



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**METAMORFOSE DA EXPERIÊNCIA EMOCIONAL NO ACTO DE CUIDAR:
O PROCESSO DE USO TERAPÊUTICO DAS EMOÇÕES
EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

por

Paula Manuela Jorge Diogo

Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa

Outubro 2010



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**METAMORFOSE DA EXPERIÊNCIA EMOCIONAL NO ACTO DE CUIDAR:
O PROCESSO DE USO TERAPÊUTICO DAS EMOÇÕES
EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Por Paula Manuela Jorge Diogo

Sob orientação de Professor Doutor Manuel José Lopes

Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa
Outubro 2010

Do grande filósofo Aristóteles

As pessoas movem-se emocionalmente...

Do grande investigador português Damásio

Não somos meras máquinas lógicas, nem simples feixes de emoções à solta, mas sim combinação de ambos, embora em algumas ocasiões o equilíbrio possa desviar-se para um lado ou outro.

Da grande teórica de enfermagem Watson

A Ciência do Cuidar não pode permanecer desligada ou indiferente às emoções humanas – dor, alegria, sofrimento, medo e raiva...

Do grande livro – O Príncipezinho – de Saint-Exupéry

- Olá, bom dia! – Disse a raposa.
- Olá, bom dia! – Respondeu educadamente o príncipezinho (...)
- Quem és tu? – Perguntou o príncipezinho (...)
- Sou uma raposa – Disse a raposa.
- Anda brincar comigo – pediu-lhe o príncipezinho – Estou tão triste...
- Não posso ir brincar contigo – disse a raposa. – Ainda ninguém me cativou... (...)
- «Cativar» quer dizer o quê? (...)
- É uma coisa de que toda a gente se esqueceu – disse a raposa. – Quer dizer «criar laços» ...
- Criar laços?
- Sim, laços – Disse a raposa. – Ora vê: por enquanto tu não és para mim se não um rapazinho perfeitamente igual a cem mil outros rapazinhos. E eu não preciso de ti. E tu também não precisas de mim. Por enquanto eu não sou para ti se não uma raposa igual a cem mil outras raposas. Mas, se tu me cativares, passamos a precisar um do outro. Passas a ser único no mundo para mim. E eu também passo a ser única no mundo para ti.
- (...) Se queres um amigo, cativa-me!
- E tenho de fazer o quê? – Disse o príncipezinho.
- Tens de ter muita paciência. Primeiro, sentas-te longe de mim, assim, na relva. Eu olho para ti pelo canto do olho e tu não dizes nada. A linguagem é uma fonte de mal-entendidos. Mas podes-te sentar cada dia um bocadinho mais perto.
- (...) E o príncipezinho cativou a raposa.

À minha querida filha (Filipa) e ao meu paciente marido (Luís).

E ainda à minha eterna amiga (Luiza).

A todas as pessoas que estiveram profundamente presentes,
que se dispuseram a partilhar emoções e me ajudaram a encontrar sentidos
(em especial ao Orientador) durante o percurso deste estudo.

O meu sentido reconhecimento e agradecimento...

RESUMO

O processo de cuidados de enfermagem é um processo relacional, cujas relações interpessoais estão impregnadas de emoções. Actualmente defende-se que lidar com tais emoções é parte integrante do trabalho dos enfermeiros, tornando-se necessária a sua gestão para efectivar uma ajuda aos clientes. Por outro lado, as emoções conferem o sentido humanista ao agir dos enfermeiros, dão sentido ao próprio cuidar e guiam o relacionamento. Mas a literatura disponível não explicita bem estes aspectos emocionais da prática dos enfermeiros. Com este estudo propusemo-nos aprofundar o conhecimento sobre a dimensão emocional da prática de enfermagem, e mais particularmente sobre o uso das emoções enquanto instrumento terapêutico em enfermagem pediátrica. A nossa opção metodológica teve por base pressupostos qualitativos, utilizando como ferramenta de investigação a metodologia da *grounded theory*. O procedimento de amostragem teórica permitiu alcançar o *corpus* de dados, obtido através da observação, entrevista e narrativa escrita realizadas a participantes-enfermeiros e participantes-crianças/jovens/familiares, que foi simultaneamente analisado através do método de comparações constantes, comparações teóricas e paradigma do processo constituído por etapas: contexto/condições-acções/interacções-consequências. Utilizámos, ainda, na análise de dados o programa informático NVivo 8, um *Software* concebido para trabalhar com dados qualitativos facilitando a sua organização e distribuição pela árvore categorial emergente. O desenrolar da teorização permitiu alcançar uma formulação teórica explicativa sobre o uso das emoções em enfermagem pediátrica. O processo de uso terapêutico das emoções no acto de cuidar dos enfermeiros comporta 5 estratégias principais (sub-processos): promover um ambiente seguro e afectuoso, nutrir os cuidados com afecto, gerir as emoções dos clientes, construir a estabilidade na relação e regular a disposição emocional para cuidar (dos enfermeiros). As ligações recíprocas entre estas estratégias ao longo do continuum temporal da relação, permitem transformar positivamente a experiência emocional de doença e hospitalização dos clientes e de cuidar dos enfermeiros – a metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar. O conceito central que emergiu é esta metamorfose da experiência emocional que os enfermeiros desenvolvem na sua prática de cuidados, dirigida para os clientes mas também para os próprios, promovendo o bem-estar e o alívio do sofrimento, tal como o crescimento de ambos.

ABSTRACT

The process of nursing cares is relational, whose interpersonal relationships is impregnated of emotions. At the moment defends that to work with such emotions is integral part of the nursing care, becoming necessary its management for effectiveness help to the clients. On the other hand, the emotions check the sense humanist in acting of the nurse, they give sense to the own caring and they guide the relationship. But the available literature not explicit enough these emotional aspects of the nurse practice. With this study we intended to deepen the knowledge on the emotional dimension of nursing, and more particularly on the use of the emotions as therapeutic instrument in pediatric nursing. Our methodological option had for base qualitative presuppositions, using as investigation tool the methodology of the grounded theory. The procedure of theoretical sampling allowed to reach the *corpus* of data, obtained through the observation, interview and narrative writing accomplished participant-nurse and participant-children/young/parents, that was analyzed simultaneously through the method of constant comparisons, theoretical comparisons and paradigm of the process constituted by stages: context/conditions-actions/interactions-consequences. We still use in the analysis of data the program computer NVivo 8, software conceived to work with qualitative data facilitating its organization and distribution for the tree emergent categorial. Uncoiling of the theorization allowed reaching an explanatory theoretical formulation on the use of the emotions in pediatric nursing. The process of therapeutic use of the emotions in nursing care floodgate 5 main strategies (sub-processes): to promote a safe and affectionate atmosphere, to nurture the cares with affection, to manage the clients' emotions, to build the stability in the relationship and to regulate the emotional disposition to take care (of the nurse). The reciprocal connections between these strategies and the temporal continuum of the relationship allow transforming the emotional experience of disease and the clients' hospitalization, and of practical nursing care positively – the metamorphosis of the emotional experience in the act of care. The central concept that emerged it is this metamorphosis of the emotional experience that the nurse develop in its practice of care, driven for the clients but also for the own ones, promoting the well-being and the relief of the suffering, just as the growth of both.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	12
PARTE I – JUSTIFICAÇÃO TEÓRICA, EMPÍRICA E EXPERIENCIAL	
1 – REFERENTES TEÓRICOS	20
1.1 – RESENHA HISTÓRICA SOBRE A PERSPECTIVA DAS EMOÇÕES NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	20
1.2 – AS EMOÇÕES NA ENFERMAGEM: ENCONTRAR O SEU SENTIDO NA TEORIZAÇÃO EMERGENTE.	26
1.2.1 – Desenvolvimento do corpo de conhecimentos em enfermagem	26
1.2.2 – Um foco unificador da disciplina clarificador da praxis	30
1.3 – O MUNDO DAS EMOÇÕES E A PRÁTICA DE ENFERMAGEM	35
1.3.1 – Evolução do conhecimento sobre o mundo das emoções	35
1.3.2 – Conhecimento sobre as emoções à luz da enfermagem	48
2 – REFERENTES EMPÍRICOS	67
2.1 – LINHAS DE INVESTIGAÇÃO SOBRE AS EMOÇÕES EM ENFERMAGEM	67
2.2 – DIMENSÃO EMOCIONAL E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA.	69
3 – REFERENTES EXPERIENCIAIS	74
PARTE II – OPÇÕES METODOLÓGICAS	
1 – ESTUDO EXPLORATÓRIO	80
2 – FENÓMENO, PERGUNTA E OBJECTIVOS	84
3 – METODOLOGIA DA <i>GROUNDED THEORY</i>	89
4 – PERCURSO METODOLÓGICO.	95
4.1 – AMOSTRAGEM TEÓRICA	96
4.2 – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	98
4.3 – PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE	107

(cont.)

Pág.

PARTE III – ACHADOS: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO

1 – CONTEXTO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM DE UM SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA . . . . .	. 120
2 – NATUREZA DO USO DAS EMOÇÕES NA PRÁTICA DE CUIDADOS DOS ENFERMEIROS NO CONTEXTO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA . . . . .	. 127
2.1 – PROMOVER UM AMBIENTE SEGURO E AFECTUOSO . . . . .	. 128
2.2 – NUTRIR OS CUIDADOS COM AFECTO . . . . .	. 132
2.3 – GERIR AS EMOÇÕES DOS CLIENTES . . . . .	. 140
2.4 – CONSTRUIR A ESTABILIDADE NA RELAÇÃO . . . . .	. 155
2.5 – REGULAR A DISPOSIÇÃO EMOCIONAL PARA CUIDAR (NOS ENFERMEIROS) . . . . .	. 167
3 – PROCESSO DE USO TERAPÊUTICO DAS EMOÇÕES EM CONTEXTO PEDIÁTRICO. . . . .	. 179
4 – FORMULAÇÃO TEÓRICA EXPLICATIVA DO FENÓMENO: METAMORFOSE DA EXPERIÊNCIA EMOCIONAL NO ACTO DE CUIDAR . . . . .	. 225
CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES . . . . .	. 234
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS . . . . .	. 242
ANEXO: Guiões de observação e entrevista . . . . .	. 254

LISTA DE DIAGRAMAS

	Pág.
Diagrama I – <i>Tipos de resposta em função do foco e da experiência emocional do enfermeiro face ao sofrimento do cliente (Morse et al. 1992)</i>	51
Diagrama II - <i>Theory of Integral Nursing (Dossey 2008)</i>	56
Diagrama III – <i>Esquema-síntese da revisão da literatura sobre as Emoções na Enfermagem desde a década de 80 até à actualidade</i>	69
Diagrama IV – <i>“Uso das emoções enquanto instrumento terapêutico”: o foco emergente da categorização</i>	82
Diagrama V – <i>Tipologia dos achados qualitativos (Sandelowski & Barroso 2003)</i>	92
Diagrama VI – <i>Distribuição das observações participantes de acordo com o tipo e foco observado</i>	102
Diagrama VII – <i>Distribuição das entrevistas de acordo com os participantes do estudo nos três momentos de recolha de dados</i>	106
Diagrama VIII – <i>Processo de codificação dos dados</i>	111
Diagrama IX – <i>Esquema-síntese da categoria major: “Promover um ambiente seguro e afectuoso”</i>	132
Diagrama X – <i>Esquema-síntese da categoria major: “Nutrir os cuidados com afecto”</i>	140
Diagrama XI – <i>Conexão entre afecto e confiança no acto de cuidar</i>	141
Diagrama XII – <i>Esquema-síntese da categoria major: “Gerir as emoções dos clientes”</i>	155
Diagrama XIII – <i>Esquema-síntese da categoria major: “Construir a estabilidade na relação”</i>	168
Diagrama XIV – <i>Esquema-síntese da categoria major: “Regular a disposição emocional para cuidar (nos enfermeiros)”</i>	178
Diagrama XV – <i>Componentes do processo de uso terapêutico das emoções (sub-processos transformativos e sua inter-relação)</i>	180
Diagrama XVI- <i>Processo de uso terapêutico das emoções na prática dos enfermeiros em contexto pediátrico</i>	224
Diagrama XVII – <i>Redução teórica e raciocínio indutivo: do corpus de dados à emergência do conceito central</i>	227
Diagrama XVIII – <i>METAMORFOSE DA EXPERIÊNCIA EMOCIONAL NO ACTO DE CUIDAR (transformação de situações emocionalmente intensas em experiências positivas e de crescimento para os clientes e para os próprios enfermeiros)</i>	228

LISTA DE QUADROS

	Pág.
Quadro I – <i>A dimensão emocional e as práticas terapêuticas em enfermagem pediátrica (revisão sistemática da literatura referente ao período de 2003-2008)</i>	72
Quadro II - <i>Cronograma das actividades de doutoramento</i>	96
Quadro III – <i>N.º de participantes que forneceram o corpus de dados (alcançado através do procedimento de amostragem teórica)</i>	98
Quadro IV – <i>Distribuição dos instrumentos de recolha de dados de acordo com os três momentos</i>	100
Quadro V – <i>Diário de uma entrevista</i>	107
Quadro VI – <i>Relação entre a análise de dados e a recolha de dados</i>	109
Quadro VII – <i>Memo de identificação aberta de conceitos</i>	114
Quadro VIII – <i>Memos de desenvolvimento do conceito “dádiva de afecto”</i>	115
Quadro IX - <i>Características da categoria major: “Promover um ambiente seguro e afectuoso”</i>	129
Quadro X - <i>Características da categoria major: “Nutrir os cuidados com afecto”</i>	133
Quadro XI - <i>Características da categoria major: “Gerir as emoções dos clientes”</i>	142
Quadro XII - <i>Características da categoria major “Construir a estabilidade na relação”</i>	156
Quadro XIII - <i>Características da categoria major: “Regular a disposição emocional para cuidar”</i>	169

INTRODUÇÃO

Qual o lugar das emoções na prática de enfermagem? Esta questão acompanhou-nos ao longo da nossa experiência profissional, e continua a motivar-nos para uma exploração cada vez mais profunda sobre a dimensão emocional em enfermagem. O nosso percurso revelou-nos que as emoções dão sentido ao agir dos enfermeiros e dão sentido ao próprio cuidar (Diogo 2006). E tendo em conta que a relação é a base de todo o cuidado evocamos Goleman (2006) para realçar que as relações interpessoais estão impregnadas de emoções.

Mas, antes de mais, o nosso interesse centrou-se numa outra questão, básica, mas premente: o que são as emoções? As emoções dizem respeito àquilo que a pessoa sente, que pode ser de tonalidade positiva ou negativa, podem ser perturbadoras ou gratificantes, são despoletadas por um evento (acontecimento ou pessoa) associado a uma experiência emocional, e a uma emocionalidade essencial à vida para se sentir presente e vivo, por meio da consciência dessas emoções. Outro termo muito relacionado é o afecto, que não deixando de ser uma emoção gera frequentemente sentimentos gratificantes e refere-se a algo que se recebe. O afecto envolve o sentimento de amor, apego e ternura de uma pessoa por outra. Essa emoção que é transmitida por uma pessoa, e permite à outra pessoa sentir-se amada e considerada. O afecto é essencial ao desenvolvimento humano. No que respeita às manifestações quer das emoções quer dos sentimentos, actualmente defende-se que as emoções são públicas e difíceis de esconder ou camuflar, enquanto os sentimentos são interiores, sendo que as emoções dizem respeito ao corpo e os sentimentos à mente.

Não obstante, na literatura inglesa é frequente a utilização da designação *emotion* ou *emotions* para designar a experiência das emoções, sentimentos e afectos, numa perspectiva abrangente do termo sem revelar preocupações com a distinção entre os três conceitos. De facto, Damásio (2001, 2003) realça que o sentimento é a experiência consciente de uma emoção e que ambos andam de mãos dadas, são irmãos gémeos. Assim, também optámos por utilizar a designação única de **emoções** ao longo deste estudo.

As emoções, a experiência subjectiva das emoções e sentimentos, são consideradas como o fundamento da nossa personalidade, o que temos de mais íntimo, o que dá aos nossos actos e pensamentos o encanto, a razão de ser, o impulso vital, sendo graças a elas que nos “ligamos” aos outros, ao mundo, a nós próprios. Quando consideramos as emoções como uma experiência, falamos de uma experiência subjectivo-interior carregada de eco afectivo enquanto realidade significativa para o próprio. A experiência emocional significa, neste estudo, toda a

gama de emoções e sentimentos que os enfermeiros¹ e os clientes² experimentam nas mais diversas situações de cuidados que vivenciam, fazendo leituras e conservando significações dessa experiência.

As emoções não são um sinal adventício, mas sim verdadeiras entidades capazes de assegurar o estabelecimento de relações interpessoais (Cunha 2000). Aquilo que sentimos é o que nos liga à vida, é o que confere “cor e melodia” às interações. Nas relações sociais é uma pedra angular que nos guia e abre caminhos para a decisão, para a acção, para estabelecer os relacionamentos. E aqui retomamos a lógica da pergunta inicial sobre as emoções na enfermagem. É que o processo de cuidados é um processo relacional, um “meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos” (Watson 2002a: 122). E a importância desta relação na enfermagem é salientada por Collière (1999: 152): “É a relação com o doente que se torna o eixo de cuidados no sentido em que é simultaneamente o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem, ao mesmo tempo que detém em si própria um valor terapêutico”. Mas, paradoxalmente, McQueen (2004) alerta para uma questão essencial: os enfermeiros ao adoptarem os valores do holismo, parceria e proximidade na relação procuram conhecer o cliente enquanto pessoa, porém experienciam as respostas emocionais do seu sofrimento. Encontram-se expostos ao *distress* físico e emocional e têm que lidar com tais emoções como parte do seu trabalho, tornando-se necessário a gestão das suas emoções para conseguirem oferecer ajuda e suporte ao cliente.

Desde o final da década de 80 que investigadores da enfermagem têm procurado compreender estes processos na relação enfermeiro-cliente, tendo em conta que a experiência emocional está omnipresente em cada situação de cuidados, a qual tem como base essa mesma relação. Deste modo, os cuidados centrados no relacionamento fizeram emergir questões em enfermagem relacionadas com as emoções dos sujeitos em interacção. Benner & Wrubel (1989) sugerem que a gestão das emoções na prática de cuidados está ligada a um nível de experiência e perícia dos enfermeiros, e aqueles que são peritos tendem a se envolverem com os clientes e a darem uma grande importância às emoções na sua prática.

O conceito de trabalho emocional (*emotional labor*), originário da sociologia (Hochschild 1983), que se refere à regulação das próprias emoções de acordo com uma postura profissio-

¹ O termo enfermeiros engloba enfermeiros e enfermeiras

² A Ordem dos Enfermeiros Portugueses, em 2002, preconiza o termo cliente para designar a pessoa que é alvo dos cuidados de enfermagem, fazendo a ligação com a noção de papel activo no quadro da relação de cuidados. Cliente como participante activo, cliente como aquele que troca algo com outro e não necessariamente aquele que, numa visão meramente economicista, paga. Cliente-pessoa-individual ou Cliente-família ou Cliente-comunidade. Os clientes em pediatria são as crianças ou jovens e, ainda, os seus pais ou pessoas significativas que os acompanham durante o período de hospitalização.

nal imposta, uma vez que se lida com muitas emoções de tonalidade negativa, começou a ser investigado à luz da enfermagem nos trabalhos de Pam Smith (1988, 1991, 1992). Smith (1991) chamou à atenção para que o trabalho emocional, numa era de domínio técnico-racional nos cuidados de saúde, é mais vital do que nunca; a própria tecnologia pelas suas características requer um trabalho emocional que se direcciona tanto para profissionais como para clientes dos cuidados de saúde. Porém, Smith e outros investigadores desenvolveram a perspectiva de que as emoções negativas não representam todos os diferentes aspectos do trabalho emocional na enfermagem, nem valoriza a “vocação” dos enfermeiros, e nesta lógica o conceito de trabalho emocional em enfermagem não se aplica inteiramente. Os enfermeiros não se regulam exclusivamente pelas regras profissionais dos sentimentos, não desempenham apenas trabalho emocional mas também oferecem trabalho das emoções (*emotion work*), numa ajuda aos clientes a lidar com as suas emoções (Smith 1992, Bolton 2000, Lewis 2005). Este trabalho das emoções é oferecido com pouca ou nenhuma expectativa de receber algo em troca através de um investimento afectivo (Bolton 2000, Fitzgerald & Hooft 2000, Zengerle-Levy 2004). Surge sobre a forma de amor, algo que vai para além do tradicional dever de prestar cuidados nos parâmetros esperados, algo que não é quantificável e portanto impossível de ser exigido (Fitzgerald & Hooft 2000), de um alimento afectivo e carinho para que os clientes se sintam amados e compreendidos (Zengerle-Levy 2004, Halligan 2006) e de humor como meio de ultrapassar a situação (Bolton 2000, 2001).

Watson (2005) defende que é tempo para retomar o termo *love* para descrever as qualidades da relação em enfermagem. Também Boykin & Schoenhofer (2001) definem *caring* enquanto altruísmo e expressão activa de amor. Na enfermagem a intencionalidade é a prática do cuidado humano com amor – a dádiva de afecto. Watson (2003) confere uma nova dimensão à noção de amor no cuidar ao desenvolver a prática da “caritas”, que sendo uma palavra oriunda do latim, está relacionada com as palavras caridade, cuidar, apreciar. Ao possuir uma conotação de preciosidade significa que está perto da ideia de consideração, amor e estima. Também Stickley & Freshwater (2002) alertam para a necessidade do reconhecimento da centralidade da relação de cuidar na prática diária, e também dão ênfase ao amor enquanto necessidade fundamental da experiência e desenvolvimento da pessoa. Metrovic (1997) salienta que se o cuidar é a fundação ontológica e epistemológica da enfermagem e se o cuidar é reduzido na actual sociedade pós-emocional, então a enfermagem corre o risco de perder os seus alicerces. O lugar das emoções na prática de cuidados de enfermagem é também explicitado por Ersser (1997), ao defender o cuidar definido em termos das emoções ou da ligação emocional que se origina da relação enfermeiro-cliente. O que se evidencia de comum e central nas perspectivas sobre o cuidar de diferentes pensadores (Swanson 1991, James 1992, Larson & Ferketich

1993, Fealy 1995, Ersser 1997, Watson 2002a, Collière 2003, Hesbeen 2004) é a humanidade e atmosfera humana no cuidado ao Outro, o conceito de pessoa e a sua experiência singular e subjectiva, a qual está impregnada pela experiência das emoções. A investigação sobre as emoções na enfermagem tem vindo a revelar que a gestão das emoções é essencial nas interacções bem sucedidas, é uma dimensão da prática dos enfermeiros para que consigam mostrar sensibilidade e compreensão pelo Outro e, simultaneamente, lidar com a influência das emoções na sua pessoa.

Porém, é preciso distinguir dois aspectos: o modo de lidar com a emoção expressa pelos clientes e o modo pró-activo de criar ambientes e contextos relacionais com determinada tonalidade afectiva para atingir objectivos terapêuticos. Deste modo, o uso das emoções enquanto instrumento terapêutico é de máxima importância, e é mesmo necessário e imprescindível que se identifiquem instrumentos terapêuticos na/para a prática de cuidados de enfermagem. É até urgente pois a finalidade da prática de enfermagem é ser terapêutica (McMahon & Pearson 1998).

Em contexto da prática de enfermagem pediátrica é defendido que a dimensão emocional tem um elevado potencial terapêutico. A literatura disponível aponta mesmo para algumas acções, mas não explicita bem estes aspectos emocionais da prática dos enfermeiros, como são desenvolvidas, como os enfermeiros fazem. Trata-se de uma lacuna surpreendente quando muitos manuais para estudantes enfatizam os aspectos psicossociais e emocionais dos cuidados à criança e jovem, inscritos na filosofia de cuidados centrados na família. Além disso, o reduzido reconhecimento e consideração deste aspecto da prática dos enfermeiros de pediatria é um paradoxo dado a carga de natureza emocional da experiência de cuidar da criança/jovem e da sua família. A título de exemplo, Maunder (2008) reconhece claramente que trabalhar com crianças/jovens em fim de vida e suas famílias é uma das áreas de enfermagem de maior desafio emocional.

De acordo com Swanson (1993: 354) “as práticas terapêuticas (*therapeutic practices*) dos enfermeiros estão fundadas no conhecimento de enfermagem, ciências correlacionadas, humanidades, assim como o *insight* pessoal e a compreensão experiencial, e a finalidade do cuidar em enfermagem é fortalecer o bem-estar daqueles de quem cuidam”. Os fins terapêuticos da enfermagem são sublinhados na parte final desta definição, o que é reforçado também por McMahon & Pearson (1998) relativamente à enfermagem terapêutica. De facto, para estes autores a enfermagem constitui “uma força dinâmica no sentido de ajudar os doentes para a saúde” (MacMahon & Pearson 1998: 6).

A nossa experiência revelou-nos dados claros sobre o uso das emoções na prática de cuidados pediátricos e o seu potencial terapêutico, mas que carecem de teorização. Deste modo, a per-

gunta com que partimos para este estudo foi: **Como é que os enfermeiros usam as emoções enquanto instrumento terapêutico em enfermagem pediátrica?**

Pretendemos compreender a natureza da “circulação” das emoções na relação de cuidados mas também como os enfermeiros procedem perante tais emoções, como é este “processo de uso das emoções” no cuidar. Pretendemos compreender a dimensão emocional da prática de cuidados na sua natureza e processo, e o seu potencial terapêutico em contexto de enfermagem pediátrica. Pretendemos compreender como é que os enfermeiros usam as emoções na sua prática de cuidados, como desenvolvem essa competência, com que motivação o fazem, com que sentido o fazem, que intencionalidade tem a sua prática e quais resultados sensíveis a essa prática para a saúde dos clientes.

PARTE I – JUSTIFICAÇÃO TEÓRICA, EMPÍRICA E EXPERIENCIAL

1 – REFERENTES TEÓRICOS

Neste capítulo procurámos apresentar a teorização existente sobre a dimensão emocional na prática de enfermagem para fazer sobressair uma lacuna no conhecimento. Essa lacuna revela o que pretendemos estudar, o fenómeno de estudo. Para tal é essencial um enquadramento da temática das emoções, dando especial relevo às concepções históricas e epistemológicas da enfermagem, mas tendo em conta a sua perspectiva transdisciplinar.

1.1 – RESENHA HISTÓRICA SOBRE A PERSPECTIVA DAS EMOÇÕES NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O modo como as emoções foram perspectivadas nas diferentes correntes dominantes, ao longo da história e culturas, influenciaram as práticas de cuidados. Collière (2003), cujos estudos e obra desenvolvida possuem raízes na antropologia, analisa essa evolução a partir das práticas de cuidados das mulheres antes do cristianismo, quando os cuidados eram prodigalizados pela “velha, a mulher que ajuda”, a matrona, a saga, a parteira. Nesta altura as emoções exprimem-se pelo riso, pelo choro e manifestam-se emoções de carinho, de cólera, de alegria, de amor, de ódio, de medo, de vergonha. As sensações, as emoções, as percepções psico-afectivas constroem os sentimentos, as representações e o pensamento. Constroem a imagem do corpo em relação aos outros e desenvolvem a auto-estima.

A partir do séc. XIII os actores que prodigalizavam os cuidados eram mulheres consagradas religiosas, que se tornam o modelo social das mulheres prestadoras de cuidados. Nesta época, as emoções não se exprimem, são abafadas, condenadas, devem estar escondidas, mascaradas por detrás de condutas, são a excluir como vergonhosas. As emoções são substituídas pelo “sentido do dever”, a satisfação do bem-fazer. Uma vez que representam pobreza, destruição da imagem de si próprio conduz ao desenvolvimento de sentimentos de inferiorização, de minimização, de culpabilidade, sublimados pelo sentimento de salvar o mundo, de utilidade pelo bem-fazer, da remissão do pecado.

No final do século XVIII e século XIX, os cuidados eram prodigalizados por antigas amas, as antigas parteiras, e mais tarde por pessoas que se queriam dedicar aos doentes como as senhoras visitantes, religiosas e, por vezes, padres. As emoções representam neste período, antes dos manuais e da instrução médica, uma expressão colorida e figurada podendo mesmo chegar “à vulgaridade”, contrastando com a contenção das pessoas de bem. Após a instrução

médica, a expressão das emoções passou a ser reprimida substituída pelas boas maneiras, por uma conduta educada como é recomendado nos manuais.

No fim do século XIX até cerca de 1960, os cuidados já eram prodigalizados por enfermeiras e enfermeiros hospitalares instruídos. Neste período as emoções não se podiam exprimir abertamente na relação com as pessoas, eram dominadas e reprimidas. Foram substituídas pelo sentido do dever cumprido, pela satisfação de fazer bem ao doente, de aliviar o sofrimento, pelo orgulho de ser útil à humanidade. Mas por outro lado, conduziu ao desenvolvimento de sentimentos de minimização, de desconfiança de si, de culpabilização, de submissão e de dependência, de insatisfação e de impotência para fazer reconhecer a sua competência e de desvalorização social.

Com a introdução dos manuais redigidos por médicos, cirurgiões e oficiais de saúde, no século XVIII as parteiras, depois as auxiliares de enfermagem e as enfermeiras começam a ser instruídas de acordo com a definição da conduta das *gardes-malades*, que se transforma mais tarde no papel da enfermeira, com a dupla faceta moral e técnica. Mas a introdução de princípios científicos, tornou-se a única fonte de conhecimento que permite aproximar ao corpo do doente, levou ao distanciamento cujas emoções são necessário reprimir, tanto as do doente como as das enfermeiras. O corpo do doente torna-se um corpo de doença, “máquina viva”, submetido ao “toque” técnico.

O método proposto pelos manuais vai, a partir de então, reger os cuidados. Assenta em dois princípios essenciais: a ordem e o distanciamento da realidade banal. O método pedagógico dos manuais cria um pensamento mecanicista limitado ao cumprimento de tarefas, reforçando a ruptura entre o corpo e o espírito e excluindo a expressão das emoções. Ignora, ou condena mesmo, a experiência adquirida pela vida que é substituída pelas qualidades preestabelecidas. Mais recentemente Anne-Marie Prevost, no ano de 1982, analisa numa tese de medicina o perigo da emoção na abordagem dos cuidados. A autora, citada por Collière (2003), refere que no cumprimento de um cuidado técnico o registo das emoções deve desaparecer para que a eficácia seja possível. Isto é geralmente entendido como o desaparecimento dos fenómenos “emotivos” perturbadores que podem interferir e até mesmo impedir o cuidado. Na opinião de Collière esta concepção dos cuidados que se estendeu à enfermagem foi veiculada até aos nossos dias pela via da formação. A emoção surge assim como uma conduta não regulada, susceptível de perturbar o desenrolar da intervenção. Deste modo o comportamento técnico implica:

- O esquecimento provisório da relação com o outro
- O afastamento entre os protagonistas (o prestador de cuidados e a pessoa cuidada)
- Uma percepção objectiva dos corpos em presença

- O “toque” técnico deixa de ser uma aproximação e passa a ser uma manobra
- O corpo do doente é percebido como um organismo, como “uma máquina viva”
- Aprender não só os gestos da técnica mas também a distância que estes supõem

Assim, uma corrente com forte tendência a privilegiar a técnica ao centrar-se na doença e tecnologia vai influenciar a prática de enfermagem. Os cuidados aos doentes tornam-se “a técnica”, mais tarde “os cuidados técnicos”, enquanto o papel moral é deixado à mercê da dedicação, da disponibilidade, e mais tarde da consciência profissional (a moral que conduz as normas de conduta dos enfermeiros).

De facto, Herdman (2004) defende que na actualidade assiste-se nos cuidados de saúde ao domínio do “técnico-racional” sobre o “emocional”, associado à edificação de uma sociedade pós-emocional. Como a enfermagem tem vindo a ser afectada por esta nova era é um aspecto que está a ser explorado e discutido principalmente por investigadores da sociologia, mas também da enfermagem. Para Woodward (1997) implícito nesta perspectiva pós-emocional está o desembaraçar e a falta de empatia, o que é preocupante na profissão de enfermagem. A mesma autora defende que isto pode ser o resultado da perda de valores de altruísmo da sociedade, mas também está relacionado com a formação e as tendências profissionais e organizacionais dos cuidados de saúde. Já Bradshaw (1999: 477) acredita que os enfermeiros perderam a habilidade de cuidar e argumenta que isto se deve a uma rejeição das “origens tradicionais da enfermagem”. A investigação em enfermagem foca-se na estatística e na previsibilidade, e raramente examina os aspectos emocionais. O paradigma quantitativo não pode lidar com o imensurável, não pode lidar com a experiência de sofrimento, *insight*, miséria, angústia, desalento ou com outras emoções, por isso como salienta Lawler (1991) a investigação dominante em enfermagem está desalinhada com tais aspectos da condição humana. Acrescenta ainda que parece irónico enaltecer o holismo na prática de enfermagem quando a realidade se situa no “positivismo, redutibilidade e mecanização” (Lawler 1991: 35).

