuns com os actuais achados. Este conjunto de atributos, antecedente e consequentes do cuidar são sobreponíveis a algumas das estratégias e condições para confortar, como ficou largamente documentado. Também para Finch (2008), o cuidar foi percebido através do interesse/consideração manifestados pela enfermeira e teve como resultados a experiência de conforto (físico e emocional) e a melhor compreensão sobre a situação de saúde e tratamento. Também para esta autora, a personalização do cuidado constitui o coração do cuidar. Também aqui parece poder-se dizer que o cuidar fez mover a enfermeira para intervenções/estar confortadores com resultados na melhoria do conforto percebido pelo cliente.

Noutro registo teórico, J. Paterson e L. Zderad (1976: 14), através da teoria da enfermagem humanística, conceptualizam a enfermagem como uma resposta nutridora que “tem como objectivo o desenvolvimento do potencial humano, do bem-estar e do *ser-mais*”. A enfermeira perspectiva este ser humano como um ser com potencial para desenvolvimento, como “uma possibilidade de bem-estar ou *ser-mais* (ou conforto ou saúde ou crescimento, etc.)” (Paterson & Zderad, 1976: 101). Referem-se ao conceito conforto como um objectivo em direcção ao qual cada pessoa se move, na medida em que se liberta das marcas do passado e ganha controlo, podendo assim desenvolver-se, de acordo com o seu potencial em cada momento e situação particulares.

Esta perspectiva é, de certo modo, convergente com o processo de *Confortar*, em que a enfermeira acredita no potencial do cliente (**crenças mobilizadoras**) e no conforto como uma condição de possibilidade ou potencial para a recuperação e/ou desenvolvimento, nomeadamente da autonomia e independência pessoais (**Obter ganhos e acautelar prejuízos**), algo que está para além do aqui, do agora, e de um sentido restrito (ou unidimensional), englobando experiências diferidas no tempo (o futuro), no espaço (o

domicílio), e experiências multicontextuais de conforto. Para estas autoras, a enfermagem concretiza-se pela chamada (ou apelo) e pela resposta; “(...) a chamada e resposta não são só sequenciais mas também simultâneas. Neste diálogo vivo ambos, paciente e enfermeira estão chamando e respondendo ao mesmo tempo” (Paterson & Zderad, 1976: 37) – esta é a constatação do que se passa na interacção confortadora.

Face aos achados, adopto as perspectivas de Watson (2002a) de que o cuidar é o ideal moral da enfermagem, diferente de cuidado enquanto acto ou acção (Honoré, 2004) ou como sinónimo de cuidados ou conjunto de intervenções; e de McCance (2005) de que o confortar é um atributo do cuidar, ou seja, é uma das suas características definidoras: *Porque cuido (enquanto ideal), procuro confortar*. Assim, o cuidar manifesta-se em comportamentos fortalecedores do outro (confortadores), num modo de fazer e estar através dum processo de individualização da intervenção, independentemente das diversas intervenções que estejam em curso para satisfazer diferentes objectivos do cuidado. *Confortar* é assim o modo de operacionalizar o cuidar.

Quadros conceptuais do cuidado centrado na pessoa e modelos de individualização da intervenção de enfermagem e a teoria do Confortar

Discuto a teoria substantiva de *Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões* à luz de três diferentes quadros de referência sobre o cuidado centrado na pessoa ou sobre a individualização da intervenção.

O Quadro conceptual para a enfermagem centrada na pessoa de McCormack & McCance (2006) e a teoria do Confortar

McCormack & McCance apresentam o *Quadro conceptual para a enfermagem centrada na pessoa* (PCNF) e neste articulam a enfermagem centrada na pessoa em torno de quatro constructos com bastantes similitudes aos conceitos emergentes na teoria de *Confortar*, embora surjam aqui numa arquitectura distinta: os pré-requisitos e os atributos da enfermeira; o ambiente dos cuidados ou o contexto da prestação; os processos centrados na pessoa ou o conjunto de actividades para operacionalizar a enfermagem centrada na pessoa; e os resultados esperados ou os produtos da efectiva enfermagem centrada na pessoa (McCormack & McCance, 2006).

(i) São considerados pré requisitos ou os atributos da enfermeira: o ser profissionalmente competente (ter conhecimento e competência para tomar decisões e determinar prioridades nos cuidados e competência nos aspectos técnicos ou físicos); o ter desenvolvido habilidades interpessoais e estar comprometida com o trabalho (indicativo de dedicação e do desejo de querer prestar o cuidado que seja melhor para o paciente); ser capaz de demonstrar clareza nas crenças e valores, e conhecer-se (estar consciente de si, e do impacto que o seu modo de estar pode ter impacto nos outros) (McCormack & McCance, 2006).

No presente estudo e para confortar, a competência da enfermeira emerge como um atributo profissional relevante: revelou **saber trabalhar: (ter) competência integradora** quer quando decidiu, quer quando concretizou a intervenção, atribuindo prioridades, a cada momento, ou seja, considerando o perfil de risco/desconforto do cliente. Ter competência integradora, aqui, vai além do saber agir nos aspectos técnicos e na tomada de decisão; abarca a integração dum saber agir e dum saber estar, ou seja, a fusão de gestos adequados e delicados com manifestações de sensibilidade e afabilidade. Saber trabalhar: competência integradora constitui-se como uma estratégia de acção/interacção para **Fundar a relação** ao inspirar confiança; contudo não deixa de requerer um desenvolvimento da habilidade instrumental de enfermagem (Bjørk & Kirkevold, 2000), prévio a qualquer interacção, mas tornado competência na interacção de cuidados.

Para confortar, a enfermeira precisa recorrer sistematicamente a diferentes tipos de conhecimento (conhecimentos técnico-científico e clínico) que integra de modo a sustentar uma acção com sentido terapêutico e ético, ou seja, dirigindo a acção em função da sua intenção e sentido de dever fazer o melhor pelo cliente (satisfazer necessidades particulares, confortar e simultaneamente acautelar prejuízos). A enfermeira age em função do conhecimento e da convicção de dever para **dar sentido à acção: balancear conforto e risco**. Ao conferir tal sentido à sua acção e ao fazê-lo diligentemente ao longo do processo de confortar, a enfermeira revela o seu compromisso com o trabalho. É através do seu comportamento sustentado e revelador desse compromisso, que ela consegue inspirar confiança: consegue demonstrar que está interessada e disponível para o cliente e que deseja ajudá-lo, ou seja, **mostra que tem interesse e boa vontade**, que **sabe trabalhar**, e que é **fidedigna**.

Quanto a conhecer-se, a enfermeira revelou estar consciente do seu modo de ser e de estar na interacção de cuidados. Assim, quando considerou que aquele seria pouco adequado a ajudar a melhorar o estado emocional do enfermeiro e a confortá-lo, optou por transformar-se (**Transformar-se para confortar e Sintonizar-se: Criar proximidade**) para se apresentar e comunicar favoravelmente (por exemplo, demonstrando alegria, usando humor), afinal, estratégias para estar na interacção de modo terapêutico (**Um estar confortador**).

A enfermeira que conforta também está consciente dos seus valores e crenças, de tal modo que mesmo perante algumas crenças ou convicções menos positivas em relação à pessoa idosa, não renuncia, não conduz o cuidado por elas, mas, pelo contrário, encontra nelas um motivo para investir na relação com o idoso (**Convicções e suspeitas mobilizadoras**). Quanto a ser capaz de demonstrar as suas crenças e valores, os achados evidenciam uma enfermeira frequentemente os revela, sobretudo quanto procura **capacitar** o cliente, ao explicar os motivos para a acção proposta ou em curso, ao estimulá-lo para participar e envolver-se, e, ao negociar objectivos e intervenções (ou seja, quando procura desencadear comportamentos dirigidos à saúde). Em *Confortar: Individualizar a intervenção conciliando*

tensões, outra condição de intervenção que influencia ao trabalho é a presença de **suspeitas mobilizadoras** por parte da enfermeira. Ter suspeitas mobilizadoras refere-se a considerar duvidoso o carácter, suposta e intrinsecamente confortador, de alguns procedimentos tradicionalmente designados de “cuidados de conforto”. A enfermeira sabe que qualquer intervenção ou procedimento pode desconfortar ou ser confortador, conforme o que acontecer no processo ou na interacção de cuidados; sabe que não há procedimentos do tipo “conforto fácil e pré determinado”, mas, pelo contrário, as intervenções que confortam, fazem-no pela tónica que a enfermeira nelas coloca, ou seja, o seu modo de estar com o cliente e de realizá-las, individualizando-as. Ter esta consciência previne a standardização da intervenção. Trata-se duma condição para a qual não encontrei correspondente específico na literatura consultada.

Assim, os elementos que McCormack & McCance (2006) consideram pré requisitos ou os atributos no PCNF estão presentes como condição antecedente ou de intervenção de *Confortar* (em **Dar sentido à acção** e em **Convicções e suspeitas mobilizadoras**). Por outro lado, dado que vários desses atributos são do domínio da competência, e portanto, da acção, eles encontram-se expressos sob a forma de estratégias de acção/interacção (**Um estar confortador** e **Capacitar** o cliente), estratégias estas que só existem porque lhes estão subjacentes tais atributos.

(ii) Para que a enfermagem centrada na pessoa seja possível, é preciso um contexto de prestação ou o ambiente de cuidados favorecedor da mesma, sem o qual tal prática pode ser limitada (McCormack, 2004; McCormack & McCance, 2006), até porque a habilidade da enfermeira para comunicar como os clientes é muito influenciada pelo ambiente de trabalho e a cultura da organização (McCormack, 2004). Pela sua especificidade, os aspectos contextuais subjacentes ao processo de *Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões*, serão discutidos na parte final deste capítulo.

(iii) Os processos centrados na pessoa ou o conjunto de actividades para operacionalizar a enfermagem centrada na pessoa incluem: trabalhar com as crenças e valores da pessoa; o envolvimento ou compromisso da enfermeira (reflecte a qualidade da relação enfermeira-cliente); ter uma presença compassiva ou consoladora (forma de envolvimento que reconhece a singularidade e valor do indivíduo através da resposta às suas deixas); partilhar a tomada de decisão (facilitar a participação do doente na tomada de decisão, dando informação e integrando perspectivas novas nas práticas estabelecidas); envolver um processo de negociação que leve em conta os valores individuais e um bom processo de comunicação; e prover as necessidades físicas, dado que “a satisfação das necessidades físicas do doente é muito valorizada pelo mesmo e constitui-se como um meio, um pretexto para a operacionalizar o processo centrado na pessoa e alcançar resultados centrados nela” (McCormack & McCance, 2006: 477).

Comparando este eixo do PCNF com teoria do *Confortar* e os processos subjacentes (ir **conhecendo a pessoa** e **gerir conforto e risco**), encontramos presentes características

semelhantes às propostas por aqueles autores, sob arranjos conceptuais distintos. Assim, as questões do compromisso ou envolvimento da enfermeira estão presentes nas condições antecedentes do *Confortar*, ao **mover-se na penumbra e pelo apelo**, em que esta se revela comprometida com as necessidades do cliente mesmo que quase desconhecido para si, e em que as diversas manifestações desse cliente são assumidas como formas de apelo que carecem de resposta; este compromisso está ainda alicerçado numa emoção compassiva, ou seja, na intenção de confortar e na experiência da reversibilidade da com a pessoa do cliente (**Agir compassivo**), características duma acção com sentido por parte da enfermeira (ao **Dar sentido à acção: Balancear conforto e risco**). Naturalmente, na teoria do *Confortar*, este compromisso conduz a uma forma de envolvimento que conforta (**Um estar confortador**).

Entretanto, o acesso às complexas e individuais crenças e valores, preferências e necessidades da pessoa, é conseguido através de estratégias usadas para **procurar incessantemente o outro**, para, em função do conhecimento incompleto alcançado, responder ao apelo imposto pelo cliente. A enfermeira trabalha com tais crenças e preferências através do processo de **gerir conforto e risco**, na medida em que as leva em consideração, através de **um estar confortador**, respeitando e aceitando a perspectiva e vontade do cliente. Estes foram comportamentos interpretados pelo cliente como manifestações de respeito e reconhecimento da sua pessoa, e talvez por isso mesmo, confortadores (ou consoladores, segundo aqueles autores). Aliás, o carácter confortador da interacção de cuidados advém do trabalho que reconhece, respeita e se dirige à singularidade e valor da pessoa, ou seja, da individualização da intervenção (conciliadora de tensões). Enquanto isto, partilhar a tomada de decisão é uma premissa essencial e definidora da enfermagem centrada na pessoa ou da individualização da intervenção; **evidenciar respeito: Devolver poder**, encerra em si o sentido de restituir à pessoa idosa, sistematicamente, a capacidade de decidir sobre si e sobre os cuidados que lhe são propostos e prestados. Partindo daquilo que vai conhecendo sobre o cliente, a enfermeira aceita a decisão deste, a menos que, pela necessidade de acautelar prejuízos, tenha que optar por outras estratégias moderadoras dessa vontade, nomeadamente a de **negociar a intervenção**. Ao *Confortar*, individualizando a intervenção, a enfermeira está precisamente a partir das deixas do cliente, para a partir delas, orquestrar a acção que conforta – **particularizando o cuidado corrente** –, na medida em que a individualiza ou centra na pessoa, de modo a responder ao desejo, preferência, necessidade daquele indivíduo.

Interessantemente, McCormack & McCance (2006) valorizam o provimento das necessidades físicas da pessoa como uma estratégia para a enfermagem se centrar na pessoa. Este dado tem, por um lado, paralelo com os achados emergentes precisamente pela natureza corrente das intervenções que confortam, bastando para tal serem individualizadas, ou seja, tornadas particulares, e por outro, parece ser algo redutor face aos achados presentes: a enfermeira que conforta não supre apenas necessidades físicas, mas

também aquelas que poderia designar de ordem psicossocial e até espiritual, na medida em que, por exemplo, a sua acção é sentida como um acto de reconhecimento e respeito ou até mesmo de amor (o que no PCNF, presumo esteja contido na estratégia de ter uma presença compassiva).

Contudo, e sem ficar evidente o motivo, os autores não incluíram no PCNF explicitamente a questão da autonomia *versus* a assunção de riscos, e que McCormack propõe num trabalho anterior (McCormack, 2003): À data afirmou, que no processo de partilha da tomada de decisão, no qual o paciente deve ser ouvido mas em que a última palavra não tem que ser a dele, deve ocorrer um exercício de negociação, facilitado pela enfermeira, e que neste, deve serem considerados e clarificados dos riscos contextuais (McCormack, 2003). Então, inclusivamente, para ajudar a enfermeira a lidar com os constrangimentos ao exercício da autonomia da pessoa idosa institucionalizada, propôs 23 'princípios para a acção', entre os quais destaco, pela relação com o tópico agora omissos no PCNF, os seguintes:

Quando possível, encoraje os pacientes a identificar soluções para problemas existentes e necessidades de cuidados, enquadrado por parâmetros de assunção de risco; para facilitar a participação do paciente, compreenda e esteja seguro do potencial de cada um para tomar decisões; adopte uma abordagem centrada no paciente para apreciação do risco e assunção do risco; reconheça que embora os pacientes queiram ser consultados acerca das decisões sobre cuidados, eles nem sempre desejam ser o árbitro final das decisões (McCormack, 2003: 208-9).

Efectivamente, numa lógica de enfermagem centrada na pessoa é proposta a negociação entre a enfermeira e o cliente "tomando em consideração dos valores individuais para formar uma base legítima para a tomada de decisão, em que o sucesso daquela reside em bons processos de comunicação" (McCormack & McCance, 2006: 476). Ou seja, no trabalho de 2006, aparentemente, os 'princípios para a acção' supracitados não estão presentes, nem mesmo de forma implícita. A alusão à decisão partilhada centrada nos valores do cliente não parece deixar grande margem, ou pelo menos deixa uma grande interrogação, acerca das decisões difíceis em que a enfermeira e o cliente podem prezar valores distintos e até pouco compatíveis. Ao ser partilhada, a decisão passa por ambos. Contudo, em que medida e com que impacto na autonomia da pessoa idosa?

Em *Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões*, a enfermeira estimula o potencial do cliente, sempre que considera poder e dever fazê-lo, em prol da obtenção de vários objectivos terapêuticos, entre os quais o conforto. Porém, e interessantemente, tais estratégias não desagradaram ao cliente, pelo que presumo não ter ocorrido manipulação da pessoa pela enfermeira. Inversamente, aquele, quando sujeito a tais estratégias, referiu conforto na interacção; tal resultado será consequente à centralidade dada à pessoa no processo de apreciação de risco e tomada de decisão ou individualização da intervenção.

Este aspecto volta a ser crítico (porque omissos) em vários outros autores que escreveram sobre a enfermagem centrada na pessoa (Brooker, 2007 e Kitwood, 1997 citados por Edvardsson, Sandman & Rasmussen, 2008; Leplege et al., 2007), ou sobre a individualização da intervenção de enfermagem (Rawdin & Alster, 2002; Suhonen et al.,

2005; Suhonen, Välimäki & Leino-Kilpi, 2008). Segundo estes, a individualização da intervenção ou cuidado centrado na pessoa, deve considerar as preferências, valores e história de vida do cliente, aparentemente sem outras considerações explícitas; esta tendência “simplificadora” transparece também em vários trabalhos publicados sobre o confortar e o conforto. Mas sabemos que quem cuida, quem se preocupa e encarrega da ajuda a outrem – e porque cuida – nem sempre pode ceder facilmente à vontade imediata da pessoa cuidada, sobretudo quando o discernimento sobre as variáveis, as ameaças e os benefícios em jogo, pode não ser claro.

A dimensão conciliadora, central no presente estudo, não parece estar suficientemente acautelada na PCNF. Pelo contrário, a ênfase é colocado na satisfação do desejo, da preferência, dos valores, sem ser explicitamente salvaguardado que, por vezes, esse seria um caminho potencialmente perigoso para a saúde do cliente, a prazo. Quando a PCNF e outros modelos apontam a estratégia de negociação como fundamental na individualização da intervenção, não deixam claro que essa negociação pode envolver questões complexas do ponto de vista técnico-científico, não se cingindo apenas a assuntos correntes e certamente importantes, como decidir a temperatura da água do banho ou o canal de televisão sintonizado. Trata-se por vezes, de decidir sobre aspectos em que a enfermeira dificilmente prescindir da sua opinião (conhecimento) dado saber das implicações pendentes; é aqui que a estratégia de negociação – em que, sem desrespeitar a autonomia pessoal do cliente, ela trabalha para conseguir que, sem desconforto, este aceite uma intervenção técnica ou cientificamente mais favorável, ou seja, tenta dentro do possível, alcançar um ponto de equilíbrio das vontades. Mas como os achados demonstram, o que é confortador não parece ser a satisfação dos desejos imediatos do cliente, mas sim, a explicitação dos motivos da enfermeira para a acção e a forma afável e respeitadora como o faz; e, pelos achados, ele consegue perceber a diferença entre uma recusa fundamentada e uma indiferença sem sentido.

Alguns autores, para além de McCormack (2003), abordam a questão do risco e da assunção do risco *versus* a liberdade de escolha ou as preferências e valores do cliente. Concretamente, ao sistematizar as componentes chave presentes nos diferentes modelos de cuidado centrado na pessoa (ou cuidados individualizado), Talerico, O'Brien & Swafford (2003) enfatizam a liberdade de escolha e uma assunção de risco razoável e definida de modo individual. Peek et al. (2007), ao considerarem as denominadas ‘síndromas geriátricas’ no cuidado centrado ao idoso, também equacionam a questão do risco acrescido e específico da pessoa idosa e da tomada de decisão.

(iv) Os resultados esperados ou os produtos da efectiva enfermagem centrada na pessoa incluem: “satisfação com o cuidado, envolvimento no cuidado, sentimento de bem-estar, e criação dum ambiente terapêutico” (McCormack & McCance, 2006: 477). Sublinhando o benefício da intervenção centrada na pessoa, os autores salientam que um resultado identificado é “o sentimento de bem-estar, gerado por uma experiência positiva de cuidado,

e que é indicativo do paciente se sentir valorizado” (McCance, 2003 citado por McCormack & McCance, 2006: 477).

A presente teoria do *Confortar* confirma (com as devidas salvaguardas conceptuais, ou seja, quanto a aceitar, para este ponto, que conforto e bem-estar sejam tidos como sinónimos), os resultados esperados da PCNF: a individualização da intervenção da enfermagem à pessoa idosa hospitalizada – no caso uma individualização conciliadora da intervenção – assegurou um positivo resultado para o cliente – a experiência de uma melhoria relativa e transformadora. Isto é, por lado, o cliente pode **sentir-se confortado: Sentir-se mais e melhor**, e por outro, conseguiu **remodelar o desconforto** enquanto um comportamento sintomático da criação dum ambiente terapêutico (que ajuda a lidar com o desconforto inevitável). Como referido, o sentimento de bem-estar é gerado por uma experiência positiva de cuidado, e é indicativo do paciente se sentir valorizado. É precisamente esse a natureza do conceito **sentir-se mais e melhor**, em que sentir-se melhor refere-se a melhoria do estado transitório de conforto, enquanto sentir-se *mais*, corresponde à experiência de **sentir-se valorizado** pela acção da enfermeira.

O envolvimento do cliente no cuidado foi uma constante. Sempre que a enfermeira solicitou a sua colaboração, explícita ou discretamente, sempre o cliente participou, quer dando informação ou avaliando o impacto dos cuidados, quer participando em algumas de etapas do procedimento. A participação foi também frequentemente da incitativa do cliente, a qual a enfermeira acolheu interpretando-a como uma forma de apelo. Contudo, esta participação, sempre que suscitada pela enfermeira, aconteceu como uma resposta pronta e afirmativa e em situações em que a experiência de sentir-se confortado também constitui consequência do processo. Pelo contrário, quando a experiência foi a de sentir-se desconfortado, a participação do cliente modifica-se, ocorrendo a resignação, pela qual o cliente se escusa de intervir ou mesmo de apelar com vista a conter danos e a não prejudicar a relação.

Como se pode constatar a actual teoria substantiva apresenta várias semelhanças com os pressupostos, conceitos, processos e resultados que enformam o PCNF, ao que não será estranho o facto de explicar, afinal, um processo de individualização da intervenção, ou seja, um processo de cuidados centrados na pessoa.

O Modelo de cuidados à pessoa idosa em cuidados agudos de Peek et al., (2007) e a teoria do *Confortar*

Peek et al. (2007) apresentam um modelo para a prestação de cuidados de saúde multidisciplinares à pessoa idosa hospitalizada em contexto de cuidados agudos: o *Older Person Acute Care Model* (OPAC), com o qual procuro agora discutir os presentes achados. Não aludirei aos princípios subjacentes ao modelo pois são semelhantes aos sustentados por McCormack & McCance (2006).

Acresce ao PCNF a valorização das ‘síndromas geriátricas’. Este foco clínico específico representa as áreas de preocupação e risco durante a hospitalização da pessoa idosa,

sendo aquelas: questões de continência, estados de confusão e necessidades de saúde mental, mobilidade, nutrição e hidratação, gestão da dor, cuidados paliativos e danos por pressão.

Tal atenção encontra-se também subjacente ao processo de *Confortar*, precisamente naquilo em que completa o modelo de McCormack & McCance (2006). Ao integrar, explicitamente, a dimensão das condições de risco acrescido em que se encontra geralmente a pessoa idosa hospitalizada em contexto de cuidados agudos, o modelo OPAC valoriza a sua situação clínica, potencialmente complexa, com vista à produção de cuidados de qualidade ao cliente idoso. Isto é, diria que o modelo OPAC tal como o presente teoria colocam no centro a pessoa idosa inteira: uma pessoa com preferências, desejos e com vontade própria, mas também uma pessoa frequentemente fragilizada, com problemas de saúde diversos e que conduzem à hospitalização, potencial portadora de 'síndromas geriátricas' (segundo o modelo OPAC) e em risco de declínio funcional, ou seja, em diferentes perfiz de conforto e risco os quais tornam ainda mais complexas as necessidades de cuidados individuais.