No passado, era aceite que a emoção conduzisse a acção, mas na sociedade pós-emocional a ligação entre acção e emoção está bloqueada e as emoções já não têm lugar (Metrovic 1997). Porém, as emoções tornam-se problemáticas quando estão desadequadamente ausentes. Como é que os enfermeiros conseguem expressar empatia e compaixão num ambiente que marginaliza e subjuga as emoções? David (2000) defende que os enfermeiros devem proceder a uma mudança de consciência relativamente ao aspecto das emoções se querem mudar alguma coisa, e que o elevado nível de formação não dá resposta a esta mudança.

Porém, Collière (2003) lembra que estas correntes dominantes (técnico-racionais) não excluem as reacções individuais de pessoas ou de pequenos grupos isolados, cuja acção se possa ter demarcado sem todavia inflectir a influência dominante. Além disso, a influência

mais antiga pode sobrepor-se às mais recentes, sobretudo se continuarem a ser respeitadas nos países do Terceiro Mundo e observadas as formas de ressurgimento nos nossos países.

A dimensão emocional do cuidado humano, apesar de pouco explorada pelas teóricas clássicas de enfermagem, é considerada por estudiosos da actualidade como crucial (Henderson 2001, Watson 2005, Sandgren *et al.* 2006). A troca de emoções percebidas e sentidas no cuidar abre um espaço de partilha humana, bastante afastado dos discursos racionais ou técnico-científicos dominantes. O processo de cuidar é considerado um processo relacional, um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos (Watson 2002a).

A teoria do cuidar humano de Watson (2002a, 2005) enaltece o envolvimento pessoal, social, moral e espiritual dos enfermeiros e o comprometimento para com o próprio e para com os outros humanos. Para Watson a actividade da arte de enfermagem implica claramente a partilha de emoções, defendendo que uma pessoa ao receber de outra expressões de sentimentos através da audição, da visão ou mesmo da intuição, é capaz de experimentar a emoção que levou o Outro a expressá-la, ou seja, os sentimentos são transmitidos. É nesta capacidade de um ser humano receber outras expressões de sentimentos de outro ser humano e de os experimentar, que a actividade artística da enfermagem e do cuidar é baseada. É arte quando o enfermeiro, tendo experimentado ou percebido os sentimentos do Outro, é capaz de os detectar e de os sentir e, por sua vez, de os expressar de tal forma que a outra pessoa é capaz de os conhecer mais profundamente e de libertar os sentimentos que tem ansiado por expressar. A actividade da arte de cuidar surge pela interacção humana. A interacção humana evoca nos enfermeiros emoções diversas. A arte de cuidar é uma actividade essencialmente humana. A sinceridade e a individualidade andam juntas, porque se o enfermeiro é sincero será capaz de expressar os sentimentos tal como os experimentou ou realizou. Uma vez que o enfermeiro é uma pessoa única as suas emoções serão individuais e quanto mais individuais são, mais extrai das profundezas da sua natureza e mais genuínas serão. A arte do cuidar em enfermagem, como um ideal moral, é um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos, através da co-participação total dos enfermeiros nos cuidados. O processo de cuidar é amplamente arte, devido à forma como toca na alma da pessoa e sente as emoções e a união com outros, sendo o objectivo o movimento da pessoa em direcção a um elevado senso do Eu e um maior sentido de harmonia na mente, no corpo e na alma.

Ainda Watson (2002a) define **cuidar como um processo de cuidados centrado na pessoa** que visa o acompanhamento no seu restabelecimento (*healing*) tendo em consideração as suas necessidades existenciais fundamentais, o que contrasta com os cuidados “centrados na cura” que dizem respeito ao tratamento de uma patologia. A teórica nomeia esta dinâmica como um processo de cuidar do Homem pelo Homem, proferindo que à medida que a enfermagem pro-

gride vai quebrando os laços da dependência com o tradicional médico-científico e dedica-se a desenvolver a sua própria herança científica. Os temas comuns e alargados, provenientes do conhecimento em enfermagem, acerca da natureza do cuidar são (Watson 2002a: 29):

- Uma visão do Homem como uma pessoa de valor para ser apreciada, respeitada, educada, compreendida e assistida; uma visão filosófica, na generalidade, de uma pessoa com um Eu inteiramente funcional e integrado. O Homem é mais do que apenas a soma das suas partes
- Um enfoque nas suas relações humanas, transacções entre as pessoas, o seu ambiente, como isso afecta a saúde e o *healing* num sentido amplo
- Uma abordagem à transacção do cuidar do Homem pelo Homem entre o enfermeiro e a pessoa e como isso afecta a saúde e o *healing*
- Um enfoque no processo não médico do cuidar e no cuidar pelo enfermeiro de pessoas com várias experiências na saúde-doença
- Um interesse pela saúde; a promoção da saúde e bem-estar
- Uma posição de que o conhecimento de enfermagem é distinto, mas complementar, do conhecimento médico

Nesta linha de pensamento, Watson (2002a) defende que se a enfermagem for perspectivada como ciência humana é possível combinar e integrar a ciência com a beleza, a arte, a ética e a estética no processo de cuidar. A função da enfermagem na ciência, assim como na sociedade, é **cuidar da totalidade da personalidade humana**. É desta forma que Watson (2002a) considera a enfermagem como uma ciência humana e o processo de cuidar como actos humanitários e epistémicos significativos, que contribuem para a preservação da humanidade. Também Collière (2003) defende que o discernimento dos enfermeiros sobre a natureza dos cuidados a ter é a expressão temporária de um conjunto de manifestações físicas, psico-afectivas, socio-culturais, passando pelo **vivenciado das pessoas**, cujo sentido é importante detectar. Esse sentido de que todos os prestadores de cuidados têm indicações é o que tem que ser explicitado, para orientar a finalidade e a natureza dos cuidados e apreender a sua interacção com os tratamentos em caso de doença.

Para Watson (2002a) o mais importante é que o enfermeiro questione o modelo impessoal e objectivo da ciência para **valorizar as experiências únicas e globais da pessoa**. O paradigma da ciência de enfermagem deve permitir que os fenómenos humanos, a realidade vivida, a singularidade da experiência surjam e sejam investigados. O método deve ser tal que a humanidade da relação entre dois seres não seja diminuída ou perdida. Estes fundamentos para a enfermagem estão baseados num processo de cuidar profissional que se liga e torna parte do mundo das experiências humanas associadas à saúde e à doença. Para tal, a enfermagem deve

mover-se para além do objectivável, da verificação, das operações rígidas, das definições, e dedicar-se mais ao significado, às inter-relações, aos contextos e padrões. A enfermagem deve procurar as verdades ocultas e novos critérios, desenvolvendo novos conhecimentos relacionados com o comportamento humano na saúde e na doença e fazer novas descobertas em como **estar numa relação profissional de cuidar**. A sociedade precisa de profissões que cuidem, em especial da enfermagem, para restabelecer a humanidade e nutrir a alma humana, numa era de técnicas, ciências, solidões, mudanças rápidas e stress, de modo a promover a experiência humana (Watson 2002b). Chinn (2008) valoriza, igualmente, a necessidade de uma enfermagem com foco na experiência humana face às dificuldades, desafios e adversidades durante a caminhada para o *healing*. Na sua perspectiva, este contributo dos enfermeiros no campo dos cuidados de saúde é necessariamente vital.

A experiência humana interior diz respeito às emoções e sentimentos das pessoas – a experiência humana de sentir nos processos de saúde-doença –, e a relação em enfermagem depende da capacidade dos enfermeiros compreenderem e detectarem essas emoções e a condição íntima do Outro e, ainda, a forma dos Outros “estarem no mundo”. Actualmente o desafio nos cuidados é, para Collière (2003), reconciliar, ligar ou seja relacionar o que diz respeito ao corpo e ao espírito, as concepções e símbolos culturais com a racionalidade dita científica, as emoções em ligação com os danos fisiológicos.

Tendo em conta o que foi exposto, a temática das emoções e a sua investigação, assume especial destaque numa perspectiva actual do cuidar de enfermagem. Várias perspectivas desta dimensão emocional podem ser realçadas: Morse (1990) refere que os enfermeiros desenvolvem um tipo de cuidado com afecto; Swanson (1991) descreve que uma das características do cuidar – estar com – é mais do que conhecer a pessoa, é compreender a sua situação e tornar-se emocionalmente aberto para a sua realidade; Mercadier (2004) salienta a existência de uma atmosfera afectuosa e proximidade carinhosa na relação enfermeiro-cliente; Diogo (2006) revela como o cuidar está intensamente revestido de ressonância emotiva e afectiva. Igualmente, os cuidados com foco no relacionamento vêm dar visibilidade ao envolvimento emocional entre enfermeiro e cliente, pois não há cuidados sem contexto de interacção e nessa interacção os aspectos emocionais estão omnipresentes. Mas é preciso ter em conta que se cuidar envolve emoções, e essas mesmas emoções implicam acções específicas e envolvem vulnerabilidade para os enfermeiros, a compreensão destes fenómenos das emoções na enfermagem implica mais investigação.

Por último, Metrovic (1997) salienta que se o cuidar é a fundação ontológica e epistemológica da enfermagem e se o cuidar for reduzido nesta sociedade pós-emocional, então a enfermagem corre o risco de perder os seus alicerces. Estamos perante mais um argumento que justi-

fica o nosso estudo, uma vez que este enaltece a importância da dimensão emocional nos cuidados de enfermagem.

1.2 – AS EMOÇÕES NA ENFERMAGEM: ENCONTRAR O SEU SENTIDO NA TEORIZAÇÃO EMERGENTE

A enfermagem tem uma história de desenvolvimento do seu corpo de conhecimentos muito rica e vasta, apesar do seu curto período de existência enquanto disciplina. Desde os primeiros registos sobre a enfermagem moderna em *Notes on Nursing* que resume as conclusões delineadas por Nightingale, publicado em 1859, até às actuais concepções centradas na enfermagem como um processo de cuidar humano (Watson 2002a, 2002b, 2005), são muitos os modelos e teorias que surgiram para inicialmente orientar e mais recentemente explicar a prática. Uma breve abordagem à epistemologia da enfermagem, através dos seus paradigmas e principais conceitos, surge então como pertinente para enquadrar a temática das emoções.

1.2.1 – Desenvolvimento do corpo de conhecimentos em enfermagem

O legado histórico que espelha a epistemologia da enfermagem tem vindo a ser classificado por alguns estudiosos segundo uma ordem cronológica. De acordo com Kérrouac *et al.* (1994) a evolução das escolas de pensamento em enfermagem é ilustrada por 3 paradigmas: categorização, integração e transformação. No paradigma da **categorização** o pensamento é orientado no sentido da procura de um factor causal para as doenças e da associação entre esse factor, a doença e o quadro de sintomas característico. Dentro deste paradigma é possível identificar duas orientações diferentes na enfermagem. Uma orientação para a saúde pública que deu origem à escola de Nightingale e uma orientação para a doença, amplamente dominada pela medicina e tecnologia. Os cuidados são dirigidos para os problemas, limitações ou incapacidades das pessoas e são prestados com orientação nas tarefas.

O paradigma da **integração** agrupa escolas orientadas para a pessoa e inclui a escola da interacção. Este paradigma foi influenciado por concepções como a psicoterapia centrada no cliente de Carl Rogers, a fenomenologia e o existencialismo. Das diversas teóricas de enfermagem que se inspiraram na escola da interacção destacamos Hildgard Peplau, I. King e I. Orlando. Mas segundo os mesmos autores, o paradigma actual da enfermagem designa-se de **transformação** incluindo pensadores orientados para uma abertura para o mundo, e são exemplo disso a escola do ser humano unitário e a do cuidar. A escola do ser humano unitário, cujo conceito base é o holismo, é sustentada por concepções como a fenomenologia ou a teoria sistémica. Das diversas teóricas de enfermagem desta escola destacam-se Martha Rogers e Rosemarie Parse. A escola do cuidar domina actualmente a literatura e o discurso da enferma-

gem. É fundamentada na fenomenologia, existencialismo, interaccionismo e espiritualismo. O ideal do cuidar é simultaneamente humanista e científico. Das diversas autoras de enfermagem desta escola salientam-se Madeleine Leininger e Jean Watson. Estes paradigmas, apesar de cronologicamente identificados por K  rouac *et al.* (1994), actualmente coexistem e inter-relacionam-se. Por exemplo a escola do cuidar, que se situa num paradigma da transforma  o tem as suas raízes na escola da interac  o, que se situa no paradigma da integra  o.

Já para Perry & Gregory (2007) a história epistemológica da enfermagem pode ser caracterizada de acordo com a g  nese do conhecimento: a) **Fase receptiva** – quando o conhecimento de enfermagem derivava principalmente de outras disciplinas; b) **Fase auto-generativa** – quando o desenvolvimento do conhecimento    focado na própria disciplina; c) **Fase transformativa** – quando o conhecimento de enfermagem passa a influenciar significativamente outras disciplinas e também a própria prática de enfermagem.

Os paradigmas singular-determinista, interactivo-integrativo e unitário-transformativo são identificados por Newman, Smith, Pharris & Jones (2008) e englobam as ideias dos anteriores autores. O processo de desenvolvimento do corpo de conhecimentos de enfermagem incluiu a tradicional abordagem científica na qual os estudiosos procuraram isolar, controlar e testar variáveis nas interven  es dos enfermeiros, orientados pelo **determinismo** segundo o qual todos os acontecimentos são determinados por conjuntos de causas anteriores. A gera  o seguinte de teóricos de enfermagem inscreve-se no paradigma **interactivo-integrativo** no qual foi dado evidência    inclusão e interac  o dos múltiplos factores que influenciam a saúde.    neste paradigma que tem origem a abordagem interpessoal, possibilitando destacar a natureza da rela  o enfermeiro-cliente como facilitadora do processo de saúde. Emanam desta perspectiva as teorias “Saúde como expansão da consciência” (Newman 1994) e “Tornar-se pessoa” (Parse 1998).

Mas também    luz deste paradigma, os estudiosos começaram a reconhecer a fragmenta  o das múltiplas teorias e modelos de enfermagem e procuraram a convergência de conceitos numa tentativa de integrá-los, e estas conexões conduziram a disciplina para uma configura  o de maior alcance. Neste sentido Torres & Yura (1974), fazendo um estudo sobre os conteúdos teóricos dos programas curriculares de enfermagem, identificaram 4 conceitos principais: pessoas, sociedade, saúde e enfermagem. Mais tarde Fawcett (1984) fazendo um estudo sobre a teoriza  o existente apresentou 4 conceitos que permitiram definir a enfermagem: **pessoa, ambiente, saúde e interven  es terapêuticas de enfermagem**, e que passou a ser considerado como um **metaparadigma**. No desenvolvimento dos seus estudos Fawcett (1993) apresentou 4 proposi  es para definir o alcance da enfermagem: 1) A disciplina de enfermagem preocupa-se com os princípios e leis que governam os processos de vida, o pro-

cesso e o funcionamento óptimo do ser humano, doente ou saudável; 2) A disciplina de enfermagem preocupa-se com os padrões do comportamento humano em interação com o ambiente nos eventos normais ou nas situações críticas da vida; 3) A disciplina de enfermagem preocupa-se com as acções ou processos de enfermagem através das quais ocorrem mudanças positivas no estado de saúde; 4) A disciplina de enfermagem preocupa-se com a totalidade da saúde do ser humano reconhecendo que este está numa contínua interação com o ambiente. Desde então, tal como defende Meleis (1997), com algumas variações estes conceitos têm sido reconhecidos como elementos chaves da disciplina de enfermagem.

Mas também Carper (1978) procurou organizar a teorização existente através de estudos sobre padrões de conhecimento em enfermagem, tendo identificado 4 tipos de saberes: o pessoal, o empírico, o ético e o estético. Seguindo esta lógica de pensamento, Munhall (1993) introduziu um tipo de saber desconhecido (*Not Knowing*) e White (1995) o saber sociopolítico. Todos estes padrões de conhecimento continuam a ser desenvolvidos com novas aplicações e interpretações (Cowling 2004, Averill & Clements 2007).

Recentemente surge uma teoria que articula os conceitos do metaparadigma e os padrões de conhecimento em enfermagem, entre outros componentes. Dossey (2008) apresenta a *Theory of Integral Nursing* que é um exemplo pragmático da perspectiva da integração enquanto paradigma do conhecimento em enfermagem.

O paradigma **unitário-transformativo** é considerado como um espaço de convergência do pensamento holístico e resolução de problemas da prática e, por isso, inclui também o pensamento determinista e integrativo. Algumas teorias que emergiram no paradigma interactivo-integrativo, como a do Cuidar e da Adaptação, continuam a evoluir de modo consistente com o paradigma unitário-transformativo (Watson 2005, Leininger 2007, Roy 2007).

Tendo em conta este paradigma os enfermeiros, na sua abordagem aos clientes, vêem o todo através das suas partes, chegam ao todo através das partes. O cuidar é a presença astuta dos enfermeiros que chegam ao que é significativo para os clientes, abrindo caminhos para desenvolverem acções com significado para os mesmos. Esta perspectiva unitária representa uma mudança de um olhar para o todo, não apenas como a soma das partes mas sim para olhar o todo como básico e fulcral, deixar de procurar resolver unicamente os problemas para procurar conhecer os padrões do comportamento, e de deixar de seguir uma abordagem acção-reacção causal para começar a compreender a reciprocidade do processo rítmico e em desenvolvimento no interior do qual surge a acção (Newman, Smith, Pharris & Jones 2008). A ênfase reside também numa disciplina abrangente, na qual uma presença para cuidar é transformadora tanto para os clientes como para os enfermeiros, revelando uma nova visão e compreensão da **experiência humana na saúde**; é uma mudança para um conceito unitário de

saúde, no qual a patologia é relevante mas não destacada e dominante, e o conhecimento dos padrões de resposta humana permite identificar o processo como um todo. Por outro lado, permite realçar o relacionamento enfermeiro-cliente como foco central da disciplina. Aliás, a procura de conceitos centrais na disciplina de enfermagem que a enformam é dominante neste paradigma.

A enfermagem é desenvolvida através de **cuidados centrados na relação**, também reconhecido como uma cultura de cuidar com respeito pelo relacionamento, promovendo e valorizando o papel fundamental da relação, da conexão entre pessoas (Newman, Smith, Pharris & Jones 2008). É a natureza da relação enfermeiro-cliente que unifica a prática de enfermagem tal como acontece nos múltiplos contextos a todo o momento. Cada relação enfermeiro-cliente é única e formada por padrões dos enfermeiros e dos clientes que os caracterizam. Os enfermeiros levam para a situação o seu conhecimento e experiência pessoal, tal como o conhecimento adquirido pela formação e experiência profissional. Os clientes levam para a situação a sua história pessoal e experiência de vida tal como a preocupação com a sua saúde, que frequentemente é o que precipita o encontro enfermeiro-cliente. A responsabilidade dos enfermeiros é de estarem autenticamente presentes e procurarem saber o que é significativo para o cliente. O que torna o encontro frutífero é o compromisso dos enfermeiros com uma presença atenciosa incondicional, abertura e perseverança, permitindo que surjam as possibilidades de acção.

Um grupo internacional de estudiosos de enfermagem, seguidores deste paradigma unitário-transformativo, elaborou uma declaração filosófica consensual para ser a **base ontológica da disciplina e a sua relação com o desenvolvimento do conhecimento e prática** (Roy & Jones 2007). Alguns aspectos desta declaração que reflectem esta convergência são (Newman, Smith, Pharris & Jones 2008: E18):

- O ser humano é caracterizado pela sua totalidade, complexidade e consciência
- A essência da enfermagem envolve a presença autêntica num processo de envolvimento humano-a-humano
- A teoria de enfermagem expressa os valores e crenças da disciplina, criando uma estrutura para organizar e orientar a prática de enfermagem
- A essência da prática de enfermagem é a relação enfermeiro-cliente

Um estudo sobre as emoções na enfermagem encontra sentido quando se evoca esta declaração, e o próprio paradigma unitário-transformativo. A totalidade do ser humano, o envolvimento humano-a-humano e a relação enfermeiro-cliente, enquanto essência da prática de enfermagem, têm subjacentes as emoções tanto dos clientes como dos enfermeiros que se

cruzam a cada encontro. Então torna-se premente aprofundar o conhecimento em enfermagem sobre a dimensão emocional da prática de cuidados.

1.2.2 – Um foco unificador da disciplina clarificador da praxis

Como exposto anteriormente, há muito que estudiosos de enfermagem procuram clarificar a essência da disciplina porém ainda persiste a ambiguidade sobre qual é o seu **propósito central unificador**. Uma discussão fundamental para continuar a enriquecer e a desenvolver o conhecimento. Mas a necessidade dos enfermeiros possuírem um articulado coerente, revelando os fundamentos da prática redigidos claramente e de modo organizado, nunca foi tão premente.

Na actualidade torna-se imperativo uma clara definição sobre o que a enfermagem é, na perspectiva da sua praxeologia, mas também sobre o que pode oferecer, qual o seu contributo para a sociedade no sentido de garantir o seu lugar essencial nas profissões de saúde. O actual sistema de saúde exige que a enfermagem saiba explicitar o que é e o que faz (saiba identificar e actualizar a sua missão) e saiba comunicar o que a profissão representa socialmente (Cody & Mitchell 2002). Para tal, Murphy *et al.* (2005) realçam que definir um foco unificador da prática de enfermagem é um ponto fundamental.

A preocupação em encontrar um foco unificador deve-se, em parte, ao facto de se constatar um “vazio da disciplina”, que parece ter sido criado com base na **dicotomia teoria/prática** (Litchfield & Jónsdóttir 2008: 81). Esta dicotomia tem uma expressão clara num artigo de Donaldson & Crowley (1986) no qual é defendido a diferenciação da disciplina (o desenvolvimento do corpo de conhecimentos) da actividade prática (a profissão) de modo a ser possível enaltecer a sua relevância social. Segundo os autores, a prática clínica diz respeito às actividades do aqui e agora, enquanto a disciplina fornece os conhecimentos da sua importante abrangência em expansão desde o passado, no presente e para o futuro, para uso em qualquer contexto. Este pensamento dicotómico permitiu um grande enfoque na construção e evolução de teorização, constituindo uma fase necessária para reclamar e definir o conhecimento próprio da disciplina. O debate sobre a dicotomia teoria/prática é muito directo e útil nas publicações da *Nursing Science Quarterly*. A perspectiva de Mitchell & Bournes (2006) é que a teoria existente é a fundação de base para os enfermeiros iniciarem a sua prática. Mas Reed & Rolfe (2006) argumentam que a teorização emerge da pragmática das actividades do quotidiano dos enfermeiros. Litchfield & Jónsdóttir (2008: 81) estão de acordo mas também em desacordo com ambas as posições, pois nenhuma preenche o vazio de uma disciplina prática contemporânea, acreditando que é oportuno fazer convergir estes pontos de vista e reconsiderar o significado de uma “disciplina prática”. Os mesmos autores consideram que o caminho

para reconciliar o conhecimento teórico e as actividades de enfermagem, no complexo contexto dos serviços de saúde, é o **enfoque na sabedoria da prática** como sendo a incumbência actual do desenvolvimento da disciplina. E já muitos estudiosos de enfermagem desenvolvem as suas investigações tendo como ponto de partida a prática dos enfermeiros para gerar teorização. São exemplos os estudos de Morse *et al.* (1992), de Swanson (1991, 1993), de Benner (2001) ou de Lopes (2006), e muitos outros autores enfatizaram uma disciplina prática nos seus artigos e livros (Boyd 1993, Roy & Jones 2007). Também Newman, Sime & Corcoran-Perry (1991) reconhecem a necessidade de um paradigma unitário que se aproxime da prática da enfermagem e das experiências das pessoas, para as investigar e teorizar a partir destas.

Partindo do metaparadigma da enfermagem proposto por Fawcett (1984) vários estudiosos procuram desenvolver um articulado e acrescentar conceitos consistentes com o paradigma unitário-transformativo. Newman, Sime & Corcoran-Perry (1995) acrescentam os conceitos de **cuidar e experiência humana na saúde**, e propõem como foco da enfermagem **cuidar da experiência humana na saúde**. Este foco significa que cuidar, saúde e totalidade podem ser unificados. Já Meleis & Trangenstein (1994: 257) definiram enfermagem como “facilitar as transições para alcançar o bem-estar” procurando dar uma perspectiva unificada, na qual a enfermagem está preocupada com a experiência humana e com o processo de confronto nas **transições** múltiplas da vida, onde a saúde e o bem-estar constituem a meta a alcançar. Também Kim (2000) se interessou em clarificar o foco unificador da disciplina, propondo que o metaparadigma fosse expandido ao incluir a **vivência humana** como conceito, uma vez que faz apelo à integridade/totalidade. A autora considera a vivência humana como sendo um conceito mais unificado na sua natureza que os termos comumente usados de estado humano ou resposta humana, os quais possuem uma natureza de fragmentação e estímulo/resposta. A autora acredita que estes conceitos fragmentados, que foram disseminados na linguagem dos enfermeiros e mobilizados em algumas teorias de enfermagem, conduziram para uma predominante orientação dos cuidados de enfermagem na tecnologia, na qual existe uma “*artificial interruption in connected human experience*” (Kim 2000: 38).

Para Cody & Mitchell (2002) e Dossey (2008) a enfermagem pode definir-se enquanto disciplina da prática do **healing**. Este conceito designa o processo que conduz à saúde, restaura o equilíbrio e o balanço entre a mente e o corpo, sendo usado para descrever acontecimentos físicos e não físicos (a acção do enfermeiro para curar uma ferida ou a acção do enfermeiro quando toca, ouve, reza, ri, chora, usa a música). É também o foco central unificador que designa a essência ou a natureza essencial da disciplina, transcendendo qualquer modelo conceptual, teoria ou a combinação entre ambos.

A proposta de Willis, Grace & Roy (2008) para o foco unificador da disciplina é constituída por um conjunto de conceitos: **humanização, significado, escolha, qualidade de vida e *healing na vida e morte***. Este foco foi construído a partir da teorização existente em enfermagem e representa a interpretação e a convergência de ideias dos trabalhos relevantes de Leininger, Newman, Nightingale, Parse, Patterson e Zderad, Peplau, Rogers, Roy e Watson.

Ainda Litchfield & Jónsdóttir (2008) propõem como foco unificador o **humanismo nas circunstâncias de saúde**. A fusão das investigações que os autores realizaram permitiu explorar a natureza da prática de enfermagem e alcançar uma declaração abrangente e inclusiva das diferentes formas de conhecimento, e que veio desvanecer a linha que separa o relacional do técnico. Os autores defendem que, além do conceito de acção *Caring*, o foco de atenção para com as experiências da pessoa é vital na enfermagem, mas elevam a perspectiva para a assistência às circunstâncias de saúde, argumentando que o olhar público sobre os enfermeiros é de uma face humana num mundo orientado pela tecnologia e “fiscalidade”, e que a compreensão dos enfermeiros sobre as circunstâncias de saúde dos clientes é o que lhes permite defender o humanismo no contexto dos serviços de saúde face às experiências das pessoas. Defendem ainda que a expressão humanismo nas circunstâncias de saúde possui um significado social mais relevante.

Já numa perspectiva de unificar e integrar os discursos dominantes do desenvolvimento teórico e do conhecimento da enfermagem contemporânea, Watson & Smith (2002) exploram a evolução da ciência do *Caring* numa linha da escola do cuidar, e a sua intersecção com a ciência do ser humano unitário de Rogers que representa o paradigma unitário. Esta convergência permite que a enfermagem do *Caring* se situe na ciência unitária, resultando uma perspectiva transteórica e transdisciplinar do desenvolvimento do conhecimento de enfermagem, reduzindo a fragmentação desse mesmo conhecimento. Deste modo as autoras apresentam a Ciência do Cuidar Unitário. Mais recentemente Newman, Smith, Pharris & Jones (2008) seleccionam os conceitos de saúde, cuidar, consciência, processo mútuo, padrões de resposta, presença e significado, para evocar a essência e dimensões da **relação em enfermagem** enquanto foco central. A sua argumentação para a escolha destes conceitos é: a) prevalência nas teorias de enfermagem mais destacadas na literatura, b) consistência com o desenvolvimento do conhecimento noutras áreas e c) mobilização em múltiplas culturas. Estes conceitos convergem para um todo unificado que caracteriza um foco central da enfermagem que é a relação enfermeiro-cliente. Os seus trabalhos assentaram em teóricas de enfermagem reconhecidas como Benner, Leininger, Newman, Parse, Pender, Rogers e Watson.

Um foco unificador permite, também, que os enfermeiros fundamentem as suas perspectivas articulando conceitos da disciplina de modo compreensível e complementar às perspectivas de

outras disciplinas. Nesse sentido Newman (2007) apela para a reconciliação entre o que aparece como perspectivas opostas entre a enfermagem e os cuidados de saúde no geral, seguindo a orientação unitária na qual vários pontos de vista relativamente à saúde e ao *healing* deveriam constituir um todo. De facto, alguns estudiosos de enfermagem e de disciplinas relacionadas têm feito críticas a um isolamento da sua própria perspectiva, devido a uma preocupação e interesse muito centrado na legitimação da disciplina, o que pode estar a impedir o desenvolvimento da enfermagem de acordo com as necessidades sociais e de cuidados de saúde no mundo sociopolítico global. Este facto está, igualmente, relacionado com a dicotomia teoria/prática, que gerou um vazio num tipo de conhecimento que poderia ter dado identidade e valor à enfermagem enquanto prática. O desafio está em intensificar a articulação da nossa disciplina de modo a que os papéis e posições dos enfermeiros influenciem a configuração dos serviços de cuidados de saúde (Litchfield & Jónsdóttir 2008).

Na perspectiva de Willis, Grace & Roy (2008) os estudiosos de enfermagem viraram-se para dentro procurando desenvolver o seu próprio conhecimento e dar corpo à disciplina, tendo como meta o “bem humano”. Mas ao fazê-lo contribuíram para um **distanciamento relativamente às outras disciplinas**, com as quais deveriam ter reunido forças para planear e implementar mudanças sociais necessárias para esse florescimento humano. De facto o “bem” individual e social estão relacionados, mas o isolamento da enfermagem conduziu ao afastamento do trabalho interdisciplinar que é necessário para alcançar o “bem” social. Enquanto disciplina em evolução não se deve perder a visão dos factos de que é preciso ser auto-reflexivo e auto-protector, mas também contribuir com o próprio desenvolvimento para o trabalho em colaboração interdisciplinar. Ainda na perspectiva de Willis, Grace & Roy (2008), é preciso garantir que o foco unificador da disciplina é usado como meio de comunicação, unindo as disciplinas de cuidados de saúde no cumprimento de objectivos comuns de *healing*, mas onde a substância da disciplina de enfermagem seja clara. Na realidade o foco da enfermagem deve ser unificador da disciplina mas deve também transpor divisões com as outras disciplinas. Também Newman, Smith, Pharris & Jones (2008) defendem que a prática de enfermagem deve, acima de tudo, brotar da própria disciplina através dos seus conceitos centrais e foco unificador, mas deve também incorporar conhecimentos relevantes de outras disciplinas.

Outro aspecto, não menos relevante, quanto à necessidade de um foco unificador na enfermagem é a noção de **conhecimento baseado na evidência**. Holmes *et al.* (2006) preocupam-se com as restrições ao desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, e mesmo o seu possível desaparecimento, quando os enfermeiros abraçam de forma pouco crítica a noção dogmática e hierárquica de validação do conhecimento baseada na evidência. Os autores referem

que esta prevaiente noção baseada principalmente na abordagem quantitativa pós-positivista, é muito redutora das múltiplas formas de conhecimento em enfermagem e limita o que é reconhecido enquanto corpo de conhecimentos da disciplina, advertindo que sem um foco unificador que permite estabelecer um articulado claro, defender o conhecimento teórico e os requisitos para a prática, a enfermagem fica numa posição vulnerável no campo dos cuidados de saúde. Não obstante, Litchfield & Jónsdóttir (2008) consideram que o **cuidar relacional/experiencial** na enfermagem cresceu a par da expansão dos avanços tecnológicos que predominam nas reformas da saúde. E desta forma a influência das abordagens da **fenomenologia**, da *grounded theory* e da **hermenêutica** (metodologias qualitativas) é muito forte nos estudos de enfermagem sobre as experiências vividas pelos clientes, dando uma atenção principalmente às pessoas. Litchfield & Jónsdóttir (2008) defendem, ainda, que os projectos de investigação devem explorar a natureza da enfermagem nos contextos da prática, e devem ser inclusivos das diferentes abordagens de produção do conhecimento procurando, ainda, diluir a separação entre o relacional e o técnico. Para os autores o foco da disciplina é o humanismo nas circunstâncias de saúde, olhando para lá da separação da pessoa do enfermeiro e pessoa do cliente para realçar o seu envolvimento como seres humanos, qualquer que seja a situação de saúde, quem quer que esteja implicado e qualquer que seja o tempo e espaço. Os estudos devem incidir sobre a acção, sobre o que os enfermeiros fazem e como a prática dos enfermeiros pode ser complementar a outras práticas em cuidados de saúde, contribuindo para os resultados terapêuticos esperados de acordo com a missão da organização/serviço de saúde.