Entre os clientes participantes, estiveram presentes diversas das 'síndromas geriátricas' referidas por Peek et al. (2007): alguns apresentaram problemas de incontinência urinária, o que tornou crítica a competência para a gestão de dispositivos de contenção (fralda) em matéria de promoção do conforto. Se para algumas destas pessoas, estar com fralda é confortador porque lhe transmite segurança (evita perdas embaraçosas e salvaguarda da exposição corporal), para outros, representa uma fonte de desconforto apreciável. Trata-se de uma das muitas áreas em que a individualização da intervenção faz a diferença em matéria de conforto. Vários clientes apresentaram problemas de mobilidade, contudo, todos diversos entre si, e requerendo respostas distintas para satisfazer tal necessidade mantendo o conforto; só alguns corriam riscos acrescidos de sofrer lesão por pressão, bem como só alguns apresentaram problemas de dor. Porque a integridade cognitiva foi critério de inclusão no estudo, no momento da participação, todos estavam cognitivamente competentes. Quero com isto evidenciar que, sendo todos idosos, hospitalizados em contexto de cuidados agudos, efectivamente, apresentaram condições compatíveis com as 'síndromas geriátricas' (para além doutros problemas de saúde), mas não uniformemente entre si; também neste tocante, a generalização não é regra.

O modelo OPAC propõe uma abordagem multidisciplinar aos cuidados, por ser considerada mais efectiva na obtenção de resultados em saúde, que as abordagens tradicionalmente independentes dos vários técnicos sobre o cliente. Pelos achados infere-se que cabe à enfermeira o trabalho de articulação possível, trabalho este indispensável para conseguir maior conforto para o seu cliente, requerendo dela o **implicar-se** (no trabalho de outros) e **persistir** nessa postura para conseguir ajudar a suportar situações de desconforto, ou requerendo o **chamar a si a intervenção** para conseguir particularizar o cuidado corrente (por oposição a delegar determinadas tarefas).

A individualização da intervenção de enfermagem segundo Suhonen, et al. (2005; 2008) e a teoria do Confortar

Para Suhonen et al. (2008: 844), individualizar é “considerar ou atender à individualidade”, sendo que os pacientes são tidos em conta enquanto indivíduos quando são respeitados e reconhecidos no seu contexto de vida (Suhonen, et al., 2000). O cuidado individualizado é descrito como “aquele que é promovido de acordo com as necessidades, experiências, comportamentos, sentimentos e percepções de cada indivíduo” (Suhonen et al., 2005: 7), e a individualização é operacionalmente definida como “o grau de personalização do cuidado pela enfermeira de acordo com os sentimentos e preferências do paciente e o nível de envolvimento no cuidado desejado por ele” (Suhonen et al., 2005: 8), sendo esta personalização uma forma de ajustamento das acções de enfermagem a cada paciente (Suhonen et al., 2000).

As autoras sintetizam as características das intervenções individualizadas considerando que existem três aspectos que podem constituir-se como indicadores de individualização das intervenções de enfermagem por constituírem seus antecedentes e afinal, traduzirem o seu processo:

- (i) as enfermeiras apreciam e recolhem informação acerca das preferências, necessidades e percepções do paciente; (ii) as enfermeiras adequam - individualizam ou fazem à medida - a informação (nas intervenções educacionais) e cuidado de enfermagem ou actividades de reabilitação (nas intervenções clínicas) para as características e situação do paciente, reacções à resposta a uma preocupação de saúde do paciente, e as características físicas e sócio ambientais; (iii) os pacientes têm controlo na decisão sobre a sua intervenção de cuidado, reportando-se às expectativas individuais de poder para participar na tomada de decisão para obter consequências desejadas. O paciente precisa, de algum modo, responder às intervenções antes que o cuidado prossiga (Suhonen et al., 2008: 844).

Defendem que as intervenções individualizadas não podem ser senão emergentes na interacção, sob pena de não contribuírem para resultados positivos em cada situação de cuidados (Suhonen et al., 2008), e que constituem critérios para uma intervenção/cuidado ser considerada individualizada: os clientes serem tidos em conta enquanto indivíduos (respeitados e reconhecidos no seu contexto de vida) e as enfermeiras ajustarem as suas acções de enfermagem a cada cliente (Suhonen et al., 2000).

A perspectiva destas autoras sobre a individualização da intervenção coincide em muito com os achados agora apresentados, dado que o processo de *Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões* se sobrepõe em muito aos três indicadores de individualização propostos pelas autoras. O processo de ir **conhecendo a pessoa** corresponde, genericamente, ao primeiro indicador mencionado – recolher informação –, e ambos representam uma etapa antecedente e fundadora do restante trabalho de individualização.

Outro indicador de individualização é *adequar*, personalizar ou fazer à medida, as intervenções de enfermagem. E a medida para tal adequação é o cliente, nas suas características e reacções pessoais. No presente estudo, *adequar* tem correspondência no processo de **gerir conforto e risco**; aliás, o conjunto de estratégias usadas pela enfermeira

neste processo está sintetizado no constructo **adequar o corrente ao particular**, definido como o conjunto de estratégias utilizadas para individualizar o cuidado corrente, habitual ou quotidiano; é torná-lo particular ou seja, ajustado à pessoa de cada cliente, a cada momento, e ajustado não só às preferências, expectativas, capacidades e hábitos, mas também ao perfil de risco que o cliente apresenta a cada momento: é conciliar tensões.

As semelhanças entre as duas perspectivas é grande, restando contudo uma zona cinzenta, que julgo pouco clara nas orientações de Suhonen et al. (2008): refiro-me, mais uma vez, à questão do hipotético risco apresentado pelo cliente e ao modo como a enfermeira adequa a intervenção, ao enfrentar um desejo deste, distinto da sua perspectiva clínica, isto é, como é conseguida esta adequação quando há conflito de interpretações e valorizações entre o cliente e a enfermeira. Será que os desejos, preferências e experiências, associadas à doença, ao lar, trabalho, lazer, e comportamentos, sentimentos e percepções manifestadas e referidas pelo cliente, representam um conjunto fixo de características que forneçam indicadores fidedignos para individualizar o cuidado (Rawdin & Alster, 2002)?

Se atendermos às características da individualização das intervenções de enfermagem apresentadas pelas autoras, torna-se evidente que o risco inerente à condição de saúde/doença/hospitalização da pessoa idosa, parece estar desvalorizado ou, pelo menos, não é uma questão explícita. Ou seja, as orientações para a individualização da intervenção parecem (i) não levar em consideração que o cliente pode apresentar riscos concretos para a saúde, e, no caso da pessoa idosa, riscos associados ao processo de envelhecimento agravado pela condição de saúde e hospitalização, concorrentes da situação de doença/ ou acidente agudo; (ii) nem considerar como é que a enfermeira gere tal situação. Evidencio esta questão por ela se diferenciar dos achados em presença. *Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões* surge, afinal, como um processo de individualização da intervenção substancialmente assente nas experiências, comportamentos, sentimentos e percepções do cliente, mas também na visão da enfermeira sobre a sua condição de conforto e risco. Dir-se-ia que, em contexto de cuidados agudos à pessoa idosa, outros indicadores foram levados em consideração quando os objectivos terapêuticos foram o conforto e indissociavelmente, a recuperação, e a prevenção de complicações individualmente identificadas. Ao considerar também estes critérios, a enfermeira esteve a atender ao potencial para problemas de saúde prevalentes nas pessoas idosas, numa aproximação às 'síndromas geriátricas' (Peek et al., 2007).

O último indicador de individualização sugerido é *receber feedback* antes de avançar na intervenção. Refere-se à dimensão do controlo, pelo cliente, sobre o cuidado, e à sua imprescindibilidade para o sucesso do processo de individualização da intervenção. Também na teoria do *Confortar* esta dimensão é prevalente. Alias ao **entrelaçar o cuidado**, a enfermeira está a **avaliar constantemente** a reacção e o impacto da intervenção em curso, com vista a **modificar a acção para a adequar à reacção** do cliente. Ou seja, a dimensão do controlo do cliente sobre os cuidados é muito elevada.

Sobre os resultados das intervenções individualizadas ou intervenção à medida, comparativamente com as intervenções usuais, as autoras constataam a existência de evidência científica, embora limitada, sobre o maior impacto das primeiras. Foi no âmbito da educação e aconselhamento do paciente que verificaram existir maior evidência da utilidade daquele tipo de intervenções, por suportarem os comportamentos saudáveis, construírem confiança e reduzirem a ansiedade (Suhonen et al., 2008). Contudo, na individualização das intervenções clínicas também houve alguns resultados positivos no estado clínico de saúde, ou seja, na participação do cliente nas actividades de vida diária, capacidade funcional e da memória, prevenção de lesões da pele associadas à incontinência, diminuição da ansiedade e mais rápida recuperação do modo de vida, assim, como maior satisfação (Suhonen et al., 2008). Os resultados do processo de *Confortar* foram positivos, na medida em que emergiu a experiência de **sentir-se confortado: sentir-se mais e melhor**, para além do resultado adaptativo em que ocorre o remodelar do desconforto inelutável.

Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões é, portanto, um processo de trabalho centrado na pessoa e consubstanciado na individualização da intervenção. Aceito a similitude das duas orientações, apesar do desacordo de alguns autores que se esforçam por atribuir a um ou ao outro um maior *peso* da pessoa, como que uma maior virtude. Penso que os achados demonstram que a prática de cuidados estudada, contém elementos que podemos designar de enfermagem centrada na pessoa ou de individualização da intervenção de enfermagem. Isto não quer dizer que todos os elementos estejam presentes, ou que o estejam no mais elevado grau de consecução; contudo, estão suficientemente presentes para ser possível traçar um paralelismo entre aqueles modelos e a teoria substantiva emergente, e também para ser possível identificar um resultado significativo para o paciente: a experiência de se sentir confortado, o que aliás, configura um resultado esperado no modelo PCNF, sob a designação de 'sentimento de bem-estar'.

Pelo exposto, permito-me, no contexto do presente estudo, considerar como sinónimos os constructos cuidado centrado na pessoa e intervenção individualizada ou individualização da intervenção, dado os argumentos conceptuais para sustentar a diferença, parecerem pouco consistentes.

A teoria da Relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica de Lopes (2006) e a teoria do Confortar

A teoria de Lopes (2006), sobre a relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica, de natureza indutiva e gerada em contexto nacional, e por isso cultural e profissional próxima do contexto de cuidados de onde emergiu a presente teoria, provê várias pontes com a que agora discuto. Aquela, explica o desenvolvimento da relação terapêutica centrado em dois processos: o de Avaliação diagnóstica e o de Intervenção terapêutica. Explicitarei a proximidade estrutural entre as duas teorias, sendo que o *Confortar: individualizar a intervenção conciliando tensões*, é também suportado por dois processos de

natura semelhante: Conhecendo a pessoa e Gerir conforto e risco, sendo que o primeiro é também de natureza diagnóstica e o segundo, de natureza terapêutica.

Ir **conhecendo a pessoa** tem correspondência directa com o processo de Avaliação diagnóstica identificado e descrito por Lopes (2006). Ambos se caracterizam por ser contínuos, sistemáticos e dinâmicos, atributos condensados, no caso do presente, no seu carácter perpétuo e oportunista. Ambos reflectem a simultaneidade entre a recolha de informação e a prestação de cuidados, ou seja, a perspectiva diacrónica do processo (Lopes, 2006) ou o carácter oportunista e entrelaçado do processo de ir conhecendo a pessoa. Em ambos relevam e conjugam as perspectivas vivencial, biomédica e de ajuda (Lopes, 2006: 117) ou no caso presente, as referências e os motivos pessoais, as capacidades e recursos, e as condicionantes de saúde/clínicos (**ir percebendo o cliente**) com vista a diagnosticar o perfil de risco/desconforto e de necessidades particulares de cuidados (**aproximação ao particular**). Quer o processo de Avaliação diagnóstica quer o de ir conhecendo o cliente, são essenciais à prossecução da intervenção terapêutica, respectivamente: o processo de Intervenção (relacional) terapêutica (Lopes, 2006) e o processo de gerir conforto e risco.

Embora qualquer daqueles processos seja prévio a estes últimos, não deixam, contudo, de ocorrer sobrepostos no tempo (Lopes, 2006), ou seja, de modo entrelaçado: em que a obtenção de dados úteis à implementação e reformulação da intervenção, acontece em simultâneo com esta. Como refere, “é difícil distinguir entre o momento da avaliação diagnóstica e o de planeamento e realização da acção (...) mas [aquela] está presente porque se percebe que a acção não obedece a uma rotina” (Lopes, 2006: 184). Afinal, também **entrelaçar o conhecimento** (a dimensão da apreciação em relação à intervenção de implementação) e **entrelaçar o cuidado** (a dimensão da avaliação e reformulação da intervenção) são complementares e, por vezes, sobreponíveis.

Gerir conforto e risco enquanto processo que concretiza a adequação do cuidado corrente à singularidade pessoal de cada cliente com vista a alcançar múltiplos resultados terapêuticos – entre eles o conforto – partilha de algumas características do processo de Intervenção terapêutica. Lopes (2006: 282) identifica como objectivos deste processo: promover a confiança e a segurança, apaziguar a ansiedade e a insegurança, promover a esperança e a perseverança, promover a autonomia, o respeito e o conforto e preparar e administrar a quimioterapia e outros tratamentos prescritos. Facilmente se percebe a proximidade entre o objectivo de confortar da presente teoria e os quatro primeiros enunciados para a intervenção relacional terapêutica. Quero dizer que, os objectivos que aquela enfermeira procura alcançar através da relação que estabelece com o cliente, são maioritariamente sobreponíveis às estratégias subjacentes a confortar. Afinal, na presente teoria, a experiência de sentir-se confortado significou **sentir-se valorizado** (ou seja, sentir-se bem querido, sentir afecto e suporte, sentir propósito e significado, sentir confiança), e **ficar melhor** (ganhar controlo e capacidade, obter alívio: consolo e obter satisfação:

elevação). Em suma, pelo processo de relação terapêutica a enfermeira procurava também confortar (aparentemente num sentido restrito); na teoria do *Confortar*, a enfermeira usa formas de se relacionar – **um estar confortador** – para alcançar aquele objectivo (entre outros). Também na teoria de *Confortar* o modo como a enfermeira se relaciona com o cliente se revelou terapêutico: Um estar confortador constitui uma estratégia de acção/interacção transversal ao processo de gerir conforto e risco, e essencial para a obtenção de resultados benéficos concretos para os clientes (Lopes, 2006), ou seja, uma estratégia com características terapêuticas.

Entre as duas teorias acontecem outras semelhanças, nomeadamente a nível das intervenções utilizadas e das atitudes subjacentes, ora para construir um relacionamento terapêutico, ora para construir um cuidado confortador. Destaco os elementos comuns a ambas as teorias, a partir dos instrumentos utilizados e das características da intervenção terapêutica identificados por Lopes (2006):

- A oferta de disponibilidade (disponibilização de um contacto personalizado para o doente; de tempo e espaço afectivo com demonstração de boa vontade; de ajuda para resolver problemas) – semelhante à disponibilidade demonstrada pela estratégia **mostrar interesse e boa vontade**, com a qual a enfermeira procura **inspirar confiança** para **fundar a relação** e assim confortar;
- a promoção da autonomia e do respeito (ou da decisão do doente sobre o que fazer em relação a diversos aspectos do cuidado de si, e o reconhecimento do direito à informação/justificação, o respeito pela pessoa em sofrimento e o respeito pela privacidade) – semelhante a **evidenciar respeito: devolver poder** (exercitar cortesia, preservar a privacidade, e sobretudo, reconhecendo a autonomia do cliente, ao solicitar permissão para intervir e ao aceitar a decisão do cliente e dar-lhe cumprimento). O respeito pelo sofrimento acontece na teoria do *Confortar* mediante **ajudar a suportar** o desconforto, e o respeito pelo direito à informação/justificação concretiza-se nas estratégias de **capacitar o cliente** (explicar, estimular e negociar);
- as estratégias de promoção do conforto incluem: a preocupação com o incómodo causado pelos cuidados e minimizar o desconforto; a proposta de medidas de conforto; e a negociação de cuidados de conforto (Lopes, 2006). São semelhantes as estratégias contidas em **ajudar a suportar**, nomeadamente, ao **oferecer estratégias que aliviem**. Negociar para *Confortar* faz parte integrante da estratégia de **capacitar** o cliente;
- a promoção da confiança e promoção da esperança e perseverança. No processo de *Confortar* **instilar esperança** surge como um das estratégias de **conversar para confortar**; no estudo de Lopes (2006) serviu para gerir sentimentos, e provavelmente no presente estudo também, pois para o cliente esta foi uma estratégia confortadora que possibilitou sentir-se valorizado. A antecipação de acontecimentos (elemento de promoção da confiança naquele estudo), permitiu tomar medidas para os atenuar ou evitar, tal como no presente,

antecipar-se para confortar, é uma estratégia a que a enfermeira recorre quando, face ao que sabe percebe que ir à frente, com um gesto ou uma ideia/informação, pode criar a condição para a obtenção de maior conforto (ou atenuar desconforto), ou para a prevenção de um desconforto; é uma forma de **particularizar o cuidado corrente**, um meio para ajustar o cuidado corrente àquela pessoa concreta. A capacidade de assumir compromissos, é valorizada como essencial no processo de relação, no estudo de Lopes (2006), enquanto elemento da construção da confiança para a gestão de sentimentos. No presente estudo, o compromisso está espelhado em **comprometer-se e ser fiel e justificar condicionantes**. Trata-se de dois modos de mostrar fidedignidade e assim, instilar confiança, o que será essencial para a experiência de sentir confiança, ou seja, uma das formas de sentir-se valorizado (um modo de se sentir confortado). A presença “é uma forma de estar próximo e disponível, mas também um modo de estar solidário, forma de manifestar preocupação e garantia de não abandono (Lopes, 2006: 239), ou seja, equivale ao conceito que adoptei para **inspirar confiança: mostrar interesse e boa vontade**. A distração surgiu no estudo de Lopes (2006: 223) como um elemento da promoção da confiança; refere-o importante ao “desviar a atenção do doente durante a execução de procedimentos menos agradáveis ou até incómodos”. Em *Confortar*, **conversar para distrair** emerge como uma das estratégias para **nutrir a interação: conversar para confortar**, quando a enfermeira considera a situação de enfermagem potencialmente constrangedora para o cliente e procura desviar-lhe a atenção. Outro elemento importante e comum é a afabilidade; para aquele autor o comportamento afável foi sinónimo de manifestação de carinho, cordialidade, disponibilidade e personalização no trato, e foi considerado importante para alcançar os objectivos terapêuticos. No presente estudo, considerei estes elementos em dois conceitos distintos, embora subsumidos na categoria **um estar confortador: comunicar afabilidade** (a demonstração de carinho ou meiguice, cordialidade, simpatia), conjunto de comportamentos muito valorizados pelos clientes como confortadores; os comportamentos reveladores dum trato social e formalmente correcto por parte da enfermeira, foram conceptualizados como **exercitar cortesia** e subsumidos no conceito **evidenciar respeito: devolver poder**. O sorriso e a simpatia, como elementos da comunicação da enfermeira estiveram presentes e foram apreciados pelos idosos como confortadores;

– a gestão de informação, que contribui para a compreensão das atitudes e dos procedimentos das enfermeiras e para facilitar a adesão às medidas ou às propostas terapêuticas (Lopes, 2006), também está presente na acção de confortar: a enfermeira sistematicamente explica ao cliente o que pensa ou está a fazer, ou seja, elucida sobre os motivos para a acção para que o cliente perceba a intenção da mesma, esteja mais preparado para o que vai acontecer, evitando a preocupação, ou para ser capaz de perceber e/ou colaborar num procedimento e ainda, ser capaz de assumir o poder de decisão.

Trata-se de duas teorias com diferentes objectos de estudo mas que, pelo facto de se interessarem pelo potencial terapêutico da intervenção de enfermagem e eventualmente, por partilharem o contexto social, acabam por revelar vários elementos comuns e uma semelhança estrutural importante. *Confortar* foi fortemente possibilitado por **um estar confortador**, contendo esta muitos dos atributos da intervenção terapêutica descrita por Lopes (2006). Não sendo a única estratégia que contribui para os resultados terapêuticos, **um estar confortador** revelou-se transversal aos diversos padrões de intervenção da enfermeira, e nessa medida, uma contribuinte forte para a experiência de sentir-se confortado, sendo este, certamente um benefício em saúde, embora subtil.

Perspectivas sobre terapêuticas de enfermagem (Meleis, 1991, 2005) e enfermagem terapêutica (McMahon & Pearson, 1998) e a teoria do Confortar

A actual teoria do *Confortar* explica um processo de intervenção terapêutica de enfermagem, ou uma terapêutica de enfermagem. De acordo com Meleis, “terapêuticas de enfermagem” constitui um dos conceitos centrais ao domínio da disciplina, e são “todas as actividades e acções de enfermagem deliberadamente desenhadas para cuidar dos clientes de enfermagem” (Barnard, 1980; 1983 citado por Meleis, 2005: 116; Meleis, 1991) e estão relacionadas com o tornar mais eficaz o processo de interacção (Meleis, 1991). Afinal, as terapêuticas de enfermagem consideram o conteúdo e os objectivos das intervenções e como exemplos destas terapêuticas, refere o toque, o cuidar, a protecção, o uso do *self*, o conforto [o confortar, em português] (Meleis, 2005).

E é neste sentido que a presente teoria constitui uma terapêutica de enfermagem; não como um conjunto de procedimentos intrinsecamente confortadores, independentemente da forma como são desenvolvidos na situação, mas antes, como um modo intencional de intervir – um modo de *individualizar a intervenção e conciliar de tensões*. Este modo de intervir aproveita a realização do que é preciso ser feito com vista a dar resposta às diversas necessidades particulares de cuidados e, simultaneamente, contribui para que o cliente alcance o maior conforto possível na sua circunstância de possibilidades. É um modo de tornar mais eficaz o processo de cuidados: de gerir as decisões, os gestos, as palavras, os ritmos necessários à individualização (o conteúdo) da prática quotidiana de cuidados, levando também em consideração o objectivo de contribuir para melhorar o conforto da pessoa, que sendo apenas um dos objectivos dos cuidados, não deixa de constituir um objectivo relevante para uma prática de cuidar.

Confortar assenta nos atributos que definem o cuidar profissional segundo aquela autora, nomeadamente, o traço humano, o imperativo moral, a intencionalidade e o conhecimento na acção, e o relacionamento interpessoal. É também uma forma de intervir terapêuticamente, de tornar mais eficaz o processo de interacção, na medida em que possibilita alcançar objectivos de melhoria do estado do cliente (**sentir-se confortado: sentir-se mais e melhor**).

Numa linha de pensamento semelhante, McMahon (1998: 3) ao perspectivar a enfermagem como terapêutica – como “o processo dinâmico que não constitui apenas um mero trabalho de suporte de outros mas é potencialmente uma força maior para alcançar saúde para os clientes” – considera o confortar (e o cuidar) como uma actividade terapêutica na medida em que as intervenções que o concretizam são terapêuticas ao nível físico e psicológico, expressando calor humano no cuidar do outro ser humano (McMahon, 1998). Efectivamente, para McMahon, o cuidar e confortar estão entre as actividades terapêuticas em enfermagem.

Segundo este autor “proporcionar conforto pode ser uma parte e uma expressão do cuidar e tem sido descrito como uma das funções-chave da enfermagem” (Wilson-Barnett, 1984 citado por McMahon, 1998). Ou seja, a enfermagem terapêutica pode ser definida como “a prática daquelas actividades de enfermagem que têm um efeito saudável ou aquelas que resultam num movimento em direcção à saúde ou bem-estar” (McMahon & Pearson, 1991, citado por McMahon, 1998: 6-7) ou, por outras palavras, aquela que deliberadamente conduz a resultados benéficos para o doente (...) usando intervenções que consideram e complementam o trabalho de outros terapeutas e com vista aos objectivos e individualidade do doente” (McMahon, 1998: 7; 10). Concretizando, a enfermagem pode influenciar os resultados em saúde, pelo menos a três níveis: “prover conforto e ajuda recuperadora; oferecer informação; e encorajar a independência. O sucesso nestas três áreas constitui a pedra de toque da verdadeira enfermagem terapêutica” (Bowman & Thompson, 1998: 223). Então, o confortar, como agora descrito, estará neste âmbito, porque, favorece ou permite obter resultados benéficos tais como **sentir-se confortado** e **remodelar o desconforto**, e “para o cliente sentir ‘conforto’ como descrito será claramente terapêutico” (Bowman & Thompson, 1998: 224).

Face aos achados, é possível afirmar que a enfermeira que confortou cumpriu os pré-requisitos (valores e habilidades) para a enfermagem terapêutica (McMahon, 1998): (i) assumiu uma perspectiva holística nos processos de ir conhecendo a pessoa e de gerir o conforto e risco; (ii) agiu pro-activamente ao intervir positivamente na resolução dos problemas dos doentes, ao mover-se pela intencionalidade terapêutica, suportada pelo conhecimento, pelo sentido do dever e sentimento de reversibilidade com o cliente; (iii) exercitou a habilidade de correr riscos, o que considerando a intencionalidade terapêutica, obrigou a pesar prós e contras, sistematicamente, e a “identificar e dar prioridade aos problemas do doente em parceria com o doente, com o objectivo de alcançar o auto cuidado” (McMahon, 1998: 9), concretamente quando a acção foi subordinada aos padrões de intervenção *Investir no conforto e potencial* e *Aliviar o desconforto*.

Em suma, o *Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões* tal como emergiu neste estudo, constitui uma terapêutica de enfermagem, dado: ser um processo constituído pela articulação de diferentes e complementares estratégias de acções/interacções intencionalmente realizadas pela enfermeira para cuidar o cliente de modo a obter, através

delas, resultados terapêuticos: conforto imediato e diferido no tempo, prevenindo complicações e desconfortos posteriores. Ao afirmar isto com tal linearidade, não estou a propor (nem os participantes o fizeram), que a enfermeira ignore ou atrepele a vontade do cliente para concretizar aquilo que ela entende ser o bem (o clinicamente desejável) da pessoa naquele momento. Mas esta é uma discussão que passa pelo conflito entre os princípios da beneficência e o da autonomia, que desenvolverei a seguir.

Os princípios do consentimento e da beneficência e a teoria substantiva do *Confortar*

Pode questionar-se se, quando o cliente pede que tomem decisões por ele ou simplesmente, consente ou anui às propostas da enfermeira, se trata de um aquiescer subserviente ou do uso de uma prerrogativa pessoal. Pode também questionar-se se a enfermeira que procura estimular e até negociar a intervenção com o cliente não está, de algum modo, a fazer uso das suas prerrogativas técnicas, do seu poder profissional, para impor caminhos e decisões, ainda que por questões de beneficência, a um cliente que na interacção de cuidados, e num contexto social secular e plural, tem que ser considerado como um estranho moral (Engelhardt, 1998).

O cliente tem poder na interacção de cuidados e usa-o, moldando a sua intervenção à enfermeira que tem perante si. Aliás, por isto mesmo, afirmei que o processo de *Confortar* embora construído pela enfermeira é liderado pelo cliente. Claro que quando a enfermeira não assume estratégias confortadoras, por exemplo quando desvaloriza o cuidado que conforta, pode restar ao cliente apenas resignar-se para minimizar danos na relação; embora esta estratégia seja consequência dum uso autocrático do poder da enfermeira, ainda assim, contém em si um resíduo da capacidade do cliente para fazer algo por si naquela circunstância (decidir não contribuir para agravar a situação).

As estratégias utilizadas pelo cliente para manifestar as suas necessidades, preferências e desejos (modos de apelo), constituem, em si mesmo, formas de utilização do poder pessoal daquele na interacção de cuidados. Assim, quer quando o cliente apela revelando-se (solicita espontaneamente ajuda) ou quando responde apelando (quando demonstra a sua necessidade, vontade, preferência após ter sido estimulado a tal), está a usar a oportunidade para intervir e moldar os cuidados. Solicitar, insinuar-se na interacção, participar na decisão, decidir sobre o cuidado, são formas de intervenção por parte do cliente, que não deixa de aproveitar as oportunidades – concedidas pela enfermeira ou criadas por si – para tentar fazer valer o seu ponto de vista, o seu querer. Este aproveitamento e criação de oportunidades pode ser judiciosamente aproveitado pelo cliente que, assim pode dosear a ajuda que solicita de modo a ser conveniente e a obter os cuidados que considera prioritários para si, a cada momento, não solicitando outros que considera menos prioritários no momento, aos seus olhos (Cameron, 1993).

A situação de aparente renúncia ao direito à decisão não é rara no contexto da prestação de cuidados, até porque “se a equipa inspira confiança e se a condição do doente é crítica, este

pode pedir que tomem decisões por ele mas nunca pode sentir que está à mercê dos outros” (Henderson, 1960/2007: 4; Cabete, 2010). Aliás, alguns autores sustentam mesmo que aquilo que, pelo menos alguns clientes desejam não é tanto ter a última palavra na decisão clínica – frequentemente além da sua competência –, mas antes, serem informados sobre o que está em questão e serem ouvidos (Cabete, 2010; McCormack, 2003), ou seja, ser-lhes dada a oportunidade de decidir se querem tomar a decisão ou decliná-la no profissional, e isto quando há confiança nesse profissional, embora esta confiança possa ser do tipo *naive*, baseada no pressuposto quer da competência e da beneficência do profissional e do sistema de saúde (Kirk, 1992; Thorne & Robinson, 1988; Trojan, & Yonge, 1993).

Na prática clínica, podem estar presentes tensões entre princípios éticos (Hickman, 2004), no caso, a tensão entre fazer aquilo que o cliente deseja (respeito pelo princípio do consentimento) e aquilo que a enfermeira pensa ser melhor para ele (suposta beneficência).

No presente estudo, a enfermeira nem sempre aquiesceu prontamente à vontade inicial do seu cliente idoso: informou, estimulou-o e negociou a intervenção, de modo a conseguir que aderisse a comportamentos clinicamente mais adequados (à prevenção de complicações, à promoção da independência e da integridade). Mas pelas consequências emergentes do processo de confortar – sentir-se confortado –, mesmo quando foram utilizadas estratégias para estimular e negociar, pode inferir-se que o cliente não se terá sentido subjugado e desrespeitado, ou à mercê da enfermeira (Henderson, 1960/2007), eventualmente porque estas não foram estratégias independentes de outras, que permitiram fundar e nutrir a relação enfermeira-cliente e inspirar confiança.

Em *Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões*, a enfermeira está consciente do direito de decisão do cliente (valorização do princípio do consentimento ou da autonomia), e sistematicamente devolve-lhe poder (ao **dar lugar à pessoa** e ao **valorizar dados espontâneos**), criando condições para que decida, ao longo da sua intervenção. Contudo, o desejo de fazer o bem e evitar o mal (valorização do princípio da beneficente) é também relevante na sua prática de cuidados, ao ponto dos dois princípios competirem no momento da tomada de decisão. É o que se passa quando a enfermeira considera que o perfil condicional de risco/desconforto pesa mais na dimensão risco do que na desconforto, originando o padrão de intervenção *Investir no conforto e potencial*. Note-se que os clientes participantes são pessoas idosas conscientes e cognitivamente competentes para receber informação e dar consentimento. Então, as enfermeiras participantes lidaram com este conflito, diria, de modo confortador. Ou seja, agiram de modo a gerir o conforto e o risco, a equilibrar aqueles dois princípios éticos: respeitaram a autonomia e fizeram o bem evitando o mal. Aliás, evitar a malevolência é uma obrigação superior à de ser beneficente (Engelhardt, 1998: 142).

Ceder facilmente à vontade de um cliente não informado, não se esforçando por esclarecer a pessoa de modo a que ela possa decidir livremente, nem procurando individualizar a

intervenção tornando-a aceitável para a pessoa, poderia configurar uma prática negligente, eventualmente, maleficente. A enfermeira demitir-se-ia dos seus deveres profissionais, mesmo que alegando o respeito pelo princípio do consentimento ou pela autonomia do outro, não percebendo que, por vezes (senão muitas) uma recusa linear deste mais não é que um acção desproporcionada, levada a efeito por uma pessoa em crise, e que essa acção pode constituir, ela própria, uma forma de apelo.

Nas situações em que o perfil contextual foi de risco elevado/desconforto elevado, o padrão de intervenção adoptado foi o de *Aliviar o desconforto*, e neste contexto não parece existir conflito entre os princípios éticos em questão, pois a vontade da enfermeira é aliviar o desconforto, tal como é pretendido pelo cliente: nesta situação, o bem que a pessoa deseja que lhe seja feito, é aquele que a enfermeira deseja fazer, sem mais. Em *Confortar* não há lugar ao uso autocrático do poder pela enfermeira.

A enfermeira que procura confortar, sabe da imprescindibilidade de respeitar ambos os princípios e revelou hierarquizá-los: entre estranhos morais, o primado foi o do consentimento (ou respeito pela permissão ou autonomia); tal requer fazer ao outro o bem segundo a sua ordenação de bens da vida e não segundo a da pessoa beneficente, o que é expresso na máxima “faça aos outros o bem deles” (Engelhardt, 1998: 146).

Contudo, a beneficência move a enfermeira, como fica patente na experiência da reversibilidade, o equivalente à superior formulação positiva da *regra de ouro*, que contém em si aquele princípio (Petrik, 2005) – não lhe basta não ser maleficente. Até porque, frequentemente, tem que causar desconforto (“fazer algum mal”) por inerência da sua intervenção, sabe que precisa compensar essa dor, confortando. Assim, a *individualização da intervenção conciliadora de tensões* responde à responsabilidade profissional da enfermeira, na medida em que tem o potencial para favorecer os resultados positivos para os pacientes, ou seja, vai ao encontro à obrigação ética dos cuidados de saúde (Suhonen et al., 2005; Suhonen et al., 2008).

Os conceitos “confortar” e “conforto” na Classificação para a Prática de Enfermagem e na teoria do Confortar

Na CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), os conceitos “conforto” e “confortar” ocupam dimensões distintas na classificação. Na classificação das acções de enfermagem o “confortar” surge como uma “acção de Relacionar com as características específicas: Consolar alguém nos momentos de necessidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2005: 132). Este conceito remete para algo que acontece no seio da relação enfermeira-cliente, e por outro, remete apenas para a componente consolar, que como vimos, é apenas um dos significados que o conceito pode assumir. No eixo dos focos de enfermagem, o “conforto” é definido como “*status*³⁷ com as características específicas: Sensação de tranquilidade física e de bem-estar corporal” (Ordem dos Enfermeiros, 2005:

³⁷ *Status* – Foco com as características específicas: Condição da pessoa relativamente a outras, posição relativa de uma pessoa (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, 2005: 91).

94). Por outro lado, o “bem-estar” é definido como “saúde com as características específicas: Imagem mental, de equilíbrio, contentamento, amabilidade ou alegria e conforto, usualmente demonstrada por tranquilidade consigo próprio e abertura para outras pessoas ou satisfação com a independência” (Ordem dos Enfermeiros, 2005: 95). O conceito “bem-estar” é subdividido em “bem-estar físico”, “bem-estar psicológico”, “bem-estar social” e “bem-estar espiritual”. Pela ligação com o “conforto” como aqui é definido, vejamos a definição de bem-estar físico: “bem-estar com as características específicas: Imagem mental de estar em boas condições físicas ou conforto físico, satisfação com controlo de sintomas tais como o controlo da dor ou estar contente com o meio físico envolvente”.

Então, “conforto” é da ordem da sensação física e do bem-estar corporal (tranquilidade física), enquanto “bem-estar físico”, é da ordem da imagem mental de estar em conforto físico e satisfação com controlo de sintomas ou estar contente com o meio físico envolvente. Os dois conceitos recorrem um ao outro, não resultando clara, a meu ver a sua diferença ou independência. Por outro lado, o conforto, como definido, é restringido à satisfação da necessidade de tranquilidade (Kolcaba, 2003; 2006; Kolcaba & Steiner, 2000), estando, aparentemente, a satisfação da necessidade de alívio omissa ou remetida para o conceito de “bem-estar físico”, se se considerar que a isso se refere a ‘satisfação com controlo de sintomas tais como o controlo da dor’. Esta diferença de perspectiva acentua-se quando Kolcaba modifica a definição de conforto para lhe acrescentar “(...) muito mais o que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos” (Kolcaba, 2009: 254). O conforto enquanto satisfação da necessidade de transcendência não parece estar contido nesta definição. As experiências de alívio, tranquilidade e transcendência nos contextos psicoespiritual, sociocultural, ficam fora do âmbito do conceito “conforto” como a CIPE o define.

Por outro lado, o “conforto” fica confinado à dimensão física da pessoa, a que é acrescentada a percepção de satisfação com essa condição, mas sendo para tal necessário recorrer a outro conceito (o de “bem-estar”). Assim, pela CIPE, quando nos queremos referir à percepção de estar em boas condições, mesmo que fisicamente, temos que adoptar este último conceito. Ou seja, parece que somos remetidos para uma perspectiva dualista da pessoa: por um lado a sua dimensão física e a sensação de tranquilidade a tal nível (conforto), e por outro, a imagem mental da condição física e satisfação com ela e com o meio físico envolvente (bem-estar físico). Ora, esta duplicidade de olhares parece evidenciar uma perspectiva do ser humano como ente cujo funcionamento é “divisível” em partes: a dimensão física e os seus fenómenos e a(s) outra(s) – a das imagens mentais, satisfação e contentamento – com essa condição. Assim, para definir conforto, foi sentida a necessidade de adicionar à sensação a dimensão da imagem mental de satisfação e contentamento. Separou-se para depois reunir. Mas o ser que sente é o mesmo que experimenta a imagem mental referente ao que sente. Quando a sensação é de tranquilidade física – e para que seja conforto –, é preciso que a imagem mental seja de satisfação e contentamento (bem-

estar). Então, para quê dois conceitos? Estará a diferença no corpo que sente e na mente que imagina?

Considerando os achados presentes, a experiência de conforto/sentir-se confortado foi multicontextual e integradora, e não simples ou unidimensional: por exemplo, a experiência de sentir-se confortado foi **também física** (porque não só física, porque com isso houve, por exemplo, a experiência de felicidade), **também psicoespiritual** (porque não só relacional mas também de satisfação, felicidade ou elevação), **também sociocultural** (porque de satisfação com os relacionamentos mas também física). Pelas definições da CIPE, estas experiências de sentir-se confortado precisariam ser descritas como de conforto e de bem-estar. Esta fragmentação da pessoa que experimenta o fenómeno, sublinha, a meu ver, uma assunção pouco integradora da pessoa humana, bem como uma perspectiva pouco clara do bem-estar e do conforto. Esta dicotomia soa estranha sobretudo quando a literatura, quer a que se refere ao bem-estar, quer a que trata o conforto, sublinha a natureza multidimensional dos dois fenómenos. Por tudo isto, continuo a considerar a definição de conforto, segundo Kolcaba, mais adequada a uma taxionomia de enfermagem. Quanto ao “bem-estar”, e de acordo com diversos autores, carece de clarificação conceptual.

Considerações sobre o contexto condicional da teoria substantiva do Confortar

O contexto da prestação de cuidados tem um elevado impacto na operacionalização da enfermagem centrada na pessoa, e tem o poder ainda maior de limitar ou favorecer os processos centrados na pessoa (McCormack, 2004).

Para discutir as características do contexto condicional da presente teoria substantiva considerarei as variáveis que, ao nível do ambiente dos cuidados ou contexto da prestação, são importantes para uma enfermagem centrada na pessoa (McCormack & McCance, 2006), entre elas: a adequada diversidade de competências, sistemas que facilitem tomada de decisão partilhada, relacionamento efectivo entre a equipa, sistemas organizacionais de suporte que possibilitem a partilha de poder, e a liberdade da enfermeira na gestão dos cuidados que presta. Estas, e outras condicionantes constituem indicadores ou *inputs* do ambiente de enfermagem tidos como relevantes para os resultados (dos clientes) sensíveis aos cuidados de enfermagem (Doran et al., 2001; White et al., 2005).

Na presente teoria substantiva, o contexto condicional constitui um **desafio profissional: Apelo e propósito, imprevisibilidade e tensão**. Trata-se dum contexto condicional onde o sentido ou propósito profissional é desafiado a cada interacção pela: constante necessidade de cuidados; pela intencionalidade da acção da enfermeira que procura satisfazer múltiplas necessidades e objectivos terapêuticos; pela imprevisibilidade das circunstâncias pessoais do cliente e dos recursos para os cuidados; pela tensão entre objectivos terapêuticos e entre o propósito e as condicionantes da acção, como adiante será explicitado. Dado que alguns destes elementos já foram comentados, cabe agora discutir os achados que afinal configuram as condições de intervenção do fenómeno: as **circunstâncias e recursos imprevisíveis**, as **condições e recursos exigentes**.

A enfermeira para confortar sente-se obrigada moralmente a responder ao cliente ao seu cuidado, mas, simultaneamente, a satisfazer também as exigências de cuidados dos vários clientes à sua responsabilidade, com os recursos que lhe são facultados e dentro duma lógica organizativa que não depende de si. Faz uso da sua liberdade (McCormack, 2003) – autonomia e juízo profissional – para equilibrar as forças em tensão (dada a imprevisibilidade dos recursos e fontes (de dados) e a exigência das condições e recursos), ou seja, para assegurar a qualidade e equidade nos cuidados que presta. É porque a enfermeira é convocada a esta exigência no trabalho quando quer confortar o cliente (e relembro que este é um substantivo colectivo, ou seja, ela pretende confortar não apenas um mas o conjunto de clientes ao seu cuidado), que considerarei de **desafio profissional** o contexto condicional dos cuidados. Efectivamente, quando as condições de disponibilidade de tempo/exigências em cuidados se agravam, só uma enfermeira determinada a confortar, que tenha integrado este objectivo na sua prática quotidiano, consegue trazer para um turno de trabalho turbulento, em que respostas rápidas e estandardizadas se impõem para rendibilizar os recursos, episódios de cuidado centrado na pessoa/individualização da intervenção, pela adequação do (cuidado) corrente ao particular (de cada cliente).

A **imprevisibilidade das circunstâncias** refere-se à imponderabilidade das características pessoais dos clientes, as quais, naturalmente afectam o esforço de individualização, tanto mais quanto o cliente for desconhecido pela enfermeira. Isto, sendo em parte inelutável (sobretudo nos primeiros contactos), pode ser atenuado mediante o controlo de variáveis organizacionais, como a estabilização da equipa de enfermagem, diminuindo a rotatividade ou dispersão das enfermeiras pelos diferentes clientes, fazendo uso de um método de distribuição de trabalho que permita aumentar a probabilidade de ocorrer contacto com determinado cliente (Bowman & Thompson, 1998) – existir uma enfermeira responsável –, e reduzir o impacto negativo da brevidade dos contactos, ou seja, permite melhorar as condições para a continuidade dos cuidados. Mesmo sabendo que em cuidados agudos, ao longo de 24 horas por dia, o cliente terá que interagir com diversas enfermeiras, minimizar o número de contactos terá, em princípio, a vantagem de possibilitar a construção de uma “relação” com algumas delas, evitando-se que com todas ocorram apenas encontro ou pseudo-relações (Costa & Jurado, 2006). Isto está na dependência da liderança de enfermagem em articulação com outros gestores organizacionais, da missão e dos objectivos que perseguem para a organização, da perspectiva da qualidade de cuidados que desejam e valorizam e da capacidade para inovar e assumir riscos (McCormack & McCance, 2006; Radwin & Alster, 2002; Veiga, 2007). É expectável que uma estabilização da equipa, com consequente redução do número de enfermeiras com as quais o cliente contacta e se relaciona ao longo da hospitalização, possa não só reduzir a imprevisibilidade nos cuidados como também contribuir para *dar um rosto* à enfermeira. Quero dizer que a realidade e a literatura falam do anonimato da enfermeira face ao cliente, ou seja, da dificuldade deste conseguir nomear a enfermeira que lhe presta cuidados, parecendo que aos seus olhos, as enfermeiras são um grupo, um colectivo (Morse et al., 1997), evidência

que é sublinhada pelas estratégias de distribuição de trabalho que privilegiam a permutabilidade das enfermeiras entre si (Bowman & Thompson, 1998; Morse et al., 1997; Tonuma & Winbolt, 2000). Embora esta permutabilidade possa ser rentável numa óptica de gestão imediata de recursos escassos, parece ser perniciosa para uma relação profissional personalizada (Talerico, O'Brien & Swafford, 2003). Como aquelas últimas autoras referem, os modelos de gestão aplicáveis à indústria e negócios são difíceis de transferir para o contexto dos cuidados de saúde (Tonuma & Winbolt, 2000).

A **imprevisibilidade de recursos e fontes** relaciona-se com a falta de tempo ou de oportunidade para consultar registos e/ou a insuficiência ou incompletude dos mesmos. Estas são variáveis associadas às condições organizacionais e à gestão de recursos e cuidados, a que não são estranhas as decisões das lideranças. Percebeu-se que a principal fonte de dados sobre o cliente é ele próprio, mas que para lhe aceder consistentemente, é preciso haver alguma regularidade nos contactos entre enfermeira e cliente; contudo ele não detém a totalidade da informação, e naturalmente, a de natureza técnica e clínica escapa-lhe. Para a obter a enfermeira recorre essencialmente à informação veiculada oralmente, o que levanta dificuldades por estar dependente da valorização subjectiva e por ser de natureza efémera. Sabendo que o relacionamento efectivo dos elementos da equipa e a partilha de informação são elementos importantes para os processos centrados na pessoa (McCormack & McCance, 2006), importa que as lógicas de organização e distribuição do trabalho das enfermeiras, facilitem a estabilidade nas equipas que interagem com o cliente, para com isto, melhorar a partilha de informação e o relacionamento entre os profissionais. Quero com isto dizer que, além da distribuição do trabalho por método individual (que parece ser importante para a enfermeira poder confortar), poderia ser útil distribuí-lo por método “por responsável”, minimizando o número de enfermeiras com as quais cada cliente teria de contactar ao longo da hospitalização (ou pelo menos, proceder a rotações sectoriais mais espaçadas no tempo).

Pelos achados, percebe-se que os registos de enfermagem, não foram relevantes para o processo de *Confortar*, até porque a disponibilidade da enfermeira para a sua consulta foi reduzida. A pouca utilidade dos registos e/ou a pouca oportunidade para os utilizar pode ser um dado crítico, a necessitar de exploração, até porque, como emergiu, ir conhecendo a pessoa – e portanto aceder à informação –, é fundamental para confortar. Embora este tipo de fonte não permita o conhecimento mais actualizado sobre as circunstâncias momentâneas do cliente, permitirá, certamente, que a informação mais estável possa ser partilhada. Falta clarificar qual o papel concreto que um sistema de documentação – processo e conteúdo do registo e acessibilidade na recuperação de informação –, poderá ter sobre o processo de confortar do cliente. Contudo, não deixa de ser interessante constatar que numa meta-síntese realizada a documentação da prática de enfermagem, resultou evidente que os planos de cuidados dão pouca ajuda no cuidado quotidiano e que nem são consultados, que são mais frequentemente registados tópicos relativos aos “cuidados

médicos” do que aos cuidados básicos e com o cuidado, e que, em suma, nem sempre reflectem todo o conhecimento que a enfermeira detém sobre o cliente e o cuidado individualizado não é visível na documentação (Kärkkäinen, Bonda & Eriksson, 2005). Por outro lado, importa não ignorar que a identificação de necessidades individuais de cuidados não significa necessariamente que ocorra a individualização da intervenção (Procter, 1989 citado por Suhonen et al., 2007), tão necessária ao confortar, quando a organização do serviço de enfermagem assenta essencialmente nas rotinas de trabalho.

O *Confortar* ocorreu num contexto de **condições e recursos exigentes**. A mais elevada relação entre tempo disponível e exigências em cuidados facilita o trabalho de confortar. Ter mais tempo para dedicar ao cliente e/ou ter menos solicitações a que responder, são factores que permitem à enfermeira ter mais oportunidades e/ou oportunidades menos breves para estar com o cliente e assim, estar mais próxima dele. Isto permite-lhe não só melhorar o conhecimento sobre o cliente, como também possibilita maior número de oportunidades para confortar por meio da relação que estabelece, e ainda, pela oportunidade para concretizar intervenções mais confortadoras, porque mais personalizadas, já para não falar da possibilidade de realizar intervenções adicionais (irrelevantes para a sobrevivência mas importantes para o conforto), que, quando o tempo é escasso, simplesmente podem ser omitidas.