A chave para o avanço do conhecimento na prática de enfermagem é que tal produção de conhecimento esteja relacionada com um foco central da enfermagem e com os desafios que os enfermeiros enfrentam ao proverem cuidados holísticos aos seus clientes. É nesta perspectiva unitária do ser humano e da enfermagem, com um foco unificador convergente para a experiência humana, para o cuidar e para o humanismo, que se enquadra um estudo de abordagem qualitativa sobre a experiência emocional de quem é cuidado e de quem cuida. Isto permite desenvolver e clarificar a praxis e explicar à sociedade o que os enfermeiros fazem com foco no cuidar e no humanismo. Desenvolver o saber prático é também uma das finalidades deste estudo sobre as emoções na enfermagem, pois possui como ponto de partida as experiências dos enfermeiros nos cuidados aos clientes, com enfoque no que realmente os enfermeiros sabem e fazem, para o clarificar num contexto particular – o contexto de internamento de pediatria.

1.3 – O MUNDO DAS EMOÇÕES E A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Oatley & Jenkins (2002) chamam à atenção que as emoções têm sido tradicionalmente consideradas como extras na psicologia; não funções mentais sérias como a percepção, a linguagem, o raciocínio ou a aprendizagem. Mas o estudo da literatura realizado pelas mesmas autoras revelou uma conclusão diferente: as emoções não são extras, a emoção é o próprio centro da vida mental humana. Por outras palavras, a emoção liga o que é importante para nós com o mundo das pessoas, das coisas e dos acontecimentos. As emoções são processos que estabelecem, mantêm, alteram ou terminam a relação entre a pessoa e o meio em assuntos importantes para a pessoa (Oatley & Jenkins 2002).

A temática das emoções, sendo uma das áreas de estudo transdisciplinar, tem sido estudada por investigadores de enfermagem desde o final dos anos 80. Mas começamos por fazer uma breve abordagem ao conhecimento geral sobre as emoções.

1.3.1 – Evolução do conhecimento sobre o mundo das emoções

A investigação das emoções teve uma rápida expansão nas últimas décadas, com muitas abordagens diferentes: os investigadores pioneiros incluíram nos seus métodos a observação naturalista (Charles Darwin), a proposta e o teste através de exemplos e de contra-exemplos (William James) e a audição cuidadosa daquilo que as pessoas diziam acerca das suas experiências emocionais (Sigmund Freud). Mas, muitas das perspectivas sobre as emoções foram descritas por filósofos como Aristóteles, René Decartes e Baruch Espinosa e por romancistas como George Eliot. A moderna investigação sobre as emoções é representada em muitas disciplinas das ciências naturais e sociais, tais como investigadores em psicologia (Magna Arnold, Sylvan Tomkins, Alice Isen, Gordon Bower, Daniel Goleman), em antropologia (Erving Goffman), em sociologia (Arlie Hochschild), em medicina (John Harlow) e em neurofisiologia (Walter Hess, António Damásio), que desenvolveram importantes e novas perspectivas. A compreensão das emoções e dos seus significados exige, então, um enfoque multidisciplinar.

As emoções na época clássica

Reflexões acerca das emoções podem ser encontradas em alguns dos documentos escritos muito antigos, que datam da era antes de Cristo. **Aristóteles**, que viveu nos anos 384 a 322 a.C., lançou algumas das fundações da psicologia das emoções europeia e americana. Defendeu que as emoções estão ligadas à acção e que derivam daquilo em que acreditamos. Noutras abordagens as emoções eram vistas como algo que acontecia. A sua principal obra sobre a análise das emoções é o livro “Retórica”. Ele reconhece a retórica como uma busca da verdade, falando e discutindo. Quando se fala para persuadir, tem de se saber alguma coisa acerca

da pessoa para quem se fala, acerca dos seus valores e acerca dos efeitos que esse discurso pode ter sobre ela.

Aristóteles vai definir e analisar emoções diferentes, começando pela ira, do ponto de vista cognitivo, do conhecimento que uma pessoa possui e na forma como este conhecimento é usado. O pensador fala de análise – decompor algo nas suas partes. É isto que as suas definições cognitivas visam. O que ele quer dizer com ser desrespeitado, por exemplo, é alguém tratar-nos com desprezo ou contrariar os nossos desejos ou causar-nos vergonha. Aristóteles defendeu também que as emoções são normalmente agradáveis ou desagradáveis. Esta distinção permanece actualmente no pensamento referente às emoções como positivas ou negativas. Outro contributo dos seus pensamentos indica que as emoções envolvem um incitamento à acção e que possuem efeitos também cognitivos – baseiam-se nas nossas avaliações dos eventos e podem afectar profundamente os julgamentos que possamos realizar.

Outra obra em que Aristóteles analisou as emoções foi a “Poética”, que trata da escrita narrativa. O autor destaca dois efeitos importantes do drama trágico. Em primeiro lugar, as pessoas são movidas emocionalmente. Somos movidos pela piedade por esta pessoa, e pelo receio por nós mesmos, porque na atracção universal destas peças sabemos que as personagens principais somos também nós mesmos. Em segundo lugar, podemos experimentar aquilo que Aristóteles chamou a *Katharsis* das nossas emoções. O professor de Aristóteles, Platão, pensara que as emoções eram como as drogas, que corrompem o raciocínio. Mediante esta opinião poderíamos ir ao teatro e livrarmo-nos das emoções perturbadoras, tal como um laxante. O termo catarse, utilizado actualmente, possui muito este sentido. Deste modo, Aristóteles apresentou os primórdios do pensamento cognitivo acerca das emoções e seus efeitos.

As emoções na perspectiva da filosofia do séc. XVII

Descartes e Espinosa, ambos filósofos do século XVII, estavam preocupados em dar uma explicação que iluminasse a natureza dos seres humanos e em dar pistas para uma compreensão das emoções.

René Descartes é geralmente considerado o fundador da filosofia moderna. Pode igualmente considerar-se que tornou possível a moderna visão científica do mundo. O livro de Descartes, “As Paixões da Alma” de 1649, estabelece a base da actual neurofisiologia. O livro analisa as emoções em relação às suas bases neurofisiológicas, dá uma explicação de 6 emoções fundamentais – o espanto, o desejo, a alegria, o amor, o ódio e a tristeza –, examina os seus aspectos corporais, e ainda demonstra como estas 6 emoções fundamentais se combinam para produzir as muitas emoções individuais distintas.

A explicação do autor sobre a natureza das emoções é que estas ocorrem no aspecto meditativo de nós mesmos – ao qual chama alma. Aqui “paixão” significa algo que nos acontece. O

seu oposto é a acção que é algo que nós próprios provocamos. As emoções ocorrem às nossas almas, às nossas partes pensantes.

Outra noção a destacar, neste filósofo, é que as emoções não podem ser inteiramente controladas pelo raciocínio, mas podem ser reguladas pelos pensamentos. Talvez o principal da explicação de Descartes relativamente às emoções seja notável por combinar uma explicação do mecanismo das emoções com a ideia de função.

Baruch Espinosa é considerado um dos grandes filósofos racionalistas. Acreditava que a forma como os seres humanos pensam pode reflectir a forma como o universo funciona, de modo a que o verdadeiro entendimento possa emergir puramente do pensamento racional. Na sua obra mais importante, “Ética” (1675), Espinosa expõe uma visão do universo como um grande sistema interligado e uma grande parte do seu livro fala das emoções. A sua teoria é completamente cognitiva. As emoções baseiam-se em avaliações, em formas de pensar. Quando vemos o mundo tal como é, temos verdadeiras convicções e, a partir delas, fluem as emoções activas do amor e outras e do mundo, baseadas na aceitação. Em contraste com as paixões, segundo Espinosa, encontram-se as ideias confusas baseadas em convicções falsas, rejeitando o mundo como é. A ideia revolucionária de aceitar e compreender as nossas emoções, como um passo para se ser libertado dos seus efeitos compulsórios é de Espinosa.

Uma perspectiva literária das emoções no séc. XIX

George Eliot concentrava-se num tipo diferente de escrita sobre história natural imaginando como desenvolver uma ciência social fundada, à semelhança da biologia, sobre a observação precisa mas que também sensibilizasse as pessoas emocionalmente. Em 1856 escreve o seu primeiro romance. Uma questão colocada pela autora foi: se os nossos planos só em parte são conseguidos, se somos incapazes de prever os resultados de todos os nossos actos, se não há um destino que nos guia em direcção ao inevitável, se vivemos num tempo em que nem todos acreditam na orientação divina ou interpretam tal orientação segundo formas muito diferentes, como poderemos encontrar o nosso caminho na vida? A sua resposta é que as nossas emoções podem agir como uma espécie de bússola e são também o meio principal através do qual cada uma afecta as outras. Talvez o mais importante, que a autora trouxe, mais ou menos pela primeira vez para o romance inglês, consiste no facto de começar a descrição de experiências a partir do interior da própria consciência da pessoa.

Na sua obra literária, Eliot explora alguns factos fundamentais sobre as emoções – incluindo o facto de que compreendemos as nossas próprias emoções, de forma bastante diferente das outras pessoas, e que também experimentamos as emoções à medida que nos identificamos e simpatizamos com as personagens, tal como Aristóteles descreveu na sua obra. Ela escreveu de uma forma que as pessoas pudessem experimentar as emoções e a sua relação com as aspi-

rações. Na sua escrita, o romance permitia uma espécie de exploração das emoções e dos seus efeitos que simplesmente não é possível através das generalizações, da estatística ou dos diagramas.

As perspectivas que foram abordadas até este momento são baseadas, fundamentalmente, no pensamento filosófico. Passamos, então, à evolução do conhecimento sobre as emoções numa perspectiva científica.

O entendimento científico das emoções no séc. XIX e início do séc. XX

No século XIX e início do século XX, Darwin, James e Freud lançaram as fundações para a psicologia, psiquiatria e biologia como um todo, bem como para o entendimento das emoções. Estes investigadores estabeleceram a compreensão das emoções na tradição das ciências biológicas e sociais.

Charles Darwin, figura central na biologia moderna, foi também um dos fundadores da psicologia. Em 1872 publicou o livro mais importante sobre emoções jamais escrito – *The Expression of the Emotions in Man and Animals*. O aspecto inovador nesta obra de Darwin é a fotografia dos rostos humanos, que revela as expressões emocionais e não apenas a fisionomia. Darwin iniciou as suas próprias observações acerca das emoções em 1838. O que lhe interessava estudar era as expressões emocionais como prova possível da evolução da espécie humana, a continuidade do comportamento humano com o de outros animais e as bases físicas da mente. Concluiu que as expressões emocionais são padrões de acção que ocorrem mesmo sem serem, aparentemente, úteis mas derivavam de hábitos que no nosso passado evolucionário ou individual já foram úteis. Algumas acções ocorrem quer sejam úteis quer não, e são despoletadas involuntariamente em circunstâncias análogas às que desencadearam os hábitos originais.

A perspectiva de Darwin é que as emoções possuem uma qualidade primitiva. Constituem elos com o nosso passado, quer com o passado da nossa espécie, quer com a nossa própria história individual. Não se encontram completamente sobre controlo voluntário e, embora, pareçam ajudar à comunicação entre as pessoas, também indicam as nossas origens animais e infantis. Este último aspecto tem sido entusiasticamente aceite na nossa cultura. As emoções são frequentemente consideradas como infantis, como destrutivas, como inimigas da racionalidade.

A teoria das emoções de **William James**, primeiramente publicada em 1884, foi reafirmada no seu famoso manual *The Principles of Psychology*, em 1890. James defendeu que uma emoção de medo é o facto de se sentir tremuras, correr, etc., a sensação das nossas respostas corporais àquilo que percebemos. O que o investigador sublinha é a forma como as emoções nos modificam e como algumas delas – as emoções grosseiras como lhe chamou – nos modi-

ficam corporalmente. James sublinha a personificação das emoções, incluindo a ideia de que os sintomas corporais podem contribuir para a intensidade com que são sentidas. Aquilo a que chama as emoções grosseiras está associado a distúrbios corporais e, frequentemente, os distúrbios podem ser tão fortes que eles próprios causam medo. Agitando o corpo, as nossas emoções mostram-nos que algo importante está a acontecer.

James propôs, ainda, que as emoções dão “cor e calor” à vivência. Defende, ainda, que sem estes efeitos da emoção tudo seria baço. Esta ideia de que a emoção dá cor à vivência permaneceu nos entendimentos psicológicos da emoção, por exemplo na ideia de que estas cores podem ser agradáveis ou desagradáveis e que as emoções, com os seus próprios estados de sentimento, podem ser coisas a procurar ou a evitar.

Sigmund Freud propôs três teorias acerca dos efeitos de questões emocionalmente significativas: a teoria dos traumas emocionais, a teoria dos conflitos internos e a teoria da compulsão à repetição.

Freud demonstra que as emoções nem sempre são simples. Frequentemente, são sentidas de forma obscura ou com efeitos que não compreendemos. Algumas emoções e respectivos significados tornam-se mais claros apenas quando as exprimimos, ou ao conversar acerca delas com outra pessoa ou reflectindo sobre elas. As emoções quando se tornam profundamente perturbadoras ou incapacitantes são chamadas sintomas. Os sintomas conservam as suas bases emocionais, embora sejam frequentemente mais intensos e mais duradouros do que as emoções comuns. São, em parte, anormais no facto de que quem os sofre as experimenta como inapropriados, incapacitantes, por vezes incompreensíveis. A psicoterapia é frequentemente dirigida ao “afrouxamento da sua garra”, compreendendo-as ou regulando-as ou tornando-as mais suportáveis.

O trabalho de Freud deu início ainda à ideia de que, deliberada ou involuntariamente, a mente parece prevenir-se contra emoções desagradáveis. Freud chamou a estes processos mecanismos de defesa e a sua filha Anna Freud (1937) desenvolveu a ideia. Mais geralmente, os investigadores que expandiram o trabalho de Freud, sobre o tratamento de eventos emocionalmente intensos, falam em termos de lidar com o evento e com as emoções que produz.

Estudo das emoções na actualidade

Durante o século XX e já no século XXI, o estudo das emoções avançou por muitos caminhos. Vejamos as principais abordagens da actualidade.

Para o psicoterapeuta Music (2002), a afectividade é absolutamente central em toda a experiência humana e todos, em graus variáveis, ignoramos ou somos inconscientes de certos aspectos daquilo que sentimos. A prática psicanalítica visa, ao mesmo tempo, auxiliar as pessoas a tornarem-se mais conscientes do seu funcionamento mental e a desenvolverem uma

maior capacidade de tolerar e gerir uma gama de experiência emocional alargada e, deste modo, as emoções têm um papel central no paradigma psicanalítico.

Os conceitos de sentimento, emoção e afecto têm significações semelhantes, e os dicionários tanto psicanalíticos como da língua tendem a defini-los por referência uns aos outros. Por isso é adoptado, frequentemente, o termo emoção que engloba sentimentos e afecto (o que é também adoptado ao longo destes estudos).

O **afecto** é um conceito menos largamente usado, sobretudo nos domínios da psicologia especializada e nos trabalhos de teoria psicanalítica, e tende a assumir uma inflexão mais objectiva, de qualquer coisa que pode ser observada, mais que experienciada. O seu uso corresponde ao descrédito que tradicionalmente o saber institucional – para o qual, até à data recente, até mesmo nas ciências neurológicas a emoção não era uma área de estudo plena de direito – condenava a experiência subjectiva. O **sentimento**, por outro lado, denota um estado interior, a experiência íntima de alguém. Não podemos observar um sentimento, mas podemos observar o efeito de um sentimento ou os sinais que indicam os sentimentos de alguém. A **emoção** veicula uma carga mais objectiva que sentimento. Sobre a resposta emocional, que é observada, existem estudiosos que sustentam que a localização da emoção é o corpo, enquanto os sentimentos se localizam na mente. Mas, para Music (2002), as pessoas falam ora de experiência “emocional” ora de experiência “afectiva”, e dada a imprecisão das fronteiras entre os dois conceitos aceita-os como sinónimos, de alguma forma mais ou menos intercambiáveis, apesar da simplificação que tal escolha em certa medida comporta.

A abordagem cognitiva revela-se muito frutuosa para a compreensão das emoções. Oatley & Jenkins (2002) apresentam, nesta linha de pensamento, a análise moderna da investigação psicológica sobre as emoções de Frijda. A autora, citada por Oatley & Jenkins (2002: 124), define emoção deste modo:

- Uma emoção é normalmente causada por uma pessoa, consciente ou inconscientemente, ao avaliar um evento como relevante para um assunto (um objectivo) importante; a emoção é sentida como positiva quando um assunto é avançado e negativa quando um assunto é impedido
- O núcleo de uma emoção é a prontidão para agir e a sugestão de planos; uma emoção dá prioridade a um dos tipos de acção a que atribui um sentido de urgência. Assim, pode interromper ou competir com processos ou acções mentais alternativos. Tipos diferentes de prontidão criam diferentes relações de contorno com os outros
- Uma emoção é normalmente experimentada como um tipo distinto de estado mental, por vezes acompanhado ou seguido de mudanças corporais, expressões, acções

Frijda propôs que a condição necessária de uma emoção é a **mudança na prontidão para a acção**. As emoções geralmente não acontecem todas ao mesmo tempo. São normalmente causadas, em seguida passam por um processo, depois têm consequências. Esta proposta amplamente aceita, no mundo científico, foi já desenvolvida por Mesquita & Frijda (1992): uma emoção como um conjunto de estados ou **processo emocional**. Primeiro fazemos a apreciação de um evento, isto é, o reconhecimento de um evento como significativo. Depois vem o contexto de avaliação, quando os pensamentos ressaltam na nossa experiência das emoções, pensar nos planos e em como lidar com o acontecimento que causou a emoção. Em seguida entramos no estado de prontidão para a acção que, segundo Frijda, constitui o núcleo central de uma emoção e finalmente dá-se a alteração psicológica, expressão, acção. Sobre cada um destes estados emotivos já existe muita investigação.

Mais recentemente, o psicólogo americano Goleman (2002: 28) propõe que “todas as emoções são, essencialmente, impulsos para agir, planos de instância para enfrentar a vida que a evolução instilou em nós”. A origem da palavra emoção é *motere*, o verbo latino “mover”, mais o prefixo “e-“ para dar “mover para”, sugerindo que a tendência para agir está implícita em todas as emoções. O autor interpreta o termo emoção referindo-se “a um sentimento e aos raciocínios daí derivados, estados psicológicos e biológicos, e o leque de propensões para a acção” (Goleman 2002: 310). Este psicólogo americano apresentou em 1995 uma obra sobre a sua tese da Inteligência Emocional. O conceito engloba 5 características ou habilidades (Goleman 2002: 63):

- **Conhecer as nossas próprias emoções** (consciência/reconhecer um sentimento enquanto ele está a acontecer)
- **Gerir as emoções** (lidar com as sensações de modo apropriado é uma capacidade que nasce do auto-conhecimento)
- **Motivarmo-nos a nós mesmos** (autocontrole emocional)
- **Reconhecer as emoções dos outros** (a empatia é outra capacidade que nasce da consciência)
- **Gerir relacionamentos** (a arte de nos relacionarmos é, em grande medida, a aptidão para gerir as emoções dos outros)

Goleman desenvolveu na sua obra estas ideias, contemplando as novas descobertas sobre a arquitectura emocional do cérebro, também conquistas da última década, que segundo o autor revelam muito sobre a forma como aprendemos os hábitos emocionais que podem minar as nossas melhores intenções, bem como sobre o que podemos fazer para dominar os nossos impulsos emocionais mais destruidores ou nocivos. O modelo expandido daquilo que significa ser “inteligente” coloca as emoções no centro das aptidões para viver. A inteligência emocional inclui o desenvolvimento de competências humanas essenciais, como a auto-consciência, o autodomínio e a empatia, e as artes de escutar, resolver conflitos e cooperar.

No **repertório emocional** do indivíduo cada emoção desempenha um papel único e os investigadores estão a descobrir mais pormenores fisiológicos de como cada emoção prepara o corpo para um tipo de resposta muito diferente (Goleman 2002: 28). Por exemplo, na emoção **ira** o sangue flui para as mãos tornando mais fácil pegar numa arma ou bater num inimigo; o ritmo cardíaco aumenta e uma descarga de hormonas como a adrenalina gera uma onda de energia suficientemente forte para permitir uma acção vigorosa. Já na emoção **medo** o sangue corre para os grandes músculos esqueléticos, como os das pernas, facilitando a fuga e empalidecendo a face, devido à perda de fluxo sanguíneo (o que também provoca a sensação de frio). Ao mesmo tempo, o corpo imobiliza-se, nem que seja por um brevíssimo instante, talvez para ter tempo de decidir se esconder não será a melhor reacção. Circuitos dos centros emocionais desencadeiam um fluxo de hormonas que colocam o corpo em estado de alerta geral, mantendo-o tenso e preparando-o para a acção, e a atenção fixa-se na ameaça presente para melhor avaliar que resposta dar. Entre as principais modificações biológicas provocadas pelo **bem-estar** conta-se uma actividade acrescida de um centro do cérebro que inibe os sentimentos negativos e favorece um aumento da energia disponível, bem como um acalmar daqueles que geram pensamentos de preocupação. Não há, porém, qualquer alteração fisiológica, a não ser uma calma que faz o corpo recuperar mais rapidamente da excitação biológica provocada pelas emoções perturbadoras. Esta configuração oferece ao corpo uma tranquilidade geral, bem como uma disponibilidade e um entusiasmo para desempenhar tarefas e perseguir uma grande variedade de objectivos. Goleman (2002: 310) refere, ainda, que existem centenas de emoções incluindo respectivas combinações, variações, mutações e tonalidades. Estudiosos trabalham no sentido de precisar que emoções podem ser consideradas primárias e alguns deles propõem famílias básicas como:

Ira: fúria, ultraje, ressentimento, cólera, exasperação, indignação, vexação, acrimónia, animosidade, aborrecimento, irritabilidade, hostilidade e, talvez no extremo, ódio e violência patológicas

Tristeza: dor, pena, desânimo, desalento, melancolia, auto comiseração, solidão, abatimento, desespero, e quando patológica, depressão profunda

Medo: ansiedade, apreensão, nervosismo, preocupação, consternação, receio, precaução, aflição, desconfiança, pavor, horror, terror, e como psicopatologias, fobia e pânico

Prazer: felicidade, alegria, alívio, contentamento, satisfação, delícia, divertimento, orgulho, prazer sensual, excitação, êxtase, agrado, euforia, gratificação, bom humor, arrebatamento, entusiasmo, e no seu extremo, mania

Amor: aceitação, amizade, confiança, bondade, afinidade, devoção, adoração, fascinação, ágape

Surpresa: choque, espanto, assombro, admiração

Aversão: desprezo, desdém, troça, repugnância, nojo, desagrado, repulsa

Vergonha: culpa, embaraço, desgosto, remorso, humilhação, arrependimento, mortificação e contrição

Esta categorização é defendida por Goleman (2002), tendo por base a descoberta de Ekman de que 4 expressões faciais de emoções (medo, ira, tristeza e prazer) são reconhecidas por pessoas pertencentes a culturas de todo o mundo, apesar do debate científico sobre a classificação das emoções continuar. Ekman refere que as tendências biológicas para agir são moldadas tanto pela experiência de vida como pela cultura. Em todo o mundo, a perda de um ente querido provoca tristeza e desgosto. Mas a formas como é demonstrado esse sentimento, como as nossas emoções são exteriorizadas ou reservadas para os momentos de privacidade, é modelada pela cultura.

As famílias de emoções são demonstrativas das infundáveis tonalidades da vida emocional, e cada uma delas tem no seu âmago um núcleo emocional básico, do qual emanam em ondas sucessivas incontáveis mutações aparentadas. Nas orlas exteriores encontram-se os estados de espírito que são mais atenuados e duram muito mais tempo do que uma emoção (enquanto é relativamente raro uma pessoa ter um “ataque” de ira que dure o dia inteiro, por exemplo, pode bem passar todo o dia num estado de espírito conflituoso, irritadiço, entremeado por curtas explosões de ira). Para além dos estados de espírito, há os temperamentos, a prontidão para evocar uma emoção ou um estado de espírito que torna uma pessoa melancólica, tímida ou alegre. E, ainda para além destas disposições emocionais, existem os desequilíbrios emocionais, como a depressão e a ansiedade constante, graças às quais certas pessoas se sentem perpetuamente encurraladas num estado tóxico.

A hipótese de uma base física da mente progrediu desde a época de Descartes. Até agora poucos estudiosos negam que esse processo mental dependa das acções neurais e químicas do cérebro – a neurofisiologia das emoções. O investigador pioneiro que comprovou isso mesmo foi o psicólogo suíço Walter Hess. Durante a década de 1920, Hess concebeu um programa de investigação imaginativo, inovador e tecnicamente exigente. Para além das muitas descobertas relativas ao funcionamento do sistema nervoso autónomo, o resultado marcante do investigador para a compreensão das emoções foi: a organização de parte do cérebro produz uma resposta emocional bem coordenada e reconhecível, característica da espécie.

Actualmente, António Damásio, neurocientista português a investigar nos Estados Unidos, tem desenvolvido estudos sobre a neurobiologia das emoções. O investigador inspira-se em famosos filósofos já citados – Descartes e Espinosa – para redigiu 3 livros conhecidos em grande parte do mundo: “O erro de Descartes” (1994) em que abordou o papel da emoção e do

sentimento na tomada de decisões, “O Sentimento de si” (2001) em que descreveu o papel da emoção na construção do Si (*Self*) com a ajuda da consciência e “Ao encontro de Espinosa” (2003) sobre o que são os sentimentos, distinguindo-os das emoções. Os seus estudos têm sido paradigmáticos para o debate científico sobre a emoção.

Damásio (2001) diz-nos que sem qualquer exceção, homens e mulheres de todas as idades, de todas as culturas, de todos os graus de instrução e de todos os níveis económicos têm emoções, estão atentos às emoções dos outros, cultivam passatempos que manipulam as suas próprias emoções, e governam as suas vidas, em grande parte, pela procura de uma emoção, a felicidade, e pelo evitar das emoções desagradáveis. No entanto, o impacto humano de todas as causas de emoções, que são muito variadas, e de todas as tonalidades de emoções que estas provocam depende dos sentimentos gerados por essas emoções. É através dos sentimentos, que são dirigidos para o interior e são privados, que as emoções, que são dirigidas para o exterior e são públicas, iniciam o seu impacto na mente. Damásio (2001: 56) sublinha, ainda, que “o impacto completo e duradouro dos sentimentos exige também a consciência, pois só com o advento do sentido do si podem os sentimentos tornar-se conhecidos do indivíduo que os experimenta”. O sentimento permite que as emoções se tornem conscientes para a pessoa que as experimenta. A classificação básica que utiliza para as “emoções-propriamente-ditas” (Damásio 2003: 60) inclui 3 categorias: emoções de fundo, emoções primárias e emoções sociais. Para o investigador existem 6 **emoções primárias** ou universais tais como a alegria, a tristeza, o medo, a cólera, a surpresa e a aversão. Porém existem outros comportamentos aos quais tem sido atribuído o rótulo emoção. Nestes incluem-se as **emoções secundárias ou sociais**: a vergonha, o ciúme, a culpa, o orgulho, a simpatia, a compaixão, o embaraço, a inveja, a gratidão, o espanto, a indignação e o desprezo. E as que denomina de **emoções de fundo**, tais como o bem-estar ou o mal-estar, a calma ou a tensão. Damásio (2003) refere que para detectar as emoções de fundo é necessário observar manifestações subtis tais como o perfil dos movimentos dos membros ou do corpo inteiro, bem como de expressões faciais. No que se refere à linguagem, aquilo que mais conta para as emoções de fundo não são as palavras em si nem o seu significado, mas sim a música da voz, as cadências do discurso, a prosódia. O rótulo emoção também tem sido utilizado para designar impulsos, motivações e estados de dor e prazer. Subjacente a estes fenómenos existe uma base biológica comum que Damásio (2001: 72) designa do seguinte modo:

- As emoções são conjuntos complicados de respostas químicas e neurais que formam um padrão; todas as emoções desempenham um papel regulador que conduz, de uma forma ou de outra, à criação de circunstâncias vantajosas para o organismo que manifesta o fenómeno; as

emoções dizem respeito à vida de um organismo, mais precisamente ao seu corpo; a finalidade das emoções é ajudar o organismo a manter a vida

- Não obstante, o facto de a aprendizagem e a cultura alterarem a expressão das emoções e revestirem-nas de novos significados, as emoções são processos biologicamente determinados, dependentes de dispositivos cerebrais estabelecidos de forma inata e sedimentada por uma longa história evolucionária

- Os dispositivos que produzem emoções ocupam um conjunto restrito de regiões cerebrais, iniciando-se ao nível do tronco cerebral e progredindo para as partes superiores do cérebro; estes dispositivos fazem parte de um grupo de estruturas que tanto regula como representa os estados corporais. Todos estes dispositivos podem ser activados automaticamente, sem deliberação consciente; a variação individual e o facto de a cultura ter um papel na formação de alguns indutores não negam a estereotipia, o automatismo e o objectivo regulador das emoções

Todas as emoções usam o corpo como teatro (milieu interno e sistema visceral, vestibular e músculo-esquelético), mas as emoções também afectam o modo de operação de numerosos circuitos cerebrais, ou seja, as variadas respostas emocionais são responsáveis por modificações profundas, tanto na paisagem corporal, como na paisagem cerebral. O conjunto destas modificações constitui o substrato para os padrões neurais que eventualmente se tornam nos sentimentos de emoções. Damásio (2003), no seu último livro, acrescenta que a emoção e o sentimento são irmãos gémeos, mas tudo indica que a emoção nasce primeiro, seguida pelo sentimento, e que o sentimento se segue sempre à emoção como uma sombra, apesar da intimidade e aparente simultaneidade. Os sentimentos são a expressão do florescimento humano ou do sofrimento humano, na mente e no corpo e são, geralmente, revelações do estado da vida dentro do organismo. As emoções e as várias reacções com elas relacionadas, estão alinhadas com o corpo, enquanto os sentimentos estão alinhados com a mente. Os pensamentos desencadeiam as emoções e as modificações do corpo enquanto as emoções se transformam nos fenómenos mentais a que chamamos sentimentos. O sentimento de uma emoção é uma ideia do corpo quando este é perturbado pelo processo emocional.

Relativamente aos sentimentos, Damásio (2003) propõe que a alegria e a mágoa constituem os 2 emblemas da nossa vida afectiva, os dois principais sentimentos de muitas variantes. Esta “função” dos sentimentos, que Damásio explora actualmente, corrobora a teoria de William James que diz que atrás da emoção vem a percepção das alterações do estado corporal, que não é mais que o sentimento da emoção. “Os sentimentos podem ser os sensores mentais do interior do organismo, as testemunhas do estado da vida” (Damásio 2003: 161).

As emoções são necessárias

Quando planeamos as nossas vidas, em vez de examinarmos todas as opções, algumas possibilidades são emocionalmente bloqueadas. Para Damásio, citado por Oatley & Jenkins (2002), o sistema de orientação é o próprio corpo: eventos emocionais são experimentados como reacções corporais. Estes marcadores podem ser aprendidos para que, ao pensar nas decisões possíveis, qualquer resultado de um tipo que previamente fora mau para nós é experimentado como uma sensação visceral desagradável. Automaticamente, baseados num evitamento condicionado, tendemos a não tomar decisões que nos conduzam a este tipo de evento penalizador. De forma semelhante, temos tendência a sentirmo-nos atraídos para eventos que estão associados a uma recompensa. A função biológica das emoções é dupla, explica Damásio (2001), a produção de uma reacção específica para a situação indutora e a regulação do estado interno do organismo. Assim, para certos grupos de estímulos claramente perigosos ou claramente valiosos, provenientes do meio interno ou externo, a evolução encontrou uma resposta sob a forma da emoção. Por esta razão consegue-se prever, apesar das infinitas variações encontradas em diversas culturas, indivíduos e ao longo de uma vida, que determinados estímulos irão produzir determinadas emoções.

Numa abordagem psicanalista, Music (2002) apresenta outra função das emoções. O luto foi uma das primeiras áreas da experiência emocional por que a psicanálise especialmente se interessou. A elaboração destas perdas corresponde sempre a uma viagem dolorosa, que varia com a pessoa, e o mesmo se passa com a descoberta de uma maneira de regressar à vida, com a esperança que se liga ao sentimento de gratidão pelo que se recebeu do ser perdido. Existem pessoas que não encontram forma de elaborar essa espécie de acontecimentos. As perdas, que se iniciam durante a infância na ocasião do desmame, são difíceis de assumir e olhar de frente e há quem as “resolva” através do recurso à denegação, outros tentam desesperadamente esquivar uma realidade que não aceitam mergulhando de cabeça numa actividade frenética. Os sentimentos como a extrema animação, a euforia ou o triunfo experimentados em tais circunstâncias são sentimentos bem reais, mas que poderão ser ao mesmo tempo suscitados por uma tentativa de evitar ou lutar contra outros sentimentos mais dolorosos. Isto significa que as pessoas podem servir-se de um estado afectivo para denegar um outro.