Como ficou dito sobre este contexto, a variação entre o Número de Horas de Cuidados Necessárias e o de Cuidados Prestados foi negativa em 2008, embora este dado viesse sendo referido desde 2006 pelas enfermeiras daquele Serviço. Ou seja, aparentemente, pela aplicação do designado Sistema de Classificação de Doentes, existem, sistematicamente, necessidades superiores àquelas que conseguem ser supridas pelas horas de cuidados disponibilizadas. Como foi possível confortar neste contexto? *Individualizando a intervenção (corrente) para conciliar as tensões* presentes. Mas também isto está dependente de outras variáveis.

Sabe-se que quando o tempo é escasso para prestar cuidados alguns aspectos relevantes destes podem ficar negligenciados, como o dar suporte emocional, suprir tratamento (sintomas e condições particulares) e prestar informações, o que prejudicou, entre outras variáveis, a prática duma enfermagem segura e com qualidade (West, Barron & Reeves, 2005).

O número de enfermeiras adequado à carga de trabalho, a sua experiência e competência, são geralmente consideradas variáveis importantes para a qualidade do serviço prestado, e concretamente, para a individualização dos cuidados (Suhonen et al., 2007; Talerico, O'Brien & Swafford, 2003) e por isso, relevantes para a compreensão dos resultados decorrentes da intervenção da enfermagem (White et al., 2005). Contudo, mais do que o seu número e experiência, as qualidades das próprias enfermeiras e da relação que sustentam, têm vindo a explicar uma melhoria no cuidado individualizado (Redfern, 1996 e Lauver et al., 2004 citados por Suhonen et al., 2007), enquanto o seu nível de formação guarda relação

com a qualidade dos cuidados (Bowman & Thompson, 1998: 222). De alguma forma, no presente estudo, a enfermeira preencheu requisitos e teve a competência para, em condições exigentes, interagir de modo confortador com o cliente idoso. Saliento que as enfermeiras participantes, para além de terem formação de nível superior, formaram um grupo em que a experiência profissional variou consideravelmente entre elas, mas em que cerca de metade tinham menos de três anos de experiência e a outra metade tinha experiência profissional superior a três anos, maioritariamente naquele contexto de cuidados, ou seja, pelo menos cerca de metade das enfermeiras estavam ao nível *competente* segundo a classificação de Benner (1984) para o processo de desenvolvimento de competências.

Quando o tempo foi mais escasso, foi referida uma maior dificuldade em corresponder com cuidados tão individualizados. Aliás, a escassez de tempo ou a infra-dotação (número de enfermeiras) dos serviços, é apontada por vários autores como um constrangimento à individualização da intervenção ou ao cuidado centrado na pessoa (Sellman, 2009; Talerico, O'Brien & Swafford, 2003; Webster, 2004). Contudo, e considerando as condicionantes gerais de trabalho, diria que a competência para individualizar de modo conciliador a intervenção de enfermagem, não se deveu tanto a condições facilitadoras para tal, mas antes à determinação e competência da enfermeira empenhada em confortar. Mas isto não torna a situação ideal, pois o contexto condicional continua a ser de desafio profissional, de exigência. A determinação da enfermeira e o empenho que coloca no seu trabalho é uma variável muito importante mas não será, presumo, inesgotável, nem isenta de custos emocionais (Oliveira, 2008), nem o único nível de responsabilidade em cuidados prestados no âmbito de organizações de saúde (Sellman, 2009). Num sistema em equilíbrio precário, onde as forças em tensão são múltiplas e instáveis, uma maior pressão duma determinada variável pode gerar desequilíbrio que as outras podem não conseguir compensar.

Embora o confortar tenha estado presente, constatou-se que as enfermeiras que confortam se alicerçaram na sua intenção e determinação ética e profissional para o fazer, percebendo-se haver objectivos comuns, sobretudo o da prevenção de complicações ou de regressão da pessoa idosa (ou declínio funcional), a par com a intenção de promover conforto. Interrogo-me sobre em que medida o trabalho de confortar seria facilitado e ampliado se tais objectivos fossem explicitamente assumidos na equipa através de organizadores do serviço de enfermagem, que permitissem perspectivar objectivos, organizar o trabalho centrando-o progressivamente mais no cliente, bem como pautar os desempenhos e a avaliação da qualidade dos cuidados (Conselho de Enfermagem, 2001)?

A literatura reconhece o risco que a *mistura de competências* (quando o serviço de enfermagem é assegurado por diferentes perfis profissionais com níveis de competência distintos) representa para a individualização dos cuidados (Waters & Easton, 1999), e por extensão, o confortar. Para McCormack & McCance (2006), o contexto facilitador dos cuidados centrados na pessoa ou da individualização da intervenção de enfermagem –

afinal os que, segundo a presente teoria, têm potencial confortador –, inclui a adequada diversidade de competências associadas a diferentes níveis de formação (McCormack & McCance, 2006). No contexto do estudo (a nível nacional e no sector público), e face à realidade profissional de enfermagem, pode considerar-se que estará facilitado o trabalho de confortar dada a pouca hierarquização entre as enfermeiras que prestam cuidados directos e a semelhança do perfil de competências entre elas – trabalham como pares, entre si. Como ficou dito, haver condições para partilhar a decisão e para um exercício pouco hierarquizado facilita a individualização da intervenção ou os processos centrados na pessoa (McCormack & McCance, 2006; Suhonen et al., 2007), e por conseguinte, o confortar. As condições de diversidade de competências, entre nós, não se colocam tanto entre as enfermeiras, mas mais entre estas os funcionários ajudantes operacionais, que no âmbito da enfermagem podem apenas realizar tarefas delegadas.

Na prestação de cuidados, a enfermeira recorre ao trabalho de auxiliares como legalmente previsto, por delegação de tarefas. Contudo, dada a complexidade do trabalho de *Confortar*, resulta evidente que as competências exigidas para tal, no contexto de cuidados agudos a pessoas idosas, requerem que os cuidados correntes (quotidianos) sejam prestados por profissionais com qualificação elevada (que consigam **particularizar o corrente ao particular**). Pois, e como ficou patente, o conforto não depende (apenas) de boa vontade, simpatia, e capacidade de fazer a vontade ao cliente, requerendo competência integradora para, quase em simultâneo, diagnosticar necessidades, planear, executar e avaliar intervenções altamente individualizadas e por vezes, conflituantes com o desejo imediato do cliente. Por isto, e conforme os dados, os auxiliares, são importantes para os cuidados e para o conforto. Contudo, não podem nem devem substituir a enfermeira, *à priori* e incondicionalmente, mesmo em tarefas aparentemente simples. Constata-se que a tendência geral, no mercado de trabalho dos cuidados de saúde, parece ser a de confiar ao pessoal auxiliar, a execução de tarefas consideradas simples, sendo estas as que se relacionam com os “cuidados de manutenção de vida” (Collière, 1999). Ora, como ficou patente, neste contexto de cuidados, o *Confortar* esteve fortemente associado a este tipo de intervenção de enfermagem. O conforto do cliente não resultou, em situação alguma, duma “intervenção de conforto” específica, isolada no tempo, e planeada para ser administrada um momento concreto, pela enfermeira, como se da aplicação dum tratamento se tratasse. Sabendo que os auxiliares, pela reduzida formação, não detêm a qualificação para a elaboração de diagnóstico e tomada de decisão clínica, que frequentemente ocorre em simultâneo com a realização destas intervenções, dado que o cuidado confortador é circunstancial. Nem deles pode ser esperada uma execução diferenciada capaz de, circunstancialmente, face a dados emergentes, usar competências relacionais, cognitivas e psicomotoras necessárias a **evidenciar respeito: devolver poder, nutrir a interacção: conversar para confortar, sintonizar-se: criar proximidade, particularizar o cuidado corrente, capacitar** o cliente, ou **ajudar a suportar** o desconforto. E menos ainda, que o façam inflectindo a acção de acordo com um padrão de intervenção circunstancialmente

identificado, e, por vezes flutuante. Resulta assim duvidoso o resultado possível para uma intervenção que, mesmo generosa, será profissionalmente incompleta.

Sabe-se que a delegação de tarefas exige da enfermeira delegante uma multiplicidade de decisões prévias ao acto de delegar, nomeadamente a observação do cliente e do delegado (Camin, 1997), bem a supervisão/avaliação do desempenho deste (Oliveira, 2004), dado que a descrição funcional dos auxiliares não garantir a sua capacidade para as tarefas (Parkman, 1996). Resulta evidente que, quando é possível determinar antecipadamente como fazer uma tarefa específica, e a condição do cliente e a competência do auxiliar o permite, a enfermeira pode delegar, caso a caso, a sua execução no auxiliar – com os detalhes de individualização possíveis de determinar –, não podendo descorar a supervisão e obtenção de *feedback* (Camin, 1997), o que lhe permitirá estratégias de reformulação ou compensação, se necessárias. Ou seja, mesmo considerando a melhor prática da delegação de tarefas, não é linear que a intervenção, à qual concerne a tarefa delegada, resulte confortadora se todo este processo não for supervisionado, de perto, pela enfermeira. Como se percebe, tal nível de delegação requer, ela própria, competências acrescidas (quer por parte da enfermeira, quer do auxiliar) e um substrato organizacional favorecedor da mesma, ou seja, que não seja ele mesmo incentivador da vinculação predeterminada de tarefas (às vezes, intervenções completas como “o banho quando realizado na casa de banho”) aos auxiliares, contribuindo para clima e uma representação em que determinados cuidados de enfermagem parecem poder deixar de ser realizados por enfermeiras.

Naturalmente que todos os níveis de poder têm alguma influência nas condições de trabalho, pelo que não posso deixar de referir que os gestores locais estão também eles, condicionados pelo poder central que determina as políticas de saúde e afecta os recursos a nível superior. Perceba-se que o fenómeno foi estudado e a teoria emergiu numa época de mudanças políticas e organizacionais e de paradigma da saúde (Gomes, 2007), de reorganização do Sistema Nacional de Saúde com a mudança da filosofia e da organização da rede de serviços, e mudanças económicas e financeiras (também) numa lógica de redução de custos e optimização de recursos. E estas podem ser condicionantes que, a nível *macro*, conduzam e justifiquem a adopção de medidas com impacto nos cuidados prestados ao cidadão. Espera-se, neste contexto, “a mudança de atitude, de empenho, de visibilidade e de capacidade de adaptação” da enfermagem (Gomes, 2007: 36), sendo que isto não pode significar a delapidação da área de competência da enfermagem nem o prejuízo dos direitos dos cidadãos a cuidados de enfermagem de qualidade. E recordo, que a qualidade dos cuidados de enfermagem é dimensionada pelas componentes: satisfação do cliente, promoção da saúde e prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem (Conselho de Enfermagem, 2001), que afinal, orientam a participação da enfermagem para a obtenção de ganhos em saúde e, especificamente, se relacionam com os resultados considerados

sensíveis aos cuidados de enfermagem (White, et al., 2005). E a enfermagem é ética e socialmente responsável pela concepção e produção de um serviço pelo qual terá que responder mesmo quando permite que outros, menos qualificados, a substituam arredando-a de perto do cidadão beneficiário de cuidados, agravando a invisibilidade deste serviço.

Algumas explicações finais sobre a presente teoria do Confortar

A família do cliente parece ausente na presente teoria porque ou não existe (família monoparental), ou não está regularmente presente (parentes afastados, em segunda linha, ou que só visitavam num curto período e/ou não diariamente), ou, quando consistentemente presente, está à vontade para abordar a enfermeira, permanecer até para além do horário de visitas, colaborar nos cuidados. A enfermeira recorreu pontualmente aos familiares para recolher prestar informação, para justificar intervenções, para solicitar recursos/objectos pessoais do cliente, e para, se quisessem, participar naquilo que entendessem realizar para o ajudar. A estimar pela frequência de clientes participantes que tiveram familiares regularmente presentes, aparentemente capazes e disponíveis para colaborar no confortar, muitos dos clientes idosos hospitalizados não poderão beneficiar duma presença familiar participativa nos cuidados. Talvez por isso, esta seja uma área silenciosa neste estudo, e eventualmente por isto, a enfermeira parece ter consciência do isolamento social de muitos idosos. Contudo, aqueles clientes que puderam contar com a visita regular de familiares, referiram frequentemente satisfação e conforto pela sua presença: a família presente e funcional (que por vezes não o é e por isso não ajuda a confortar), faz a ponte com o quotidiano extra hospitalar e restitui a sensação de “normalidade de vida”, em si, confortadora (**sentir-se próximo à “vida normal”** permite **ganhar controlo e capacidade**, ou seja, **ficar melhor**).

Um aspecto que pode parecer estranho a alguns leitores é o facto de estarem ausentes do cuidado confortador, intervenções especiais ou “mimos”, atenções a estratégias de *confortação* que, no senso comum, são confortadoras para muitas pessoas.

Efectivamente, o cuidado que confortou, pela voz do cliente, foi caracteristicamente inespecífico, ou seja, não foi uma intervenção especial, um “mimo”, um “extra”, mas aquilo que aconteceu no seio do dia-a-dia do hospital com vista a satisfazer as necessidades particulares de cuidados. Claro que alguns “pormenores” (para o cliente, certamente importantes e por isso a expressão é usada entre comas) foram atendidos no meio da azáfama diária, mas foram de tal modo enquadrados na manifestação da preferência do cliente e na consecução da intervenção corrente da enfermeira, que o seu carácter passou a ser ordinário: o posicionamento que é modificado para facilitar a desejada leitura do jornal, ou o creme hidratante para a face que é fornecido com a naturalidade e prontidão de um pedido clinicamente importante.

Não esqueçamos que também no estudo de Cameron (1993), os clientes solicitaram cuidados de acordo com aquilo que percebiam como mais relevante para si, no

momento, não solicitando para além do que precisam a cada momento: “(...) começam a identificar as suas necessidades de cuidados. Se a sua maior necessidade é de receber medicação para a dor, então eles não pedem cuidados adicionais.” (Cameron, 1993: 428). Mas isto não quer dizer que (i) se solicitarem algo excepcional, não seja atendido; (ii) que uma intervenção menos usual mas que a enfermeira suspeita ser confortadora para aquela pessoa, não seja sugerida. Naquele estudo, “(...) os informantes sentiram que podiam prejudicar os seus cuidados se eles aborrecessem a equipa (...)” (Cameron, 1993: 428), contudo, no presente, este aspecto só se verificou em interacções em que o cliente percepcionou a enfermeira como estando a **desvalorizar a adequação dos cuidados** (ao **comportar-se com descortesia e desafecto**, ao **desatender**, ou ao **persistir no desconforto identificado**). Na interacção confortadora, pelo contrário, as estratégias do cliente para **insinuar-se na interacção (fazer o que deseja e/ou para sugerir a intervenção)** foram acolhidas pela enfermeira que as integrou, sempre que possível, na sua intervenção.

Não posso deixar de salientar que o processo pelo qual a enfermeira confortou teve muito em comum com aquilo que parece ser central em gerontologia: (i) conhecer o cliente e (ii) cuidado focalizado na relação (Dewing, 2004), e, talvez mesmo por estar alicerçado em ir **conhecendo o cliente** e numa interacção assente num **estar confortador** e em estratégias de acção/interacção sistematicamente **adequadas ao particular** com o cliente nessa interacção, tenha agradado tanto aos clientes e contribuído para a sua experiência de sentirem-se confortados.

Para finalizar, saliento que o Envelhecimento Activo é uma meta actual para a sociedade e para os profissionais de saúde. Embora a hospitalização constitua (apenas) um episódio na vida da pessoa idosa, se aquela resultar em prejuízo, nomeadamente declínio funcional, pode constituir um mau contributo para tal desiderato (WHO, 2002). Importa pois perceber a intervenção confortadora como ela emergiu: um processo de intervenção individualizada e conciliadora das tensões emergentes, centrada no conforto e na prevenção de complicações, regressão e desconforto – uma condição de possibilidade para a autonomia e independência dos idosos. Este é um achado, e um achado com sentido face àquilo que se preconiza como cuidado desejável para as pessoas idosas. Ou seja, o *Confortar* é trabalho orientado para o “aqui e agora” mas, simultaneamente e sempre que possível, também para o “lá (fora do hospital) e depois (da alta)”. Ou seja, é trabalho dirigido também à realização do potencial da pessoa idosa, mesmo quando ela precisa assistência hospitalar, enquanto lhe provê, (por via do confortar), “protecção adequada, segurança e cuidado” (WHO, 2002: 12).

10 – CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES

Este capítulo resume os achados em termos dos contributos para o conhecimento em enfermagem, sistematizando as respostas, tanto às questões iniciais de investigação, quanto às suscitadas pela revisão sistemática da literatura. Identifica as limitações e implicações do estudo, apresentando sugestões para a utilização dos achados nos âmbitos da prática e da gestão de cuidados de enfermagem e da educação em enfermagem, e identificando sugestões para desenvolvimento do conhecimento.

Contributos da teoria do *Confortar*: Individualizar a intervenção conciliando tensões

Embora Morse, Havens & Wilson (1997: 339) tenham referido que havia “necessidade de pesquisa qualitativa que documentasse e descrevesse os estilos e padrões de relacionamento [confortador], a fim de serem introduzidos nos textos básicos de enfermagem”, apesar disso, não ocorreu teorização, enquanto tal, sobre tais padrões de cuidado. O presente estudo contribui, precisamente, para responder a esta necessidade.

Achados que confirmam o conhecimento actual:

- A natureza do conforto como uma experiência relativa, transitória e multicontextual;
- a experiência de conforto ou **sentir-se confortado: sentir-se *mais e melhor***, está próxima da definida por Kolcaba como experiência de sentir-se fortalecimento em diferentes contextos, ao serem satisfeitas as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência;
- os comportamentos dirigidos à saúde emergiram como consequências da experiência de conforto/sentir-se confortado, mas também foram surgindo ao longo do processo de confortar e foram-no integrando, em reciprocidade com a experiência de conforto. Ao **decidir sobre o cuidado e ao insinuar-se na interação**, o cliente assumiu comportamentos dirigidos à saúde, que foram percebidos como favorecedores do conforto;
- as consequências do *Confortar* assemelham-se às descritas como resultados do processo de cuidados centrados na pessoa no *Modelo das Sensações* (Nolan et al., 2004);
- a construção do cuidado confortador – o *Confortar* – é de natureza processual;
- o *Confortar* constitui-se um atributo do cuidar (McCance, 2005), do “ter cuidado” e do “tomar cuidado” (Honoré, 2004), perspectivado como ideal moral (Watson, 2002a);
- o *Confortar* é um processo terapêutico ou uma actividade terapêutica (McMahon, 1998) ou uma terapêutica de enfermagem (Meleis, 2005), por ser um processo constituído pela articulação de diferentes e complementares acções intencionalmente realizadas pela enfermeira, para cuidar o cliente de modo a obter, através delas, resultados benéficos para o cliente, independentes do diagnóstico médico e da intervenção clínica;

- o *Confortar* é transversal à interacção de cuidados e à acção da enfermeira – um modo de fazer o que tem que ser feito em enfermagem, corroborando a perspectiva de que o propósito de tornar o paciente confortável constitui o núcleo da enfermagem, pelo que todas as intervenções de enfermagem são dirigidas a tal objectivo (Morse et al., 1997). Ou seja, o *Confortar* reside no modo de concretizar o cuidado corrente e não tanto num conjunto de intervenções específicas e inerentemente confortadoras (Morse et al., 1997; Walker, 2002);
- o *Confortar* é construído pela enfermeira mas determinado ou dirigido pelo cliente (Cameron, 1993; Kolcaba, 2003, 2009; Morse et al., 1997; Walker, 2002);
- o *Confortar* é construído através da competência integradora da enfermeira, isto é, as intervenções são simultânea e complementarmente instrumentais e afectivas (Kolcaba, 2003, 2009; Morse et al., 1997; Walker, 2002);
- o *Confortar* acontece através dos processos diagnóstico e terapêutico, numa lógica concorrente e concomitante de **entrelaçar** (o conhecimento e o cuidado) (Kolcaba, 2003; Lopes, 2006; Morse et al.; 1997), e confirma a natureza terapêutica da relação enfermeiro-doente (Lopes, 2006);
- o *Confortar* compreende os indicadores da intervenção individualizada segundo Suhonen et al. (2008) e muitos dos pressupostos e conceitos do *Quadro conceptual para a enfermagem centrada na pessoa* de McCormack & McCance (2006) e do *Modelo de cuidados à pessoa idosa em cuidados agudos* de Peek et al. (2007);
- a importância da individualização da intervenção de enfermagem e o conforto como um resultado desta. O processo de individualização da intervenção agora descrito teve como resultado o conforto do cliente, o que ajuda a responder às interrogações daqueles que afirmam que é vaga e/ou inespecífica a identificação de benefícios associados a este modelo de trabalho (capítulo 3).

Achados que constituem novo conhecimento ou uma nova perspectiva no conhecimento:

- Enquanto o confortar pode ser perspectivado como um trabalho de alívio do desconforto percebido através dos índices de *distress* (Morse, et al., 1997), ou de resposta às necessidades de conforto da pessoa (Dowd, 2004; Kolcaba, 2003, 2009), na presente teoria, ele emerge como um processo que explicitamente procura equilibrar os diferentes e concorrentes objectivos terapêuticos em presença. Isto é, embora aquelas autoras refiram que o confortar compreende a promoção da saúde (Morse, et al., 1997) e que as variáveis intervenientes (condições clínicas e psicológicas) podem afectar os planos e as intervenções de conforto (Kolcaba, 2009), não fica claro como estes aspectos se articulam com o objectivo de confortar, ou seja, como cada perspectiva teórica concilia o facto do conforto ser relevante e central mas por vezes conflituante com outras necessidades de saúde. Mas o *Confortar* não é independente de outros objectivos terapêuticos e daí que exija um processo de *individualização da intervenção conciliadora de tensões*;

- a identificação de três padrões de intervenção para *Confortar* que, consoante o perfil de risco/desconforto do cliente, a cada momento, permitem conjugar conjuntos de estratégias dirigidas a gerir o conforto e o risco estimado;
- *Confortar* não é um conjunto de intervenções do domínio do *fazer por* e cuidados físicos como sugere Swanson (1991, 1993), mas antes, um processo complexo de ir conhecendo o cliente e, em função disso, gerir conforto e risco, em que o *fazer por* e os cuidados físicos são apenas algumas das intervenções utilizadas na construção de um cuidado confortador. *Confortar* não se define por um conjunto de intervenções, ou seja, não é possível elaborar uma listagem de intervenções singulares intrinsecamente confortadoras. Mas é possível descrever o processo através do qual, os cuidados correntes se tornam confortadores: um processo através do qual se demonstrou cuidado, ao operacionalizá-lo através da individualização da intervenção: um modo de “fazer as coisas” – uma forma fortalecedora de relacionamento –, que mesmo desconfortando ou resistindo, conforta. Ou seja, uma forma de agir em que tudo é feito de tal modo – individualizado, interessado e competente –, que mesmo desconfortando, é percebido como confortador; ou seja, é percebido como sendo uma forma da enfermeira *juntar a sua força* à força do cliente;
- *Confortar* não é simples e intuitivo (Kolcaba, 2003), mas antes complexo e diligente: porque lida com múltiplas variáveis dinâmicas, imprevisíveis e por vezes, conflitantes, requerendo, para ser efectivo, a prevenção de complicações clínicas e a promoção do desenvolvimento e da integridade pessoal do cliente; também porque exige um conjunto de valores e de competências integrativas por parte da enfermeira, que tem que ser capaz de fazer a gestão circunstancial do conforto e do risco. Mais do que intuitivo, é impelido pela experiência da reversibilidade com o cliente e pela intencionalidade da acção compassiva;
- os achados permitiram construir uma teoria substantiva – *Confortar: Individualizar a intervenção conciliando tensões* – sobre a construção do cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada em cuidados agudos, que afirma: *O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada, em contexto de desafio profissional, é construído pela individualização da intervenção de enfermagem, conciliadora de tensões em presença.*

Respostas a questões iniciais

Este último parágrafo constitui a resposta à questão inicial e central da pesquisa. As respostas às questões secundárias foram ocorrendo ao longo dos capítulos 5 e 6, e passo a sintetizá-las:

- *Qual a natureza do cuidado confortador?* – O cuidado confortador é circunstancial, provisório, inespecífico, integrador, paradoxal, de compromisso, individualizado e complexo;
- *o que torna o cuidado numa resposta confortadora? Ou o que torna confortador um cuidado de enfermagem?* – Um cuidado é tornado confortador ao ser adequado à pessoa do cliente, ou seja, quando vai ao encontro e responde à sua singularidade e necessidade;

– *que intervenções e que processo são experimentados como confortadores?* – As intervenções confortadoras são as que demonstram cuidado pela pessoa: interesse, boa vontade, atenção e competência para integrar estas atitudes com gestos ajustados às capacidades, recursos e necessidades particulares e circunstanciais da pessoa;

– *como é interpretado e valorizado, pelo cliente, o cuidado que a enfermeira considera confortador?* – As intervenções que as enfermeiras consideraram ser importantes para o conforto do cliente (e para acautelar prejuízos), foram geralmente, interpretadas como tal pelo cliente, na medida em que o cliente valoriza e interpreta como confortadora a acção intencional e explicitamente preocupada com o seu conforto. Ou seja, quando uma intervenção, mesmo que desconfortante, a prazo, é percebida como necessária e demonstrativa da boa vontade da enfermeira para com a pessoa do cliente, ela tem potencial confortador, porque interpretada como interesse, preocupação, atenção;

– *como é que a pessoa idosa experimenta conforto no contexto da hospitalização? O que é sentir-se confortada?* – O cliente idoso experimenta conforto ao sentir-se melhor: ao ganhar controlo e capacidade, ao obter alívio/consolo e obter satisfação/elevação. Experimenta-o também ao sentir-se beneficiado pela ajuda, sentindo-se confortado ou valorizado: ao sentir-se bem querido, sentir afecto e suporte, sentir propósito, significado e confiança. Esta dupla nuance da experiência de conforto acaba por negar uma das minhas assunções, prévias ao estudo: a de a pessoa pode sentir-se confortada sem experimentar conforto (capítulo 8).