Ainda, para Oatley & Jenkins (2002), as emoções e sentimentos são processos que nos permitem concentrarmo-nos em qualquer problema que surge e mudar de rota se necessário. Também para Damásio (2003), as emoções conferem a capacidade de dar respostas com eficácia e de um modo original a várias circunstâncias que promovem ou ameaçam a vida. O sentimento introduz um alerta mental para as boas e más circunstâncias e permite prolongar o impacto das emoções ao afectar a atenção e a memória de maneira duradoira. Com a combinação frutífera de memórias do passado, imaginação e raciocínio, os sentimentos levam à emergência da

capacidade de antecipação e previsão de problemas e à possibilidade de criar soluções novas e não estereotípicas.

Para terminar parafraseamos Cunha (2000), que ao reconhecer as emoções como um desafio a cumprir no campo interpessoal, refere-se à emoção/afectividade como o fundamento da nossa personalidade, o que temos de mais íntimo, o que dá aos nossos actos e pensamentos o encanto, a razão de ser, o impulso vital, sendo graças a ela que nos “ligamos” aos outros, ao mundo, a nós próprios. A emoção não é um sinal adventício, mas sim uma verdadeira entidade capaz de assegurar o estabelecimento de relações interpessoais, sendo que as emoções e os sentimentos são a principal modalidade, e mais do que isso, uma vinculação.

A cognição, a emoção e a acção

Esta relação tem sido, também, alvo de interesse dos estudiosos da área das emoções. Damásio (1994) refere a este propósito que as emoções e os sentimentos não são intrusos no bastião da razão, mas uma parte integrante da racionalidade encontrando-se enredados nas suas teias, para o melhor e para o pior. Na perspectiva psicanalítica a separação entre o cognitivo e o afectivo não é absoluta. Os sentimentos são misturas surpreendentes e evanescentes ocupando, todavia, o lugar central do nosso ser. Há qualquer coisa de artificial na separação do afecto ou da emoção de outros aspectos da vida mental como a cognição ou a memória. Freud, nos primeiros tempos da sua carreira, acreditava que se uma pessoa fosse capaz de proceder a uma descarga das emoções associadas a certas recordações particulares, essas recordações perderiam, então, a sua dimensão traumatizante.

É um facto que, nos últimos anos, a divisão artificial entre pensamento e emoção tem começado a desaparecer. É mesmo óbvio que os nossos pensamentos não são tão fáceis de separar como habitualmente acreditamos, nem seguem uma linha predeterminada. O que sentimos influencia aquilo em que pensamos e vice-versa, o que é uma consequência natural das extensas ligações no córtex, principalmente entre as áreas frontais e o sistema límbico. Não somos meras máquinas lógicas, nem simples feixes de emoções à solta, mas sim combinação de ambos, embora em algumas ocasiões o equilíbrio possa desviar-se para um lado ou outro (Damásio 1994).

Muitas reacções emotivas dependem da aprendizagem (cognição), da educação, do ambiente sociocultural e, sobretudo da idade. Metrovic (1997) argumenta que actualmente as pessoas possuem mais conhecimento do que em anteriores gerações, mas tal conhecimento não é suficiente para resultar em acções, pois as acções implicam a ligação entre emoções e intelecto, e nas sociedades pós-emocionais essa ligação está cortada, bloqueada.

De facto, não há pensamento que não seja premiado pelas emoções, e isso reflecte-se em cada acção mesmo que não seja consciente para a pessoa. A emoção tem um papel essencial na

tomada de decisão, por isso somos humanos e não robots humanóides. **Sem emoções a razão não é possível porque são elas que validam a escolha desta ou daquela estratégia de tomada de decisões** (Damásio 1994).

Emoção e cognição estão ligadas não podendo a primeira ser entendida somente em termos do que ocorre no interior da pessoa ou cérebro, mas implicando um conjunto de transacções com acontecimentos do meio ambiente significativos para o seu bem-estar. A cognição e a afectividade nascem simultaneamente ou se geram uma à outra e são indissociáveis, constituindo dois aspectos complementares de todo o comportamento humano. Já Aristóteles observou esta relação entre emoção e cognição: “as pessoas quando se sentem amistosas e afáveis pensam um tipo de coisa, quando se sentem iradas e hostis pensam outra coisa completamente diferente, ou a mesma coisa com uma intensidade diferente” (citado por Oatley & Jenkins 2002: 33). As emoções permitem-nos uma avaliação dos estados internos e das circunstâncias externas (Damásio 2001), o que lhes confere um importante papel cognitivo. Daí que as reacções emocionais e a compreensão cognitiva constituem respostas humanas às doenças graves e tratamentos mais agressivos, e as possíveis alterações da inteligência e da memória da pessoa com traumatismo crânio-encefálico pode, só por si, comprometer o relacionamento emocional.

1.3.2 – Conhecimento sobre as emoções à luz da enfermagem

No final da década de 50 e durante a década de 60 a influência de correntes psicológicas oriundas da Europa e dos Estados Unidos fazem emergir a escola da interacção. Uma escola que foi beber o essencial das suas concepções à psicologia do comportamento e que teve, e continua a ter, uma influência decisiva nos paradigmas de enfermagem da integração e unitário. Carl Rogers, reconhecido como o fundador da relação de ajuda enquanto intervenção terapêutica psicológica, definiu um conjunto de condições e habilidades específicas para serem adoptadas nas profissões de relação. Na sua perspectiva, a verdadeira relação de ajuda e os verdadeiros relacionamentos interpessoais são profundamente capazes de suscitar o crescimento da pessoa, mas para isso é necessária uma atitude de “essência afectiva” caracterizada por quatro qualidades: a autenticidade, a congruência, a atenção positiva incondicional e a empatia. Porém, o investimento neste verdadeiro relacionamento coloca questões específicas quando analisado à luz do processo relacional enfermeiro-cliente.

Com o incremento do envolvimento e proximidade na relação enfermeiro-cliente (Williams 2000), tal como os conceitos de parceria, comunicação aberta e *new nursing* (Savage 1990) igualmente valorizados nos cuidados de saúde, os enfermeiros passaram a adoptar os valores da abordagem do holismo nos cuidados, a reconhecer as necessidades psicológicas, sociais e espirituais e a necessidade de relacionamentos próximos e a sua continuidade (Benner 1984).

A importância desta relação é evidenciada por Collière (1999: 152): “É a relação com o doente que se torna o eixo de cuidados no sentido em que é simultaneamente o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem, ao mesmo tempo que detém em si própria um valor terapêutico”. Mas McQueen (2004) alertou para uma questão essencial: os enfermeiros ao adoptarem os valores do holismo, parceria e proximidade procuram conhecer o cliente enquanto pessoa, porém experienciam as respostas emocionais do seu sofrimento. Encontram-se mais expostos ao *distress* físico e emocional e têm que lidar com tais emoções como parte do seu trabalho, tornando-se necessário a gestão das suas emoções para conseguirem oferecer ajuda e suporte ao cliente. Desde o final da década de 80 que investigadores em enfermagem têm procurado compreender estes processos na relação enfermeiro-cliente, tendo em conta que a experiência emocional está omnipresente em cada situação de cuidados, a qual tem como base essa mesma relação. Os cuidados centrados no relacionamento fizeram emergir questões em enfermagem relacionadas com as emoções dos sujeitos em interacção, a par do desenvolvimento do conhecimento produzido por outras disciplinas, tal como a concepção defendida por Goleman (2006) de que todo o processo relacional está impregnado de emoções.

Morse *et al.* (1992) apresentam um modelo explicativo da empatia na relação enfermeiro-cliente, que coloca ênfase no **processo de envolvimento/distanciamento emocional** dos enfermeiros ao lidarem com o sofrimento dos clientes. Os autores referem que um estímulo provoca no enfermeiro um *insight* empático (uma sensação reflexa e subjectiva que desperta espontaneamente em si quando observa o sofrimento do outro) e o resultado é a empatia emocional. A partir deste ponto as características do envolvimento do enfermeiro dependem das suas respostas emocionais ao sofrimento, com foco no cliente ou com foco no seu *Self* (Diagrama D). As respostas humanas que se encontram no 1.º nível, e que são focadas no cliente, são desencadeadas pelo *insight* emocional do enfermeiro. Estas respostas são culturalmente condicionadas, tal como podem ser aprendidas, mas na maior parte das vezes são reflexas ou instintivas (involuntárias), e são naturalmente reconfortantes para quem sofre. Cada uma das respostas (célula-a) são sentimentos particulares dos enfermeiros que são conduzidos especificamente na direcção do cliente, e podem ser reconhecidas através de características de expressão verbal e intuição. Mas, na enfermagem, estas respostas são desvalorizadas e os enfermeiros são treinados a responder de um “modo profissional”. Os autores consideram que esta desvalorização, das respostas de 1.º nível (célula-a), limita seriamente a eficácia da prática de cuidados. No entanto, as observações da prática ilustram que apesar do facto destas respostas não fazerem parte da formação formal em enfermagem, estas são habitualmente usadas pelos enfermeiros. O factor determinante na eleição de respostas de 1.º nível é que o enfer-

meiro envolve-se na experiência do cliente, exigindo que esteja emocionalmente envolvido ou habilitado para se identificar com o cliente.

Diagrama I – *Tipos de resposta em função do foco e da experiência emocional do enfermeiro face ao sofrimento do cliente (Morse et al. 1992)*

		No cliente	Focus	No enfermeiro
1.º Nível	<u>Características</u>	<u>Respostas</u>		<u>Respostas</u>
	Envolvimento (com as emoções do cliente)	Piedade Simpatia Consolação Comiseração Compaixão Validação reflexiva		Contra-envolvimento
	Resposta genuína, reflexa		a	Reserva Desumano Distanciamento Rotulação Negação Protecção Blindagem Afastamento
			b	Contra a incorporação, protecção
2.º Nível	Pseudo-envolvimento	Partilha do Self Humor Validação da informação	c	Ausência de envolvimento
	Profissional Instruído	Empatia terapêutica Confronto Confortar instruído	d	Comportamento rotineiro “Estilo profissional” Legitimado/ Justificado Pena (falso profissionalismo) Falsa confiança
				Ausência ou reduzida incorporação

O enfermeiro deve estar disposto e habilitado para experienciar ou partilhar o sofrimento dos outros, para poder dar respostas com sentido e apropriadas ao cliente. É este processo de envolvimento entre o enfermeiro e o cliente que permite a partilha da experiência. Paradoxalmente, a imersão do enfermeiro na realidade do outro resulta também numa experiência de dor e sofrimento para o próprio. Devido à exposição do enfermeiro ao sofrimento, sendo bombardeado constantemente pelo stress emocional e realizando, frequentemente, procedimentos que provocam dor (i. é, que causam sofrimento adicional) este aprende a redireccionar, a alterar ou reprimir a espontaneidade das respostas emotivas de 1.º nível.

Quando o enfermeiro procura reduzir as suas respostas emocionais para com o cliente, reduzindo também o seu investimento na experiência de sofrimento do outro, este desenvolve respostas de 2.º nível; as respostas profissionais instruídas de empatia terapêutica (célula-c). Como o seu envolvimento emocional com o cliente é mais limitado e a duração da interacção é mais reduzida, tem que tentar imaginar o que se passa com o cliente, em vez de se tornar genuinamente envolvido com a sua experiência. O termo pseudo-envolvimento designa este nível de respostas. O foco da resposta de ajuda profissional é o cliente, embora algumas destas respostas possam estar fora do alvo, ou seja, não atinjam o objectivo ou não ajudem, elas são

genericamente terapêuticas. Estas respostas mantêm o enfermeiro de algum modo desconectado, a uma “distância segura”, objectiva e profissional do cliente.

Com foco no cliente, o envolvimento emocional que é central no 1.º nível de respostas implica a empatia emocional. No 2.º nível de respostas, a empatia terapêutica acompanhada de distanciamento é um pré-requisito, reduzindo a possibilidade de envolvimento do enfermeiro e garantindo que a interacção seja profissional.

Quando o 1.º nível de respostas se encontra focado no enfermeiro, mais do que no cliente, os seus sentimentos são bloqueados ou ignorados activamente. Como resultado o enfermeiro não se envolve com o cliente e verifica-se ausência de proximidade. As respostas centradas no *Self* neste nível (célula-b) têm como finalidade principal a protecção do enfermeiro de ser “absorvido” pela experiência de sofrimento. Isto é feito através da focalização no próprio e lutando para rejeitar os seus sentimentos resultantes do contacto com o cliente. A resposta é reactiva e gera distância emocional que é por vezes necessária para que o enfermeiro consiga executar os procedimentos. Estas respostas servem para protecção do enfermeiro, reduzindo a sua vulnerabilidade (com recurso à blindagem ou afastamento) ou alterando a sua percepção da experiência de sofrimento (com recurso à negação ou rotulação), uma vez que mantêm o enfermeiro emocionalmente desconectado do cliente. O distanciamento que resulta destas estratégias ocorre, muitas vezes, quando o enfermeiro está muito desgastado ou emocionalmente afectado para continuar a ser sensível ao sofrimento.

Mas se a experiência do enfermeiro for continuamente “violenta” (i. é, presta cuidados continuamente a clientes em sofrimento ou a clientes que tenha de infligir dor), o processo de bloquear o envolvimento acentua-se e este fica desprovido de sentimentos para com o outro, ficando completamente desligado e distante; 2.º nível de respostas centradas no *Self* (célula-d). Deste modo, os clientes são tratados como objectos ou como casos, e não como pessoas na sua singularidade. Os enfermeiros que adoptam estas respostas podem manifestar-se como autómatos e frios, e no extremo revelarem uma dureza e insensibilidade. Os enfermeiros podem também proteger-se dos estímulos emocionais e responderem com comportamentos tais como respostas rotineiras, justificação das acções ou actuando como sendo “muito fortes”. Apesar da possibilidade do efeito terapêutico do completo distanciamento, é claro que o cliente está consciente que não é considerado como pessoa, e isso pode afectar o seu bem-estar. Estas respostas reduzem o investimento na prática de cuidados e eliminam a necessidade de experienciar qualquer dor ou sofrimento, contudo não beneficiam o cliente e podem ser alienantes.

Benner & Wrubel (1989) sugerem que a gestão das emoções na prática de cuidados está ligada a um nível de experiência e perícia dos enfermeiros, e que manter a distância na relação

com o cliente pode constituir uma potencial barreira que causa ainda mais stress. Por outro lado, alguns enfermeiros procuram intencionalmente não se envolverem com o cliente o que requer, em si, um extraordinário grau de esforço emocional. Já os enfermeiros peritos tendem a se envolverem com o cliente e a darem uma grande importância às emoções na sua prática. Benner (2001) acrescenta que o envolvimento emotivo pode ser muito útil para o próprio enfermeiro. Recorda que aquando da sua própria formação era prevenida para não se envolver demasiado e que no seu estudo interrogou-se sobre o modo como as enfermeiras conseguiam tornar compatível o facto de estarem emocionalmente envolvidas com o cliente e, no entanto, terem de o submeter a tratamentos dolorosos. Desenvolveu, então, a hipótese de que é esse mesmo envolvimento que ajuda as enfermeiras, bem como os clientes a enfrentar melhor a experiência. “Creio que as técnicas que visam impor uma certa distância entre elas e os doentes, protegem insuficientemente as enfermeiras da dor da situação ao mesmo tempo impedindo-as de aproveitar os recursos e as possibilidades que engendra o compromisso face a estes doentes e às suas famílias” (Benner 2001: 190). Ainda Watson (2002a) defende que o envolvimento emocional na prática dos enfermeiros é necessário para produzir o processo reflexivo para que a ajuda seja dada; o enfermeiro ajuda o cliente a integrar a experiência subjectiva com uma visão externa da situação.

Porém Omdahl & O'Donnell (1999) têm uma posição contrária quando fazem a diferenciação entre a questão da empatia e o contágio emocional, e advertem os enfermeiros para usarem estratégias que promovam a empatia mas que evitem esse contágio emocional, de modo a garantirem a perenidade de uma boa prática e um sentimento nos clientes de serem considerados e bem cuidados. Já Henderson (2001) tem uma concepção mais medianeira ao explicar que os enfermeiros experienciam distanciamento ou proximidade ao longo de um contínuo na relação com o cliente, o que apresenta oscilações de acordo com as circunstâncias de ambos. A habilidade do enfermeiro na movimentação neste contínuo pode constituir uma vantagem e protegê-lo do inerente stress emocional da sua prática de cuidados.

Outras explicações, para a gestão das emoções dos enfermeiros na relação com os clientes, centram-se no **desenvolvimento pessoal e uso terapêutico do *Self***. Muetzel (1988) argumenta que a habilidade dos enfermeiros para participarem numa relação terapêutica depende do seu desenvolvimento, tanto pessoal como profissional. Butler (1995: 153) reforça esta posição, defendendo que “As qualidades pessoais do *Self* no profissional são a chave para a excelência” e que “o desenvolvimento pessoal está profundamente centrado no desenvolvimento do *Self*”, naquilo que “cada pessoa é e se torna” e da “compreensão do interior humano individual nas situações reais da prática”. Na perspectiva de Morse *et al.* (1992) o *Self* é o corpo como objecto de si próprio, pois no desenvolvimento dos cuidados o enfermeiro habitualmen-

te não toma consciência do próprio corpo mas ao observar o cliente em sofrimento causa-lhe perturbação o que, conseqüentemente, informa o seu corpo. Já Watson (2002b) apresenta o conceito de alma referindo-se ao Eu interior ou essência da pessoa (*Self*), o qual está ligado a um sentido maior de conhecimento próprio, um grau de consciência mais elevado, uma força interior e um poder que pode expandir capacidades humanas e permitir que uma pessoa transcenda o seu Eu habitual. Os nossos corpos podem estar fisicamente presentes num determinado local ou situação, mas as nossas mentes e sentimentos relacionados podem estar noutra local qualquer. A consciência de cada um como um ser espiritual abre infinitas possibilidades. Watson (2002b: 83) saliente ainda que “Poetas, sábios e filósofos através dos tempos têm feito referência ao lado espiritual da vida e do viver, defendendo o auto-conhecimento, a auto-referência, o auto-controlo que vem de dentro”.

McMahon & Pearson (1998) validam o benefício do papel do auto-conhecimento e auto-avaliação dos enfermeiros para alcançar uma enfermagem terapêutica. Tal como Freshwater (2002) defende que a enfermagem terapêutica procura capturar o clima da relação enfermeiro-cliente, explorando não apenas o interpessoal mas também o intrapessoal, pois quanto estreitamente relacionado com uma compreensão que o próprio tem do Eu (*Self*) é um contributo enorme para a compreensão do Outro. A personalidade dos enfermeiros é usada na criação de um ambiente no qual o potencial terapêutico tanto para cliente como para enfermeiro possa florescer. Mas é pela via da prática reflexiva que é possível conferir espaço aos enfermeiros para entrarem num novo diálogo e relação com o cliente, contribuindo para se fazer a jornada do *healing*.

No entanto, Ersser (1997) salienta que ao analisar o conceito de uso terapêutico do *Self* em enfermagem, que tem sido estudado por enfermeiros com interesse na psicoterapia (Peplau, Hall, Travelbee), deve ser dada ênfase à importância dos enfermeiros agirem com intenção quando pretendem ser terapêuticos. Por exemplo, Travelbee (1971: 19) defende que “Quando os enfermeiros usam o *Self* terapêuticamente estes estão a usar a sua personalidade conscientemente e o seu conhecimento de modo a produzir mudanças que beneficiam as pessoas doentes”. Mas Ersser (1998: 56) altera esta noção argumentando que o potencial terapêutico das acções presenciais dos enfermeiros podem ser “comunicadas ao cliente com ou sem intenção”. Concluindo que se mantém a necessidade de examinar a natureza da enfermagem terapêutica, Ersser (1998: 56) apela para uma reexaminação daquilo que chama o “conceito recebido” do uso terapêutico do *Self*, o qual permite e valoriza uma postura emocional natural e espontânea dos enfermeiros para com os clientes que não se mostra com propósitos intencionais.

Porém Watson (2002a) procura explicar como os enfermeiros podem usar os sentimentos no cuidar: a evolução dos sentimentos humanos pode prosseguir através dos meios do ideal moral do cuidar transpessoal em enfermagem, pelo que sentimentos menos generosos e menos necessários para o bem-estar da humanidade podem ser repostos por sentimentos mais generosos e mais necessários para o bem-estar e dignidade da espécie humana. Quanto mais a arte do cuidar transpessoal avança, e mais generosos e proveitosos são os sentimentos para os seres humanos, mais podemos definir o cuidar ideal com referência ao seu conteúdo e matéria de assunto da enfermagem. Watson adverte, ainda, para o conceito do envolvimento profissional como a participação total do *Self*, usando todas as dimensões da pessoa como uma fonte na relação profissional, que está vinculado ao conceito de um relacionamento transpessoal no cuidar entre o enfermeiro e a pessoa, no qual os sentimentos do enfermeiro podem ser experimentados e sentidos, não como uma forma de obter alívio ou ajuda dos clientes, mas como parte de ser e de se tornar dentro do relacionamento. Só com um sistema de valores humanísticos desenvolvido, a par de um ego fortalecido usando a sensibilidade e imaginação, é que conseguiremos lidar positivamente com as situações de stress que diariamente ocorrem. Para isso precisamos de nos habituar a pensar sobre os nossos sentimentos, o que não é um hábito interiorizado em nós. Agir continuamente, sem analisarmos os nossos sentimentos faz com que vivamos cada uma das situações de cuidados sem com ela aprendermos ou evoluirmos. Os sentimentos harmoniosos e a complexidade dos afectos podem proceder de interacções em que estiveram subjacentes sentimentos de identificação e sentimentos maternos, que podem estruturar e regular a interacção (Watson 2002b).

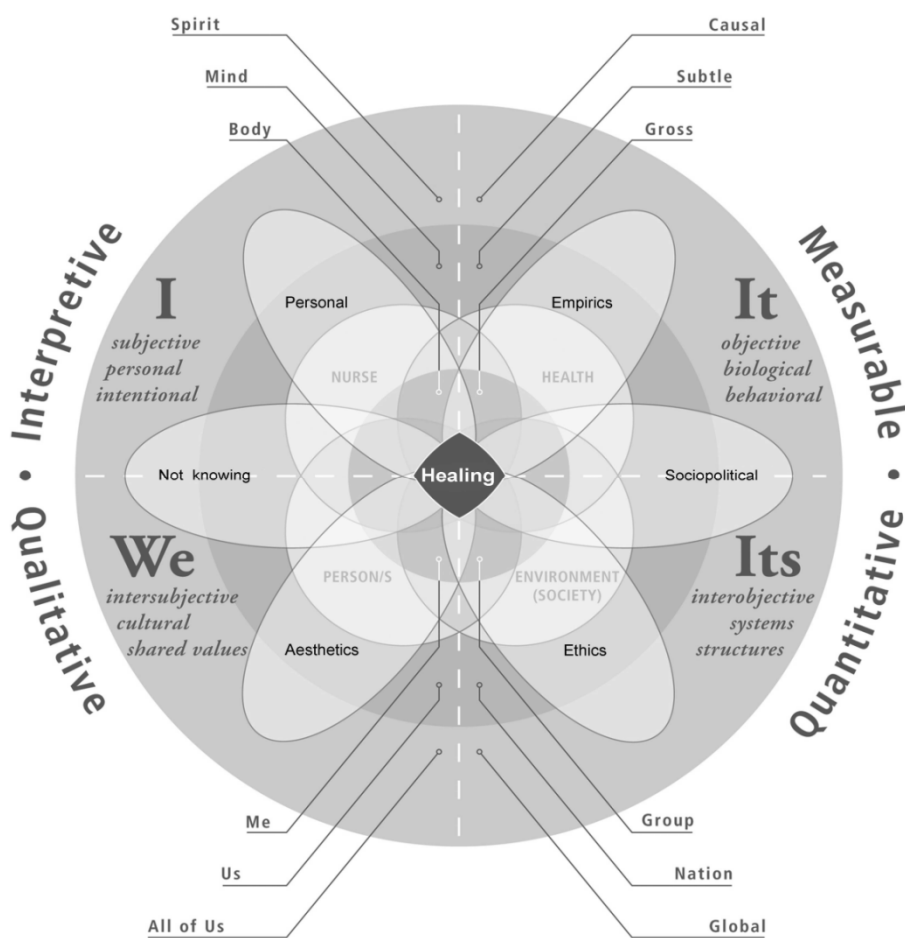
Na teoria de enfermagem integrada de Dossey (2008) (Diagrama II), é notória a importância dada ao Eu interior (*Self*) dos enfermeiros e a sua capacidade para lidar com situações emocionalmente intensas da prática de cuidados, prevenindo a exaustão emocional. Esta teoria representa um modelo explicativo que integra a complexidade dos cuidados tendo em conta a perspectiva da totalidade do cliente, e simultaneamente contempla a conjugação da saúde e bem-estar emocional dos enfermeiros na sua prática. A autora propõe a reflexão sobre a seguinte situação pragmática:

É o/a enfermeiro/a que está a prestar cuidados a uma pessoa muito doente e que necessita de ser acompanhado até ao serviço de radiologia. O protocolo de transporte entre o serviço de medicina e de radiologia apresenta falhas e este aspecto é perturbador, provoca-lhe ansiedade e impotência. Neste momento, altere os seus sentimentos e o estado interior (e acredite nisso!) para: “estou a fazer o melhor possível” e “tenho tempo necessário para fazer uma respiração profunda e relaxar o meu tórax comprimido e os músculos dos ombros que estão tensos”.

Este curto exercício ajuda a fazer ligação com as 4 perspectivas que se seguem: 1) o *Self* interior (cuidando de si neste momento – “I”); 2) o *Self* exterior (usando conhecimentos científi-

cos sobre práticas de relaxamento e imaginação guiada para alterar a fisiologia – “It”); 3) o *Self* na relação com o outro (alterando a consciência para criar outro modo de estar com o cliente e com os técnicos da radiologia – “We”); 4) o *Self* na relação com o exterior colectivo/organização dos serviços (considerando como trabalhar com o serviço de radiologia para melhorar o procedimento de transporte dos cliente no hospital – “Its”). Uma perspectiva integrada pode ajudar cada enfermeiro e estudante de enfermagem a incrementar o conhecimento do *Self*, tal como a consciência de que o seu *Self* afecta os outros podendo ser os clientes, os acompanhantes, os colegas, o local de trabalho.

Diagrama II - *Theory of Integral Nursing* (Dossey 2008)



Quando os enfermeiros descobrem a sua capacidade inata de *healing* ficam habilitados para aliviar a seu stress, ansiedade e medo que se manifestam em cada dia da sua jornada humana, ficam habilitados a cuidarem de si próprios. A teórica começou por investir numa compreensão profunda sobre a experiência humana, através do conhecimento de outras disciplinas, reconhecendo que a enfermagem não é nem “ciência” nem “arte” mas ambas em conexão.

Na sua experiência prática aprendeu a combinar a ciência e tecnologia com a arte de enfermagem; nos cuidados a um cliente com dor intensa após enfarte agudo do miocárdio administrava analgésico e, simultaneamente, desenvolvia técnicas de relaxamento ou imaginação guiada para diminuir a ansiedade. Começou a fazer formação em terapias corpo-mente-espírito (biofeedback, relaxamento, imaginação guiada, música, meditação e outras práticas reflexivas), passando a incorporá-las nas suas actividades de vida, constatando que a sua filosofia pessoal e profissional e práticas clínicas mudaram. Na perspectiva de Dossey (2008: E29) “Os enfermeiros são um instrumento do processo de *healing* onde é mobilizado o seu próprio *Self* numa relação com o outro *Self*, o que exige a técnica de *Mindfulness* que representa a prática de dar atenção ao que está a acontecer neste momento quanto aos nossos pensamentos, sentimentos, emoções e sensações”.

Porém, face ao que foi exposto persiste-nos uma questão: como é que os enfermeiros usam, efectivamente, as emoções para influenciar positivamente os relacionamentos?

A partir dos anos 90 o estudo das emoções na enfermagem direcciona-se para o conceito de **trabalho emocional** (*emotional labor*) originário da sociologia. O trabalho emocional é definido por Hochschild (1983: 36) como a “indução ou supressão dos sentimentos para manter uma aparência exterior que resulte num cuidado com os sentimentos dos outros, proporcionando um ambiente seguro”. A autora mergulhou em teorias de técnicas de representação teatral para explicar como as emoções podem ser controladas ou auto-induzidas, tendo sugerido que a “representação superficial” (*surface acting*) é usada quando o profissional altera o modo de se apresentar para o outro adaptando a linguagem corporal. O profissional está consciente da ausência da veracidade do seu comportamento. Já na “representação profunda” (*deep acting*) propõe a indução de sentimentos na própria pessoa recorrendo à memória. Neste caso, as emoções são realmente sentidas pelo profissional. A representação superficial requer a alteração da expressão exterior para alcançar correspondência entre os sentimentos e o comportamento demonstrado. A representação profunda requer uma mudança de sentimentos intensos para aqueles que são considerados apropriados na situação, de modo a que tais sentimentos sejam espelhados na expressão facial e no comportamento visível. A regulação das emoções é usada para monitorização dos sentimentos e do trabalho emocional que pode ser inconsciente ou semiconsciente. Ashfort & Humphrey (1993) acrescentam aos estudos pioneiros de Hochschild (1983) uma terceira forma de trabalho emocional. Se o profissional investe no seu trabalho e/ou os papéis profissionais não são muito exigentes, emocionalmente intensos ou “impossíveis” de suportar, é possível existirem muitas ocasiões em que as emoções sentidas pelo profissional são da forma como são, são congruentes com os requisitos do trabalho. Então não é necessária regulação emocional, o que significa que o profissional pode sim-

plesmente expressar as suas “emoções genuínas”. No conceito original de trabalho emocional a regulação das próprias emoções dá-se de acordo com uma postura profissional imposta, uma vez que se lida com muitas emoções de tonalidade negativa. Mas segundo Hochschild (1983) esta imposição de regras profissionais dos sentimentos é, em si, a fonte principal de conflitos internos.

Este conceito foi estudado em profundidade pela sociologia, e também pela psicologia, aplicado a diferentes grupos profissionais/ocupações como polícias, advogados, assistentes sociais, médicos, condutores de ambulâncias, trabalhadores de *fast-food* ou de *call center* e também em enfermeiros. Glomb, Kammeyer-Mueller & Rotundo (2002) apresentaram uma classificação das 15 actividades laborais com maior exigência de trabalho emocional, na qual a enfermagem se situa em 5.º lugar.

Na enfermagem, Smith (1988, 1991, 1992) foi a pioneira dos estudos sobre o trabalho emocional. Smith (1991) chama a atenção que o trabalho emocional, numa era de domínio técnico-racional nos cuidados de saúde, é mais vital do que nunca; a própria tecnologia pelas suas características requer um trabalho emocional que se direcciona tanto para profissionais como para clientes dos cuidados de saúde. Por outro lado, identifica as componentes do trabalho emocional do enfermeiro como sendo dar suporte e tranquilidade, delicadeza e amabilidade, simpatia, animar, utilizar o humor, ser agradável, ter paciência, aliviar o sofrimento, compaixão, conhecer o cliente e ajudar a resolver os seus problemas. O estudo de Smith (1992) sobre como os estudantes de enfermagem aprendem a desenvolver o trabalho emocional, sugere que estas competências são na sua maioria aprendidas informalmente no local de trabalho, e menos em contexto de formação, e os estudantes aprendem a gerir as emoções adoptando uma abordagem orientada pela tarefa no seu cuidado. Defende, então, que o trabalho emocional é de natureza especializada, que tem de ser aprendido da mesma forma que as competências para prestar “cuidados físicos”. Deste modo, Smith dá ênfase à aprendizagem da gestão das emoções negativas mas também às componentes do trabalho emocional do enfermeiro, alterando assim o conceito original e dando origem a muitos estudos nestas duas vertentes.