Ao responder às questões de investigação, os achados permitem também responder àquelas que a revisão sistemática da literatura levantou (subcapítulo 1.1.1). Assim:

– O cuidado confortador é também aquele que ajuda a perseverar ou a suportar; e nisto, quando o desconforto é percebido como inevitável e minimizado pela enfermeira, o cliente sente-se confortado – embora o conforto seja relativo –, e isto constitui, para ele, uma experiência de conforto perante a qual é capaz de tolerar o desconforto;

– a pessoa idosa hospitalizada em cuidados agudos está disponível para a adopção de estratégias de *autoconfortação*, bem como para colaborar nas estratégias da enfermeira, que a suportam ou completam, mesmo em face de alguma diminuição funcional associada ao envelhecimento – precisa, contudo, que lhe seja suprida a falta de força, de velocidade e outras, o que a acontecer, é percebido pelo cliente como confortador;

– é possível que alguns idosos resistam a deter controlo e a envolver-se nas decisões de natureza clínica (Cabete, 2010). Contudo, pelos achados, foi percebido como confortadora a adopção do padrão de intervenção *Investir no conforto e potencial*, ou seja, as estratégias de explicar, estimular, negociar, quando suportadas por **um estar confortador** da enfermeira e pelo **particularizar o cuidado corrente**, tal como parece ter sido confortador o sentir-se respeitado e valorizado como pessoa, ao que não será estranha o constante convite da enfermeira para que o cliente decida sobre o cuidado de que está ou estará a beneficiar. Ou seja, deter o controlo possível na situação de cuidados, foi confortador;

– a enfermeira lida com as exigências particulares de cada cliente, e a necessidade de prover atenções especiais, num contexto de trabalho em que as condições que são exigentes, precisamente através da *individualização da intervenção conciliadora de tensões*.

Limitações do estudo

Como outros percursos de investigação, o actual apresenta também alguma limitação decorrente das questões colocadas. Assim, a explicação teórica, ao centrar-se na construção de um cuidado confortador pela enfermeira, esbate a participação de outros profissionais de saúde e pessoal auxiliar para o conforto do cliente. Contudo, ela está subjacente, sendo que a enfermeira, no processo de *Confortar*, desenvolve estratégias de relacionamento com aqueles, por exemplo: ao **implicar-se na acção de terceiros**, para ajudar a suportar o desconforto (envolvendo-se activamente no trabalho de outros elementos da equipa de saúde, articulando-se com eles ou mesmo supervisionando e corrigindo a sua actuação, no caso de tarefas delegadas); ao **chamar a si a intervenção**, para ajustar o cuidado corrente à pessoa (ao não delegar uma tarefa ou ao supervisionar tarefas delegadas).

Implicações e sugestões do estudo

(i) Na prática directa de cuidados de enfermagem, os achados podem ancorar a reflexão e a tomada de decisão individual e de equipa sobre as práticas de cuidados e o seu potencial confortador, e sobre a relevância e premência da individualização da intervenção nos cuidados à pessoa idosa, mesmo em contexto de desafio profissional. Podem ser inspiradores na luta por condições para uma intervenção de enfermagem individualizada e dar alento para persistir num trabalho complexo e árduo mas significativo para a enfermeira que o presta (Oliveira, 2005; 2008) e para o cliente que dele beneficia. Por outro lado, implicam a reflexão sobre as práticas de delegação e as suas consequências, questão tão mais importante quanto actual, num quadro social e económico onde “os valores de enfermagem estão sob ameaça por um clima de cuidados de saúde no qual os cortes com os custos forçam a significativos constrangimentos na prática” (Schumacher, Jones & Meleis, 1999/2010: 142) e onde “o foco pode estar no encurtamento da demora média e na ‘cura’ e alta. Então, o cuidado é valorizado apenas como um meio para um fim” (Bowman & Thompson, 1998: 224);

(ii) Na gestão de cuidados de enfermagem, os achados, ao identificarem a importância da individualização da intervenção para a obtenção de resultados centrados no cliente (o conforto, nomeadamente) e as condições contextuais que o condicionam, implicam o questionamento e a reformulação de princípios e práticas de gestão de cuidados e de recursos humanos, nomeadamente:

- A natureza e o sentido do trabalho profissional de enfermagem, com fundamento na natureza pessoal do beneficiário de cuidados, por maioria de razão quando este apresenta fragilidade acrescida, particularmente, se é uma pessoa idosa;

- a produção de documentação da prática e de salvaguarda da continuidade de cuidados, reflectindo sobre a relevância, para o cliente e para o profissional, do que é transmitido oralmente e/ou registado por escrito;
- a organização do serviço de enfermagem centrando-o explícita e deliberadamente no cliente, (a) condicionando toda a rotina de trabalho a um questionamento sobre o sentido profissional da mesma; (b) valorizando a interacção de cuidados como estratégia terapêutica incompatível com a ausência ou a menor presença da enfermeira;
- as políticas de “mistura de competências” que pressuponham a delegação tácita de determinadas áreas de intervenção (e não apenas de tarefas) noutros menos qualificados, bem como as formas de articulação intra e inter profissional em uso;
- a constituição, articulação e rotatividade adequada de equipas de enfermeiras, que atendam a variáveis de rácio, experiência e competência individual e colectiva, e que favoreçam o contacto enfermeira-cliente (Bowman & Thompson, 1998), ou seja, a continuidade da relação entre um cliente e apenas algumas enfermeiras ao longo da hospitalização, e em particular com uma enfermeira de referência (Veiga, 2007) – pressupondo a adopção de métodos de trabalho adequados a tal individualização –, possibilitando o conhecimento da pessoa e a criação de um ambiente relacional tanto propício à participação do cliente quanto à construção da confiança, em si confortadora, e que na inevitável diversidade de contactos, permita encontrar consistência e persistência no trabalho da equipa em torno das intervenções que resultam confortadoras;
- a orientação da prática de cuidados e avaliação efectiva da sua qualidade com recurso a organizadores e indicadores que dirijam o cuidado profissional para o beneficiário: orientar, supervisionar e avaliar o cuidado de enfermagem, tendo como um dos critérios (de processo) a individualização da intervenção e (de resultado), entre outros, o conforto do cliente, possibilitará elevar a qualidade para um tal nível que esta se coadunará com a perspectiva da qualidade que cada um detenha.

(iii) Na educação em enfermagem, os achados implicam (a) o questionamento sobre o como se ensina o confortar (e o conforto) ao longo dos diversos níveis de formação. Não estará a educação das enfermeiras a subvalorizar esta terapêutica de enfermagem conformando-se com o lugar que alguns manuais lhe reservam, ao remeter o conforto para as estratégias de alívio da dor, os procedimentos de alternância de decúbitos, e por vezes, de higiene corporal? O conforto deve ser estudado enquanto fenómeno relevante e resultado da intervenção da enfermagem; como um resultado dos cuidados intencionalmente valorizado desde a concepção da intervenção, à sua implementação e à avaliação de resultados. Estaremos a promover o desenvolvimento duma enfermagem avançada questionando a prática, a gestão, a formação e a investigação de aspectos correntes, mas sobremaneira relevantes, para o cliente e para a profissão e disciplina? Neste sentido estaremos a ajudar a questionar e revalorizar aspectos tais como o sentido e a utilização da recolha de dados

de enfermagem; como o sentido e a utilização do poder na relação com o cliente; como a natureza da confiança na relação com o cliente; como a natureza e riqueza dos cuidados de manutenção de vida e de *confortação* (Collière, 2003); como a natureza dos indicadores de resultados considerados úteis, bem como a utilização de que deles fazemos por via da documentação da prática?

Implicam (b) a reformulação do trabalho pedagógico sobre o processo de cuidados de enfermagem, e neste, a individualização da intervenção de enfermagem. Importa que seja mais do que uma bandeira (uma expressão em risco de banalização e por isso, sob ameaça de perda de sentido); que constitua um foco da acção pedagógica tanto a nível do ensino teórico quanto do clínico: levando o estudante a descobrir os atributos, o processo e resultados da individualização da intervenção, rompendo com práticas de planeamento de cuidados estandardizadas, em que a técnica do “decalque de processo para processo” se tornou viável. Os achados implicam ainda o questionamento sobre o(s) momento(s) dedicados ao estudo sobre a pessoa idosa enquanto cliente de enfermagem, e sobre os meios utilizados, nomeadamente em ensino clínico, considerando a complexidade do cuidado a este cliente e os contextos em que ocorre aquele ensino.

(iv) No desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, os achados (a) sugerem a clarificação conceptual do “bem-estar”. Considerando como área substantiva os cuidados ao idoso, sugerem o estudo do fenómeno, noutros contextos, como o dos cuidados em casa e os cuidados hospitalares não agudos, o dos cuidados ao idoso hospitalizado mas com compromisso cognitivo, o que poderá conduzir à construção de teoria formal. Os achados, ao deixarem em aberto, tal como a literatura, as estratégias de *autoconfortação* das pessoas idosas hospitalizadas, e embora identifiquem algumas delas, sugerem a utilidade do aprofundamento este conhecimento porque supostamente relacionado com o comportamento do cliente.

Os achados (b) reforçam também a assunção de que o conforto constitui um resultado em enfermagem, ou seja, uma consequência ou efeito associado à intervenção da enfermeira, e, portanto um “resultado sensível aos cuidados de enfermagem”. O conforto, nos seus diversos tipos e no conjunto dos contextos de experiência, parece constituir um indicador de resultado promissor, comparativamente com outros que a literatura identifica como resultados sensíveis a tal intervenção, particularmente a gestão de sintomas e a satisfação com os cuidados de enfermagem (Doran et al., 2001; Hiidenhovi, Nojonen & Laippala, 2002). Este último é um indicador algo estranho ao trabalho da enfermeira, pois a “satisfação” não constitui foco de atenção nem juízo clínico de enfermagem (nem consequentemente, um resultado de enfermagem) (Conselho de Enfermagem, 2005), embora tenha uma ressonância positiva e por isso, assumida como desejável. Enquanto medida de comparação entre expectativas de cuidados e cuidados recebidos (Laschinger, Hall & Almost, 2005), pode colocar dificuldades de validade, face a expectativas inexistentes ou desadequadas, sendo que à enfermagem cabe não apenas satisfazer o nível de

expectativas mas, ultrapassá-lo (Bowman & Thompson, 1998). A isto não será certamente alheia a falta de clareza conceptual do constructo (Hiidenhovi, Nojonen & Laippala, 2002). Em face das dificuldades que se colocam aos indicadores de resultado, decorrentes da sobreposição conceptual e operacional entre eles, das diferenças de perspectiva entre cliente e profissional, do encurtamento da hospitalização *versus* a oportunidade e adequação do momento de colheita de informação e ainda dificuldades inerentes à multiplicidade e dimensão dos instrumentos de medida (Doran et al., 2001), a percepção de conforto pelo cliente poderá constituir, eventualmente, um resultado sensível interessante.

Se considerarmos como referência os objectivos e resultados previstos no Enquadramento do Sistema de Cuidados de Saúde (Ontário, Canadá): a melhoria na saúde, prevenção de declínio evitável, riscos diminuídos, conforto optimizado, satisfação do cliente e satisfação laboral das enfermeiras (Pringle, 2001), o conforto, enquanto resultado sensível aos cuidados de enfermagem, parece promissor. E isto porque: (i) pode ser facilmente avaliado no decurso dos cuidados, mesmo em internamentos de curta duração, (ii) é relevante ou expressivo em contexto de cuidados agudos (Bowman & Thompson, 1998), (iii) é conceito integrador, ou seja, poderia agregar numa só variável os indicadores gestão de sintomas (que inclui a dor, a dispneia, fadiga e a náusea) e satisfação do cliente, evitando a sobreposição de indicadores e a multiplicação de instrumentos de medida. Os conceitos de confortar e de conforto podem, assim, ser úteis no desenvolvimento da investigação e da profissão, até porque “o conforto é um conceito útil para examinar as tensões entre os ideais e a realidade dos cuidados hospitalares” (Tutton & Seeres, 2003: 387).

11 – NOTA CONCLUSIVA

O objectivo do desenvolvimento do conhecimento é, então, o compreender as necessidades de cuidados de enfermagem das pessoas e aprender como melhor cuidar delas; assim, as actividades de cuidar em que as enfermeiras estão quotidianamente envolvidas podem ser o foco para o desenvolvimento do conhecimento (...). (Meleis, 2005: 95);

Por acreditar que o objectivo da busca pelo conhecimento de enfermagem é compreender as necessidades de cuidados das pessoas e aprender como melhor cuidar delas, ao encetar o percurso de formação inerente ao doutoramento em enfermagem, elegi, para desenvolvimento desse conhecimento, um fenómeno caro às pessoas clientes e às enfermeiras. Supondo ser o conforto uma das necessidades de cuidados das pessoas, quis compreender como melhor cuidar delas, no caso, compreender como a enfermeira constrói um cuidado que conforta a pessoa idosa hospitalizada.

Este objectivo e subsequente questão dirigiram o percurso de pesquisa científica e desenvolvimento pessoal ao longo dos últimos anos. A natureza desta questão e o estado da arte sobre o fenómeno conduziram-me ao paradigma qualitativa investigação, concretamente, a um estudo pelo método da *Grounded Theory*. Através deste método e das suas estratégias específicas, foi possível construir, com base na observação e entrevista de enfermeiras e clientes idosos hospitalizados, uma teoria substantiva sobre a construção de um cuidado confortador. *Confortar: Individualização da intervenção conciliando tensões*, permite compreender o processo pelo qual o confortar é construído, na interacção de cuidados, e os resultados daí decorrentes, nomeadamente: sentir-se confortado: A melhoria possível.

Os achados confirmam e completam o conhecimento actual sobre o confortar e o conforto. Mas também o expandem, na medida em que dão um contributo novo: a identificação da teoria supracitada e nesta, de padrões de intervenção para *Confortar*. A investigação conduzida permite apresentar a seguinte Tese: **o cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada, em contexto de desafio profissional, é construído através de um processo de individualização da intervenção de enfermagem, que simultaneamente possibilita conciliar as tensões em presença**. As intervenções que confortaram foram as que demonstraram cuidado e foram *operacionalizadas* através de um processo de individualização da intervenção que conciliou as tensões em presença.

Pesando o conhecimento que suponho ter (de alguma) da realidade dos cuidados e da formação profissional da enfermagem, e reflectindo sobre os presentes achados, identifiquei algumas implicações e sugestões que decorrem dos mesmos, para os contextos da prática e da gestão de cuidados e da educação em enfermagem. Perspectivei algumas sugestões para a continuidade do desenvolvimento do conhecimento.

Fazendo o balanço da caminhada, sintetizo-a como árdua e gratificante. Foi laborioso, se não mesmo difícil, manter a consistência do raciocínio e da vontade, ao longo de tanto tempo, quando o tempo vivido foi tão volátil. Têm sido, contudo, importantes as múltiplas aprendizagens: do domínio cognitivo e da acção, certamente, mas também, da esfera dos afectos, da confiança nos outros e da autoconfiança. E nisto, o método da *Grounded Theory* é muito exigente. Tive necessidade de recordar (e ser recordada) das palavras de Martínez (1989: 152-6): “(...) ter uma grande confiança em si mesmo e na capacidade própria (...) o bom investigador agrada-se do risco de enfrentar o desconhecido, ama-o.”.

Porque pelos achados do presente estudo é possível compreender como é que a enfermeira constrói, com a pessoa idosa hospitalizada, um cuidado experimentado como confortador; e porque os achados puderam ser articulados numa explicação teórica, considero que os objectivos definidos para esta pesquisa foram alcançados.

Em tempo de mudanças rápidas e de desafios constantes mas de horizontes incertos, é necessário abrir caminho e explorar oportunidades, chamar para o campo de competência da enfermagem áreas de necessidade dos cidadãos em cuidados de saúde, como, por exemplo, o cuidado à vítimas de violência, da pobreza, da discriminação. Será importante descobrir novas formas de prestar cuidados, novos meios a utilizar para chegar junto dos clientes, onde eles estão, como o uso de tecnologias a distância, com a prestação de cuidados cada vez mais diferenciados no domicílio, etc. Todas estas incursões são lícitas e até desejáveis. Contudo, importa também que aquilo que, creio, nos é reconhecido como marca profissional – a atenção ao conforto do cliente – não seja abandonado como se fosse antiquado. É, de facto, um “velho papel”, mas que tem sido nosso, e que terá que ser desempenhado em novos contextos, com novas exigências e com novos modos, mas que não poderá deixar de o ser sob pena de perdermos um espaço de intervenção que sempre foi nosso emblema (Veiga, 2007). E isto porque a necessidade humana de conforto, ao longo do contínuo de saúde-doença, permanece: O cliente não pode prescindir dessa ajuda. E compete à enfermeira prestar-lha.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS³⁸

- Adam, E. (1994). *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Acton, G. L. (1994). Well-being as a concept for theory, practice, and research. *The Online Journal of Knowledge Syntesis for Nursing*, 1 (11).
- Adams, T. B., Bezner, J. R., Drabbs, M. E., Zambarano, R. J., & Steinhardt, M. A. (2000). Conceptualization and measurement of the spiritual and psychological dimensions of wellness in a college population. *Journal of American College Health*. 48, 165-173.
- Adler, P. A, & Adler, P. (1994). Observational techniques. In N. K. Denzin & T. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 377-392). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Allen, D., Carlson, D., & Ham, C. (2007). Well-being: New paradigms of wellness—inspiring positive health outcomes and renewing hope. *American Journal of Health Promotion*, 21 (3), 1-9.
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem. Análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, 9, 61-67.
- Aulete, C. (1964). Dicionário contemporâneo da língua portuguesa (5ª ed., Vol. 2). Rio de Janeiro: Editora Delta.
- Bachman, J. V. (2005). Compassion. In J. K. Roth (Ed.), *Ethics*. (pp. 283-285). Pasadena: Salem Press, Inc.
- Basto, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina. Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*. 13 (2), 11-18.
- Bécherraz, M. (2002). Expériences et significations du réconfort pour la personne opérée, 3^e Partie. *Recherche en Soins Infirmiers*. 69, 100-110.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice*. California: Addison-Wesley Pub. Comp.
- Benner, P & Wrubel, J. (1989) *The Primacy of Caring. Stress and Coping in Health and Illness*. California: Addison-Wesley Pub. Comp.

³⁸ Utilizada e adaptada a Norma da ©2010 American Psychological Association (6th ed.). Disponível em <http://www.apastyle.org/>

- Benton, D. C. (1991). Grounded Theory. In D. Cormach (Ed.), *The research process in nursing* (2^a ed, pp. 129-138). Oxford: Blackwell Scientific Pub.
- Bjørk, I., & Kirkevold, M. (2000). From simplicity to complexity: developing a model of practical skill performance in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 620-631.
- Blumer, H. (1986). *Symbolic interactionism: Perspectives and method*. Berkeley: University of California Press.
- Bonis, S. A. (2008). Knowing in nursing: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (6), 1328-1341.
- Bonno, G., McCullough, M. E., & Root, L. M. (2008) Forgiveness, feeling connected to others, and well-being: Two longitudinal studies. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34, 182-195.
- Botelho, M. A. (2009a). Editorial. *Pensar Enfermagem*, 1 (13), 1.
- Botelho, M.A. (2009b). Editorial. *Pensar Enfermagem*, 2 (13), 1.
- Bottorff, J. L. (n.d.). The lived experience of being comforted by a nurse. Em <http://www.phenomenologyonline.com/articles/bottorff.html>
- Bottorff, J. L., Gogag, M., & Engelberg-Lotzkar, M. (1995). Comforting: exploring the work of cancer nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1077-1084.
- Bowman, G., & Thompson, D. R. (1998). Therapeutic nursing in acute care. In R. McMahon & A. Pearson (Eds.), *Nursing as therapy* (2nd ed., pp. 217-227). Cheltenham: Stanley Thornes Pub.
- Bryant, A., & Charmaz, K. (2007). Grounded theory research: Methods and practices. In Bryant, A., & Charmaz, K. (Eds.), *The SAGE handbook of grounded theory* (pp. 1-28). Los Angeles: SAGE Publications.
- Bueno, F. S. (1964). *Grande dicionário etimológico da língua portuguesa* (Vol. 2). S. Paulo: Ed. Saraiva.
- Cabete, D. (2005). *O idoso, a doença e o hospital. O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência.
- Cabete, D. (2010). *Autonomy and empowerment of hospitalized older people - A portuguese study*. Northumbria University: Newcastle -upon-Tyne.
- Cameron, E., Mathers, J., & Parry, J. (2006). 'Health and well-being': questioning the use of health concepts in public health policy and practice. *Critical Public Health*. 16 (4), 347-354.

- Cameron, B. L. (1993). The nature of comfort to hospitalized medical surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 18 (3), 424-436.
- Camin, L. (1997). Time management. In J. Zerwekh & J. Claborn (Eds.), *Nursing today. Transition and trends* (pp. 189-211). Philadelphia: W.B. Saunders Comp.
- Carper, B. A. (1978/2006). Fundamental patterns of knowing in nursing. In W. Cody (Ed.), *Philosophical and theoretical perspectives for advanced nursing practice* (4th ed., pp. 19-26). Sudbury: Jones and Bartlett. [Re-impressão de Carper, B.A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *ASN*, 1 (1), 13-24].
- Carpenter, D. R. (2002). Método de teoria fundamentada. In H. J. Streuberg & D. R. Carpenter (Eds.), *Investigação qualitativa em enfermagem. Avançando o imperativo humanista* (2^a ed., pp. 111-129). Loures: Lusociência.
- Cash, K. (2007). Compassionate strangers. *Nursing Philosophy*, 8, 71-72.
- Chalier, C. (1993). *Lévinas – a utopia do humano*. Lisboa: Albin Michel.
- Chang, E., Chenoweth, L., & Hancock, K. (2003). Nursing needs of hospitalized older adults. Consumer and nurse perceptions. *Journal of Gerontological Nursing*, 29 (9), 32-41.
- Charmaz, K. (2000). Grounded theory. Objectivist and constructivist methods. In N. K. Denzin & S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 509-536). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Charmaz, K. (2005). Grounded theory in the 21st Century. Applications for advancing social justice studies. In N. K. Denzin & S. Lincoln (Eds.), *The SAGE Handbook of qualitative research* (3rd ed., pp. 507-535). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis*. London: SAGE Publications.
- Charmaz, K. (2009). Shifting the grounds: Constructivist grounded theory methods. In J. M. Morse, P. N. Stern, J. Corbin, B. Bowers, K. Charmaz, & A. E. Clarke (Eds.), *Developing grounded theory. The second generation* (pp. 127-193). Walnut Creek: Left Coast Press Inc.
- Chavez, A. C., Backett-Milburn, K., Parry, O., & Platt, S. (2005). Understanding and researching wellbeing: Its usage in different disciplines and potential for health research and health promotion. *Health Education Journal*, 64 (1), 70-87.
- Christopher, J. C., Richardson, F. C., & Christopher, S. E. (2003). Philosophical hermeneutics: A metatheory to transcend dualism and individualism in western psychology. Disponível em

http://htpprints.yorku.ca/archive/00000163/01/HTP_Prints--Philosophical_Hermeneutics--A_Metatheory.pdf

- Collière, M.-F. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Collière, M.-F. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Conselho de Enfermagem (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho de Enfermagem (2004). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Corbin, J. (2009). Taking an analytic journey. In J. M. Morse, P. N. Stern, J. Corbin, B. Bowers, K. Charmaz & A. E. Clarke (Eds.), *Developing grounded theory. The second generation* (pp. 35-53). Walnut Creek: Left Coast Press Inc.
- Corbin, J., & Strauss A. (2008). *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory* (3th ed.). Los Angeles: SAGE Publications.
- Costa, A. (2002). *Cuidar idosos. Formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Lisboa: Formasau e EDUCA.
- Costa, E. T., & Jurado, R. A. (2006). Interação em saúde. *Revista Referência*, 2, 43-49.
- Covinsky, K. E., Palmer, R. M., Fortinsky, R. H.... Landefeld, C. S. (2003). Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illness: Increased vulnerability with age. *Journal of American Geriatric Society*, 51 (4), 451-458.
- Creswell, J. W. (1994). *Research design. Qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Cuesta Benjumea, C. (199?). Contribución de la investigación a la práctica clínica de los cuidados de enfermería: la perspectiva de la investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 8 (4), 38-42.
- Cuesta Benjumea, C. (2003). El investigador como instrumento flexible de la indagación. *International Journal of Qualitative Methods*, 2 (4). Disponível em http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/2_4/pdf/delacuesta.pdf
- Denzin, N. K., & Lincoln, T. S. (1994). Introduction: Entering the field of qualitative research. In N. K. Denzin & T. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 1-17). Thousand Oaks: SAGE Publications.

- Denzin, N. K. (1994). The art and politics of interpretation. In N. K. Denzin & T. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 500-515). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Dewing, J. (2004). Concerns relating to the application of frameworks to promote person-centeredness in nursing with older people. *International Journal of Older People in association with Journal of Clinical Nursing*, 13 (3a), 39-44.
- Dicionário da Língua Portuguesa da Porto Editora. Disponível em <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/>
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31 (2), 103-157.
- Diener, E.; Kesebir, P., & Lucas, R. (2008). Benefits of accounts of well-being—For societies and for psychological science. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 37-53.
- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology*, 39 (4), 391-406.
- Direcção Geral de Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais Saúde para Todos* (Vol. II). Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Direcção Geral de Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Direcção Geral de Saúde: Lisboa. Disponível em <http://www.dgs.pt>
- Direcção Geral de Saúde (2008). *Morbilidade Hospitalar – Serviço nacional de Saúde—2007*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt>
- Direcção Geral de Saúde (2009a). *Centros de Saúde e Unidades hospitalares: Recursos e produção do SNS: Ano de 2008*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt>
- Direcção Geral de Saúde (2009b). *Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde/2007*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt>
- Direcção Geral de Saúde (n.d.). *Carta dos Direitos do Doente Internado*. Direcção Geral de Saúde Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>
- Doenges, M. E., & Moorhouse, M. F. (2010). Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem. Um texto interactivo para o raciocínio diagnóstico (5ª Ed.). Loures: Lusociência.

- Doran, D. V., Sidani, S., Watt-Watson, J., Laschinger, H., & Hall, L. M. (2001). *State of science: A methodological review of the literature on nursing-sensitive outcomes*, in Invitational Symposium. Nursing and Health Outcomes Project. Canadá. pp. 43-65.
- Dowd, T. (2004). Katharine Kolcaba. Teoria do conforto. In A. M. Tomey & M. R. Allgood (Eds.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra. Modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed., pp. 481-495). Loures: Lusociência.
- Duckett, S., & Jackson, T. (2004). Do the elderly cost more? Casemix funding in acute settings. In R. Nay & S. Garratt (Eds.), *Nursing older people. Issues and innovations* (2^{sd} ed., pp. 31-40). Sydney: Churchill Livingstone.
- Dush, C. M. K., & Amato, P.R. (2005). Consequences of relationships status and quality for subjective well-being. *Journal of Social and Personal relationships*, 22, 607-727.
- Edvardsson, D., Sandman, P.-O., & Rasmussen, B. (2008). Swedish language person-centred questionnaire – patient version: construction and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 63 (3), 302-309.
- Engelhardt, T. Jr. (1998). *Fundamentos da bioética* (2ª ed.). S. Paulo: Edições Loyola. (Tradução brasileira de José Ceschin, Tradutor).
- English, K. L., & Paddon-Jones, D. (2010). Protecting muscle mass and function in older adults during bed rest. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 13 (1), 34-39.
- Entralgo, P. L. (1998). *Alma, cuerpo, persona*. Barcelona: Circulo de Lectores.
- Fagerstrom, L., Eriksson, K., & Engberg, I. B. (1998). The patient's perceived caring needs as a message of suffering. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (5), 978-987.
- Ferrater Mora, J. F. (1964). *Diccionario de Filosofia* (5ª ed.). Buenos Aires: Edit. Sudamericana.
- Field, J., & Garrett, S. (2004). Rights, regulation and aged-care practice. In R. Nay & S. Garratt (Eds.), *Nursing older people. Issues and innovations* (2nd ed., pp. 74-88). Sydney: Churchill Livingstone.
- Finch, L. P. (2008). Developing of a substantive theory of nurse caring. *International Journal of Human Caring*, 12 (1), 25-32.
- Finggeld-Connett, D. (2008). Concept synthesis of the art of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (3), 381-388.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. (A.M. Parreira, Trad.). Lisboa: Monitor. (Obra original publicada em 2002).

- Fontes, C. (n.d.) – *Profissão: Professor*. Disponível em <http://educar.no.sapo.pt/PROFS2.htm>
- Fortin, M-F. (1996). *O processo de investigação. Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Frade, M. L. B. (1998). *Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa: Editora Rei dos Livros.
- Gallo, J. J., Fulmer, T., Paveza, G. J., & Reichel, W. (2000). *Handbook of Geriatric Assessment* (3rd ed.). Maryland: Aspen Publishers.
- George, J., Bleasdale, S., & Singleton, S. J. (1997). Causes and prognosis of delirium in elderly patients admitted to a district general hospital [Abstract]. *Age & Ageing*, 26 (6), 423-427.
- Gevaerth, J. (1991). *El problema del hombre. Introducción a la antropología filosófica* (8^a ed.). Salamanca: Ed. Sigueme.
- Gilhooly, M. (2002). Ethical issues in researching later life. In A. Jamieson & C. R. Victor (Eds.), *Researching ageing and later life* (pp. 211-225). Philadelphia: Open University Press.
- Gilmartin, M. J. (1999). Creativity: The fuel of Innovation. *Nursing Administration Quarterly*, 23 (2), 1–8.
- Gioia, D. A. & Pitre, E. (1990). Multiparadigm perspectives action. *Nursing Administration*, 23 (2), 1-8.
- Glaser, B. G. (2001). *The Grounded Theory Perspective: Conceptualization Contrasted with Description*. Mill Valley: Sociology Press.
- Glaser, B. G. (2007). Doing formal theory. In A. Bryant, & K. Charmaz (Eds.), *The SAGE handbook of grounded theory* (pp. 97-113). Los Angeles: SAGE Publications.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1965). *Awareness of dying*. New Brunswick: Aldine Transaction.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. New York: Aldine de Gruyter.
- Gomes, I. D. (2003). O doente idoso como parceiro no processo de cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 7 (2), 15-33.
- Gomes, S. (2007) Saúde: percurso de mudanças a pensar no futuro. *Revista Referência*. 4, 33-37 (Suplemento: Actas e Comunicações).
- Grbich, C. (1999). *Qualitative research in health. An introduction*. London: Sage Pub.

- Hallström, I., & Elander, G. (2001). A comparison of patient needs as ranked by patients and nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15, 228-234.
- Hamilton, J. (1989). Comfort and the hospitalized chronically ill. *Journal of Gerontological Nursing*, 15 (4), 28-33; 40-1.
- Hancock, K., Chang, E., Chenoweth, L., Clarke, M., Carroll, A., Jeon, Y. H. (2003). Nursing needs of acutely ill older people. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (5), 507-516.
- Hemstrom-Krainess, M. (2006). Wellness. In J. Fitzpatrick, & M. Wallace (Eds.), *Encyclopaedia of Nursing Research*, (2nd ed., pp. 628-630). New York: Springer Pub. Comp.
- Henderson, V. (1960/2007). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Loures : Lusodidacta.
- Hesbeen, W. (1999). Le caring est-il prendre soin? *Perspective Soignante*. 4, 1-20.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo: Contribuir para um universo mais cuidador*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2006). *Trabalho de fim de curso, trabalho de humanidade. Emergir como o autor do seu próprio pensamento*. Loures: Lusociência.
- Hickman, S. E. (2004). Honoring resident autonomy in long-term care. Special considerations. *Journal of Psychological Nursing*, 42 (1), 12-16.
- Hiidenhovi, H., Nojonen, K., & Laippala, P. (2002). Measurement of outpatients' views of service quality in Finnish university hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 38 (1), 59-67.
- Hirsch, C. H., Sommers, L., Olsen, A., Mullen, L., Winograd, & C. H. (1990). The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. [Abstract]. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38 (12), 1296-1303.
- Holzemer, W. L. (2010). Responsible conduct of research. In W.L. Holzemer (Ed.) *Improving health through nursing research* (pp. 167-179). International Council of Nurses: Wilwy-Blackwell.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar. Persistir em conjunto na existência*. (d'Espiney, I., d'Espiney, L., & Ordaz, O., Trads.) Loures: Lusociência. (Obra original publicada em 2001).
- Hoogerduijn, J. G., Schuurmans, M. J., Korevaar, J. C., Buurman, B. M., & Rooij, S. E. (2010). Identification of older hospitalised patients at risk for functional decline, a

- study to compare the predictive values of three screening instruments. [Abstract]. *Journal of Clinical Nursing*, 19 (9/10), 1219-1225.
- Hoogerduijn, J.G., Schuurmans, M. J., Duijnste, M. S. H., Rooij, S. E., & Grypdonk, M. F. H. (2007). A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 46-57.
- Hope, K. W. (1994). Nurses' attitudes towards older people: a comparison between nurses working in acute medical and acute care of elderly patient settings. *Journal of Advanced Nursing*, 20 605-612.
- Hudson, B. (2004). Trust: Towards conceptual clarification. *Australian Journal of Political Science*, 39 (1), 75-87.
- Hudson, K. A., & Sexton, D. L. (1996). Perceptions about nursing care: comparing elders' and nurses' priorities. *Journal of Gerontological Nursing*, 22 (12), 41-46.
- Hupcey, J., Penrod, J., Morse, J., & Mitcham, C. (2001). Na exploration and advancement of the concept of trust. *Journal of Advanced Nursing*. 36 (2), 282-293.
- Hutchinson, S. (1986). Grounded theory: The method. In P. Munhall & C. Oiler (Eds.), *Nursing research: A qualitative perspective*. (2nd ed., pp. 111-130). Connecticut: Appleton-Century-Crofts.
- Inouye, S. K., van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegal, A. P. & Horwitz, R. I. (1990). Clarifying confusion: The confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine*, 113, 941-948.
- Jacox, A., Suppe, F., Campbell, J., & Stashinko, E. (1999). Diversity in philosophical approaches. In A. S. Hinshaw, S. L. Feetham & J. L. F. Shaver (Eds.), *Handbook of clinical nursing research* (pp. 3-17). Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Jenks, J.M. (1993). The patterns of personal knowing in nurse clinical decision making. *Journal of Nursing Education*, 32 (9), 399-405.
- Johns, J. L. (1996). A concept analysis of trust. *Journal of Advanced Nursing*. 24, 76-83.
- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J. M., Moorhead, S., & Swanson, E. (2009). Ligações entre NANDA, NOC e NIC. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem (2^a Ed.). Porto Alegre: Artmed. (tradução de NANDA, NOC and NIC Linkages, 2nd ed. de 2006).
- Kiefer, R. A. (2008). An integrative review of the concept of well-being. *Holistic Nursing Practice*, 22 (5), 244-54.

- Kärkkäinen, O., Bondas, T., & Eriksson, K. (2005). Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics*, 12 (2), 123-132.
- Kim, H.S. (2010). *The nature of theoretical thinking in nursing* (3th ed.). Springer Pub. Comp.
- Kirk, K. (1992). Confidence as a factor in chronic illness care. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1238-1242.
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178-1184.
- Kolcaba, R. (1997). The primary holisms in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 290-296.
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*. 49 (2), 86-92.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K. (2006). Comfort. In J. Fitzpatrick & M. Wallace (Eds.), *Encyclopedia of nursing research* (2nd ed., pp. 92-94). New York: Springer Pub. Comp.
- Kolcaba, K. (2009). Comfort. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (Eds.), *Middle range theories. Application to nursing research* (2nd ed., pp. 254-272). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Kolcaba, K., & Kolcaba, R.J. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1301-1310.
- Kolcaba, K., & Steiner, R. (2000). Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *Journal of Holistic Nursing*. 18 (1), 46-62.
- Kollar, N. R. (2005). Choice. In John K. Roth (Ed.), *Ethics* (pp. 238-240). Pasadena: Salem Press, Inc.
- Kortebein, P., Symons, T. B., Ferrando, A., Paddon-Jones D. et al. (2008). Functional impact of 10 days of bed rest in healthy older adults [Abstract]. *Journal of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 63 (10), 1076-1076.
- Lamiani, G., Meyer, E. C., Rider, E. A.... & Troug, R. D. (2008). Assumptions and blind spots in patient-centredness: action research between American and Italian health care professionals. *Medical Education* 42, 712-720.
- Landefeld, C. S., Palmer, R. M., Kresevic, D. M., Fortinsky, R. H., & Kowal, J. (1995). A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *The New England Journal of*

Medicine, 332 (20), 1338-1344. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=49&hid=2&sid=782735a8-cb0e-413c-8bd8-a93b35301174%40sessionmgr4&bdata=JmFtcDtsYW5nPXBLWJyJnNpdGU9ZWlv c3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=mnh&AN=7715644>

- Landers, M. G. & McCarthy, G. M. (2007). Person-centered nursing practice with older people in Ireland. *Nursing Science Quarterly*, 20 (1), 78-84.
- Laperrière, A. (2003). A observação directa. In B. Gauthier (Ed.), *Investigação social. Da problemática à colheita de dados* (pp. 257- 278). Loures: Lusociência.
- Larsson, G., Widmark, V., Lampic, C., von Essen, L., & Sjoden, P. (1998). Cancer patient and staff ratings of the importance of caring behaviours and their relation to patient anxiety and depression. *Journal of Advanced Nursing*, 27 (4), 855-864.
- Laschinger, H. S., Hall, L.M., & Almost, J. (2005). A Psychometric analysis of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire. An actionable approach to measuring patient satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality*, 20 (3), 220-230.
- Lauver, D. R., Ward, S. E., Heidrich, S. M.... Wells, T. J. (2002). Patient-centred interventions. *Research in Nursing & Health*, 25, 246-255.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Pub. Company.
- Lempert, L. B. (2007). Asking questions of the data: Memo writing in the grounded theory tradition. In A. Bryant & K. Charmaz (Eds.), *The SAGE handbook of grounded theory* (pp. 245-264). Los Angeles: SAGE Publications.
- Leplege, A., Fabrice, G., Cammelli, M.... Ville, I. (2007) Person-centredness: Conceptual and historical perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 29 (20-21), 1555-1565.
- Liaschenko, J., & Peter, E. (2004). Nursing ethics and conceptualization of nursing: profession, practice, and work. *Journal of Advanced Nursing*, 46 (5), 488-495.
- Lobo, A., & Pereira, A (2007). Idoso institucionalizado: Funcionalidade e aptidão física. *Referência*. IIª Série, 4, 61-68.
- Lopes, J. M. (2003). A metodologia da grounded theory. Um contributo para a conceitualização na enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 8, 63-74.
- Lopes, J. M. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau, 2006.

- Lourenço, O. M. (1992). *Psicologia do desenvolvimento moral. Teoria, dados e implicações*. Coimbra, Almedina.
- Lowe, L. M. & Cutcliff, J. R. (2005). A concept analysis of comfort. In J. R. Cutcliffe, & H. P. McKenna (Eds.), *The essential concepts of nursing* (pp. 51-64). Edinburgh: Elsevier.
- Machado, J.P. (1990). Dicionário etimológico da língua portuguesa (6ª ed., Vol. 2). Lisboa: Livros Horizonte.
- Mackey, S. (2010). A phenomenological study of wellness at menopause. Saarbrücken: VDM Verlag.
- Mackey, S. (2009). Towards an ontological theory of wellness: a discussion of conceptual foundations and implications for nursing. *Nursing Philosophy*, 10, 103-112.
- Malinowski, A. & Stamler, L. L. (2002). Comfort: exploration of the concept in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (6), 599-606. Disponível em <http://search.epnet.com/direct.asp?an=7270035&db=nyh>
- Martínez M., M. (1989). *Comportamiento humano: Nuevos métodos de investigación*. México: Trillas.
- Mayeroff, M. (1971). *On caring*. London: Harper & Row.
- McCance, T. V. (2005). A concept analysis of caring. In J.R. Cutcliffe, & H.P. McKenna (Eds.), *The essential concepts of nursing* (pp. 33-50). Edinburgh: Elsevier.
- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 202-209.
- McCormack, B. (2004). Person-centeredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 13 (3a), 31-38.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479.
- McIlveen, K. H., & Morse, J. M. (1995). The Role of Comfort in Nursing Care: 1900-1980. *Clinical Nursing Research*, 4, 127-147.
- McMahon, R. (1998). Therapeutic nursing: theory, issues and practice. In R. McMahon, & A. Pearson (Eds.), *Nursing as therapy* (2nd ed., pp. 1-20). Cheltenham: Stanley Thornes Pub.
- Meadows, L. M., & J. M. Morse (2001). Constructing evidence within the qualitative project. In J. M. Morse, J. M. Swanson, & A. J. Kuzel (Eds.), *The nature of qualitative evidence* (pp. 187-200). Thousand Oaks: SAGE Pub.

- Meize-Grochowski, R. (1984). An analysis of the concept of trust. *Journal of Advanced Nursing*, 9, 563-572.
- Meleis, A. I. (1991). *Theoretical nursing. Development and progress* (2nd ed.) Philadelphia: J.B. Lippincott Comp.
- Meleis, A. I. (2005). *Theoretical nursing. Development and progress* (3th ed.) Philadelphia: J.B. Lippincott Comp.
- Merriam–Webster Unabridged Dictionary, 2000, by Merriam-Webster, Incorporated. Version 2.5.
- Morse, J. M. (1991). Negotiating commitment and involvement in the nurse-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 455-468.
- Morse, J. M. (1992). Comfort: The Refocusing of Nursing Care. *Clinical Nursing Research*, 1 (1), 91-106.
- Morse, J. M. (1999). Myth #93: Reliability and validity are not relevant to qualitative inquiry. *Qualitative Health Research*, 9 (6), 717.
- Morse, J. M. (2000). On comfort and comforting. *American Journal of Nursing*, 100 (9), 34-8.
- Morse, J. M. (2003). Finding the comfort zone. No more pill popping when pillows will do. Disponível em <http://www.ualberta.ca/~iiqm/>
- Morse, J. M. (2007). Sampling in grounded theory. In A. Bryant & K. Charmaz (Eds.), *The SAGE handbook of grounded theory* (pp. 229-244). Los Angeles: SAGE Publications.
- Morse, J. M., Anderson, G., Bottorff, J. L., Yonge, O., O'Brien, B., Solberg, S. M., & McIlven, K. H. (1999). Analyse de l'empathie: Est-ce un concept adapté à la pratique des soins infirmiers? *Recherche en Soins Infirmiers*, 58, 54-63.
- Morse, J. M., Barret, M., Mayan, M. M., Olson, K., & Spiers, J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1 (2), Article 2. Disponível em <http://www.ualberta.ca/~ijqm/>
- Morse, J. M., Bottorff, J. L., & Hutchinson, S. (1994). The Phenomenology of Comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 189-95.
- Morse, J. M., Bottorff, J. L., & Hutchinson, S. (1995). The paradox of comfort. *Nursing Research*, 44 (1), 14-9.
- Morse, J. M., Havens, G. A., & Wilson, S. W. (1997). The comforting interaction: developing a model of nurse-patient relationship. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 11 (4), 321-343.

- Morse, J. M., & Richards, L. (2002). *Readme first for a user' guide to qualitative methods*. Thousand Oaks: SAGE Pub.
- Munhall, P. L. (1993). 'Unknowing': toward another pattern of knowing in nursing. *Nursing Outlook*, 41 (3), 125-128.
- Mussi, F. C. (2005). Conforto e lógica hospitalar: análise da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18 (1), 72-81.
- Neves, M. P. (2006). Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. *Revista Brasileira de Bioética*, 2 (2), 157-172.
- Newson, P. (2008). Comforting touch: enhancing residents' wellbeing. *Nursing & Residential Care*, 10 (6), 269-272.
- Nightingale, F. (1859/2005). *Notas sobre enfermagem: O que é e o que não é*. Loures: Lusociência.
- Nolan, M. et al. (2004). Beyond 'person-centred' care: a new vision for gerontological nursing. *International Journal of Older People Nursing* in association with *Journal of Clinical Nursing*, 13, (3a) 45-53.
- Nóvoa, A. (1991). O passado e o presente dos professores. In A. Nóvoa (Ed.), *Profissão professor* (pp. 9-19). Porto: Porto Editora.
- O'Brien, B., Evans, M., & Medves, J. (1999). Perinatal comfort and well-being as a developmental concept. *Western Journal of Nursing Research*, 21 (3), 288-291.
- O'Byrne, P., & Holmes, D. (2007), The *micro-fascism* of Plato's good citizen: producing (dis)order through the construction of risk. *Nursing Philosophy*, 8, 92-101.
- O'Neil, P. M. (2005). Morality. In J. K. Roth (Ed.), *Ethics* (pp. 969-971). Pasadena, Califórnia: Salem Press, Inc .
- Oliveira, C. S. (1998). O *stress* e o *coping* nos estágios. A experiência dos alunos e a relação com o cliente. (Dissertação de Mestrado na publicada). Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.
- Oliveira, C. S. (2004). A delegação na prática de cuidados. *Pensar Enfermagem*. 8 (2), 42-45.
- Oliveira, C. S. (2005). A experiência de confortar a pessoa hospitalizada: Uma abordagem fenomenológica. (Dissertação apresentada no âmbito de concurso interno geral de provas públicas para preenchimento de uma vaga de professor coordenador). Escola Superior de Enfermagem de Artur Ravara. Lisboa.