Respeitantes à primeira vertente, vários estudos demonstram que os enfermeiros experienciam sentimentos de stress emocional (Akerjordet & Severinsson 2004, Hunter 2006) que podem ser uma fonte de sofrimento e que podem conduzir à exaustão emocional (Lewis 2005). Com todas as emoções que absorvem a pressão emocional é elevada e o trabalho é emocionalmente intenso, o que pode esvaziá-los de energia independentemente do gosto que têm pelo seu trabalho (Sandgren *et al.* 2006). As situações emocionalmente intensas vividas na relação com o cliente são muito diversificadas. Bolton (2000), Hopkinson (2002), Sandgren *et al.* (2006) e Turner *et al.* (2007) destacam lidar com a pessoa em sofrimento e morte. Perante tais situa-

ções, as regras profissionais dos sentimentos são necessárias para gerar reequilíbrio e são habitualmente o distanciamento, a centralidade nas tarefas e a expressão facial de profissional distante (Hunter 2006), uma expressão facial imparcial que permite suprimir o seu julgamento e a repressão das emoções (Bolton 2000), e que requer a combinação de elementos contraditórios – cuidar enquanto mantém uma distância (Bolton 2001). A expressão facial profissional que representa um escudo protector, mas que também pode ter a forma de “face de sorriso feliz”, implica que os enfermeiros têm de trabalhar arduamente as suas emoções (Bolton 2001). A gestão dos enfermeiros das suas emoções, de modo a protegê-los da exaustão emocional, é designada por Mazhindu (2003) do “tipo instrumental” quando é dirigida à acção, com centralidade na tarefa (Bolton 2001, Inoue *et al.* 2006). Alguns enfermeiros perspectivam “estar desligado” com intencionalidade consciente, de modo a assegurarem a concretização dos cuidados de enfermagem (Henderson 2001), sentem-se compelidos a cancelar ou reprimir os seus próprios sentimentos para ficarem capazes de funcionarem de um modo distante na relação com os clientes (Halligan 2006). Outros enfermeiros descrevem a manutenção da distância através da devolução da responsabilidade das emoções ao cliente (Allan & Barber 2005) ou ainda evitando o cliente emocionalmente e fisicamente como resultado do desgaste emocional de cuidar a pessoa com cancro (Turner *et al.* 2007). Por outro lado, as emoções inconscientes são, igualmente, invisíveis e relevantes na relação enfermeiro-cliente. No trabalho emocional pode estar envolvido a introjecção (incorporação) de emoções para serem projectadas num outro, que derivam de interacções anteriores (Hunter 2006, Theodosius 2006) o que significa uma “forma sociológica de gestão interna das emoções” (Theodosius 2006). Por vezes podem acontecer situações de “troca reversa”, em que é a parturiente que procura dar suporte à parteira, pois estas têm uma fraca consciência das suas emoções (Hunter 2006). Mas a gestão das emoções pode não ser um processo unilateral, contido em cada indivíduo ou em cada interacção, pode ocorrer a “gestão de emoções partilhada” (Theodosius 2006). Segundo Lewis (2005) e Theodosius (2006), a noção de profissionalismo dita muito fortemente que apenas certas formas de emoções possam ser expressas e que a distância deve ser mantida. Estas estratégias de gestão emocional podem ser designadas como “prescritivas”, porque são desempenhadas de acordo com a noção de comportamento profissional prescrito. Nesta lógica cada enfermeiro, enquanto profissional, deve prover cuidados técnicos, trabalhar de acordo com certas rotinas de modo a imprimir uma sensação de calma e de segurança, numa situação que tem o potencial de ser exactamente o oposto, o cliente deve ter uma confiança cega nos enfermeiros e respeitar e aceitar as suas indicações, e assim os enfermeiros não necessitam de se tornarem muito abertos ou próximos dos clientes.

A investigação com base no conceito de trabalho emocional deixa claro que os enfermeiros lidam com muitas emoções perturbadoras que geram conflitos internos, e os enfermeiros adoptam estratégias de defesa, mas o desenvolvimento dos estudos tem revelado que existem outras variáveis a ter em conta, nomeadamente uma experiência emocional dos enfermeiros positiva e gratificante (Mercadier 2004, Diogo 2006). Posição igualmente defendida por Mazhindu (2003) ao explicar que a perspectiva das emoções negativas não representa todos os diferentes aspectos do trabalho emocional na enfermagem, nem valoriza a “vocação” dos enfermeiros, e nesta perspectiva o conceito de trabalho emocional em enfermagem não se aplica inteiramente. Defende-se que a profissão de enfermagem tem as suas próprias “recompensas” em termos de satisfação pelo altruísmo, pela possibilidade de fazer o bem, pela possibilidade de fazer algo que ajuda as pessoas e gera sentimentos de contentamento quando as coisas correm bem (Williams 2001, Henderson 2001, Lewis 2005, Hunter 2006, Sandgren *et al.* 2006).

Seguindo esta lógica, compatível com a segunda vertente da concepção de trabalho emocional de Smith (1991, 1992), vários estudos indicam que os enfermeiros não se sujeitam simplesmente às regras dos sentimentos prescritivas que exigem uma conduta profissional, sendo inteiramente capazes de adequar o comportamento emocional nas interações com o cliente (Lewis 2005, Sandgren *et al.* 2006). Por exemplo, nos cuidados rotineiros ao bebé em cuidados intensivos, os enfermeiros normalmente actuam numa forma de “gestão emocional prescritiva”. No entanto, quando a morte do bebé é iminente os enfermeiros proporcionam suporte extra aos pais, regulando-se pelas regras dos sentimentos associadas a um tipo de “gestão emocional filantrópico”; os enfermeiros distinguem diferentes formas de gestão emocional de acordo com a situação clínica que enfrentam (Lewis 2005). Uma vez que não se regulam exclusivamente pelas regras profissionais dos sentimentos, não desempenham apenas trabalho emocional mas também oferecem **trabalho das emoções** (*emotion work*); uma ajuda ao cliente a lidar com as suas emoções, o que exige um grau de envolvimento e a compreensão da sua situação, na forma de comportamento autêntico de cuidar (Bolton 2000, Lewis 2005). Apesar da tendência para privilegiar o envolvimento profissional em relação ao envolvimento pessoal, os enfermeiros muitas vezes absterem-se das regras profissionais dos sentimentos e oferecem gestos de cuidado adicionais que acreditam ser essenciais numa representação de boa enfermeira; um tipo de “gestão pessoal das emoções” (Bolton 2000, Lewis 2005). Este trabalho das emoções é oferecido com pouca ou nenhuma expectativa de receber algo em troca com o investimento afectivo (Bolton 2000, Fitzgerald & Hooft 2000, Zengerle-Levy 2004). Surge sobre a forma de amor, algo que vai para além do tradicional dever de prestar cuidados nos parâmetros esperados, algo que não é quantificável e portanto impossível de ser exigido

(Fitzgerald & Hooft 2000), de um alimento afectivo e carinho para que os clientes se sintam amados e compreendidos (Zengerle-Levy 2004, Halligan 2006), e de humor como meio de ultrapassar a situação (Bolton 2000, 2001). Uma cliente de um serviço de ginecologia recorda as enfermeiras como afectuosas e carinhosas e atribui o sucesso da sua recuperação ao facto de ter dado umas “boas gargalhadas” com a sua ajuda (Bolton 2000). E ainda pelo afecto e compaixão (Pejlert, Kenneth & Asplund 2000, Zengerle-Levy 2004). Este trabalho das emoções (*emotion work*), não sendo controlado pelas regras dos sentimentos organizacionais ou profissionais, revela como os enfermeiros são capazes de encontrar espaços exteriores além da postura profissional prescrita (Bolton 2001). Com este trabalho das emoções extra os enfermeiros procuram ajudar os clientes a lidarem com as suas emoções. Estar presente de mão dada enquanto o cliente está a morrer pode reduzir a ansiedade e promover a segurança (Williams 2001). Quando os clientes solicitam a presença do enfermeiro porque não conseguem dormir, o enfermeiro conversa e bebe um chá com eles diminuindo a sua ansiedade (Brown & Brooks 2002). Os enfermeiros permitem que os clientes (familiares) partilhem as suas preocupações e proporcionam conforto quando deixam que este encoste a sua cabeça no seu ombro para estes poderem ter um bom momento de choro (Lindahl & Norberg 2002). Para ajudar o cliente a sentir-se seguro, o enfermeiro transmite competência e experiência durante os procedimentos, procura conhecer o cliente como pessoa, dá-se a conhecer e tem contactos frequentes com o cliente (conversando muito e com tempo) o que facilita a construção da relação, e indica disponibilidade dizendo directamente ao cliente e dando o seu contacto, respondendo rapidamente às suas necessidades e novamente com contactos frequentes (Williams & Irurita 2004). Os enfermeiros são “pais à disposição”, desenvolvem práticas de contar histórias para minimizar o sentimento de solidão e medo das crianças, e para dar respostas às suas dúvidas, usam o toque suave/carícias para que a criança desenvolva confiança no enfermeiro e sinta menos medo, modelam a sua voz de uma forma suave e alegre enquanto cuidam para que esta se acalme, acreditam que o divertimento mantém e aumenta a sensação de bem-estar na criança e o brincar dá-lhes a possibilidade de expressar medos, de libertarem energias e de se relacionarem com os outros, dão suporte às crianças aliviando o sentimento de culpa, acompanhando-as nos momentos difíceis e alimentando a esperança de que voltará a sentir-se feliz novamente. A criança capta a intenção de amor na mensagem da enfermeira o que faz sentir-se amada e compreendida (Zengerle-Levy 2004). Os clientes identificam algumas qualidades relacionadas com a comunicação de suporte do enfermeiro: sentir paciência, receber explicações claras sobre a doença, receber informações sobre o tratamento e possíveis efeitos secundários, obter a informação através de uma comunicação sensível às reacções psicológicas dos clientes e que as sugestões dos familiares sejam ouvidas respeitosamente (Liu, Mok &

Wong 2005). Muitas vezes os enfermeiros mascaram os seus sentimentos de repugnância ou aversão, não sendo totalmente honestos, de modo a ajudarem os clientes a lidarem com o seu estado emocional (Bolton 2000). Também Lewis (2005) salienta que os enfermeiros pretendem ser honestos com o cliente mas não querem que essa honestidade lhe retire a sua esperança.

Porém, a distinção entre os conceitos de *emotion work* e *emotional labor* nem sempre é clara nos estudos de enfermagem. Por vezes estes conceitos são usados indiscriminadamente ou com diferentes significados. Henderson (2001) não faz esta distinção, pois refere que em relação ao trabalho emocional na enfermagem é evidente que os enfermeiros não só experienciam emoções que os afecta mas também usam conscientemente as emoções para prover e melhorar os cuidados, e ainda reconhecem as mudança positiva e aprendizagem que ocorre nos próprios por serem enfermeiros. Já para McQueen (2004) o conceito de *emotion work* implica obter correspondência entre a experiência emocional e o comportamento demonstrado, o que permite desencadear um comportamento autêntico, mas esta definição parece confundir-se com o conceito de *emotional labor*. Devido a alguma confusão no emprego destes conceitos McClure & Murphy (2007) apontam para a necessidade de um novo conceito, melhor delimitado e mais consistente com a complexidade da prática de enfermagem, apesar de estarem em maior concordância com o conceito de *emotion work* para ilustrar a enfermagem.

O que parece consensual no conhecimento sobre as emoções na enfermagem é que a gestão das emoções é essencial na relação interpessoal e é uma dimensão dos cuidados, na qual os enfermeiros conseguem mostrar sensibilidade e compreensão pelo outro e, simultaneamente, lidar com a influência em si das emoções dos outros. Tendo em conta que o trabalho emocional é exigente, implica investimento e a gestão das próprias emoções é necessária para promover a proximidade e atenção individualizada ao cliente, deve implicar dos enfermeiros o reconhecimento dos seus limites (auto-conhecimento) e mobilização de estratégias de *coping* (distracção, relaxamento e outras) para se protegerem da exaustão emocional e mesmo do *burnout* (Jenkins & Elliott 2004, McQueen 2004).

Porém, do que foi referenciado até então persistem algumas questões: Quais são as acções específicas que os enfermeiros desenvolvem para ajudar os clientes a lidar com as suas emoções no continuum da relação? Que processos estão implicados no envolvimento emocional com os clientes e, simultaneamente, na protecção da exaustão emocional dos enfermeiros?

Outra perspectiva do desenvolvimento do conhecimento sobre as emoções em enfermagem é a **dádiva de amor**, que cronologicamente tem uma presença nos cuidados muito anterior à preocupação com a gestão da experiência emocional dos clientes e dos enfermeiros. O

amor/afecto é uma emoção que os enfermeiros mobilizam na sua prática, num acto de dádiva para prover cuidados.

O cuidar enquanto atributo definidor da disciplina foi estabelecido em 1989, na conferência da American Academy of Nursing, na qual os líderes de enfermagem concordaram que o conceito de cuidar deveria substituir, no metaparadigma de Fawcett, o conceito de enfermagem. Cuidar é considerado, actualmente, um dos atributos definidores da disciplina e, simultaneamente, é um conceito central na identidade da enfermagem. Watson (1985) definiu enfermagem como a arte e ciência do cuidar humano e evidenciou a dimensão relacional do cuidar e as suas ligações ao *healing* e, mais recentemente, associou esta definição à perspectiva unitária (Watson & Smith 2002, Watson 2005).

À luz deste paradigma unitário, Smith (1999) caracteriza o cuidar como ter as melhores intenções para com o outro, expresso em pensamentos, palavras, e acções. É uma sintonia sensível ao ritmo dinâmico do relacionamento, seguindo a direcção do Outro, o que se torna numa dança humana. Este modo de ser e estar significa respeitar a experiência de vida singular de cada pessoa e a diversidade das suas escolhas, validando e dando apoio naquilo que é mais importante para esta. O cuidar fomenta o crescimento e conduz à descoberta, à expressão genuína do próprio e a novos caminhos para resolver os problemas. Watson (2003, 2005) defende que é tempo para retomar o termo “amor” para descrever estas qualidades da relação em enfermagem. Também Boykin & Schoenhofer (2001) definem *caring* enquanto altruísmo e expressão activa de amor, mas advertem que este é conhecido apenas pela experiência e reflexão e não por definição.

No entanto, o termo “amor” usado livremente em diversas línguas, na literatura, na arte e nos *media* é em si dúbio e difícil de definir. Na sociedade ocidental encontra-se habitualmente associado a estar apaixonado e a tendência é para pensar no amor como algo que podemos adquirir e não tanto como algo a dar. Muitos autores argumentam que dar e receber amor é essencial para o ser humano (Fitzgerald 1998). As teorias psicológicas do desenvolvimento humano concordam que o amor incondicional é vital para o desenvolvimento da pessoa. As teorias humanísticas centram-se no papel da autenticidade, sinceridade e compreensão empática (Rogers 1957). Já os teóricos psicanalíticos concentram-se no desenvolvimento de um verdadeiro *Self* (Winnicott 1971; Klein 1975), enquanto a escola de pensamento comportamental fala em reforço positivo (Beck 1979). O que todas estas teorias têm em comum é que o amor é fundamental na experiência humana.

Na enfermagem a intencionalidade é a prática do cuidar humano com amor – a dádiva de amor. Watson (2003) confere uma nova dimensão à noção de amor no cuidar ao desenvolver a prática da “*caritas*”, que sendo uma palavra oriunda do latim está relacionado com as pala-

vras caridade, cuidar, apreciar. Ao possuir uma conotação de preciosidade significa que está perto da ideia de consideração, amor e estima. Esta conexão entre o cuidar e o amor tem sido estudada e reconhecida na proeminente literatura de enfermagem, tal como pela filosofia, ética e metafísica de Levinas e Longtrup, citados por Watson (2005: 78), os quais nos recordam “a soberana natureza da expressão do amor como uma dádiva da vida, que não criamos ou controlamos, mas com a qual envolvemos um outro com as nossas mãos”. Stickley & Freshwater (2002) alertam para a necessidade de reconhecimento da centralidade da relação de cuidar na prática diária, e também dão ênfase ao amor enquanto necessidade fundamental da experiência e desenvolvimento humano. Defendem que cuidar ou relação terapêutica é o mesmo, perspectivando-o como o processo de *healing* do cliente no qual os enfermeiros devem ser capazes de amar, de modo a facilitar estas relações de cuidar (*caring relationships*).

Na perspectiva da psicologia, ao examinarmos os elementos essenciais para o estabelecimento de uma relação terapêutica psicológica de Rogers (1957), constatamos que se inclui o amor incondicional apelidado de consideração positiva incondicional; uma forma mais fácil de ser vista como competência ou técnica, mas diminuindo o potencial do amor na sua forma original. Parece, então, razoável assumir que os terapeutas regularmente sentem amor pelos clientes mas mobilizam defesas para prevenir complicações desnecessárias no relacionamento e também para evitar ultrapassar os limites (Stickley & Freshwater 2002). E também é possível argumentar que é essencial os terapeutas sentirem amor pelo clientes, pois sem este a terapia deixa de ter sentido e se esta tem sucesso surgirá o amor mútuo (Peck 1990). No entanto, sentir amor pelo cliente neste contexto terapêutico representa o amor maduro designado por Fromm, citado por Stickley & Freshwater (2002), e que requer do terapeuta competências de auto-conhecimento, auto-avaliação e reflexão sobre a prática, que são desenvolvidas através de sessões de supervisão, terapia individual e treino experiencial.

De regresso à enfermagem, Stickley & Freshwater (2002) realçam que nesta a relação terapêutica assume outros contornos pois os cuidados estão invadidos de tecnologia, de procedimentos invasivos, os enfermeiros estão habitualmente muito ocupados e o tempo para dedicar aos clientes pode ser escasso, reduzindo os actos de cuidar. Devido ao incremento da tecnologia e às exigências burocráticas é muito fácil os enfermeiros tratarem, inconscientemente, o cliente como objecto. Tudo isto converge para a projecção negativa no cliente da frustração e exaustão, quando este necessita do tempo e do amor dos enfermeiros (Ibidem). Por outro lado, os enfermeiros temem a demonstração do amor, temem represálias dos colegas que não compreendem a sua capacidade de revelar o cuidar, que os podem acusar de serem fracos ou pouco profissionais, o que é inevitável se os enfermeiros críticos não são sensíveis aos seus sen-

timentos nem ao significado do humanismo e do cuidar (Ibidem). Tendo em conta este cenário, Stickley & Freshwater (2002) propõem um modelo da prática para desenvolver a arte de amar nos cuidados de enfermagem, pois acreditam que apesar de não ser possível ensinar aos enfermeiros como amar, é possível ensinar a libertar o amor existente dentro deles possibilitando que surja o amor. Embora o amor não seja uma competência ou um objecto é possível exercer controlo sobre a revelação desse amor, e assim é possível praticar o amor. Os autores adoptam os requisitos especiais para a prática do amor que Fromm propõe e que são a disciplina, a concentração, a paciência, a preocupação e a actividade. Contudo, os actos de amor não devem ser ostentado, o amor é tímido e precisa de ser discreto e modesto. Consequentemente, os actos de amor não são demonstrados ao público, mas são habitualmente apreciados no silêncio de uma genuína relação de cuidar, e por isso as recompensas do amor são invisíveis.

Numa perspectiva espiritual, associada ao cristianismo, o amor nos cuidados de enfermagem remonta à Enfermagem Cuidadora (*Careful Nursing*) (Meehan 2003). Esta foi originalmente desenvolvida por uma religiosa irlandesa do século XIX, Catherine McAuley, cuja família tinha fortes ligações à medicina o que lhe facilitou conhecimentos médicos e científicos muito avançados. Teve também a oportunidade de trabalhar directamente com figuras importantes da enfermagem como *Catherine of Siena* e *Catherine of Genoa* e contactar com as suas concepções e, deste modo, introduziu um vasto conhecimento e uma mente activa nos cuidados que desenvolvia no seu trabalho. Outras mulheres juntaram-se a ela e fundaram em 1828 o Instituto Nossa Senhora da Misericórdia em Dublin, desenvolvendo um serviço de visitação de enfermagem a doentes pobres em casas e hospitais, e em 1831 tornaram-se as Irmãs Religiosas da Misericórdia passando a ter um reconhecimento mundial. O seu trabalho consistia em cuidados físicos e de consolação emocional, guiando-se pelo princípio de que era importante primeiramente aliviar o sofrimento e a enfermidade através de meios práticos para promover a higiene, conforto, alimentação da pessoa, mas realçando que em tudo o que faziam tinha que ser empregue uma grande ternura e que a amabilidade, simpatia e paciência deveria caracterizar todas as interacções com as pessoas.

Segundo Meehan (2003) o que é central na Enfermagem Cuidadora é a dimensão espiritual humana e a espiritualidade nos cuidados, sublinhando a assumpção de que existe um Ser Supremo do Amor que nos conduz para o universo, permeando todos os sistemas vivos e é a fonte última de amor, compaixão, *healing* e totalidade. A autora investigou documentos originais escritos pelas suas fundadoras e seguidoras para compreender as raízes filosóficas, e também as atitudes e práticas que a caracterizam. Deste estudo resultou o Modelo de Enfermagem Cuidadora, no qual o Amor num contexto profundo de espiritualidade é um marco

fundamental. O termo amor é usado no sentido do afecto benevolente que um ser humano sente por outro, sendo este desinteressado no sentido de ser imparcial e sem favorecer o interesse pessoal dos enfermeiros. O amor desinteressado está associado à consciência espiritual alcançada através de períodos de meditação ou reza. Este envolve uma atitude de grande ternura no cuidado aos clientes, dispondo os enfermeiros para uma prática com afecto, amabilidade, simpatia, humor e um espírito alegre que emerge do coração e reside na vontade, não nos sentimentos ou emoções passageiras.

A teórica Watson é uma das grandes defensoras de que cuidar envolve acções carinhosas, sentimentos harmoniosos e a complexidade dos afectos. Relembra que o amor na enfermagem é um tema central (Watson 2003). Para entrar neste espaço de amor, de cuidar, de entrega, de profundidade que sustém a infinidade da nossa humanidade podemos considerar as seguintes acções (Watson 2005: 186):

- Suspender o papel e a posição: honrar cada pessoa, os seus talentos, dádivas e contribuições enquanto essencial para a totalidade
- Falar e ouvir sem julgamento, trabalhando a partir de um espaço centrado no coração, trabalhando através da partilha de significados e valores comuns
- Ouvir com compaixão e com o coração aberto, sem interromper: ouvir as histórias dos outros numa dádiva de si promovendo o *healing*
- Aprender a ser tranquilo, a centrar-se em si enquanto permanece em silêncio para reflectir, contemplar e clarificar
- Reconhecer que a prática transpessoal, cuidadora, amorosa transcende a própria pessoa e permite a conexão pessoa a pessoa, espírito a espírito, quando a nossa vida e trabalho já não estão desligados
- Honrar a realidade de que nós fazemos parte de uma jornada conjunta: encontramos-nos todos numa jornada própria para alcançar o *healing* como parte da infindável condição humana: quando trabalhamos para nos recuperar (*heal*) a nós próprios contribuimos para o *healing* do todo

Watson (2005) defende que é tempo de retomar a exploração do amor nos cuidados de enfermagem, tendo em conta que este é indefinível, mas aproxima-se do nível mais elevado da consciência de cuidar. O cuidar e o acto de amor compassivo (compaixão, bondoso) potencia o *healing* para o próprio e para os outros.

Rivero & Erdmann (2007) inspirados, em grande parte, por Watson e englobando as concepções da Enfermagem Cuidadora, propõem o **modelo do poder do cuidado humano amoroso**, defendendo que este cuidado é a relação intersubjectiva entre enfermeiro e cliente onde se dá e recebe amor, isto é, preocupação e interesse, respeito, compreensão e responsabilidade de

forma recíproca (Ibidem). No cliente deve ser despertado o interesse e preocupação em recuperar ou melhorar a sua saúde, ao ponto deste sentir desejo de viver e espelhar nela novos desejos, ilusões, projectos. O ambiente deve moldar-se para o cuidado, e ser acolhedor, aconchegante, ventilado, iluminado, confortável e harmoniosamente decorado (arte, música e natureza). A atitude dos enfermeiros envolve a etapa de recepção do cliente (que não deve ser delegada), a orientação e a confiança requerida para o cuidado humano amoroso, a acção do processo de cuidado de acordo com as necessidades e condições do cliente, e dar indicações finais ao terminar o acompanhamento de modo a que o cliente fique preparado até ao próximo encontro. O cuidado humano amoroso destaca a beleza, profundidade e complexidade da enfermagem conduzindo-a à transcendência através do amor. Por fim, e novamente, Watson (2005) destaca o amor no cuidar defendendo que só quando abarcamos o cuidar e o amor na nossa ciência é que descobrimos que a profissão e disciplina do Caring-healing é muito mais que um desempenho científico desligado, representa dar vida e receber vida no empenho pela humanidade.

No entanto, a dádiva de amor nos cuidados não deve ser apenas entendida de acordo com a intencionalidade dos enfermeiros, pois depende dos sujeitos em interacção e está subjacente a uma relação de confiança. O receptor desse amor, os clientes, não só partilham e retribuem afectos como também o podem condicionar. Além disso as relações enfermeiro-cliente nem sempre são pacíficas. Os cuidados de enfermagem são pautados por momentos dolorosos, por procedimentos que provocam dor para além do potencial de alívio que possuem. Deste modo como os enfermeiros conseguem compatibilizar estes dois pólos opostos? E será que o amor/afecto é imprescindível para cuidar? E qual a natureza desta dádiva de amor nos cuidados pediátricos? Como se caracteriza o processo de dádiva de amor na prática dos enfermeiros em contexto pediátrico?

2 – REFERENTES EMPÍRICOS

Neste capítulo focámo-nos em estudos de múltiplos autores sobre a temática das emoções em enfermagem, para além das concepções teóricas apresentadas anteriormente, para compreender as principais linhas de investigação que foram exploradas desde 1980 até à actualidade. Iniciámos com uma revisão da literatura cujos estudos foram realizados em diversos contextos da prática, procurando destacar os pontos de incidência das investigações, para depois nos centrarmos no contexto específico de enfermagem pediátrica e nas práticas terapêuticas na sua dimensão emocional.

2.1 – LINHAS DE INVESTIGAÇÃO SOBRE AS EMOÇÕES EM ENFERMAGEM

Uma revisão da literatura sobre a temática das emoções na enfermagem referente ao período de 1980 e 2006, em bases de dados electrónicas internacionais (ProQuest/EBSCO/CINAHL), que inclui artigos de investigação, revisão e dissertações encontra-se esquematizada no Diagrama III. Esta revisão revela 3 pontos de convergência, que cronologicamente se vão alterando, embora essa divisão possa ser artificial e em alguns estudos possa ser pouco clara. Os estudos dizem respeito a:

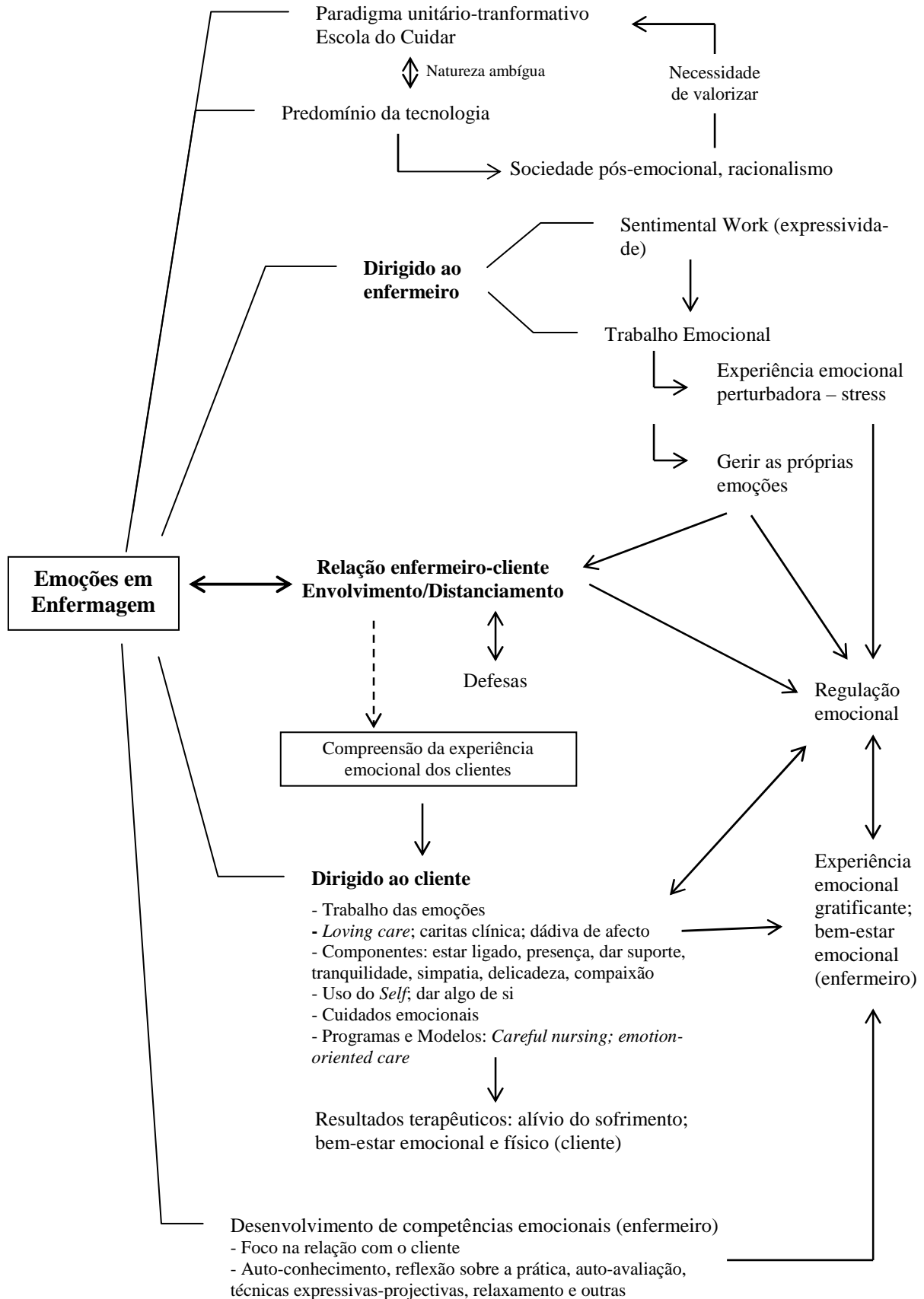
- Experiência emocional do cliente
- Experiência emocional do enfermeiro
- Intervenção de enfermagem
 - Relação enfermeiro-cliente
 - Estratégias/modelos de intervenção
- Competências emocionais dos enfermeiros

A grande incidência de estudos centra-se nas décadas de 80-90 sobre a experiência emocional dos clientes (crianças, jovens, adultos e idosos) que vivem com uma doença crónica, e seus familiares. Embora minoritariamente envolvendo crianças e jovens.

Relativamente às experiências emocionais do enfermeiro, os investigadores inicialmente interrogaram-se sobre o modo como este lidava com o stress e as suas estratégias, sobre os contextos que provocavam desgaste emocional e *burnout*, e o modo como estas experiências tinham influência na sua eficácia e na qualidade dos cuidados prestados. Alguns contextos de cuidados mais estudados foram os intensivos e paliativos ou em cuidados específicos à pessoa em sofrimento, em fim de vida, ao recém-nascido e/ou criança em estado crítico. Concomitan-

temente, a partir da década de 90 os estudos incidem no conceito de trabalho emocional e nos custos emocionais para os enfermeiros resultantes da sua prática de cuidados.

Diagrama III – Esquema-síntese da revisão da literatura sobre as Emoções na Enfermagem desde a década de 80 até à actualidade



Outros estudos incidem nas intervenções de enfermagem, subdividindo-se nos aspectos da relação enfermeiro-cliente e nas estratégias/modelos de intervenção. Sobre a relação enfermeiro-cliente na prática de cuidados os estudos sobre as emoções surgem no início da década de 90 e incidem na presença, na empatia, na disponibilidade para compreender as emoções do cliente e para a partilha das emoções. Os estudos incidem, igualmente, em emoções dos enfermeiros como o medo do contágio decorrente da interacção com a pessoa com sida. No final da década de 90 surgem estudos sobre os sentimentos vividos na relação de cuidados à pessoa em fim de vida, como gerir o relacionamento com o cliente de enfermagem e ainda sobre as interacções hostis e agressivas. A partir de 2000 a temática das emoções começa a estar directamente relacionada com a interacção enfermeiro-cliente como essencial para a qualidade dos cuidados, incidindo na habilidade para gerir relacionamentos e as emoções que lhes são inerentes.

Por outro lado, o enfoque dos estudos sobre emoções dirige-se às estratégias/modelos de intervenção para incrementar o *coping* através do suporte emocional, conforto, informação e *empowerment*. O estudo mais antigo dentro desta perspectiva data de 1987 relativo a actividades lúdicas nos cuidados pediátricos, em que os enfermeiros investigadores procuram compreender de que modo “contar histórias” às crianças promove o *coping*, ajuda as crianças a lidarem com a vivência de hospitalização e com as suas emoções. Na década de 90 os estudos incidiram em estratégias mais específicas de gestão das emoções dos clientes como a música, a pintura/arte, o brincar, os grupos de apoio ou manter um jornal/diário sobre as experiências. Os estudiosos também procuraram testar modelos de intervenção para diminuir o stress emocional e promover o *coping*. Já nos anos 2000 é possível encontrar estudos sobre modelos de cuidados centrados na emoção e foram realizados outros estudos sobre o incremento da esperança, o *attachment* ou sobre os afectos/amor na enfermagem.

2.2 – DIMENSÃO EMOCIONAL E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

Em contexto de enfermagem pediátrica é defendido que a dimensão emocional tem um potencial terapêutico elevado, mas a literatura disponível não explicita bem estes aspectos emocionais da prática dos enfermeiros. Trata-se de uma lacuna surpreendente quando muitos manuais para estudantes expressam a actual ênfase nos aspectos psicossociais e emocionais dos cuidados à criança e jovem, inscritos na filosofia de cuidados centrados na família. Além disso, o reduzido reconhecimento e consideração deste aspecto da prática dos enfermeiros de pediatria é intrigante dado a carga de natureza emocional na experiência de cuidar da criança/jovem e da sua família. Roden (2005) realizou um estudo de abordagem qualitativa, para

compreender as expectativas dos pais e dos enfermeiros relativamente à participação parental nos cuidados em contexto hospitalar. Este estudo evidenciou que a comunicação entre pais e enfermeiros era influenciada por vários factores, entre os quais as emoções dos pais face à situação de doença do seu filho que conduziam a uma experiência de stress emocional. O estudo de Maunder (2006), que incide no papel do enfermeiro de suporte à criança e jovem com doença potencialmente mortal e suas famílias, revela a dimensão do trabalho emocional do enfermeiro sobre si próprio (*emotional labor*) e também dirigido ao cliente pediátrico como fazendo parte dos cuidados paliativos e holísticos. Maunder (2008) também reconhece claramente que trabalhar com crianças/jovens em fim de vida e suas famílias é uma das áreas de enfermagem de maior desafio emocional.