- Oliveira, C. S. (2006a). O cuidado confortador à pessoa idosa hospitalizada: Contributos para uma revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*, 10 (1), 2-12.
- Oliveira, C. S. (2006b). O conforto da pessoa idosa hospitalizada: Valorização e dificuldades, na perspectiva do enfermeiro-chefe. CD editado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Oliveira, C. S. (2008). A experiência de confortar a pessoa hospitalizada: uma abordagem fenomenológica. *Pensar Enfermagem*, 12 (1), 2-13.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão1.0. Genebra: International Council of Nurses (versão oficial Portuguesa).
- Palmer, R. M. (1999). Acute care. In Hazzard, W. et al. (Eds.), *Principles of geriatric medicine and gerontology* (4th ed., pp. 483-492). New York: McGraw-Hill.
- Palmer, R. M., Counsell S. R., & Landefeld, S. C. (2003). Acute care for elders units. Practical considerations for optimizing health outcomes. *Disease Management Health Outcomes*, 11 (8), 507-517.
- Parkman, C. A. (1996). Delegation, are you doing it right? *American Journal of Nursing*, 96 (9), 43-48.
- Partis, M. B. (2009). Reflecting on a relationship centred approach to care. *Journal of Community Nursing*, 23 (5), 4-6.
- Paterson, J. G., & Zderad, L. T. (1976). *Humanistic nursing*. New York: John Wiley & Sons.
- Peek, C., Higgins, I., Milson-Hawke, S., McMillan, M., & Harper, D. (2007). Towards innovation: The development of a person-centred model of care for older people in acute care. *Contemporary Nursing*, 26 (2), 164-176.
- Perry, P. (2009). Conveying compassion through attention to the essential ordinary. *Nursing Older People*, 21 (6), 14- 21.
- Peter, E. & Morgan, K. P. (2001). Explorations of a trust approach for nursing ethics. *Nursing Inquiry*, 8, 3-10.
- Peterson, S. (2009). Introduction to the nature of nursing knowledge. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (Eds.), *Middle range theories. Application to nursing research* (2nd ed., pp. 3-45). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Petrik, J. (2005). Golden rule. In J. K. Roth. *Ethics*. Pasadena: Salem Press, Inc.
- Poochikian-Sarkissian, S., Wennberg, R. A., & Sidani, S. (2008). Examining the relationship between patient-centred care and outcomes on a neuroscience unit: a pilot Project. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 30 (2), 14-19.

- Popay, J., Rogers, A., & Williams, G. (1998). Rationale and standards for the systematic review of qualitative literature in health services research. *Qualitative Health Research*, 8 (3), 341-351.
- Portillo, C. J., & Holzemer, W. L. (2010). Theory and nursing science. In W. L. Holzemer (Ed.), *Improving health through nursing research* (pp. 26-31). Oxford: Wilwy-Blackwell.
- Portugal (1996). Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro. Diário da República I Série-A, (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros).
- Portugal (2009). Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Código Deontológico).
- Potter, P.A., & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de enfermagem. Conceitos e procedimentos* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Powers, B. A., & Knapp, T. R. (2006). *Dictionary of nursing theory and research* (3rd ed.). New York: Springer Pub. Comp.
- Praeger, S. G., & Hogarth, C. R. (1993). Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad. In J. George et al. (Ed.), *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática hospitalar* (pp. 242-253). Porto Alegre: Artes médicas.
- Praeger, S. G. (2000). Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad. In J. George (Ed.), *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional* (4ª ed., pp. 241-251). Porto Alegre: Artmed.
- Pringle, D. (2001). Recommendations for Capturing Nursing Indicators and Health Outcomes in Ontario. In *Invitational Symposium. Nursing and Health Outcomes Project*. Canadá, pp. 95-101.
- Radwin, L. E. (1995). Knowing the patient: A process model for individualized interventions. *Nursing Research*, 44 (6), 364-370.
- Radwin, L. E. (2003). Cancer patients' demographic characteristics and rating of patient-centered nursing care. *Journal of Nursing Scholarship*, 35 (4), 365-370.
- Radwin, L. E., & Alster, K. (2002). Individualized nursing care: an empirically generated definition. *International Nursing Review*, 49, 54-63.
- Radwin, L. E., Alster, K., & Rubin, K. M. (2003). Developments and testing of the oncology patients' perceptions of the quality of nursing care scale. *Oncology Nursing Forum*, 30 (2), 283-290.

- Reave, L. (2002). The modification of emotional responses. A problem for trust in nurse-patients relationships? *Nursing Ethics*, 9 (5), 465-471.
- Rehm, R. S. (2010). Interpretative data management and analysis. In W. L. Holzemer (Ed.), *Improving health through nursing research* (pp. 142-153). International Council of Nurses: Wilwy-Blackwell.
- Reynolds, W. (2005). The concept of empathy. In J. R. Cutcliffe & H. P. McKenna (Eds.), *The essential concepts of nursing* (pp. 93-108). Edinburgh: Elsevier.
- Risjord, M. (2010). *Nursing knowledge. Science, practice, and philosophy*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Rutty, J. E. (1998). The nature of philosophy of science, theory and knowledge relating to nursing and professionalism. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (2), 243-250.
- Sager, et al. (1996). Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older person. *Archives of Internal Medicine*, 156 (6), 645-652.
- Santo-Novak, D. A. (1997). Older adults' descriptions of their role expectations of nursing. *Journal of Gerontological Nursing*, 23 (1), 32-40.
- Sarvimäki, A. (2006). Well-being as being well – a Heideggerian look at well-being. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 1, 4-10.
- Savage, J. (2003). Observação participativa: O uso do sujeito corpo para compreender a prática da enfermagem. In J. Latimer. *Investigação qualitativa avançada para enfermagem* (pp. 65-87). Lisboa: Instituto Piaget.
- Saylor, C. (2004). The circle of health. *Journal of Holistic Nursing*, 22 (2), 98-115.
- Schantz, M. L. (2007). Compassion: A concept analysis. *Nursing Forum*, 42 (2), 48-55.
- Schumacher, K. L., Jones, P. S., & Meleis, A. I. (1999/2010). Helping elderly persons in transition: a framework for research and practice. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 129-144). New York: Springer Pub. Comp.
- Schwandt, T. A. (1994). Constructivism, interpretativism approaches to human inquiry. In N. K. Denzin & T. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 118-136). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Sellman, D. (2006). The importance of being trustworthy. *Nursing Ethics*, 13 (2), 105-115.
- Sellman, D. (2009). Ethical care for older persons in acute care settings. *Nursing Philosophy*, 10, 69-70.
- Shattell, M. (2004). Risk: A concept analysis. *Nursing Forum*, 39 (2), 11-17.

- Sidani, S. S. (2008). Effects of patient-centred care on patient outcomes: An evaluation. *Research and Theory for nursing Practice: An International Journal*, 22 (1), 24-37.
- Siefert, M. L. (2002). Concept analysis of comfort. *Nursing Forum*, 37 (4), 16-23.
- Spradley, J. P. (1980). *Participant observation*. Fort Worth: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- Stern, P. N. (1994/2007). Explorar a teoria fundamentada. In J. M. Morse (Ed.), Aspectos essenciais de metodologia de investigação qualitativa (pp. 212-222). Coimbra: Formasau.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park: SAGE Publications.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Fundamentos de investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar teoría enraizada* (2nd ed.) Thousand Oaks: Sage Publications.
- Street, P. (2004). Acute care for older people: a geriatrician's perspective. In R. Nay & S. Garratt (Eds.), *Nursing older people. Issues and innovations* (2nd ed., pp. 134-159). Sydney: Churchill Livingstone.
- Streuberg, H. J. (2002). A produção da investigação qualitativa: Elementos comuns essenciais. In H. J. Streuberg & D. R. Carpenter (Eds.), *Investigação qualitativa em enfermagem. Avançando o imperativo humanista* (2^a ed., pp.17-35). Loures: Lusociência.
- Subbe, C. P., & Gemmell, L. (2010). Umbers needed to hospitalize – Risk and benefits of admission in the new decade. *European Journal of Internal Medicine*, 21 (3), 233-235.
- Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., & Välimäki, M. (2005). Development and psychometric properties of the individualized care scale. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 11 (1), 7-20.
- Suhonen, R., Välimäki, M., & Katajisto, J. (2000). Developing and testing an instrument for the measurement of individual care. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1253-1263.
- Suhonen, R., Välimäki, M., Katajisto, J., & Leino-Kilpi, H. (2007). Hospitals' organizational variables and patient' perceptions of individualized nursing care in Finland. *Journal of Nursing Management*, 15, 197-206.
- Suhonen, R., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 843-860.

- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Resesarch*, 40 (3), 161-166.
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 25 (4), 352-357.
- Talento, B. (2000). Jean Watson. In J. George (Ed.), *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional* (4ª ed., pp. 253-265). Porto Alegre: Artmed.
- Talerico K. A., O'Brien, J. A., & Swafford, K. L. (2003). Perdon-centered care. An important approach for 21st Century health care. *Journal of Psychosocial Nursing*, 41 (11), 12-16.
- Tarlier, D. (2004). Beyond caring: the moral and ethical bases of responsive nurse-patient relationships. *Nursing Philosophy*. 5, 230-241.
- Thorne, S. E. (2001). People and their parts: deconstructing the debate in theorizing nursing's clients. *Nursing Philosophy*, 2, 259-262.
- Thorne, S., & Robinson, C.A. (1988). Reciprocal trust in health care relationships. *Journal of Advanced Nursing*, 13, 782-789.
- Tonuma, M., & Winbolt, M. (2000). From rituals to reason: Creating an environment that allows nurses to nurse. *International Journal of Nursing Practice*, 6, 214-218.
- Trojan, L., & Yonge, O. (1993). Developing trusting, caring relationships: home care nurses and elderly clients. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1903-1910.
- Tutton, E., & Seers, K. (2004). Comfort on a ward for older people. *Journal of Advanced Nursing*, 46 (4), 380-389.
- Ugarriza, D. N. (2002). Intentionality: Applications with Selected Theories of Nursing. *Holistic Nursing Practice*, 16 (4), 41-50.
- van Manen, M. (1990). *Researching lived experience. Human science for an action sensitive pedagogy*. New York: State University of New York Press.
- Veiga, M.A.P.L. (2007). Proteger a identidade da pessoa idosa no hospital. Um desafio ao cuidado de enfermagem. (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade do Porto. Porto.
- Vidán Astiz, M. T. et al. (2008). Functional decline during hospitalization in elderly patients. Benefits of admission to the geriatrics service. [Abstract]. *Revista Española de Geriatría Y Gerontología*, 43 (3), p. 133-138.

- von Essen, L., Burstrom, L., & Sjöden, P. (1994). Perceptions of caring behaviors and patient anxiety and depression in cancer patient-staff dyads. [Abstract]. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 8 (4), 205-212.
- Wakefield, B. J. (2007). Functional trajectories associated with hospitalization in older adults. *Western Journal of Nursing Research*, 29 (2), 161-177.
- Wallace, C. L., & Appleton, C. (1995). Nursing as the promotion of well-being: the client's experience. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 285-289.
- Walker, A. C. (2002). Safety and comfort work of nurses glimpsed through patient narratives. *Journal of Nursing Practice*, 8, 42-48.
- Waters, K. R., & Easton, N. (1999). Individualized care: is it possible to plan and carry out? *Journal of Advanced Nursing*, 29 (1), 79-87.
- Watson, J. (1998). *Le caring. Philosophie et sciences des soins infirmiers*. Paris: Ed. Seli Arsean.
- Watson, J. (2002a). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2002b). *Enfermagem pós-moderna e futura. Um novo paradigma da enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Wells, Y., Foreman, P., Gething, L., & Petrália, W. (2004). Nurses' attitudes toward aging and older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 30 (9), 5-13.
- Webster, J. (2004). Person-centred assessment with older people. *Nursing Older People*, 16, 3, 22-26.
- West, E., Barron, D. N., & Reeves, R. (2005). Overcoming the barriers to patient-centred care: time, tools and training. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 435-443.
- White, O., Pringle, D., Doran, D., & Hall, L. M. (2005). The nursing and health outcomes project. *Canadian Nurse*, 101 (9), 15-18.
- Whittemore, R., Chase, S. K., & Mandle, C. L. (2001). Validity in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 11 (4), 522-537.
- Widmark-Petersson, V., von Essen, L., & Sjöden, P. (2000). Perceptions of caring among patients with cancer and their staff: differences and disagreements. *Cancer Nursing*, 23 (1), 32-39.
- Willis, J. W. (2007). *Foundations of qualitative research. Interpretative and critical approaches*. Thousand Oaks: SAGE Publications.

- Wimpenny, P., & Gass, J. (2000). Interviewing in phenomenology and grounded theory: is there a difference? *Journal of Advanced Nursing*, 31 (6), 1481-1492.
- World Health Organization (1999). Exploding the myths. Geneve. Disponível em http://www.who.int/hq/1999/WHO_HSC_AHE_99.1.pdf
- World Health Organization (2002). Active ageing. A policy framework. A contribution of the WHO to the second United Nations World assembly on ageing. Madrid. Disponível em http://www.who.int/hq/2002/WHO_NHM_NPH_02.8.pdf
- Yousefi, H. et al. (2009). Comfort as a basic need in hospitalized patients in Iran: a hermeneutic phenomenology study. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (9), p. 1891-1898.
- Zahourek, R. P., & Larkin, D. M. (2009). Consciousness, intentionality and community. unitary perspectives and research. *Nursing Science Quarterly*, 22 (1), 15-22.

ANEXOS

ANEXO I

Técnicas de recolha de dados em uso: justificações e comentários às opções realizadas

Sobre as duas técnicas de recolha de dados utilizadas – a observação participante e a entrevista –, apresento agora, com maior detalhe, as justificações e comentários às opções realizadas e ao uso destas duas técnicas, no presente estudo.

Sobre a observação participante

A “participação permite ao investigador, experimentar directamente as actividades, sentir os eventos, e registar as suas próprias percepções” (Spradley, 1980: 51), em diversos graus de envolvimento nessa situação. Assim, a observação participante pode ser definida como “uma técnica de recolha de dados, discreta, partilhada ou premeditadamente subjectiva, a qual envolve consumo de tempo do investigador num ambiente observando comportamentos, acções e interacções, de modo que possa compreender os significados construídos nesse ambiente e possa dar sentido às experiências do quotidiano” (Grbich, 1999: 123-4). A sua marca é a possibilidade de interacção entre o investigador e os participantes (Laperrière, 2003; Willis, 2007). Esta interacção com os participantes torna-se fulcral, numa perspectiva *interpretativista* e construtivista, dado ser por este meio que o investigador acede à interpretação que cada um faz dos eventos em que participa.

A observação participante recaiu sobre a interacção de cuidados, enquanto situação social, e concretamente sobre os seus elementos primários – o lugar, os actores e a actividade –, pormenorizados nas nove dimensões de qualquer situação social (Spradley, 1980): espaço e objectos (contexto físico: espaço, ruído, luz, presença de terceiros, material específico), actores (enfermeira e cliente envolvidos), evento, actividade e acto (conjunto de actividades, actos e acções singulares pelos actores – o seu comportamento: os gestos e a comunicação verbal e não verbal (Charmaz, 2006), objectivo e sentimento e o tempo (sequência temporal dos acontecimentos). Procurei observar as sequências de actividades no tempo, ou seja, o processo, essencial face ao fenómeno em estudo e à própria *Grounded Theory* (Charmaz, 2006). Maior ou menor ênfase foi dado às diversas dimensões, consoante a situação sob observação e o estágio da análise.

Decidi que observaria qualquer intervenção de enfermagem que uma participante enfermeira desenvolvesse com (ou para) um cliente participante, tratando-se portanto de uma observação em situação natural (Flick, 2005). Assim, o “acontecimento desencadeante” (Fortin, 1996: 242-3) para iniciar um período de observação não decorria duma oportunidade e/ou periodicidade pré definida pela investigadora, mas antes, das circunstâncias ou acontecimentos reais que surgiram no contexto. Esta decisão fundamenta-se, por um lado na perspectiva de que as actividades a observar devem ser actividades recorrentes ou frequentes na situação social em estudo (Spradley, 1980) e, por outro, no conhecimento de que a actividade de confortar (fenómeno em estudo) poderá ocorrer em qualquer actividade da enfermeira porque é, pelo menos às vezes, inespecífica à situação (Oliveira, 2005; 2008).

Esta não foi a opção inicial – na qual favorecia a entrada em contacto com a díada a partir da entrevista com o cliente –, estratégia que se revelou inconsequente ao fim de algumas entrevistas, que tendo sido ricas em dados sobre a experiência do fenómeno, não permitiram, contudo, identificar a enfermeira(s) a que o cliente se referia na narrativa da experiência (não permitia estabelecer uma díada). Como é natural em *Grounded Theory* e decorrente do processo de reflexão do investigador, a estratégia foi alterada: a observação participante numa interacção de cuidados passou a ser o modo para identificar a díada, da qual foi possível, por entrevista posterior, obter acesso aos significados atribuídos na acção.

A observação foi assistemática (Flick, 2005), ou seja, a cadência e frequência dos períodos de observação não esteve dependente de decisão prévia, mas antes, da oportunidade de dar continuidade a observações/entrevistas prévias com um determinado participante ou díada, no tempo útil de hospitalização. Para um mesmo participante chegaram a acontecer mais do que um momento de observação no mesmo dia. Os períodos de observação aconteceram durante a manhã e a tarde, tendo evitado qualquer interacção com os clientes que fosse para além das 20 ou 21 horas, por não me parecer que tal intromissão do repouso dos participantes fosse justificável por algum suposto benefício na recolha de dados. Assim, pode dizer-se que a questão da “amostragem de tempo” (Grbich, 1999: 127-8), ou a determinação da duração e periodicidade das observações, não se colocou, pois cada episódio de observação teve a duração da interacção de cuidados, tendo variado entre alguns breves momentos a períodos de aproximadamente meia hora.

O tipo de observação participante planeado e também o mais frequentemente levado a efeito foi o que caracteriza pela postura de *completo observador* (Creswell, 1994; Flick, 2005) ou “totalmente investigador” (Gans, 1982 citado por Grbich, 1999: 125), dado ter ido a campo regular mas ocasionalmente, por períodos limitados, em que a observação foi o propósito central, e não a participação nas actividades a observar. Significa um envolvimento reduzido com as actividades a serem observadas e com as pessoas no decurso daquelas, ou o que Spradley (1980) designa de participação passiva. Efectivamente, não existem regras consensuais sobre quanto o investigador deve participar (Willis, 2007), sendo esta decisão aferida e adequada estudo a estudo, momento a momento, em função daquilo que aquele considere mais benéfico para seus objectivos e que não represente ameaça para os participantes. Procurei assim minimizar a minha interferência na interacção das díadas, de modo a reduzir a probabilidade de influenciar os resultados da mesma (Flick, 2005).

Deste modo, optei por uma postura, de alta visibilidade em campo, associada à observação não dissimulada ou observação aberta (Flick, 2005). A esta postura pode ser apontada a vantagem da redução das tensões éticas (Laperrière, 2003), sendo facto que, pelos requisitos éticos a que me obriguei, o meu objectivo em campo era totalmente transparente

para os participantes. Por outro lado, é-lhe reconhecido o inconveniente de poder prejudicar a “fiabilidade das informações” (Laperrière, 2003: 264), dado os eventuais interesses que os actores podem ter a defender aos olhos do investigador. Quanto a este aspecto, não creio haver, por parte dos clientes, particulares interesses a defender perante mim, pois afirmei repetida e oportunamente a minha independência em relação ao pessoal e à hierarquia do serviço (Spradley, 1980). Quanto às participantes enfermeiras, se interesses a defender perante a investigadora tiveram, suponho que só possam ter sido – se o foram – os condicionados pela *desejabilidade* social de querer dar de si e do seu comportamento profissional uma imagem positiva, no caso, o de ser uma enfermeira atenta ao conforto do cliente. Porém, assumi que, mesmo a existir tal comportamento, o mesmo não feriria seriamente o objecto de estudo nem a veracidade dos dados, desde que tal comportamento fosse percebido como confortador pelo cliente.

Procurei, durante a observação da interacção enfermeira-cliente, ocupar, sempre que possível, um espaço afastado da linha de visão entre os elementos da díada; evitei interferir, por gestos ou por palavras. Procurei, assim, evitar modificar o contexto da interacção (tanto quanto possível) e sobretudo, precaver que a minha intervenção pudesse modificar a percepção de conforto por parte do cliente, dado pretender que tal resultado, se verbalizado, pudesse ser, eventualmente, relacionado com a intervenção da enfermeira, no seio da díada. Mas tal postura foi, episodicamente, alterada, tendo num ou noutro episódio de observação, assumido um papel um pouco mais participante, colaborando com a enfermeira como se fosse uma leiga, num desempenho subalternizado ao comando daquela, ou reduzido a assisti-la como auxiliar, interagindo minimamente com o cliente, deixando que a interacção fosse essencialmente entre os elementos da díada. Ou seja, neste papel apenas assumi tarefas subordinadas, como por exemplo, amparar o cliente, durante os cuidados de higiene no leito. Esta mudança de postura deveu-se tão-somente à necessidade de balancear os papéis em situação de carência momentânea de pessoal, em que senti que assumir uma posição de mera espectadora poderia ser agressivo para os participantes (que de facto sabiam-me enfermeira), procurando demonstrar atenção às suas necessidades.

Com base nos primeiros episódios de observação participante, foi possível, por via da reflexão pessoal e da ajuda de supervisores (orientadores), aperceber-me da necessidade de evitar a *desatenção selectiva* e melhorar a consciência explícita (Spradley, 1980: 55) para aspectos que me eram banais, mas que no contexto de investigação, poderiam ser importantes e precisavam não ser ignorados; tratou-se de ‘tornar o estranho familiar e o familiar estranho’. Especialmente quando [se] está a lidar com a sua própria cultura” (Sandelowski, 2007/1994). Isto foi mais notório em aspectos relacionados com a intervenção da enfermeira (aspectos clínicos dados como óbvios).

Associado a isto esteve a necessidade, reflexivamente apercebida, de aprender a assumir uma postura de aprendiz (Laperrière, 2003; Spradley, 1980) e simultaneamente de “incompetência aceitável” (Laperrière, 2003: 267), bem como a de manter um comportamento equidistante dos diversos participantes. Inclusivamente foi percebida a necessidade de adoptar um comportamento que não melindrasse os clientes não participantes que se encontravam no contexto. Isto representou um equilíbrio complexo, dado os participantes saberem ser enfermeira e poderem ter expectativas de ajuda ou pelo menos de opinião profissional. Refugiei-me na figura de elemento externo, procurando não parecer emocionalmente indiferente mas equilibrando uma proximidade compreensiva mas não comprometida. Foi uma experiência difícil e cansativa.

Procurando que a observação fosse a mais discreta possível, não tomei notas na presença dos participantes (Grbich, 1999). Dos episódios de observação participante foram redigidos imediatamente no seu seguimento, “registos condensados” (Grbich, 1999; Spradley, 1980), com ideias mais marcantes e palavras-chave que posteriormente, no espaço de alguns minutos ou poucas horas, permitiram recuperar um registo completo sobre o observado – notas de campo. Estas notas de campo, para além de conterem o registo do directamente observado, incluíram, por vezes, entrevistas informais (Morse & Richards, 2002; Spradley, 1980) com os participantes, constituindo um verbatim.

Para além das notas de campo, foi mantido um diário reflexivo que serviu como diário de campo (Spradley, 180) durante estas incursões, como referido. Para além dos registos de movimentos em campo, possibilitou um espaço e meio para o encontro comigo própria, numa lógica reflexiva sobre o vivido em campo, sobre as dificuldades sentidas, as interrogações emergentes, as auto avaliações sobre o próprio desempenho como observadora, sobre os sentimentos aí experimentados.

Recolher dados a partir da interacção enfermeira-cliente, observando-a, e posteriormente, acedendo às interpretações dos elementos da díada, por entrevista, permite, por um lado, contextualizar o momento do encontro e apercebermo-nos das trocas entre actores – o que parece passar-se ali – e, por outro, expandir a compreensão do observado, centrando-nos na partilha de significados e na sua articulação com a acção – o que os actores consideram ter-se ali passado.

Sobre a entrevista

Aquilo que ocorre entre os participantes, numa interacção, pode eventualmente estar fora do alcance das suas consciências (Morse, 1992); as estratégias usadas pela enfermeira, podem ser-lhe pouco conscientes, a ela própria, e por maioria de razão, ao cliente, a quem para além das dificuldades interpretativas comuns a qualquer pessoa numa interacção, acrescem as decorrentes do muito provável défice de conhecimentos técnico-científicos que

o habilitem para uma leitura ajustada dos factos. Importa pois, ao investigador, encontrar estratégias de acesso à informação que lhe permitam minimizar tal lapso. Com vista a reduzir o impacto desta dificuldade no estudo, selecionei também a entrevista como técnica de recolha de dados, geralmente subsequente a um episódio de observação participante; os dados decorrentes da observação constituíram motivo para aprofundamento e clarificação, sendo os participantes convidados a reflectir e a pronunciarem-se – a darem sentido – ao ocorrido. A recolha deste tipo de informação é consentânea com a posição do *interaccionismo simbólico* segundo a qual “ignorar o significado das coisas em direcção às quais a pessoa age é falsificar o comportamento em estudo” (Blumer, 1986: 3).