Uma revisão sistemática da literatura referente ao período de 2003 a 2008 sobre a dimensão emocional em enfermagem pediátrica revelou evidência científica sobre as práticas em internamento de pediatria e seus resultados terapêuticos (Quadro I). Isto é, os enfermeiros desenvolvem práticas no sentido de gerir o estado emocional, nutrir afectivamente, aliviar o sofrimento e confortar o cliente, embora o seu valor terapêutico não seja reconhecido claramente em alguns estudos. Da pesquisa realizada em bases de dados electrónicas internacionais (EBSCO, B-ON, CINAHL, ERIC, *Cochrane*, Sage Journal e Proquest), identificámos e analisámos 16 artigos de investigação qualitativa sobre práticas de enfermagem em contexto internamento de pediatria. Esta revisão foi realizada com base no conceito de trabalho das emoções (*emotion work*) de Smith (1991) já apresentado, e no conceito de práticas terapêuticas. De acordo com Swanson (1993: 354) “as práticas terapêuticas (*therapeutic practices*) dos enfermeiros estão fundadas no conhecimento de enfermagem, ciências correlacionadas, as humanidades, assim como o *insight* pessoal e a compreensão experiencial, e a finalidade do cuidar em enfermagem é fortalecer o bem-estar daqueles de quem cuidam”. Os fins terapêuticos da enfermagem são sublinhados na parte final desta definição, o que é reforçado também por MacMahon & Pearson (1998) relativamente à enfermagem terapêutica. De facto, para estes autores a enfermagem constitui “uma força dinâmica no sentido de ajudar os doentes para a saúde” (MacMahon & Pearson 1998: 6). Também Phaneuf (2005: 323) reforça que a relação terapêutica “Não é só um instrumento de cura, mas é também uma ajuda para a auto-realização da pessoa cuidada. (...) É, portanto, no calor da relação que a pessoa pode desabrochar e, no caso de problemas que ela não pode enfrentar sozinha, é na relação de ajuda com o enfermeiro que ela pode encontrara alívio, reconforto e crescimento”.

Nesta linha de pensamento, em enfermagem pediátrica o papel do enfermeiro incide numa ajuda emocional à criança ou jovem e família através de práticas terapêuticas.

Quadro I – A dimensão emocional e as práticas terapêuticas em enfermagem pediátrica
(revisão sistemática da literatura referente ao período de 2003-2008)

Práticas em enfermagem pediátrica	Resultados terapêuticos (mudanças benéficas para o bem-estar e saúde dos clientes)
<p>Gerir o estado emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actividades de brincar, divertimento e distração (Anderzén-Carlsson <i>et al.</i> 2007, Pan <i>et al.</i> 2004, Zengerle-Levy 2004, Wollin <i>et al.</i> 2004, Haiat <i>et al.</i> 2003, Justus <i>et al.</i> 2006) - Actividades com música (Anderzén-Carlsson <i>et al.</i> 2007, Zengerle-Levy 2004, Haiat <i>et al.</i> 2003, Walworth 2005) - Espaços de expressão emocional (Rollins 2005, Justus <i>et al.</i> 2006, Anderzén-Carlsson <i>et al.</i> 2007) - Informação/explicação (Wollin <i>et al.</i> 2004, Justus <i>et al.</i> 2006, Anderzén-Carlsson <i>et al.</i> 2007) - Humor (Zengerle-Levy 2004, Anderzén-Carlsson <i>et al.</i> 2007) - Dádiva de afecto e esperança (Zengerle-Levy 2004, Anderzén-Carlsson <i>et al.</i> 2007) - Presença (Livesley 2005, Anderzén-Carlsson <i>et al.</i> 2007) - Postura afectiva e amigável na relação com a criança/jovem e família (Zengerle-Levy 2004, Wollin <i>et al.</i> 2004, Iacobucci <i>et al.</i> 2005, Anderzén-Carlsson <i>et al.</i> 2007) - Ambiente calmo e seguro do internamento (Haiat <i>et al.</i> 2003, Iacobucci <i>et al.</i> 2005, Justus <i>et al.</i> 2006, Anderzén-Carlsson <i>et al.</i> 2007). 	<p>Minimiza o medo, a ansiedade, a tristeza e a solidão, promove o <i>coping</i> nomeadamente no controlo da dor, conquista a confiança e na generalidade reduz o stress tal como possibilita a satisfação das necessidades emocionais dos clientes.</p>
<p>Nutrir afectivamente a criança</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dádiva de afecto, na qual os enfermeiros adoptam o papel de pais num plano mental, sentindo compaixão e empatia e dando segurança e amor (Zengerle-Levy 2004), mas também implica presença e envolvimento (Zengerle-Levy 2004, Anderzén-Carlsson <i>et al.</i> 2007) - Disponibilidade emocional (Livesley 2005) 	<p>Produz nos clientes sentimentos de serem amados e considerados, e experienciam uma diminuição do sentimento de solidão.</p>
<p>Desenvolver relacionamentos próximos e de confiança</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidade emocional (Livesley 2005, Anderzén-Carlsson <i>et al.</i> 2007) - Companhia e conforto (Zengerle-Levy 2004, Anderzén-Carlsson <i>et al.</i> 2007) - Partilha de sentimentos (Hopia 2005, Björk <i>et al.</i> 2006) - Actividades de brincar, toque, informação e explicação ou envolvendo os pais nos cuidados (Anderzén-Carlsson <i>et al.</i> 2007) 	<p>Minimiza o medo, a ansiedade e a solidão.</p>
<p>Promover o bem-estar e conforto</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover a esperança e animar (Zengerle-Levy 2004, Woodgate 2006, Anderzén-Carlsson <i>et al.</i> 2007) - Actividades de brincar, distração e humor (Zengerle-Levy 2004, Anderzén-Carlsson <i>et al.</i> 2007) - Rezar com a criança (Zengerle-Levy 2004) - Dádiva de amor (Zengerle-Levy 2004, Anderzén-Carlsson <i>et al.</i> 2007) - Espaços de expressão emocional (Zengerle-Levy 2004, Kolcaba <i>et al.</i> 2005) - Presença (Kolcaba <i>et al.</i> 2005, Woodgate 2006, Anderzén-Carlsson <i>et al.</i> 2007) - Dar recompensa e reconhecer a bravura, cuidados de higiene e conforto e favorecer os cuidados realizados pelos pais (Kolcaba <i>et al.</i> 2005, Björk <i>et al.</i> 2006) - Promover a visitação canina (Sobo <i>et al.</i> 2006) 	<p>Reduz o medo, ansiedade, solidão e dor. Fomentar a harmonia mente-corpo-espírito. Incrementar a confiança e a experiência de gratificação, felicidade e divertimento.</p>
<p>Aliviar o sofrimento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adequação do ambiente (Haiat <i>et al.</i> 2003, Zengerle-Levy 2004, Kolcaba <i>et al.</i> 2005) - Actividades de brincar e distração (Haiat <i>et al.</i> 2003, Zengerle-Levy 2004) - Actividades com música (Zengerle-Levy 2004) - Presença (He <i>et al.</i> 2007) - Posicionamento/“aconchegar” (Björk <i>et al.</i> 2006, He 2007) - Postura calma e positiva, e favorecer a companhia dos pais (Kolcaba <i>et al.</i> 2005) - Promover a visitação canina (Sobo <i>et al.</i> 2006) 	<p>Reduz a ansiedade, incrementa a capacidade para lidar com a dor e a capacidade de adaptação da criança à doença e hospitalização.</p>

Estas práticas terapêuticas podem desenvolver-se por meio de mediadores como o brincar, a música, filmes, animais, mas também quando os enfermeiros usam exclusivamente o seu *Self* no caso da dádiva de afecto, da presença, da sua postura calma e afável. Constatámos, ainda, que estas práticas são desenvolvidas isoladamente ou associadas na forma de programas de visitação canina ou de preparação operatória.

Outro aspecto relevante nos estudos analisados é o predomínio dos resultados terapêuticos respeitantes ao alívio do sofrimento, promoção do bem-estar e adaptação da criança e família à situação (Koenig *et al.* 2003, Haiat *et al.* 2003, Zengerle-Levy 2004). McMahon e Pearson (1998), no seu livro *Nursing as Therapy*, defendem que a evolução da ciência de enfermagem nos últimos anos – a criação dum processo de enfermagem no seguimento de uma filosofia humanista e a valorização da pessoa como um todo –, fez com que os enfermeiros identificassem o potencial terapêutico da sua prática. No prefácio da obra, anteriormente referida, Watson defende que a concepção da enfermagem enquanto actividade terapêutica, por si só, conduz à sua acreditação como uma profissão que implica mais do que simplesmente fazer coisas.

O estudo de Lopes (2006), “A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica”, apresenta uma explicação sobre a natureza da relação entre os enfermeiros e os clientes com doença oncológica submetidos a quimioterapia num hospital de dia. Este estudo refere-se ao processo de diagnóstico e intervenção terapêutica de enfermagem e o autor destaca dois instrumentos fundamentais para conseguir desenvolver este processo: a gestão de sentimentos e a gestão de informação. Na gestão de sentimentos é importante desenvolver uma relação com o doente e família, criando laços de confiança e segurança, que favoreçam a expressão de sentimentos, o que por si só é terapêutico. A gestão de informação surge interligada com a gestão de sentimentos, uma vez que de acordo com as vivências do doente e família e as dificuldades sentidas na sua situação, a informação e a forma como esta é transmitida, vai ter um papel reorganizador que permite ultrapassar as dificuldades. Lopes (2006: 339) conclui que este processo representa “contributos para os ganhos em saúde, numa perspectiva de natureza macro-sistémica, mas principalmente contributos para o bem-estar e para a qualidade de vida de cada um dos doentes e familiares que usufruíram destes cuidados”.

Swanson, citada por Watson (2005: 14), também evidencia os resultados terapêuticos das acções de cuidar. Uma meta-análise de 130 estudos oferece evidência adicional relativa à importância do conhecimento sobre o cuidar e as consequências de cuidar e não-cuidar tanto para os clientes como para os enfermeiros (resultados de cuidar – positivos, e de não-cuidar – negativos). Cuidar tem resultados positivos e benéficos para o cliente: bem-estar emocional-espiritual (dignidade, auto-controlo, personalidade); incrementa a recuperação física (salva

vidas, segurança, mais energia, baixa os custos, mais conforto, menos perda); relacionamentos de confiança (diminui a alienação, relações próximas de familiaridade). A ausência de cuidar (*non-caring*) conduz a resultados negativos para o cliente: humilhação, medo, ausência de controlo, desespero, impotência, alienação, vulnerabilidade e dificuldade de recuperação.

Os enfermeiros fazem “muitas coisas” que não são reconhecidas como práticas terapêuticas; é necessário desocultar estas práticas e seus instrumentos terapêuticos, para dar visibilidade aos seus resultados e para clarificar, redefinir e enriquecer a esfera de acção dos enfermeiros. Este é também um dos desideratos deste estudo, pois constatámos que a investigação sobre a dimensão emocional, em contexto de internamento de pediatria, na perspectiva da enfermagem terapêutica genericamente não é identificada como tal e é escassa.

A revisão da literatura realizada permitiu-nos constatar, ainda, que os conceitos *emotional labor* e *emotion work* em enfermagem pediátrica encontram-se pouco investigado, o que se revela um paradoxo dada a carga emocional intensa da vivência de doença e hospitalização da criança/jovem e sua família e o trabalho com as emoções que este envolve. Assim, surgem-nos diversas questões: Como os enfermeiros desenvolvem este trabalho de dimensão emocional nos cuidados à criança, jovem e sua família? Como comunicam e se relacionam emotivamente com o cliente? Como gerem o seu mundo emocional? O que fazem para gerir os estados emocionais dos clientes e os relacionamentos? Quando os clientes lhes comunicam o seu estado emocional, o que fazem e como fazem? Pretendemos compreender o fenómeno do trabalho com as emoções enquanto dimensão do processo de cuidar e também enquanto instrumento terapêutico da prática de cuidados de enfermagem pediátrica.

3 – REFERENTES EXPERIENCIAIS

Apresentámos, até então, um conjunto de argumentos teóricos e empíricos que justificam este estudo. Prosseguimos com um espaço que enfatiza os referentes experienciais do investigador; as razões de carácter pessoal e profissional que conduziram a um estudo desta natureza.

Um estudo de Diogo (2006), sobre o processo emotivo-vivencial dos enfermeiros em contexto de internamento de pediatria, realça que os enfermeiros investem no envolvimento emocional e valorizam as emoções, o que parece contrariar o domínio da corrente técnica e mecanicista nesta sociedade “pós-emocional” como denominada por Metrovic (1997). Destacando a prática dos enfermeiros em contexto pediátrico, as emoções dão sentido ao agir dos enfermeiros e dão sentido ao próprio cuidar, preenchendo o vazio dos “cuidados técnicos”, guiando o relacionamento entre a pessoa cuidada e a pessoa que cuida (Diogo 2006). Face ao que temos vindo a expor o cuidar em enfermagem caracteriza-se, na sua essência, por uma partilha da esfera emocional da experiência humana. A nossa experiência profissional em oncologia pediátrica assim o revelou; a necessidade do cliente expressar as suas emoções, de ser ajudado a encontrar sentido para a sua experiência emocional ou a compreender as suas reacções emocionais. Isto é, a integrar a experiência para encontrar sentidos, para aliviar o seu sofrimento, para se sentir melhor e conseguir lidar com a sua experiência, mas também a necessidade de afecto e de se sentir amado e considerado. A realização de uma investigação sobre vivências dos pais da criança hospitalizada com doença oncológica (Diogo 2000a) forneceu-nos alguma luz sobre as vivências emocionais dos clientes e foi decisiva para ficarmos mais sensíveis para a temática das emoções na enfermagem.

Ao longo da nossa prática constatámos que a emocionalidade não é ignorada pelos enfermeiros, antes é experienciada intensamente, pelo que estes moldam as suas acções às vivências dos clientes, usam os afectos, procuram gerir o seu estado emocional de modo a que este alcance o bem-estar. Ao constarmos e experienciarmos que não há cuidados sem contexto de interacção e nessa interacção os aspectos emocionais estão sempre presentes, interessámo-nos pelo desenvolvimento de actividades de enfermagem cuja relação é a própria intervenção terapêutica: promoção de actividades em que eram mobilizadas técnicas expressivas-projectivas, entrevistas de ajuda ou grupos de pais para partilha de experiências. São exemplos o projecto de intervenção “O cantinho das Mensagens” e o projecto de intervenção “Entrevista de Enfermagem do Hospital de Dia Pediátrico”. Para o desenvolvimento de tais

projectos muito contribuiu o Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria realizado em 1998-2000.

Outra experiência não menos importante foi o acompanhamento da nossa filha, então com 7 meses, na situação de internamento num serviço de pediatria, com base na qual fizemos algumas reflexões e aprendizagens, e publicámos um artigo “Uma orientação para cuidar... a Criança” (Diogo 2000b). Com esta experiência ficámos ainda mais sensíveis para os aspectos da experiência humana de sentir dos clientes e ficámos mais atentas para os diferentes modelos relacionais que o enfermeiro desenvolve tendo em conta as emoções de cuidar; desde o recurso à “blindagem emocional” enquanto fuga, negação, defesa com risco de cristalização do relacionamento, até ao envolvimento excessivo, a fusão relacional com uma conseqüente confusão de papéis. Estas constatações conduziram-nos à realização de uma investigação sobre a experiência emocional de cuidar dos enfermeiros, no âmbito do Curso de Mestrado no período de 2003-2005. Concluimos que, não obstante os inúmeros aspectos particulares dos relacionamentos, a relação terapêutica implica a mobilização pelos enfermeiros das suas habilidades de gestão das emoções, para desenvolverem um envolvimento emocional com o cliente e uma sensibilidade para a experiência humana de sentir (Diogo 2006). O relacionamento emotivo com o cliente, numa perspectiva de um cuidar afectivo e de uma intervenção com espaço para a expressividade emocional, foi sempre uma preocupação e intenção na nossa prática, sobre a qual reflectíamos com colegas da profissão.

A seguinte narrativa, de uma situação real da prática, ilustra a dimensão emocional dos cuidados de enfermagem:

Peguei o André ao colo, um bebé de 6 meses abandonado pelos pais no hospital, e fui conversando com ele, explicando-lhe que lhe iria dar o banhinho, embora soubesse que ele não estaria a compreender o que eu lhe dizia, mas senti necessidade de o fazer. Poderia não compreender o sentido do meu discurso, mas estou convicta que compreendia o sentido do afecto, do meu carinho e interesse, da comunicação não verbal... Coloquei então o bebé na banheira, segurando-o com firmeza de forma a garantir a sua segurança e, então, verifiquei que ele ficou mais activo, como se quisesse soltar-se, uma vez que tentava mover o seu corpo. Esta criança geralmente é muito passiva, permanece grande parte do tempo no berço a dormir e não interage muito com o meio envolvente. Contudo na água balanceava o seu pequeno corpo como se estivesse a aproveitar o momento, uma vez que tinha um fâcias de grande satisfação. Provavelmente, a percepção de água quente despoletou-lhe uma sensação agradável e de facto muitas crianças gostam da sensação de água na pele. Conjuntamente com o sono e a alimentação, a higiene do bebé é fundamental para o seu bem-estar e por isso mesmo não devemos ver o banho tão simplesmente como uma técnica com finalidade de deixar a pessoa limpa. Devemos sim investir neste momento fazendo com que a criança possa sentir fonte de emoção e prazer. Assim sendo, o banho é um verdadeiro cuidado, não é insignificante nem banal, devendo inscrever-se

numa perspectiva de acção interpessoal, de atenção e de ajuda à pessoa. Após o banho, seguiu-se um momento igualmente importante, a massagem do bebé. Alguns bebés podem não gostar deste momento evidenciando sinais de não quererem ser massajados pelo que nestes casos esta deve ser interrompida. Muitas vezes o momento para tal pode não ser o mais apropriado, mas tal não aconteceu com o André uma vez que este se mostrava muito receptivo ao contacto físico. Então tentei esforçar-me bastante para que o André sentisse bem-estar. Seguindo os princípios das massagens, fui massajado a face, os membros, o abdómen e o tronco com movimentos circulares e utilizando alguma pressão. Utilizei alguma pressão uma vez que, o toque firme é muito eficaz em termos de recepção de informação e a intenção era que o André fosse estimulado e que, assim, esta surtisse algum efeito. Para massajar é preciso saber fazer, mas sobretudo fazer sentir. Procurei transmitir alguma sensação de relaxamento e prazer ao André. A fâcias deste ficou visivelmente diferente, estava outra vez mais calmo e ao mesmo tempo emitia um som que eu interpretei como uma sensação de bem-estar. Senti que a criança se deixou levar pelos movimentos, não oferecendo resistência aos mesmos. A massagem na criança é de grande importância pois favorece o seu desenvolvimento psicomotor, dando-lhe confiança e despertando o seu cérebro. Assim, é de facto provável que a estimulação dos receptores sensoriais contribua para o desenvolvimento do sistema nervoso central. Pelo facto de esta criança não ter pais para satisfazerem as suas necessidades essenciais para um bom desenvolvimento, senti ainda que estes momentos de interacção entre nós deveriam assumir uma especial importância. Tanto o banho como a massagem envolve o contacto tátil, ou seja, em ambos a pele está envolvida. Portanto, tanto no banho como na massagem tentei transmitir carinho, procurei dar afecto. Procurei mobilizar um toque carinhoso, que se traduz num contacto intencional espontâneo e afectivo. Pude verificar que ambos os procedimentos se constituem como momentos ideais para o estabelecimento de uma relação privilegiada mas também têm na sua base a relação já construída, relação essa onde o André atingiu um estado de conforto e relaxamento. Embora o banho e a massagem pareçam procedimentos que podem ser desempenhados por qualquer pessoa e que não envolvem dificuldade, estas são efectivamente procedimentos de uma grande complexidade e com grande valor terapêutico.

A nossa experiência revela-nos dados claros sobre o uso das emoções na prática de cuidados pediátricos e o seu enorme potencial terapêutico, mas que carecem de teorização para possuírem um impacto mais reconhecido na prática, na formação e na investigação em enfermagem.

Finda a exposição dos argumentos que justificam este estudo, constatámos que estes concorrem para demonstrar que existe uma lacuna no conhecimento e por isso pretendemos investigar a dimensão emocional da prática de enfermagem pediátrica na sua perspectiva terapêutica. Em convergência com as nossas interrogações e inquietações oriundas da prática de cuidados surgiram-nos as seguintes questões:

Como é que os enfermeiros gerem a emocionalidade intensa em cada interacção e no desenrolar da relação com os clientes? Como é que os enfermeiros ajustam os seus cuidados à expres-

sividade emocional, às emoções transmitidas pelos clientes? E como esta emotividade nos cuidados é percebida pelos clientes? Como os enfermeiros transformam as emoções com resultados terapêuticos, promovendo o bem-estar e melhoria da saúde dos clientes, mas também a sua estabilidade emocional? Isto é, como é que os enfermeiros usam as emoções na sua prática? E com que intencionalidade?

Com este estudo pretendemos identificar não apenas as práticas em contexto pediátrico, mas compreender também como são desenvolvidas na sua natureza. Compreender como os enfermeiros usam as emoções para prover cuidados em contexto de internamento de pediatria, “como fazem isso?”.

PARTE II – OPÇÕES METODOLÓGICAS

1 – ESTUDO EXPLORATÓRIO

Apesar do importante contributo do referencial apresentado anteriormente, para a definição da problemática em estudo, ainda se nos levantavam dúvidas sobre a delimitação do fenómeno, pergunta e desenho da investigação. Constatámos, então, a necessidade de realizar um estudo exploratório. O seu início deu-se após a autorização do Conselho de Ética e Conselho de Administração de um hospital de Lisboa – serviço de internamento de cardiologia pediátrica – no dia 25 de Setembro de 2006. A pergunta de investigação deste estudo exploratório era muito aberta e abrangente, pois neste momento ainda não estava suficientemente delimitada:

Qual a natureza da dimensão emocional que se inscreve na prática de enfermagem em contexto pediátrico?

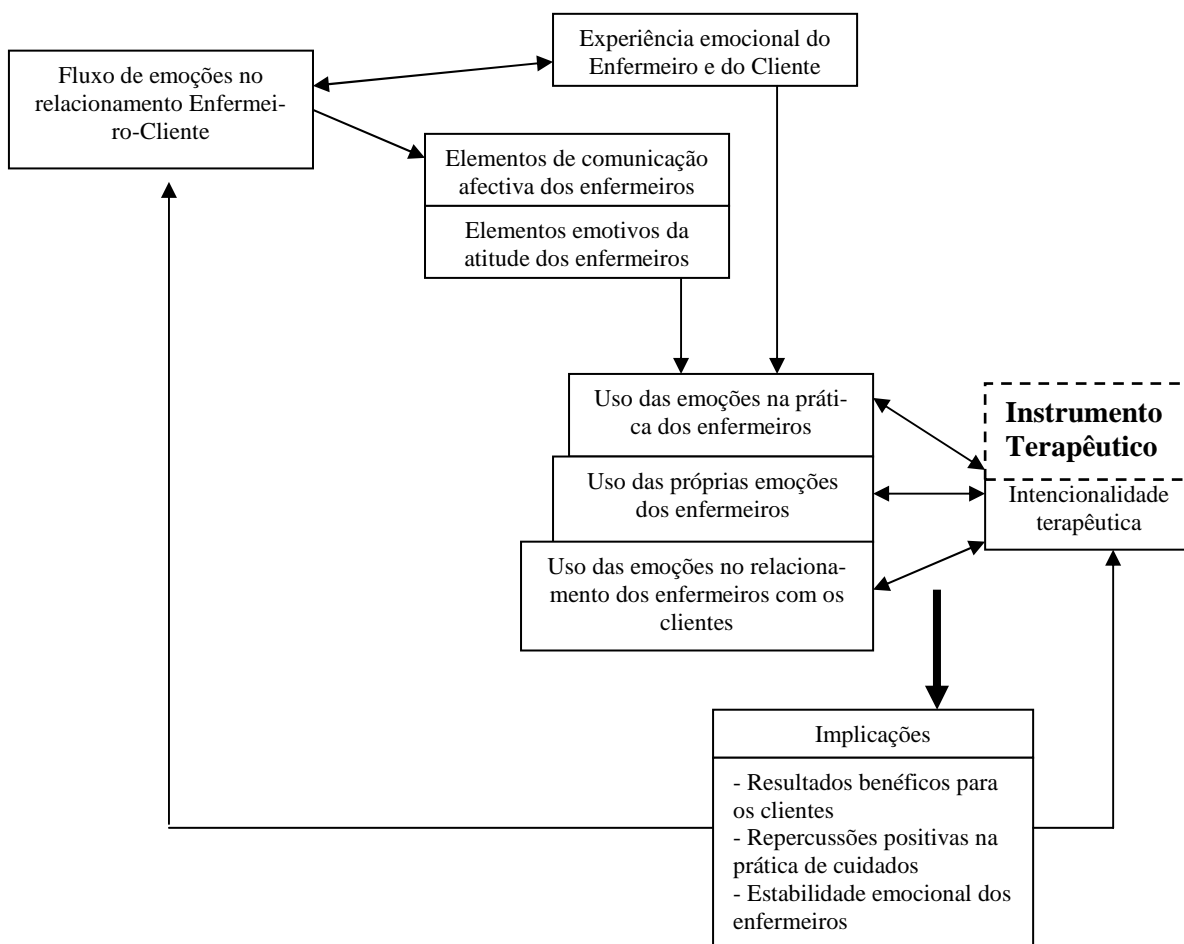
Os participantes deste estudo preliminar foram enfermeiros e clientes (crianças e pais), em situação de internamento de cardiologia pediátrica. Obtivemos dados de 8 observações de interações enfermeiro-cliente, 3 entrevistas a enfermeiros, 3 entrevistas a pais e 1 entrevista a uma criança de 8 anos. Os dados foram analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo qualitativa convencional (Hsieh & Shannon 2005), que é geralmente usada em desenhos de investigação cujo objectivo é descrever um fenómeno, e na qual a codificação de categorias deriva directamente dos dados de texto, obtidos através da aplicação de instrumentos de colheita de dados.

Os achados revelaram que os enfermeiros faziam uso das emoções na relação de cuidados, e que isso era fundamental na prática de enfermagem pediátrica. À medida que fomos trabalhando e aperfeiçoando esta ideia, na continuidade da recolha e análise de dados, emergiram categorias indicadoras do uso das emoções no desenrolar dos cuidados, revelando formas diversas dos enfermeiros trabalharem com as emoções na gestão da sua experiência emocional e de contribuir para a gestão das emoções do cliente, vislumbrando-se aqui o “uso das emoções” com intencionalidade terapêutica. A representação esquemática abaixo (Diagrama IV), enquanto tentativa primária de explicitar a relação entre as categorias emergentes, revela como foco o “uso das emoções enquanto instrumento terapêutico” na prática dos enfermeiros participantes. Assim, constatámos que os enfermeiros na sua prática de cuidados à criança, jovem e família fazem uso das emoções do seguinte modo:

1) No relacionamento entre enfermeiros e clientes, o fluxo de emoções que o caracteriza gera diferentes modelos relacionais. Identificámos uma relação emocionalmente privilegiada e

uma relação afectiva, mas também uma relação emocionalmente instável e uma interacção tensa, e ainda uma comunicação agressiva e desconfiada do cliente, tal como uma comunicação de violência emocional e “quase física”.

Diagrama IV – “*Uso das emoções enquanto instrumento terapêutico*”: o foco emergente da categorização



2) Neste relacionamento tanto os clientes como os enfermeiros vivem uma experiência emocional, caracterizada por diferentes emoções e sentimentos e por reacções emocionais, inerente ao processo relacional de cuidar e de ser cuidado.

3) Ainda neste relacionamento, os enfermeiros mobilizam elementos de comunicação afectiva como a expressão facial afectuosa, uma voz com ternura, o discurso carinhoso, os movimentos corporais suaves e de acolhimento, o contacto físico próximo, e elementos emotivos na sua atitude como o investimento na relação, a compreensão, a descontração e boa disposição, a sensibilidade, a meiguice ou a simpatia.

4) É neste contexto que se dá o cuidar, no qual os enfermeiros fazem uso das emoções na relação com os clientes e que se caracteriza pelo alívio da dor, pela compensação, pelo con-

forto, por incentivar o afecto dos pais, pelo apoio emocional, pelo brincar, pela conversa dirigida (espaços de expressividade emocional) ou por fomentar o sentimento de esperança.

5) Mas o uso das emoções é também uma realidade ao nível da gestão das suas próprias emoções manifestada através da consciência das suas limitações, de não se deixar dominar pelas emoções, de recorrer a uma abordagem humorística, de partilhar as vivências emocionais com os colegas, de repartir os cuidados com colegas ou procurar acalmar-se a si próprio. Mas também na gestão dos relacionamentos revelado pela consciência da sua complexidade, ao minimizar a atitude de desvalorização do cliente, mantendo a motivação para construir o relacionamento, não adoptando contra-actitudes ou promovendo a calma no cliente.

6) O uso das emoções na prática dos enfermeiros implica uma intencionalidade terapêutica que se caracteriza pela sua função de ajuda e por recuperar a estabilidade emocional do cliente; pelos pais sentirem que são importantes enquanto pessoas e que os enfermeiros se preocupam com eles; pelos pais se sentirem à-vontade para partilharem os seus sentimentos; por dar atenção especial à criança; pelo alívio do sofrimento do cliente.

7) A acção dos enfermeiros, quando estes usam as emoções possui implicações que se caracterizam, por um lado, pelos resultados em saúde para o cliente uma vez que minimiza a dor, potencia a calma e tranquilidade, promove a autonomia dos cuidados parentais, promove a estabilidade emocional, promove o controlo sobre a situação ou minimiza o medo. Por outro lado, caracteriza-se pelas repercussões na prática de cuidados uma vez que é possível obter uma melhor colaboração do cliente, a participação parental e aprender com os pais que são as pessoas que melhor conhecem a criança, promovendo ainda uma relação próxima e afectiva, uma ajuda efectiva e uma melhor prática.

8) As implicações nomeadas traduzem e influenciam a intencionalidade terapêutica dos enfermeiros, o relacionamento enfermeiro-cliente, e por inerência o fluxo de emoções que caracterizam esses relacionamentos, dando origem a um processo cíclico.

9) Neste processo salienta-se um aspecto central da prática dos enfermeiros participantes – o uso das emoções enquanto instrumento terapêutico – claramente presente nos pontos 3, 4, 5, 7 e 8.

O esquema apresentado encerra alguns elementos que poderão vir a constituir a formulação teórica explicativa do processo inerente ao fenómeno em estudo. Com a realização deste estudo exploratório, o nosso fenómeno de estudo passou a constituir-se pelo “uso das emoções enquanto instrumento terapêutico” na prática dos enfermeiros em contexto de internamento pediátrico, e já nos foi possível delimitar a pergunta de investigação, tal como eleger a observação, entrevista e, ainda, a narrativa escrita para obtenção do *corpus* de dados.

Os dados obtidos neste estudo permitiram-nos, ainda, atestar a viabilidade do estudo principal. A utilidade de um estudo desta natureza justifica-se pelo trabalho que até então foi apresentado e em suma permite:

- a) Aprofundar a compreensão do processo relacional enfermeiro-cliente na sua dimensão emocional (dado a reconhecida importância da relação interpessoal para a prática de cuidados de enfermagem).
- b) Contribuir para o desenvolvimento dos elementos de competência ao nível do relacionamento dos enfermeiros com os clientes, e dos seus modos de lidar com as experiências emocionais na prática de cuidados (de modo a aperfeiçoar o desempenho profissional).
- c) Contribuir para promover o desenvolvimento pessoal dos enfermeiros no que respeita ao auto-conhecimento e compreensão da subjectividade das experiências e respostas emocionais de Si e do Outro (contribuindo para o desenvolvimento de uma enfermagem avançada).
- d) Contribuir para a identificação de instrumentos terapêuticos em enfermagem (tendo em conta que é imprescindível para a perenidade da profissão).
- e) Aprofundar o conhecimento da temática das emoções na perspectiva da enfermagem terapêutica (tendo em conta que esta temática é transdisciplinar e que a investigação sobre a temática na área de conhecimento da enfermagem é escassa).

Este estudo exploratório foi apreciado e aprovado por um grupo de avaliação nomeado pelo Conselho Científico do Doutoramento, no âmbito da discussão pública do relatório de actividades de desenvolvimento do projecto de investigação, em Julho de 2007, do qual obtivemos críticas construtivas que nos alertaram para aspectos a aperfeiçoar e a desenvolver no estudo subsequente.