As entrevistas apresentaram diferentes tipologias, consoante o objectivo e o momento da recolha de dados. Começaram por ser formais e semi-estruturadas, a partir das questões de investigação, pois o propósito era também aprofundar o estudo do fenómeno, a partir do que já sabia sobre este (Morse & Richards, 2002; Rehm, 2010; Spradley, 1980; Strauss & Corbin, 1998). Assim, algumas ocorreram independentemente da constituição de díadas. Estas entrevistas, não se reportando a uma situação de cuidados concreta e partilhada entre actores específicos, constituíram, uma fonte de dados relevante, por serem iniciais (Wimpenny & Gass, 2000) e por provirem de “bons informadores” (Meadows & Morse, 2001: 193), pessoas com experiência relevante sobre o fenómeno. Progressivamente, muitas das entrevistas passaram a ser informais e a tomar lugar como técnica secundária de recolha de dados, subsequente à observação da interacção (Wimpenny & Gass, 2000), pelo que o seu conteúdo era menos previsível, contudo, sempre centrado em questões que conduzissem o participante a definir os seus termos, a sua situação e significados (Charmaz, 2006), e a explicitar o sentido da sua acção, a interpretação da acção e reacção do outro actor, a sua avaliação sobre o resultado das acções de ambos, e o impacto disso na experiência de conforto do cliente.

Realizei gravação áudio, sob consentimento, na maioria das entrevistas. Contudo, quando as entrevistas ocorreram no quarto do cliente e quando neste havia ruído de fundo, a gravação tornava-se pouco adequada, porque para ser audível, obrigaria a uma conversação em volume de voz elevado, com prejuízo da privacidade do cliente. Nesta situação, optei por não gravar, e tomar notas sintéticas (por palavras-chave e frases curtas significativas) na presença do entrevistado. Estas anotações foram expandidas, e a entrevista reconstituída num verbatim, quase de imediato, assim que a esta terminava. As entrevistas áudio gravadas foram integralmente transcritas. As entrevistas informais ocorridas durante momentos de participante (geralmente no seu término), não foram sistematicamente áudio gravadas e foram registadas em notas de campo, por serem geralmente muito breves e ocorrerem ainda dentro do período de observação.

ANEXO II

Verbatim de uma entrevista e nota de campo: exemplos do processo de codificação

ANEXO II – A

Para além de exemplificar, com este excerto, o recurso à técnica de entrevista, procuro exemplificar o processo de codificação, embora a linearidade deste documento não permita fazer jus ao carácter iterativo do processo de análise (suportada pelo Software NVivo7³⁹). Apresento os códigos iniciais ou conceitos de mais baixo poder de abstracção (em codificação aberta), e a sua organização em subcategorias, na medida em que revelariam referir-se ao mesmo fenómeno/acontecimento. Nas colunas à direita, surgem os conceitos de mais elevada nível de abstracção e que subsumem grupos de conceitos: subcategorias e categorias, até às categorias tema.

Entrevista Enfermeira I.	Código: E1-E-I-22.12.08
--------------------------	-------------------------

Excerto de entrevista conduzida com uma enfermeira participante - Enfermeira I. A enfermeira I é elemento da díada F, conjuntamente com o cliente CE. A entrevista ocorre momentos depois de ter sido observada a prestação de cuidados ao cliente (interacção inicial no turno, alimentação e cuidado no levante, deambulação e cuidado de higiene na casa de banho).

Verbatim	Código
<p>CO - Enf.^a Ivone, em relação ao cuidado que se desenvolveu de manhã com o senhor Mateus, eu tinha algumas questões para lhe colocar e uma delas seria precisamente começar por tudo o que fez e do que disse ao longo daquele cuidado de higiene era capaz de me dizer em que medida é que acha que contribuiu para o conforto do senhor?</p> <p>EI - É assim, o senhor inicialmente não queria completamente tomar banho só que eu tentei fazer-lhe ver que ele agora a urinar para urinol, a urinar para a fralda... toda aquela zona genital fica em contacto com a urina e que acaba por ser prejudicial ali para aquela pele, portanto de alguma forma também tentei convencê-lo e</p> <p>ele percebeu, tanto que aceitou, e portanto fizemos esse contrato.</p> <p>Acho que nesse sentido alguma educação foi feita para que</p>	<p>Argumentar</p> <p>Dosear vontades</p>

³⁹ Porque os Relatórios (*outputs*) produzidos por este Software são de difícil leitura e interpretação, porque codificados e recortados, optei por transcrever a codificação para suporte Word, de modo a preservar a integralidade e sequência do texto.

<p>ele conseguisse ter noção de que efectivamente, agora que está cá e que está mais dependente e que está a utilizar meios para urinar que não são os que ele normalmente utiliza, portanto ele conseguiu compreender qual era a finalidade</p> <p>e, depois eu tento sempre quando faço, principalmente na casa de banho, que é uma zona em que há mais autonomia para eles, tento sempre que o senhor...perceber até onde é que vai as capacidades do senhor,</p> <p>até onde é que ele chega, até onde é que ele lava, até onde é que ele... portanto e como é que ele pretende que as coisas sejam,</p> <p>de alguma forma eu acho que neste momento há uma capacidade ou um tempo para as pessoas decidirem “a água está boa, está quente, quero assim, quero assado, quero lavar aqui, quero lavar ali...” , portanto algum controlo sobre aquilo que eles estão a fazer...</p> <p>CO - E acha que isso... está-me a dar isso como exemplo de comportamentos seus, digamos assim, que favorecem o conforto do doente?</p> <p>EI - Sim.</p> <p>CO - Acha que são medidas que favorecem, sim senhora.</p> <p>EI - Eu penso que sim, agora se efectivamente tem alguma...</p> <p>CO - Muito bem. Pronto é a sua perspectiva, foi digamos a intenção com que fez...</p> <p>EI - Sim.</p> <p>CO - Pronto ok.</p> <p>EI - Se tem alguma repercussão efectiva no conforto das pessoas... isso já são outras questões. Penso que para este senhor foi assim o mais... ainda por cima tendo em conta que ele não...</p> <p>CO - Estava hesitante, não é?</p> <p>EI - Estava hesitante.</p> <p>CO - Estava renitente.</p> <p>EI - Sim, sim, sim...</p> <p>CO - Muito bem. Pegando no que estava agora a dizer, o facto de tentar cativa-lo para o banho, foi um trabalhinho de namoro, digamos assim, a tentar cativa-lo para o banho estava a enunciar-lhe motivos que são da ordem da segurança digamos, por causa da pele, o macerar etc, etc... mas de alguma forma a sua preocupação tinha só a ver com a pele ou também tinha a ver com um conforto que o senhor, naquele momento, parecia que estava a dispensar?</p> <p>EI - Eu penso que tem a ver mais nos dois sentidos, tanto porque é sempre a forma que eu arranjo para...</p> <p>não é para eles tomarem banho, tanto que o senhor do lado não quis tomar banho...</p> <p>CO - Exactamente. Ele disse-me “ai eu hoje não quis e tal...”</p> <p>EI - Não tomou banho, não quis trocar sequer de pijama, portanto eu não obrigo o senhor a fazer nada dessas coisas,</p> <p>mas de alguma forma eu pego na... e que não é a... não estou a ser mentirosa, estou só a dissuadir um bocadinho,</p> <p>porque efectivamente aquela zona está sempre em contacto e vê-se aqueles eritemas da fralda aqui a aparecer de uma forma exponencial, que é impressionante...</p>	<p>Agir intencionalmente</p> <p>Fazendo e conhecendo</p> <p>Procurar sinais: seguir pistas</p> <p>Evitar dependência e regressão</p> <p>Cuidado de compromisso</p> <p>Aceitar a decisão</p> <p>Argumentar</p> <p>Evitar involução e complicações</p>
---	--

<p>CO - Claro.</p> <p>EI - E também por algum conforto que o senhor não quisesse estar a... quisesse estar a descansar. Eu penso que seria pelos dois motivos.</p> <p>CO - Outro aspecto que agora me estava a referir, dar-lhes oportunidade de eles irem fazendo, até onde chegam claro, da maneira como podem, não me disse mas, eu presumo que na sua cabeça também está muito a questão da autonomia da pessoa, não é, mas ao mesmo tempo estava-me a enunciar isso como um cuidado que promove conforto porque também está convicta de que isso o ajuda. Ok. Estou só a sistematizar para ver se eu percebi a ideia...</p> <p>EI - Claro.</p> <p>(mudança de pista de gravação)</p> <p>CO - Há uma alguma de que eu me apercebi, há uma altura, não... várias, em que adopta com o senhor uma estratégia de "Posso não sei quê? acha que posso?, vou fazer não sei que mais...", portanto e vai-lhe pedindo licença para... uma certa permissão para avançar. Pode-me dizer que sentido é que isto lhe faz? Este pedido de permissão para "posso lavar as costas?" ou "Posso lavar os pés?"</p> <p>EI - Quer dizer... faz todo o sentido porque efectivamente é o corpo do senhor, é o espaço dele portanto é o pedir constante se se pode invadir a esfera do outro, portanto nesse sentido é que eu o faço sempre.</p> <p>Nós começámos, enquanto ainda não estava lá, eu perguntei-lhe se ele queria fazer a barba, ele queria e não tinha as coisas dele e eu fui buscar</p> <p>e ele disse que não se sentia em condições para fazer..., eu perguntei-lhe se ele queria que eu fizesse e ele disse-me que não... não queria... pronto, não me explicou o motivo mas disse-me que não.</p> <p>CO - Tal como lavar a cabeça, também não quis.</p> <p>EI - Também não quis. Fazer a barba se calhar não... Mas é muito nesse sentido, penso que ali há tão poucos momentos, em internamento, em que as pessoas têm alguma coisa a dizer sobre alguma coisa..., exames, a comida, qualquer coisa...</p> <p>Ali eu permito, ou faço com que aconteça um espaço em que a decisão seja um bocadinho deles, de como é que gostam de ser a ordem</p> <p>... já que eu o convenci de alguma forma...</p> <p>CO - Não se pode ganhar sempre...</p> <p>EI - Não...achei que... eu faço normalmente sempre isto, que as pessoas façam... além do mais que este foi o primeiro banho que eu lhe dei...</p> <p>CO - Pronto, isso era outra pergunta que eu lhe ia fazer, era se já...</p> <p>EI - Na casa de banho porque já tinha feito na cama,</p> <p>e eu gosto sempre de avaliar a capacidade das pessoas no banho,</p> <p>portanto consigo perceber perfeitamente bem: aquele senhor tem equilíbrio, não precisa de tomar banho sentado, que consegue baixar a cabeça e ainda assim ter equilíbrio...</p> <p>portanto consigo avaliar várias coisas e se ele tiver o tempo dele para fazer as coisas eu consigo ainda avaliar melhor.</p>	<p>Solicitar permissão</p> <p>Dar lugar à pessoa</p> <p>Perceber capacidades e rec.</p> <p>Mostrar disponibilidade</p> <p>Agravar a dependência</p> <p>Evitar dependência e regressão</p> <p>Dosear vontades</p> <p>Cliente: um quase desconhecido</p> <p>Fazendo e conhecendo</p> <p>Reconhecer necessidades</p> <p>Agir intencionalmente</p> <p>Oportunismo</p>
--	---

Obviamente que amanhã estou com o senhor quando ele for tomar banho, se assim o quiser, leva o seu tempo à vontade...

é um dos motivos pelos quais eu faço mais questão... não é... faço mais questão de ser eu a ir em vez da auxiliar, não é... porque todos os meus banhos sou eu que dou, ponto. E há muitas colegas que os banhos na casa de banho são as auxiliares que dão, e eu faço-o exactamente por vários motivos e um deles é fazer com que as pessoas façam o máximo possível por elas, portanto eu não lavo enquanto as pessoas puderem lavar, eu não esfrego enquanto as pessoas puderem esfregar...

CO - Claro.

EI - Eu dou sempre o..., e às vezes as pessoas até estranham e sentem que aquilo... o chuveiro para a mão... "E o que é que eu faço?"... tal e qual como fazem em casa, mas normalmente se calhar se foram outras pessoas que deram banho lavam com o chuveiro... não! "O chuveiro é seu e você utiliza como entender e lava aquilo que entender";

porque se fosse eu a lavar [o Cl.] se calhar tinha começado por lavar a cabeça...

CO - Pois. Exacto.

EI - Portanto é efectivamente permitir ou dar algum poder que não há em lado nenhum e que naquele momento que [o] tenha, e respeitar um bocadinho o tempo também e a autonomia em principio.

CO - Portanto na convicção de que aquilo lhes é agradável? É agradável à pessoa ter esse poder, digamos assim, não é?

EI - Sim, na convicção...

CO - É acreditando que é isso não é?

EI - Sim.

(...)

Individualizar procedimentos aparente/ iguais

Chamar a si a intervenção

Evitar dependência e regressão

Estimular

Individualizar procedimentos aparente/ iguais

Evitar dependência e regressão

Independência é confortadora

Codificação

Do código inicial (codificação aberta) à formação de categorias (codificação axial)

Código		Subcategoria	Categoria	Categoria Tema
	Independência é confortadora	Convicções da E.	Convicções e suspeitas mobilizadoras	Desafio profissional (contexto)
	Agravar a dependência			
	Agir intencionalmente	Agir compassivo	Dar sentido à acção - Balancear conforto e risco	
	Evitar involução e complicações	Obter ganhos e acautelar prejuízos		
	Evitar dependência e regressão			
	Cliente: um quase desconhecido	Avançar na penumbra	Mover-se na penumbra pelo apelo	
	Dar lugar à pessoa	Procurar incessantemente o outro		Conhecendo a pessoa (processo)
	Procurar sinais: seguir pistas			
	Fazendo e conhecendo	Entrelaçar o conhecimento		
	Perceber capacidades e recursos	Ir percebendo o Cliente	Conhecimento inacabado	
	Reconhecer necessidades	Aproximação ao particular		
	Oportunismo		Características do processo	
	Estimular	Capacitar o Cliente	Adequar o corrente ao particular	Gerir conforto e risco (proc.)
Argumentar	Negociar a intervenção			
Dosear vontades	Negociar a intervenção			
Aceitar a decisão	Fundar a relação	Um estar confortador		
Solicitar permissão	Fundar a relação			
Mostrar disponibilidade	Mostrar interesse e boa vontade			
Chamar a si a intervenção	Ajustar o cuidado corrente	Particularizar o cuidado corrente	Adequar o corrente ao particular	
Individualizar proc. aparente/ iguais	Ajustar o cuidado corrente			
	Cuidado compromisso de	Cuidado confortador		

ANEXO II – B

Para além de exemplificar, com este excerto, o recurso à técnica de observação participante, procuro exemplificar o processo de codificação, embora a linearidade deste documento não permita fazer jus ao carácter iterativo do processo de análise (suportada pelo Software NVivo®7). Apresento os códigos iniciais ou conceitos de mais baixo poder de abstracção (em codificação aberta), e a sua organização em subcategorias, na medida em que revelariam referir-se ao mesmo fenómeno/acontecimento. Nas colunas à direita, surgem os conceitos de mais elevada nível de abstracção e que subsumem grupos de conceitos: subcategorias e categorias, até às categorias tema.

Nota de Campo

Enfermeira/Cliente EK/CC

Código: NC3-E/CI-EK/CC - 07.08.08

Contexto da interacção:

Eram cerca das 11 horas e 25 minutos quando entrei no quarto onde se encontra a D. C. Esta estava no quarto, sentada no cadeirão (modelo de espaldar alto, apoio de braços e pequeno degrau para a poio de pés), com os antebraços sobre a superfície de trabalho, pés sobre o degrau; vestia roupão mas referia frio (o ar condicionado estava dirigido para si). Televisão acesa para a qual a cliente nem olhava. Ainda não tinha falado com a Sr^a hoje, pois tinha-se ausentado do Serviço, em cadeira de rodas, para realizar uma ecografia; regressara há pouco e a E. K. tinha-a deixado sentada junto ao leito. A cama está feita de lavado, aberta em harmónio.

No quarto estão outras duas clientes, deitadas e caladas. O quarto está semi-iluminado pela janela que fica próximo da unidade da D.C.

Dirigi-me para a Sr^a - sentada ao fundo do quarto - que me recebeu com um sorriso. Perguntei-lhe como se sentia ao que me disse estar muito cansada e muito desejosa de se deitar; pois já não suportava estar mais tempo ali sentada, doíam-lhe as costas, disse. Tinha um fâcies franzido e respirava e falava baixo e entrecortado, denotando esforço para o conseguir. Naquela manhã já tinha realizado a deslocação a pé ao WC (perto do quarto), tomado duche em pé (no qual tinha colaborado mais do que no dia anterior), tinha comido,

por mão própria, o pequeno-almoço de papa, e finalmente, realizado o referido exame, noutra ponta do hospital; e já estava ali sentada há “um bocado”.

Nota de campo	Código
<p>A Enf. K entra espontaneamente no quarto. Assim que a vê, a D. C. chama-a e a enfermeira pergunta-lhe:</p> <p>- D. C., é para lhe elevar os pés, não é?”</p> <p>E, quase simultaneamente, pegou numa cadeira e num lençol para proceder à elevação (modo habitual de estar sentada no cadeirão).</p> <p>A Cl. interrompe-a – ao que a E. suspende os gestos –</p> <p>e diz-lhe que o que lhe apetecia mesmo era ir para a cama, deitar-se; diz isto com o ar de cansaço referido. Sublinha que não está ali bem e que “não está nos seus dias”.</p> <p>A E. K, que entretanto parara o procedimento e ficara agachada juntinho à Cl.,</p> <p>diz-lhe com voz suave e calma, olhando-a directamente,</p> <p>que seria bom que ficasse mais um bocadinho levantada, que não fosse já para a cama, para não ficar deitada tantas horas.</p> <p>A D. C. contraria a E. e insiste em que está muito cansada e que queria muito deitar-se;</p> <p>fala-lhe com firmeza mas com a entoação de quem faz um pedido.</p> <p>A E. K, continua de cócoras a olhar e a ouvir a Sr^a e,</p> <p>no tom suave e compassado inicial, procura explicar-lhe que seria bom prolongar o repouso no cadeirão: “se vai já para a cama, mais logo vai-lhe doer o corpo de tantas horas de cama, como é costume”;</p> <p>mas a D. C. parece irredutível: persiste na afirmação do seu cansaço e faz uma expressão franzida de quem “quase suplica”.</p> <p>A E. ainda faz mais uma tentativa para a convencer a permanecer sentada; diz-lhe algo,</p> <p>a sorrir, em tom de brincadeira;</p> <p>a Cl. responde-lhe também a sorrir (como que “por cima” do franzido do rosto), manifestando uma resposta pronta e de quem alinha na brincadeira.</p> <p>A E. K acede ao pedido.</p> <p>Começa a preparar o espaço para levantar a Sr^a do cadeirão e</p>	<p>Revelar desconforto</p> <p>Dar lugar á pessoa</p> <p>Agir com conhecimento integrador</p> <p>Valorizar dados espontâneos</p> <p>Revelar desconforto</p> <p>Criar proximidade</p> <p>Comunicar serenidade</p> <p>Abrir canais à comunicação</p> <p>Explicar</p> <p>Desconforto revelado</p> <p>Resistir à proposta</p> <p>Criar proximidade</p> <p>Argumentar</p> <p>Resistir à proposta</p> <p>Insistir na argumentação</p> <p>Usar humor</p> <p>Usar humor (Cl.)</p> <p>Insinuar-se</p> <p>Dosear vontades</p> <p>Aproveitar cuidado corrente</p>

<p>para ajudá-la a deitar-se:</p> <p>dá-lhe uma mão para que suba os degraus de acesso à cama.</p> <p>A Cl. demonstra esforço para conseguir fazê-lo: “A perna não vai, hoje não vai, não consigo”.</p> <p>A Enf. K ao escutar os lamentos da Sra.,</p> <p>diz-lhe: “Dê-me a outra mão, para ajudar a subir; força na perna D. C.”.</p> <p>E assim foi, de mãos dadas, lá consegui, com ajuda, sentar-se na beira do leito, para a E. de imediato a ajudar a deitar-se e tapar-se.</p> <p>Aninha-se, nem faz gesto para se tapar. Suspira e mantém os olhos fechados e a cabeça na almofada. Parece “derretida” sobre a cama. O fâcies deixou de ser engelhado e está agora mais sereno.</p> <p>Antes de sair do quarto, a E. dirige-se a D. Cl. e diz-lhe voltaria mais tarde para a ajudar a levantar novamente para o cadeirão, nem que fosse à Tarde (turno que também faria):</p> <p>- “Até estou cá de tarde também, e por isso venho ajudá-la, e então levanta-se um bocadinho, está bem?!”. E o tom daquela frase não era tanto o de uma pergunta mas antes o de uma afirmação;</p> <p>e a Sr^a respondeu-lhe que o faria, acenando com a cabeça e fazendo um ar sério de quem está a comprometer-se.</p> <p>- “Pronto, D. C., e se precisar de ir à casa de banho urinar, toque a campainha, para a virmos ajudar a lá ir, está bem? Até já”. Saiu do quarto.</p> <p>Abeirei-me da Sr^a para lhe perguntar como estava agora, ao que reafirmou que agora sim, agora estava melhor, mais aliviada: “Ai, não podia mais; é que por cauda da minha coluna (refere lesões que diz ter) não aguento estar tanto tempo sentada na cadeira”. Ficou a descansar no leito.</p>	<p>Possibilitar intervenções que aliviem</p> <p>Revelar preocupação/necessidade</p> <p>Valorizar dados espontâneos</p> <p>Combinar gestos e afectos</p> <p>Cuidado inespecifico</p> <p>Tomar o pulso ao desconforto</p> <p>Argumentar</p> <p>Comprometer-se e ser fiel</p> <p>Dosear vontades</p> <p>Anuir à proposta</p> <p>Comprometer-se e ser fiel</p> <p>Ficar aliviado</p>
--	--

Codificação

Do código inicial (codificação aberta) à formação de categorias (codificação axial)

Código		Subcategoria	Categoria	Categoria Tema
Revelar desconforto	Solicitar ajuda	Um Cliente que apela	Mover-se na penumbra pelo apelo	Desafio profissional (contexto)
Revelar preoc./ necessidade				
Anuir à proposta	Participar na decisão			
Resistir à proposta				
Usar humor (Cl.)	Insinuar-se			
	Insinuar-se			
	Agir com conhecimento integrador	Agir em função do conhecimento	Dar sentido à acção - Balancear conforto e risco	
	Dar lugar à pessoa		Procurar incessantemente o outro	Conhecendo o cliente (processo)
	Valorizar dados espontâneos			
Desconforto revelado	Reconhecer a situação de conforto/desconforto	Aproximação ao particular	Conhecimento inacabado	
Comunicar serenidade	Nutrir a interacção: conversar para confortar	Um estar confortador	Adequar o corrente ao particular	Gerir conforto e risco (proc.)
Criar proximidade	Sintonizar-se: criar proximidade			
Usar humor	Sintonizar-se: criar proximidade			
Abrir canais à comunicação	Sintonizar-se: criar proximidade			
Comprometer-se e ser fiel	Inspirar confiança < Fundar a relação			
	Explicar	Capacitar o Cliente		
Argumentar	Negociar a intervenção			
Insistir na argumentação				
Dosear vontades				
Aproveitar cuidado corrente	Ajustar o cuidado corrente	Particularizar o cuidado corrente		
Possibilitar intervenções que aliviem	Oferecer estratégias que aliviem	Ajudar a suportar		
Combinar gestos e afectos	Oferecer estratégias que aliviem			
	Tomar o pulso ao desconforto			
Ficar aliviado	Obter alívio - consolo	Ficar melhor	Sentir-se confortado: sentir-se mais e melhor	Sentir-se confortado: a melhoria possível
	Cuidado inespecífico	Cuidado confortador	Natureza do cuidado confortador	