2 – FENÓMENO, PERGUNTA E OBJECTIVOS

A compreensão das emoções é necessária para que se possam formular princípios, métodos e leis capazes de reduzir o sofrimento humano e engrandecer a experiência humana (Damásio 2003). O mesmo autor referindo-se à importância da compreensão das emoções, alerta-nos para que “o êxito ou o fracasso da humanidade depende em grande parte do modo como o público e as instituições que governam a vida pública puderem incorporar essa nova perspectiva da natureza humana em princípios, métodos e leis” (Damásio 2003: 22). A temática das emoções tem sido explorada pela psicologia, sociologia, filosofia, neurologia e outras disciplinas, pois é uma das áreas de estudo transdisciplinar, e pela sua natureza a disciplina de enfermagem também necessita de a estudar sob a sua própria perspectiva. Cada disciplina do conhecimento estuda os fenómenos sob a sua perspectiva particular que inclui um quadro de referência próprio.

Como defendemos nos capítulos anteriores, um estudo sobre a dimensão emocional da enfermagem pediátrica encontra fundamentos na essência do conceito de cuidar, professado pelos principais pensadores de enfermagem na actualidade. Assim cuidar é, como nos define Collière (2003: 1), a primeira arte da vida; “(...) verdadeira criação que, desde o dar à luz até à morte, participa no mistério da vida (...)”. Está aqui implícito a importância do cuidado que acompanha a vivência da pessoa desde o nascimento até à morte. Já na perspectiva de Hesbeen (2004: 13) cuidar consiste em “ajudar uma pessoa a encontrar um modo de vida com significado, numa determinada situação em que se encontra, e qualquer que seja o estado do seu corpo”. O enfoque está na pessoa e na sua adaptação à nova condição, na procura do significado para a própria. Mas cuidar, numa perspectiva das necessidades de cuidados do cliente (Honoré, 2004), indica uma maneira de se ocupar de alguém tendo em consideração o que é necessário para que o cliente realmente exista segundo a sua própria natureza. O mesmo autor considera que existem duas formas de cuidar, apesar de todas as variações intermediárias: forma quotidiana (actos de cuidados prescritos) e forma autêntica (decisão em agir com precaução e com respeito pela vida humana). A ênfase reside na existência da pessoa na sua singularidade. Watson (2002a) apresenta o cuidar transpessoal como encontros humanos entre duas pessoas, no qual ocorrem transacções intersubjectivas. A mente e as emoções da pessoa tornam-se então o ponto de partida. A autora destaca, ainda, a diferença entre o essencial (acção interpessoal do enfermeiro e do cliente) e o acessório (conjunto de “técnicas”) nos cui-

dados de enfermagem. Os cuidados são essencialmente centrados na pessoa, dando ênfase às transacções intersubjectivas e experiência emocional. Mas esta visão actual dos estudiosos sobre o cuidar remete, também, para uma perspectiva alargada à necessidade de cuidar do mundo. Pensar sobre o cuidar em enfermagem não se limita ao aqui e agora “microscópico” da realidade concreta, dos cuidados *per si*, mas nas suas repercussões “macroscópica” com reflexos universais. Hesbeen (2004: 25) salienta a este propósito que “Cuidar de tudo que compõe o mundo e de tudo o que contribui para o tornar, a cada dia que passa, mais humano, eis o que poderemos designar por missão da comunidade dos humanos.” Cuidar de alguém representa a expressão da sua humanidade dentro da própria humanidade, isto é, o cuidado da sua presença no mundo, tendo em vista contribuir, modestamente, do lugar que ocupa, para um universo mais cuidador, para uma atmosfera humana mais rica e mais extensa. E ainda, a arte do cuidar transpessoal, de Watson (2002a), sugere que a humanidade se direcione para uma maior harmonia, evolução espiritual e perfeição, dentro desta perspectiva de cuidar do mundo. O que se evidencia de comum e central nas várias perspectivas destes pensadores é a humanidade e atmosfera humana no cuidado ao Outro, o conceito de pessoa e a sua experiência singular e subjectiva, a qual está impregnada pela experiência das emoções. Na relação enfermeiro-cliente – encontros humanos entre pessoas no acto de cuidar – convergem emoções dos clientes e dos enfermeiros.

A dimensão emocional do cuidar tem sido, igualmente, fundamentada por estudiosos de enfermagem na actualidade. Baines *et al.* (1991) referem que cuidar é uma emoção mental e um esforço físico que envolve um acompanhamento, uma resposta e um suporte ao outro. Já Swanson (1991), na sua teoria de médio alcance sobre o Cuidar, professa que estar com o Outro comunicando uma disponibilidade contínua, é mais do que conhecer, é compreender a sua situação e tornar-se emocionalmente aberto para a sua realidade. James (1992) sugere que o trabalho emocional (*emotional labor*) opera no contexto do cuidar com, desde que envolva uma partilha, e segundo Larson & Ferketich (1993) cuidar são acções intencionais que convergem cuidados físicos e aspectos emocionais e promovem uma sensação de segurança no Outro. Cuidar do Outro, no seu sentido lato, inclui o elemento emocional para cuidar de e com a pessoa (Fealy 1995). Cuidar de alguém está associado ao desempenho de cuidados físicos, mas cuidar com alguém implica um cuidado a um nível profundo onde as emoções estão explicitamente envolvidas no relacionamento, resultando num sentimento de ser cuidado e de estar a cuidar. Se o enfermeiro pretende desenvolver relacionamentos terapêuticos e “ligar-se” aos clientes, para cuidar de e com eles, isto envolve-o emocionalmente (Ibidem). Também para Ersser (1997) cuidar pode ser definido em termos das emoções ou da ligação emocional que se origina da relação enfermeiro-cliente e Watson (2002a: 122) salienta a dimensão emo-

cional do cuidar enquanto processo relacional, como sendo “(...) um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos”. Já Collière (2003) explica que não se deve dissociar os factos encontrados do eco afectivo que têm, das emoções que arrastam e, assim, elaboram-se saberes. Aprender as emoções, as formas de sentir, perceber a sua relação com os factos vividos e constatados permite tê-las em consideração ao mesmo título que outros aspectos da situação. Estas competências pessoais podem representar o elo de ligação dos cuidados técnicos com a vivência relacional de cuidar; o desenvolvimento de uma sensibilidade para os sentimentos difusos das interações de cuidar que se opõe à “ordem estabelecida actualmente, directamente inspirada pela ideologia dominante quanto à concepção da vida e da morte e quanto à maneira de os abordar, que ignora o vivenciado pelo corpo dissociando-o dos afectos e do espírito pensante”, contestada por Collière (2003: 7).

De igual modo, como foi possível constatar através dos achados do estudo exploratório apresentado anteriormente, as emoções permeiam cada acto de cuidar pois o pensamento, emoção e acção são um só processo. As emoções que habitam as interações, de tonalidade positiva e também negativa, influenciam a prática de cuidados. E, mais ainda, as emoções transmitem-se na relação entre enfermeiros e clientes, daí que estão omnipresentes em cada situação de cuidados de enfermagem.

Pelo que temos vindo a expor, o fenómeno de estudo é o **uso das emoções enquanto instrumento terapêutico**. Neste, é tido em conta que a prática dos enfermeiros é revestida intensamente de ressonâncias emotiva e afectiva e também a experiência do cliente nesse mesmo cuidado, mas o foco da nossa atenção é compreender a natureza da dimensão emocional do cuidar em cada interacção específica, em situações de cuidados reais em contexto pediátrico. Pretende-se compreender a natureza da “circulação” de emoções no cuidar mas também como os enfermeiros procedem, como é este processo de “uso das emoções” no cuidar. Como é que os enfermeiros usam as emoções enquanto instrumento terapêutico? Estão a fazê-lo com que intenção? Como desenvolvem estas competências? Usam a emotividade na sua prática sistematicamente? Enfim, o que é feito? Como é feito? Porque é feito?

Uma análise minuciosa da expressão “uso das emoções enquanto instrumento terapêutico” remete para a aplicação genérica do termo “uso”, o que significa que um objecto ou uma pessoa está a ser utilizada para algum propósito. Isto implica um acto voluntário e directo. Fazendo uma comparação com o “uso de um computador” sugere que este é empregue/utilizado para desenvolver uma tarefa. Pensamos no computador como estando à disposição. Ficamos com o controlo de quando, onde e como podemos usá-lo. Utilizamos o computador porque torna a escrita mais fácil. É uma ajuda. É um objecto exterior ao próprio que pode ser usado em certas condições. Quando pensamos no “uso das emoções”, as emoções

constituem o “objecto” (o alvo, o assunto, a matéria, aquilo que sofre uma acção) que é utilizado com algum propósito; a palavra uso (associado a emoções) pode significar manejar/manipular. Mas também pode implicar outras ideias. Por exemplo, as emoções podem ser usadas por diversas razões: para serem geridas, tornar as coisas mais fáceis, são usadas apenas em certas condições e podem existir diferentes formas de serem usadas. Isto permite uma interpretação mais vasta, porque a conotação é agora mais do que manejar/manipular; pode envolver formas de serem auto-controladas, geridas e de promover o bem-estar num acto intencional e directo, que serve um fim e que tem um efeito desejado (ser terapêutico), e podem existir tempos e espaços específicos para este uso das emoções. “Instrumento terapêutico” tem aqui o sentido de um meio para promover o bem-estar da pessoa, ajudando-a na adaptação à ruptura que vivencia e que desequilibrou o seu sistema (Neuman 1989). O conceito de instrumento clínico surge para Araújo *et al.* (2004: 76) como sinónimo de instrumento terapêutico “(...) utilizar os sonhos como instrumento clínico (...)”. No estudo de Lopes (2006: 188) a “gestão de sentimentos” surge como instrumento terapêutico da prática dos enfermeiros.

A situação problemática que os clientes dos cuidados de enfermagem vivem expressa-se através de emoções, com as quais os enfermeiros têm que lidar no decurso dos cuidados. Por isso, os enfermeiros devem saber usar as emoções para promover o bem-estar dos clientes. No entanto, é preciso distinguir dois aspectos: o modo de lidar com a emoção expressa pelos clientes e o modo pró-activo de criar ambientes e contextos relacionais com determinada tonalidade afectiva, para atingir objectivos terapêuticos. Deste modo, o uso das emoções enquanto instrumentos terapêuticos é de máxima importância. Por um lado, é necessário e imprescindível que se identifiquem instrumentos terapêuticos na/para a prática de cuidados de enfermagem. É até urgente esta identificação de instrumentos terapêuticos, pois a finalidade da prática de enfermagem é ser terapêutica (McMahon & Pearson 1998). Por outro lado, da necessidade que temos de compreender melhor o que se passa com as pessoas, a sua experiência humana, urge a necessidade de termos determinadas competências entre as quais as relacionais. A relação enfermeiro-cliente é influenciada pelo auto-conhecimento das emoções dos enfermeiros, para além de que encerra um processo emocional que é necessário desvendar para que possamos fazer uso dessas mesmas emoções com intencionalidade terapêutica, e que resulte em ganhos em saúde para o cliente dos cuidados de enfermagem. A natureza deste fenómeno de estudo – o uso das emoções enquanto instrumento terapêutico – numa lógica de desvendar um processo inscrito na prática de cuidar –, encontra ainda fundamento nas concepções de Strauss & Corbin (1998), ao defenderem que os fenómenos de enfermagem a investigar devem incidir numa linha de processo, nos modos de viver dos clientes nas situações de doença, nas transi-

ções, nos acontecimentos de vida; trabalhar e produzir novos conceitos e explicitar os existentes. E para outros autores, a investigação deve incidir nos processos de cuidar, ao nível da relação enfermeiro-cliente que está na base do cuidado, enquanto pano de fundo da prática dos enfermeiros.

Pergunta de investigação

A revisão da literatura e o estudo exploratório mostraram-se fundamentais para uma clarificação do fenómeno em estudo permitindo-nos, deste modo, delimitar a pergunta de investigação que se foca no uso das emoções na prática de enfermagem à criança e jovem e suas famílias em contexto de hospitalização. Da combinação entre as concepções teóricas, a revisão da literatura, o estudo exploratório, as constatações da nossa experiência e as interrogações sobre a prática de cuidados expostas anteriormente, emerge a pergunta de investigação orientadora deste estudo: **Como é que os enfermeiros usam as emoções enquanto instrumento terapêutico em enfermagem pediátrica?**

Objectivos

- Compreender a natureza da dimensão emocional da prática dos enfermeiros em contexto de internamento de pediatria
- Compreender como os enfermeiros procedem (o processo) quanto ao uso das emoções como instrumento terapêutico num serviço de internamento de pediatria
- Desenvolver uma formulação teórica explicativa sobre o uso terapêutico das emoções em enfermagem pediátrica

Como finalidade pretendemos gerar teorização sobre a dimensão emocional da prática de cuidados e compreender a sua natureza e processo, e o seu potencial terapêutico em contexto de enfermagem pediátrica. Pretendemos compreender como é que os enfermeiros usam as emoções na sua prática de cuidados, como desenvolvem essa competência, com que motivação o fazem, com que sentido o fazem, que intencionalidade tem a sua prática, que resultados (mudanças benéficas) para a saúde dos clientes e, deste modo, obter uma **formulação teórica explicativa do uso das emoções enquanto instrumento terapêutico na prática de enfermagem em contexto de pediatria.**

3 – METODOLOGIA DA *GROUNDED THEORY*

A nossa opção metodológica orienta-se para o **paradigma naturalista** (interpretativo), visto a preocupação ser de compreender e analisar a experiência das emoções no processo de cuidados, sendo este tipo de pesquisas baseada no princípio de que os conhecimentos sobre experiências subjectivo-interiores das pessoas “só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida pelos seus próprios actores” (Polit & Hungler 1995: 270). O paradigma naturalista começou como um movimento contrário ao positivismo, com escritores como Weber e Kant. Actualmente, representa um importante processo alternativo para a condução da investigação qualitativa na área da enfermagem. Os principais pressupostos deste paradigma são (Polit, Beck & Hungler 2004):

- A realidade é múltipla e subjectiva, mentalmente construída pelas pessoas
- O investigador interage com os participantes; os dados geram processos interactivos
- A subjectividade e os valores são inevitáveis e desejáveis
- O conhecimento é obtido através de processos indutivos, da análise qualitativa e através de interpretações emergentes fundamentadas nas experiências dos participantes

Lessard-Hébert *et al.* (2006) ilustram a investigação interpretativa citando Erickson, ao referir que esta é centrada na acção e nos seus significados para os seus actores, e citando Bernier ao referir, na mesma lógica, que não existe melhor porta de entrada para as realidades humanas e práticas sociais do que através das interpretações que os seres humanos formulam.

A **investigação qualitativa** está associada ao paradigma naturalista (interpretativo) uma vez que esta se foca nos aspectos da complexidade humana explorando-os directamente, salientando a complexidade inerente aos seres humanos, a sua capacidade de dar forma e gerar as suas próprias experiências, para enfatizar a compreensão da experiência humana como é vivida, reunindo e analisando dados narrativos, subjectivos, isto é, de natureza qualitativa. Morse (2004a) define investigação qualitativa como uma actividade interpretativa que explica, define, clarifica, elucida, ilumina, expõe, parafraseia, descodifica, traduz, decifra, interpreta, descobre e sintetiza. Nesta são usados procedimentos de síntese para identificar padrões e processos, e para averiguar excepções de modo a identificar a sua variação e dimensão.

Na perspectiva de Morse (2004a) existem sinais ou indicações de “coisas” que são menos óbvias, que não estão directamente visíveis nos dados ou estão ofuscadas por aspectos

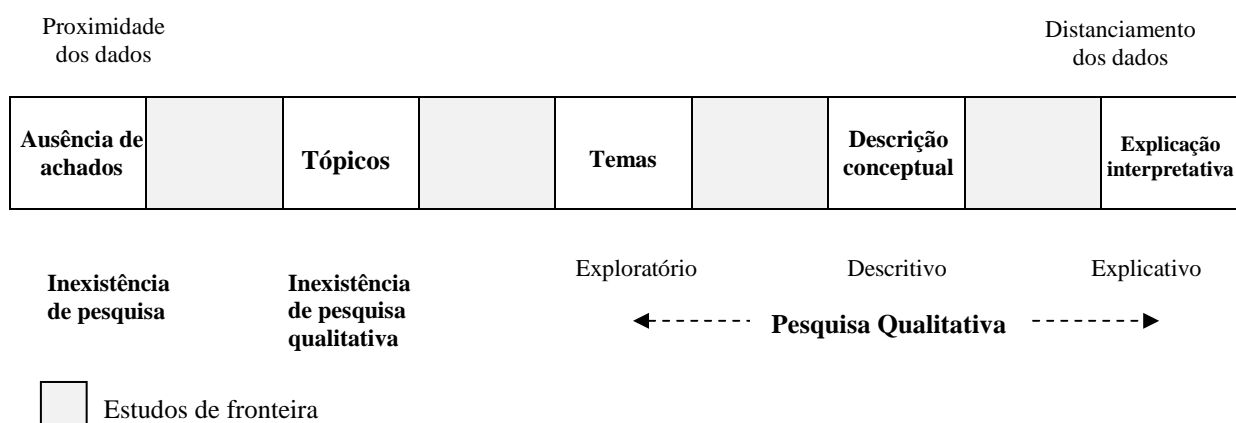
comuns e superficiais. Estes sinais devem ser considerados como significativos, como aspectos subtis que apontam para “coisas” que não são directamente observáveis mas que podem constituir acções e seus significados para os quais estamos pouco atentos, que ainda não foram nomeados e que não foram introduzidos no vocabulário formal; podem constituir processos subliminares (que não atingem um nível que manifeste a sua presença), mas que existem apesar de não serem reconhecidas ou constituem conceitos que esperam ser identificados. A autora acrescenta, ainda, que os resultados dos estudos qualitativos podem ser surpreendentes e encantadores ou chocantes, nas suas revelações. E são criativos, mas não no sentido de inventivos ou imaginativos, pois são certamente originais e diligentes. Morse (2004a) enaltece a coragem dos investigadores qualitativos, pois considera que é difícil produzir resultados que se movem contra o *status quo*. Mas, acima de tudo, é difícil escrever convincentemente a partir de exemplos singulares, de “sinais” que se movam para um argumento aderente e lógico para produzir evidência que convence. Pode ser difícil apresentar ideias que não são habitualmente ouvidas ou factos que reflectem o que há de menos bom em nós (Ibidem).

É igualmente importante destacar que em investigação qualitativa os dados são subjectivos (são sinais como designado por Morse), mas a sua recolha e análise obedece a técnicas e ferramentas objectivas e rigorosas, de uma metodologia específica e largamente reconhecida. Morse (2006) defende, a este respeito, que os investigadores qualitativos usam estratégias para assegurar que a pesquisa é rigorosa, usam técnicas de validação e usam métodos de lógica. Na perspectiva de Whittemore, Chase & Mandle (2001) a validação dos achados em investigação qualitativa é um verdadeiro desafio, uma vez que o investigador consegue incorporar rigor, subjectividade e criatividade no “processo científico”. Os mesmos autores reconhecem, ainda, que a proliferação da investigação qualitativa nas últimas décadas projectou a ciência de enfermagem e também contribuiu para a compreensão da experiência humana na saúde. Também Sandelowski (2004) defende que, coincidindo com a primazia da prática, assiste-se a uma popularidade ascendente da investigação qualitativa em saúde, a qual abrange uma diversidade de abordagens com a finalidade de gerar conhecimento enraizado na experiência humana. Milhares de artigos de estudos qualitativos estão actualmente disponíveis, relacionados com tópicos de importância para os investigadores e técnicos de saúde; enfermeiros, médicos e outros consumidores da investigação em saúde.

Dada a enorme quantidade de estudos qualitativos, urge a necessidade de fazer meta-análises para integrar os achados relativamente a tópicos específicos, técnicas ou métodos. Sandelowski & Barroso (2003) apresentam uma meta-análise qualitativa que inclui 99 estudos sobre mulheres com HIV positivo nos Estados Unidos, realizados entre 1991 e 2001. A amostra bibliográfica que constituiu o *corpus* de dados incluiu 62 artigos, 2 livros, um relatório, um

capítulo de livro, 4 teses de mestrado e 29 teses de doutoramento. Dos 62 artigos sobre mulheres com HIV positivo, a maioria foram escritos por estudiosos de enfermagem ($n = 35$). Os restantes 27 artigos relacionavam-se com o serviço social ($n = 8$), a saúde pública ($n = 8$), casamento e família ($n = 2$), psiquiatria ($n = 2$), sociologia ($n = 2$), antropologia ($n = 2$), psicologia ($n = 1$), ciência neurocomportamental ($n = 1$) e cuidados espirituais ($n = 1$). Este estudo teve como finalidade classificar os achados qualitativos de modo a poder ser possível discernir as semelhanças e diferenças entre grupos de achados, independentemente da metodologia qualitativa. Os autores procuraram oferecer uma ferramenta para os leitores poderem identificar, localizar e comparar achados dos estudos qualitativos. A classificação em tipos de achados permite situar os mesmos num continuum que indica o grau de transformação de dados; os que permanecem muito ligados aos dados e os que envolvem uma acentuada transformação conceptual que os distanciam dos dados originais. O Diagrama V representa a tipologia dos achados ao longo de um continuum que varia com a proximidade/distanciamento da origem dos dados.

Diagrama V – *Tipologia dos achados qualitativos (Sandelowski & Barroso 2003)*



O que define este tipo de achados é a transformação dos dados de modo a produzir explicações teóricas desenvolvidas do fenómeno em estudo. Tais explicações representam o encaideamento conceptual ou temático que permite apresentar o fenómeno com uma nova luz. Oferecem um modelo coerente do fenómeno ou uma única expressão de argumento que encerra a sua essência ou causalidade. Uma explicação interpretativa pode revelar como cada condição exige diferentes estratégias e os seus diferentes resultados.

O termo “investigação qualitativa” significa para Strauss & Corbin (1998) qualquer tipo de pesquisa que cujos achados são encontrados através de procedimentos não estatísticos ou outros meios de quantificação. A análise qualitativa é o processo de examinar e interpretar dados de modo a fazer emergir o significado, obter compreensão e a desenvolver empírica-

mente o conhecimento (Corbin & Strauss 2008). Os estudos podem ser sobre a vida das pessoas, experiências vividas, comportamentos, emoções e sentimentos, e também sobre o funcionamento organizacional, movimentos sociais, fenómenos culturais ou relações entre nações. A análise qualitativa não significa quantificação de dados qualitativos, mas sim um processo não matemático de interpretação, desenvolvido com o propósito de descobrir conceitos e relações nos dados e depois organizá-los num modelo teórico explicativo, por isso envolve a interpretação e a explicação de fenómenos.

O fenómeno deste estudo – “o uso das emoções enquanto instrumento terapêutico em enfermagem pediátrica” – e a intenção de compreender a sua natureza e o seu significado, investigando no campo para descobrir o que as pessoas fazem e pensam, conduziram-nos para a **metodologia da grounded theory**. Pretendemos fazer brotar uma explicação teórica de tal fenómeno; uma hipótese interpretativa e explicativa. Este método é uma abordagem de investigação qualitativa utilizada para explorar os processos sociais nas interacções. Foi apresentada por Glaser e Strauss em 1967, tendo por princípio fundador a indução, por objectivo desenvolver novas teorias, e nessa medida orienta-se por uma lógica explicativa. Glaser continuou a desenvolver esta metodologia e Strauss alia-se a Corbin para escreverem, em 1990, um livro para principiantes. Actualmente, estes três autores são considerados os fundadores e referências da metodologia da *grounded theory*.

Para Corbin e Strauss (2008) a *grounded theory* é uma metodologia que tem a finalidade de construir teoria directamente dos dados, que são recolhidos sistematicamente no ambiente natural dos participantes e analisados em simultâneo, através de um processo em que a sua recolha, análise e a elaboração da teoria estão intimamente ligados. Charmaz (2005) define-a como um método que fornece linhas de orientação aos investigadores, na recolha de dados para a construção de teorias de médio alcance, através do estabelecimento de uma constante relação entre os dados e a conceptualização. Neste processo de teorização o que se pretende alcançar é o poder explicativo (*explanatory power*) do fenómeno e não a sua generalização (Strauss & Corbin 1998: 267).

As bases conceptuais dos seus fundadores, principalmente de Strauss, estão fortemente enraizadas no **interaccionismo simbólico** oriundo da sociologia. A perspectiva teórica do interaccionismo simbólico reside em 3 premissas: a) as pessoas agem em função dos significados que certos símbolos possuem para si, b) o significado de tais símbolos são originados através das interacções sociais com outras pessoas e c) estes significados desenvolvem-se através de um processo interpretativo (Blumer 1969: 2). Os símbolos podem ser as pessoas, a linguagem verbal ou não verbal ou ainda as ideias para comunicar. A mente e o *Self* do indivíduo podem ambos ser originados e transformados através da interacção com outros indivíduos em dife-

rentes contextos. O mundo social é visto como tendo as suas fundações em processos no qual as regras estão a ser constantemente alteradas e reorganizadas por aquilo que o envolve. Nos encontros entre pessoas, estas interpretam os símbolos uma da outra. Se os símbolos são partilhados os participantes de uma conversa podem alcançar a compreensão mútua (Blumer 1969, Mead 1967). Cada um trás para os encontros sociais a sua personalidade que, de acordo com Mead (1967), é o equipamento social do individuo que o torna singular e que o distingue dos outros.

O interaccionismo simbólico é uma perspectiva teórica derivada do pragmatismo, o qual assume que as pessoas constroem os seus *Selfs*, a sociedade e a realidade através da interacção. Esta perspectiva foca-se nas relações dinâmicas entre significados e acções. Os significados originam-se fora das acções e por sua vez influenciam as acções, e as pessoas não reagem mecanicamente às acções de outrem, antes interpretam os seus comportamentos em função dos significados que elas próprias lhes atribuem. Esta perspectiva assume que os indivíduos são activos, criativos e reflexivos e tal vida social consiste em processos (Charmaz 2006: 189). O exemplo que se segue espelha esta perspectiva: determinado significado simbólico de ser mãe, primípara ou múltipara, depende do contexto social de cada mulher; embora o processo de vinculação da mãe à criança demore tempo, a criança tem um significado especial para a mãe; antes da maternidade a prática das enfermeiras pode parecer simbólica, relativamente desconhecida para as mães primíparas; a mãe irá agir em função do significado que a enfermeira tem como símbolo para esta; os encontros entre a mãe e a enfermeira são baseados na criança, mas a criança como símbolo possui diferentes significados para as duas; a nova mãe tem pouca perícia enquanto a enfermeira é uma profissional com formação e com papéis e um código de conduta a cumprir.

Strauss & Corbin (1998: 9) descrevem os contributos decisivos destas concepções para o desenvolvimento da metodologia da *grounded theory*: a) a necessidade de ir para campo para investigar o que se passa nessa realidade; b) a relevância da teorização, enraizada nos dados, para o desenvolvimento de uma disciplina e enquanto base da acção; c) a complexidade e variabilidade dos fenómenos e do agir humano; d) a crença de que as pessoas são actores que possuem um papel activo em resposta a situações problemáticas; e) a consciência de que as pessoas agem em função dos significados; f) a compreensão que o significado é definido e redefinido através da interacção; g) a sensibilidade para o desenrolar e evoluir dos eventos (processo); e h) o reconhecimento da inter-relação entre condições, acção (processo) e consequências. Deste modo, num estudo de *grounded theory* é possível alcançar uma interpretação analítica do mundo dos participantes e dos processos por eles utilizados para o construir. A interpretação analítica referida tem como base um raciocínio indutivo, em que o investigador

induz, a partir dos dados, os significados de um fenómeno. Ou seja, quando o investigador dá início ao estudo não tem um pressuposto que pretende confirmar ou refutar. Tem antes, um interesse numa área de estudo e permite que a teoria surja a partir dos dados, desenvolvendo um conhecimento profundo da realidade em estudo, originando uma significativa base de conhecimentos e explicações sobre essa realidade.

A metodologia da *grounded theory* é “uma forma de pensamento e estudo da realidade social e dos processos que a caracterizam” (Strauss & Corbin 1998: 3). Possui o potencial de gerar teorização mas também fazer brotar essa teoria directamente dos dados. A nossa investigação procura explicações sobre o potencial terapêutico do uso das emoções na prática de enfermagem pediátrica, o que está em consonância com a metodologia da *grounded theory*; começa com um fenómeno que o investigador justifica como estando inadequadamente explicado do ponto de vista teórico, e com um problema de investigação definido à partida que deriva dos dados da prática. Na perspectiva de Lopes (2003: 63) “a teorização do não conhecido ou do já conhecido mas carecido de novas abordagens, é a finalidade por excelência desta abordagem metodológica”.

4 – PERCURSO METODOLÓGICO

Apresentada a metodologia que elegemos e o referencial teórico que lhe está subjacente, neste capítulo preocupámo-nos em descrever pormenorizadamente os passos essenciais da aplicação da metodologia e também a respectiva fundamentação. Este percurso teve o seu início em Maio de 2005 com o programa doutoral (Quadro II).

Quadro II - Cronograma das actividades de doutoramento

1.^a E T A P A	Ano curricular e elaboração do projecto	Mai. 2005/Dez. 2006	
	Registo Projecto Provisório – Apresentação	14/07/06	
	Autorização do Conselho Administração, Comissão Ética (campo do estudo exploratório)	10/10/06	
	Estudo Exploratório	Out./Dez. 2006	
2.^a E T A P A	Discussão Relatório de Desenvolvimento do Projecto - Registo do Projecto Definitivo	25/07/07	
	Autorização do Conselho Administração, Comissão Ética (novo campo para estudo principal)	15/11/07	
	Reunião com Enfermeira Chefe/campo de estudo	21/11/07	
	Reuniões com Enfermeiros – Apresentação do projecto (campo de estudo)	23/11/07	26/11/07
	Observação e entrevista + análise de dados	Nov. 2007 a Jun. 2008	
	Narrativa escrita + análise de dados	Jun. 2008 a Dez. 2008	
	Revisão sistemática/consolidação de conceitos (elaboração de artigos)	Jan./Dez. 2008	
	Entrevista em profundidade	Jan./Fev. 2009	
3.^a E T A P A	Formulação teórica explicativa/conceito central	Jan./Abr. 2009	
	Validação dos achados	Mai./Jun. 2009	
	Elaboração do Relatório Final	Jan./Set. 2009	
	Entrega Relatório Final	Set. 2009	

O primeiro ano constituiu o período de preparação do projecto de investigação que culminou com a sua entrega em Maio de 2006. Após a sua aprovação prosseguimos com o estudo exploratório realizado no período compreendido entre Outubro a Dezembro de 2006. Como

foi referido anteriormente, este estudo exploratório foi decisivo para definir os procedimentos e todo o percurso do estudo que passamos a descrever.

4.1 – AMOSTRAGEM TEÓRICA

Na metodologia da *grounded theory* a amostragem teórica é o modo de obter dados baseado no que ditam os conceitos/categorias que derivam desses mesmos dados. Permite alcançar um *corpus* de dados que maximiza a oportunidade de desenvolver conceitos derivados das suas propriedades e dimensões, descobrir variações e identificar relações entre os conceitos (Corbin & Strauss 2008: 143). Por esta razão, os participantes foram seleccionados em função da qualidade dos dados relativamente ao fenómeno em estudo. O principal critério de selecção dos participantes constitui o que Morse (1994) designa por **peritos experienciais**, ou seja, sujeitos detentores de um conhecimento particular e cabal sobre o fenómeno e que fornecem dados ricos que dão resposta à pergunta e objectivos do estudo. Com o procedimento de amostragem teórica, o *corpus* de dados mantém-se em aberto e é flexível, de acordo com os conceitos que vão emergindo ao longo da análise.

Deste modo, a amostragem teórica constitui-se apenas pela qualidade dos dados em si, e não pela quantidade de participantes. A amostragem teórica gera o conjunto de dados necessários, a partir dos quais emergem conceitos com a finalidade de explorar o alcance das dimensões ou as várias condições, através das quais as propriedades dos conceitos variam e crescem (Strauss & Corbin 1998).

O *corpus* de dados final, tendo em conta este procedimento de amostragem teórica, foi fornecido por enfermeiros a desenvolverem a sua prática num serviço de internamento de pediatria (médica, com a especialidade de neurologia e a especificidade da neonatologia) e por clientes (criança, jovem e sua família). No 1.º momento de recolha de dados participaram no estudo 10 crianças, 2 jovens, 14 mães, 4 pais, 3 avós e 12 enfermeiros. No 2.º momento, de saturação e validação da categorização (entrevistas em profundidade) participaram 6 enfermeiros. Num 3.º momento de validação, mas agora da formulação teórica explicativa, participaram 9 enfermeiros. O *corpus* de dados foi então construído pela informação cedida pelos participantes num total de 60 registos de dados (Quadro III).

Os peritos experienciais participantes que proporcionaram o *corpus* de dados em análise, através da descrição das suas experiências, constituíram um grupo de enfermeiros com o qual já tínhamos algum vínculo institucional na sequência do exercício das nossas funções docentes, condição que considerámos facilitadora devido à natureza íntima e complexa do fenómeno em estudo. No entanto, as reuniões com a enfermeira chefe e com o grupo de enfermeiros para apresentação das linhas gerais do projecto de investigação e para solicitar a colaboração

necessária, foi fundamental para a criação de um ambiente de abertura e disponibilidade. Os momentos de recolha de dados nunca foram pré-estabelecidos mas foram sempre bem aceites pelos enfermeiros, e a colaboração da enfermeira chefe possibilitava a participação dos enfermeiros mais disponíveis e dos clientes em condições mais favoráveis (no que respeita à situação de saúde). Relativamente aos clientes participantes, com os quais não existia nenhuma proximidade, foi muito facilitadora a postura de mediador dos enfermeiros.

Quadro III – N.º de participantes que forneceram o corpus de dados (alcançado através do procedimento de amostragem teórica)

	1.º Momento	2.º Momento	3.º Momento	Total
Crianças	10	--	--	33
Jovens	2	--	--	
Mães	14	--	--	
Pais	4	--	--	
Avós	3	--	--	
Enfermeiros	12	6	9	27
Total	45	6	9	60

Reforçamos que o que ditou este procedimento de amostragem teórica foi a riqueza dos dados fornecidos pelos participantes, que através do processo de codificação permitiu gerar a explicação teórica do fenómeno. Só o desenrolar da teorização, que conduziu à explicação do fenómeno, permitiu estabelecer a amostragem teórica. E assim esta foi estabelecida e estabilizada com a conclusão do processo de codificação e da edificação da formulação teórica explicativa. Nesta lógica, não é possível fixar previamente o número total de participantes, pois este vai sendo definido a partir da riqueza de conteúdo do *corpus* dos dados recolhidos e, simultaneamente, analisados.

A preocupação que esteve subjacente à constituição da amostragem teórica não foi estatística, como já salientámos, mas sim procurar reunir um *corpus* de dados estratégico que permitisse também atingir a saturação informativa. Isto pressupõe a validação dos achados e, simultaneamente, a saturação dos dados que conduz a esses mesmos achados. Quando se pretende construir uma formulação teórica explicativa de um fenómeno deve-se recolher dados até que cada categoria esteja saturada. Isto é, deve-se procurar descobrir variações entre os conceitos e densificar as categorias, em termos das suas propriedades e dimensões, até ao momento em que o valor marginal dos dados novos é mínimo. No nosso estudo seguimos os critérios de saturação teórica apresentados por Lopes (2003: 73):

- Dados novos ou relevantes deixam de emergir, considerando a categoria
- A categoria está bem desenvolvida em termos das suas propriedades e dimensões e demonstra variação

- As inter-relações entre as categorias estão bem estabelecidas e validadas

Estes critérios tornaram-se satisfatórios ao emergir da codificação a formulação teórica explicativa, e assim foi encerrada a amostragem teórica.

4.2 – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Como referimos anteriormente, o estudo exploratório foi decisivo para fazer opções quanto aos instrumentos de recolha de dados. Mas também tivemos em conta as técnicas credíveis no âmbito das ciências humanas e sociais. Os instrumentos de recolha de dados tidos como mais representativos, da abordagem qualitativa, são a observação participante e a entrevista em que a narrativa de vida se inclui (Bogdan & Biklen 1994). Nos métodos de recolha de dados indicados pelos autores da metodologia da *grounded theory* também está nomeada a observação e a entrevista (Corbin & Strauss 2008: 27). Optámos, então, por 3 instrumentos de recolha de dados: observação, entrevista e narrativa escrita. Esta diversidade de técnicas que se complementam, teve como objectivo triangular os dados e obter um *corpus* mais enriquecido. O estudo exploratório foi decisivo para tomarmos decisões quanto às suas aplicações:

a) Onde (fazer a recolha de dados): a observação foi realizada em qualquer local do serviço de pediatria onde ocorria uma interacção; as entrevistas a clientes nos seus quartos ou noutro local com privacidade e aos enfermeiros na sala de enfermagem ou noutro gabinete; a narrativa escrita foi realizada num local onde os enfermeiros consideraram adequado.

b) Como (fazer a recolha de dados): acompanhamos os enfermeiros na sua prática, realizámos a observação participante de situação de cuidados de enfermagem/interacção enfermeiro-cliente no quarto, na sala de procedimentos ou outros locais, e só depois entrevistámos os participantes; para a narrativa escrita cedemos um documento previamente elaborado, explicámos as orientações e combinámos a data e modo de entrega; a entrevista incidiu na situação observada mas por vezes progredia para situações paradigmáticas, tal como a narrativa escrita.

c) Quando (fazer a recolha de dados): a entrevista teve como ponto de partida a observação pelo que foi realizada logo após a situação de cuidados observada; a narrativa escrita foi solicitada numa fase posterior às entrevistas.

Realizámos, então, num 1.º momento de recolha de dados 25 observações participantes, 15 entrevistas semi-estruturadas e obtivemos 4 narrativas escritas. Num 2.º momento, para aprofundar e validar a categorização, realizámos 6 entrevistas semi-estruturadas e num 3.º momento, para validação final dos achados, realizámos 9 entrevistas semi-estruturadas (Quadro IV).

Nunca poderíamos esquecer de cumprir com os princípios éticos, pelo que solicitámos à Instituição de Saúde autorização para realizar a recolha de dados e a respectiva aplicação dos ins-

trumentos nomeados. Foi sempre solicitado aos participantes o seu consentimento informado e a autorização para utilizar o gravador. Uma vez que alguns participantes são crianças e jovens o consentimento foi dado pelo acompanhante (mãe, pai, avó). O anonimato e confidencialidade foram garantidos.

Quadro IV – *Distribuição dos instrumentos de recolha de dados de acordo com 3 momentos*

	Observação participante			Entrevista semi-estruturada	Narrativa Escrita
	Presente	Distante	Passiva		
1.º Momento	11	7	7	15	4
2.º Momento	--	--	--	6	--
3.º Momento	--	--	--	9	--

Os participantes tiveram acesso ao documento de informação e formulário de consentimento informado, no qual era realçado a participação inteiramente voluntária. Durante o procedimento de recolha de dados os participantes interrompiam sempre que sentiam necessidade e estes momentos eram concordantes com a sua disponibilidade.

A observação participante fornece dados muito ricos sobre o que os participantes não conseguem verbalizar, porque desconhecem ou consideram pouco importante e estranho expor. Porém a observação participante é muitas vezes associada à técnica de entrevista, pois esta permite obter dados sobre as experiências, opiniões ou crenças que os participantes têm sobre os eventos (Lessard-Hébert *et al.* 2005). No nosso estudo iniciamos com a observação para captar os comportamentos, a acção dos enfermeiros e as reacções/respostas nas interacções entre clientes e enfermeiros, mas progredimos para a entrevista para captar como os participantes vivem a experiência, as suas percepções, os significados, os seus sentimentos e pensamentos. A estas 2 técnicas foi associado ainda a técnica de narrativa escrita, uma modalidade de descrição mais individual e privada que permite uma maior auto-análise e, portanto, um aprofundamento das experiências. Através da utilização destas 3 técnicas procuramos colmatar as naturais insuficiências de cada uma (Olabuénaga 1999).

Deste modo, o *corpus* de dados obtido pela técnica de amostragem teórica ao longo do processo de obtenção e análise, através de múltiplos participantes e do uso de 3 diferentes técnicas de recolha de dados, garantiu o rigor da qualidade do mesmo de acordo com os critérios de adequação e apropriação preconizado por Morse (1994).

A observação

É uma técnica de recolha de dados que implica a visualização atenta do investigador sobre os acontecimentos no campo e os respectivos registos, produzindo assim o *corpus* de dados a analisar. Apesar da sua origem na antropologia, começa na actualidade a ser incrementada na investigação em cuidados de saúde (Savage 2000). A observação capta as perspectivas dos

participantes, tal como estes a vivem. Morse (2003: 156) salienta a importância dos dados obtidos através da observação ao referir-se aos seus estudos sobre o sofrimento: “Quando sofremos as emoções dominam as pessoas e a percepção do comportamento está muitas vezes distorcida, de tal modo que falar sobre a sua experiência pode ser difícil (...) A descrição destes estados de comportamento podem ser obtidos com mais sucesso através de métodos de observação, analisando as observações dos comportamentos das pessoas em sofrimento e analisando as observações das práticas dos enfermeiros”.

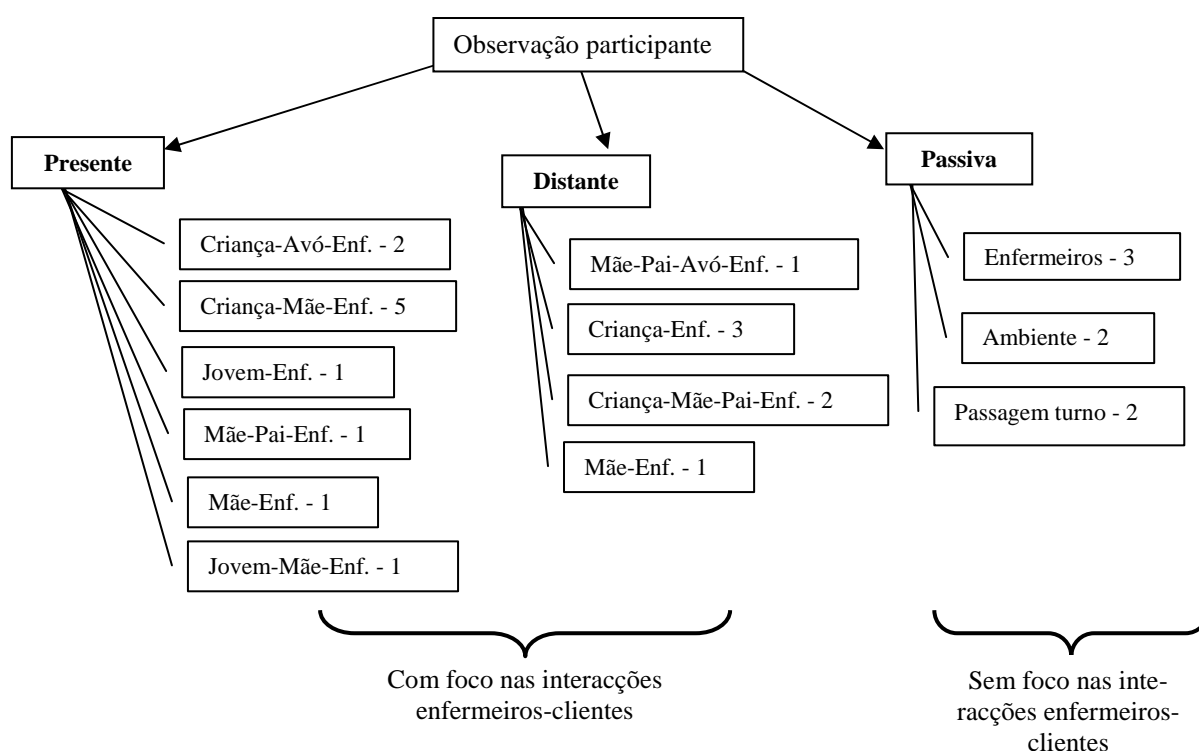
Lessard-Hébert *et al.* (2005: 143) defendem que a observação pode assumir uma “forma directa sistemática” ou “uma forma participante”. No nosso estudo optámos pela observação participante que, de acordo com o paradigma interpretativo, não implica uma predefinição de categorias de observação formuladas em termos de comportamentos, o que é concordante com a lógica indutiva da metodologia da *grounded theory*. No tipo de observação directa sistemática os dados obtidos podem ser transformados em quadros de frequência, ou seja, podem ser quantificados, o que não acontece na observação participante. Não obstante, a observação participante pode ter como orientação um guião constituído por tópicos, que no nosso estudo emergiram da análise de dados obtidos nas observações realizadas durante o estudo exploratório (em Anexo), mas que serviu inicialmente como ponto de partida pois foi sendo sucessivamente alterado de acordo com os conceitos que emergiam e evoluíam da análise (Corbin & Strauss 2008). Este tipo de observação enquadra-se no que Miles & Huberman (1984) designam de sistema de observação aberto, no qual a redução dos dados por meio da codificação é possível durante a recolha de dados, o que permite reformular o guião à medida que se vai progredindo na sua análise. Deste modo o investigador não está limitado a tópicos predefinidos e são os dados que vão redefinindo o guião de observação. Esta reformulação de guiões de recolhas de dados, à medida que se avança na análise simultânea e na teorização, é preconizada por Strauss & Corbin (1998) na metodologia da *grounded theory*.

A perspectiva dominante nos livros e manuais de investigação é que a observação participante é um instrumento ou uma técnica de recolha de dados, embora por vezes seja considerada como um método que se confunde com a metodologia da etnografia. Observação participante é definida por Grbich (1999: 123-124) como "uma técnica não intrusiva de obtenção de dados subjectivos, implicando que um investigador passe tempo no ambiente onde está a observar os comportamentos, acções e interações para que possa entender os significados construídos naquele ambiente e compreender o sentido das experiências de vida quotidianas. Estas compreensões são usadas para gerar explicações teóricas do que está a ser observado". Para Savage (2000), na observação participante existe participação do investigador com envolvimento físico no campo, mas também teórica ou através das concepções do investigador; por exemplo

a dicotomia mente-corpo influencia a sua abordagem em campo. Já Lessard-Hébert *et al.* (2005: 155) definem a observação participante como “uma técnica de investigação qualitativa adequada ao investigador que deseja compreender um meio social que, *à partida, lhes é estranho ou exterior* e que lhe vai permitir integrar-se progressivamente nas actividades das pessoas que nele vivem”.

As observações realizadas no nosso estudo incidiram nas interacções enfermeiros-clientes (observação presente e distante), mas também em aspectos do ambiente (observação passiva) (Diagrama VI).

Diagrama VI – Distribuição das observações de acordo com o tipo e foco observado



Realizámos as observações no local onde ocorriam as situações de cuidados, em ambiente natural, optando por um “posicionamento móvel” (Polit & Hungler 1995: 179), o que envolveu o acompanhamento dos enfermeiros ao longo de um período de cuidados. Este acompanhamento implica que o investigador seja uma presença consciente para os participantes, tal como Lessard-Hébert *et al.* (2005: 146) também denominam o observador é conhecido. Mas também obtivemos dados de observação das interações numa postura oculta, como observador distanciado (Lessard-Hébert *et al.* 2005: 146), na qual não houve presença directa do investigador nas interações. E, ainda, algumas observações foram do tipo passivo, nas quais o investigador não participa nos acontecimentos e o seu interesse são as características exteriores do meio (Evertson & Green citados por Lessard-Hébert *et al.* 2005: 156). Definimos,

então, a observação participante que realizamos neste estudo de presente, distante e passiva (Diagrama VI).

Na observação “presente” acompanhamos cada um dos enfermeiros em 11 episódios de cuidados, o qual nos apresentava aos clientes participantes e neste sentido a nossa presença era conhecida para os participantes envolvidos. Optámos por manter uma distância suficiente para visualizar os actores, mas de modo a não invadir o espaço da interacção entre enfermeiros e clientes. A tradição da investigação em antropologia exige que o investigador observe o meio natural evitando o mais possível as perturbações que possam advir da sua mera presença (Spradley 1980). Também Olabuénaga (1999) defende esta posição ao referir que a observação é o processo de contemplação sistemática e sucessiva da vida social, sem a manipular ou modificar, de modo a aceder aos acontecimentos tal como espontaneamente se desenrolam.

Além disso, o referencial teórico e a questão de investigação também orientaram a tomada de decisão quanto ao envolvimento mínimo que procurámos ter com o meio. Este tipo de observação realizou-se maioritariamente nos quartos e sala de actividades (brincadeiras), aquando da prática de cuidados de enfermagem.

Na observação “distante” acompanhamos à distância 7 episódios de cuidados de forma espontânea e não programada. Eram realizadas em qualquer local do serviço de internamento de pediatria onde ocorriam as interacções (gabinete de enfermagem, corredor, sala de actividades), à excepção dos quartos pois apenas entrávamos nestes para observação “presente” acompanhando os enfermeiros. Deste modo, a presença do investigador não era detectada pelos participantes. O consentimento informado era assegurado pela autorização assinada anterior ou posteriormente à observação e só então passavam a integrar o *corpus* de dados. As observações que incidiram em aspectos exteriores às interacções entre enfermeiros e clientes, do tipo “passivo”, forneceram dados sobre o ambiente do serviço: as pinturas das paredes e tectos, as cores, os sons, as fotografias, os brinquedos... Mas também sobre o fardamento dos enfermeiros e a própria interacção entre eles, e ainda sobre aspectos relativos às passagens de turno.

A observação está associada aos sistemas narrativos de registos de dados (Lessard-Hébert *et al.* 2005), isto é, o que é observado tem de ser registado. No nosso estudo optámos pelo registo dos dados imediatamente após cada observação (presente e distante), elaborando notas de campo, descrevendo cada pormenor que a memória conseguia reter. Já as observações passivas foram registadas ao longo do período de recolha de dados. Os registos de dados que elaborámos foram de dois tipos, tal como preconizado por Lessard-Hébert *et al.* (2005: 157). Os dados registados nas notas de campo são do tipo descrição narrativa relativa aos diversos elementos concretos da situação e a anotações textuais de conversas dos participantes nas situa-

ções de cuidados observadas. Mas aqueles dados que o investigador anota no seu “diário de bordo” pertencem ao tipo da “*compreensão*”, pois fazem apelo à sua própria percepção. Nestes anotámos o percurso quotidiano da investigação, as reflexões pessoais e a vivência da situação: as percepções em função do quadro de referência teórico, as expectativas, os receios, as satisfações, as hesitações, as “boas” e “más” relações com os participantes e outras. Corbin & Strauss (2008: 123) designam este tipo de registo por diário de trabalho (*diary works*). Redigimos as notas de campo em documento *Word*, o mais fielmente possível.

No decorrer da realização da observação participante orientámo-nos pelos princípios de rigor científico preconizados por Olabuénaga (1999). Tivemos como orientação a problemática e objectivos do nosso estudo, a planificação foi iniciada com o estudo exploratório cujas decisões (como, quando e onde) e guiões de observação foram rigorosamente seguidos, o controlo foi garantido pela atenção que dedicamos às concepções teóricas da técnica de observação e o rigor foi mantido ao cumprir os princípios anteriores mas também na elaboração minuciosa das notas de campo atendendo à veracidade, objectividade e fiabilidade.

A entrevista

É uma das técnicas de auto-relato por meio de questionamento directo dos participantes, isto é, solicitando o relato verbal de experiências pessoais (Polit & Hungler 1995). Esta técnica foi associada à observação, pois quando esta última é usada exclusivamente pode não fornecer dados suficientes para desenvolver uma perspectiva interpretativa, podendo pôr em causa os princípios da indução (Morse 2003), um dos alicerces da metodologia da *grounded theory*. Não obstante os dados obtidos pela observação participante se revelarem muito ricos em conteúdos de comportamentos, acções, respostas, comunicação verbal e não verbal, através destes é difícil aceder ao conteúdo intrínseco do mundo interior das experiências subjectivas, que a entrevista consegue proporcionar. Aceder às experiências e significados dos participantes é essencial para alcançarmos a compreensão do fenómeno em estudo, segundo a perspectiva dos actores que vivem as situações concretas.

A entrevista pode variar quanto ao grau de estruturação das questões a colocar a um grupo relevante de participantes, podendo ir dos métodos escassamente estruturados que não envolvem um conjunto de questões escritas, ao uso de métodos fortemente estruturados que envolvem documentos mais formais como os questionários. No nosso estudo optámos pela entrevista semi-estruturada, na qual não existe um conjunto específico de perguntas que precisam de ser feitas através de uma determinada ordem, ou enunciadas de certa forma. O investigador inicia a entrevista com algumas perguntas ou tópicos gerais, permitindo aos participantes descrever as suas experiências ou histórias de forma narrativa. “As entrevistas semi-estruturadas tendem a ser conversas por sua natureza” (Polit & Hungler 1995: 167), nas quais os partici-

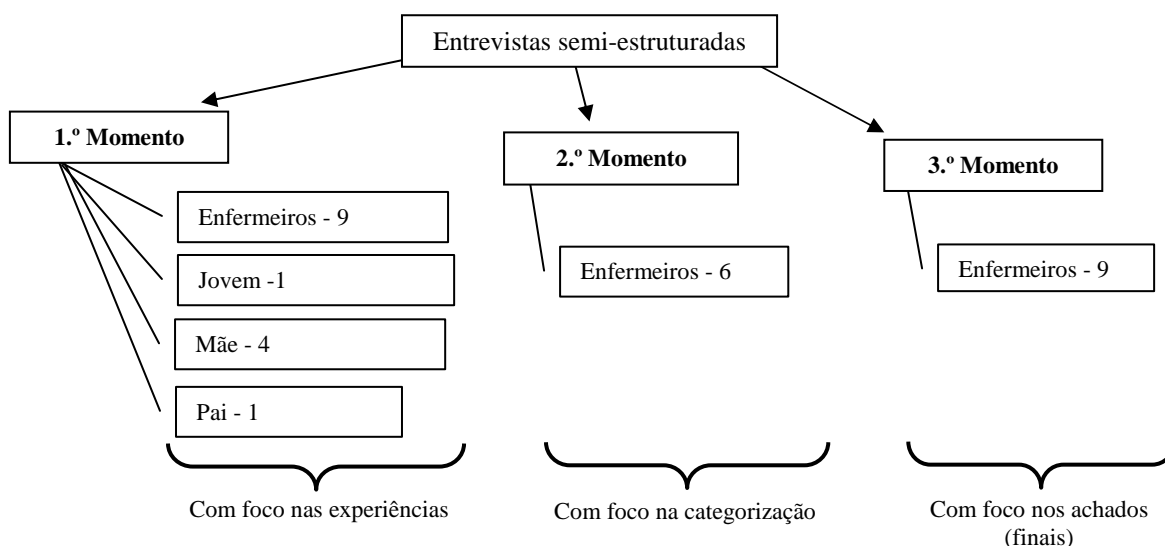
pantes descreveram as suas experiências e o investigador procurou explorar os conceitos que dão resposta à pergunta de investigação, e permitem alcançar uma explicação do fenómeno em estudo.

Optámos pela realização de entrevistas a clientes e enfermeiros após as observações, e tendo como base os dados obtidos nessas mesmas observações, pois como tínhamos constatado no estudo exploratório torna-se mais fácil para os participantes captar o sentido das questões sobre afectividade, sobre as experiências emocionais quando se faz referência ao observado na interacção na qual foram protagonistas. Deste modo, nas entrevistas fazíamos alusão a aspectos específicos que foram observados mas tendo como orientação suplementar um conjunto de questões abrangentes e que estimulavam a “conversa” – um guião de tópicos. Este tipo de entrevista semi-estruturada é designado por Polit & Hungler (1995: 167) de “entrevistas com um foco”. O guião de tópicos e/ou as questões que derivavam da observação estão directamente relacionadas com a pergunta e fenómeno em estudo (em Anexo). Werner & Schoepfle, citados por Lessard-Hébert *et al.* (2005: 162), defendem que este tipo de entrevistas que partem de dados de base possui uma “função técnica essencial”: é a técnica de observação participante que vai permitir, no início, a inserção no meio e que fornecerá os dados a confrontar para suscitar novas questões e novas interpretações. As questões colocadas tiveram como objectivo fazer com que o participante revelasse a sua experiência de uma forma pormenorizada e, assim, por vezes era necessário colocar uma questão básica: poderia explicar-me melhor esse aspecto?

Na realização das primeiras entrevistas disponhamos de um guião, como já referimos, que constituiu um ponto de partida, porém este foi sendo alterado com a evolução da análise de dados. Deste modo as questões iniciais eram muito abertas, mas tornaram-se mais focadas nos conceitos que foram emergindo (Corbin & Strauss 2008). São exemplos “Observámos que a enfermeira fez carícias e deu afecto ao seu filho... pode falar-se sobre este modo de proceder da enfermeira?” ou “Pode falar-me sobre a sua experiência neste serviço de internamento a acompanhar o seu filho e o modo como os enfermeiros o ajudam a lidar emocionalmente com a situação?”. Na entrevista com enfermeiros eram colocadas questões como “Na situação observada percepcionei um potencial conflito... Gostaria de saber como percepcionou o episódio. Gostaria que descrevesse o modo como geriu a situação concreta e porque o fez desse modo.” ou “Quando estava a dar o biberão ao recém-nascido que tinha ao seu colo falava com ele de um modo muito carinhoso, também olhava para ele e segurava-o com muito afecto. Gostaria que me falasse sobre esta abordagem na relação que desenvolve com os bebés. Porquê que faz isto, qual o sentido que isto tem nos cuidados pediátricos...?”.

Os participantes, por vezes nos seus relatos, iam para além da interacção que fora observada pois recordavam ou comparavam com outras situações de cuidados já vivenciadas, mas estes dados sobre as suas experiências retrospectivas revelaram-se igualmente muito importantes. Optámos por não fazer entrevistas a crianças, pois o estudo exploratório foi revelador da sua dificuldade em falar sobre a experiência emocional face à vivência de doença e hospitalização, enquanto as observações forneciam dados muito ricos e por isso incidimos nestas. A duração das entrevistas variou entre 10m a 1h30m. Foram realizadas em local privado, de acordo com a disponibilidade dos participantes e mediante consentimento informado. Esta técnica de recolha de dados foi aplicada em 3 momentos; fase inicial de obtenção de dados com foco nas experiências de cuidado (que já referimos), na fase de aprofundamento e saturação com foco na categorização emergente e também na fase de validação da formulação teórica explicativa (Diagrama VII).

Diagrama VII – *Distribuição das entrevistas de acordo com os participantes do estudo nos três momentos de recolha de dados*



As entrevistas realizadas aos enfermeiros com o objectivo de aprofundar, clarificar e saturar a categorização emergente, partiam das categorias que emergiram da análise de dados e foi solicitado comentários e exemplos da sua prática que ilustravam ou não essas categorias. Já nas entrevistas realizadas aos enfermeiros para validação final dos achados, foi apresentada a seguinte proposição: “Os enfermeiros que desenvolvem os cuidados num serviço de internamento de pediatria são capazes de transformar as emoções dos clientes, as suas próprias e as que são inerentes aos cuidados do dia-a-dia, de tonalidade negativa para positiva”. Além disso, foi apresentado o esquema de relação inter-categorial. Em seguida, solicitávamos um comentário. Os participantes falavam livremente com a mínima interferência da parte do investigador. A validação percorreu os 3 momentos de entrevistas, durante toda a recolha de

dados tal como preconizado pela metodologia da *grounded theory*, mas este aspecto será desenvolvido no próximo capítulo. Após cada entrevista redigíamos, ainda, os diários de trabalho (Quadro V) que evidenciavam as percepções e reacções dos participantes e do investigador, os *insights* que contribuiriam para progredir na recolha (Corbin & Strauss 2008).

Os dados recolhidos desta forma foram registados em gravação áudio, tal como aconselhado por Lessard-Hébert *et al.* (2005). Os dados obtidos no nosso estudo através de entrevistas foram áudiogravados (e posteriormente transcritos), à excepção de 3 entrevistas cujas partes finais foram registadas por escrito, pois após desligarmos o gravador os participantes forneceram dados fundamentais. A transcrição das entrevistas para documento *Word* foi a mais minuciosa possível. Os mesmos princípios de rigor científico preconizados por Olabuénaga (1999) foram aplicados na entrevista.

Quadro V – Diário de uma entrevista

Senti alguma dificuldade em iniciar a entrevista, mas optei por mobilizar alguns exemplos daquilo que tinha observado. Por exemplo “observei que revelou logo desde o início uma preocupação com o estado emocional tanto da criança como da mãe, e durante a interacção também...”, solicitando que descrevesse a interacção desenvolvida. Penso que foi uma boa estratégia, pois faz uma ligação muito directa com a situação de cuidados, o que pode facilitar o recordar de pormenores importantes. Por outro lado, quando peço para descrever a interacção estou a apelar para o processo que procuro explicitar e compreender. As questões seguintes decorreram desta, mas houve algumas que omiti, pois não me fizeram sentido. A questão da gestão das próprias emoções deve ficar para último, pois é mais fácil falar primeiro dos “outros” e só depois de nós próprios. Penso que poderei dar mais importância às questões do uso do afecto/carinho e questionar mesmo directamente sobre os resultados terapêuticos da intervenção, mesmo que sejam abordados anteriormente.

A narrativa escrita

É também uma técnica de auto-relato de experiências pessoais (tal como a entrevista semi-estruturada). Polit & Hungler (1995) destacam os diários como instrumentos de recolha de dados quando o investigador solicita aos participantes a escrita sobre algum aspecto das suas vidas durante um período específico de tempo. No nosso estudo a narrativa foi intemporal, e por isso não a designamos de diário.

A opção de associar esta terceira técnica, para obter dados, justifica-se pela natureza complexa das experiências emocionais que envolvem a prática de cuidados, claramente reconhecida por alguns participantes enfermeiros ao referirem durante as entrevistas que reflectir sobre a dimensão emocional da sua prática era exigente e requeria tempo, nomeadamente quanto à gestão das emoções do cliente e das suas próprias emoções. A narrativa, enquanto forma de

escrita, é um espaço reflexivo e organizador do pensamento onde são explorados sentimentos e pensamentos mais profundos que podem escapar na entrevista. É também um espaço mais privado e pessoal, com a possibilidade de elaborar o pensamento que é transposto para o documento escrito. Os participantes dispuseram do tempo que consideraram necessário para a redacção das suas narrativas, as quais forneceram dados muito ricos. Também Jacelon & Imperio (2005) acreditam que os diários escritos são excelentes fontes de dados quando associados à entrevista e apresentam um estudo de *grounded theory* em que recorrem a estas duas técnicas.

Para facilitar a narrativa escrita elaborámos um documento onde os participantes poderiam escrever directamente. Este continha 3 questões abertas mas orientadas para o fenómeno em estudo:

- 1) Que significado atribui à expressão: “Quando o Enfermeiro cuida da criança, jovem e sua família, está a usar as emoções (as suas e as do Outro) enquanto instrumento terapêutico”.
- 2) Enumere interacções/intervenções da sua experiência que expressem a dimensão emocional da prática de cuidados de enfermagem.
- 3) Dessas situações de cuidados escolha uma e descreva os pormenores relativos ao vivido e como fez uso, geriu ou trabalhou com as emoções envolvidas. Justifique a sua actuação.

Os participantes enfermeiros eram convidados a recordar e a escrever sobre uma ou mais experiências de cuidados evidenciando a sua dimensão emocional, e tinham a oportunidade de reviver e analisar uma situação de cuidados que elegiam como emocionalmente significativa. Obtivemos 4 narrativas escritas que revelaram a capacidade reflexiva sobre a própria acção centrada nos sujeitos em contexto da prática, e que espelhavam experiências emocionais profundas. A redacção das narrativas escritas em documento *Word* foi textual. E mais uma vez os princípios de rigor científico preconizados por Olabuénaga (1999) foram seguidos.

4.3 – PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

Os dados de natureza qualitativa foram codificados de acordo com os procedimentos de análise da metodologia da *grounded theory*. Para Strauss & Corbin (1998: 3) a codificação é caracterizada por processos analíticos através dos quais os dados são fracturados, conceptualizados e integrados para enformarem uma teoria. Estes processos conduzem à categorização, que se orienta pelo princípio de que todas as categorias devem ser construídas a partir dos dados, isto é, de forma indutiva. Deste modo, o termo codificação e categorização são muitas vezes usados como sinónimos, pois são intercambiáveis.

Mas como já foi referido anteriormente, a análise de dados processa-se em simultâneo com a recolha de dados, e é esta que dita tanto a amostragem teórica como a obtenção dos mesmos dados que a tornam possível (Strauss & Corbin 1998, Charmaz 2006). Então, a análise de dados foi iniciada logo desde a primeira visita ao campo, regressando após a sua análise para a partir desta conduzir as sucessivas recolhas de dados. O Quadro VI ilustra o nosso percurso de investigação tendo em conta os 3 momentos de recolha de dados e os 4 passos de análise de dados. Num 1.º momento obtivemos dados de 25 observações participantes, de 15 entrevistas e de 4 narrativas escritas. O 1.º passo consistiu em registar os diários de campo das observações, transcrever as entrevistas (ambas no próprio dia em que eram realizadas) e escrever as narrativas escritas em documento *Word*, à medida que eram obtidas.

Quadro VI – *Relação entre a análise de dados e a recolha de dados*

Análise dados Recolha dados	1.º Passo Dados em doc. <i>Word</i> e NVivo 8	2.º Passo Análise do <i>corpus</i> de dados	3.º Passo Consolidação/validação da categorização	4.º Passo Validação dos achados
1.º Momento (Observação, entrevista, narrativa escrita)	X	X	--	--
2.º Momento (Entrevista)	X	X	X	--
3.º Momento (Entrevista)	X	X	X	X

Todos estes documentos foram importados para o programa informático NVivo 8, um *Software* concebido para trabalhar com dados qualitativos facilitando a sua organização e distribuição pela “árvore categorial” resultante da análise. Não obstante, todas as directrizes e ferramentas de análise inerentes à metodologia da *grounded theory* foram mobilizadas pelo investigador.

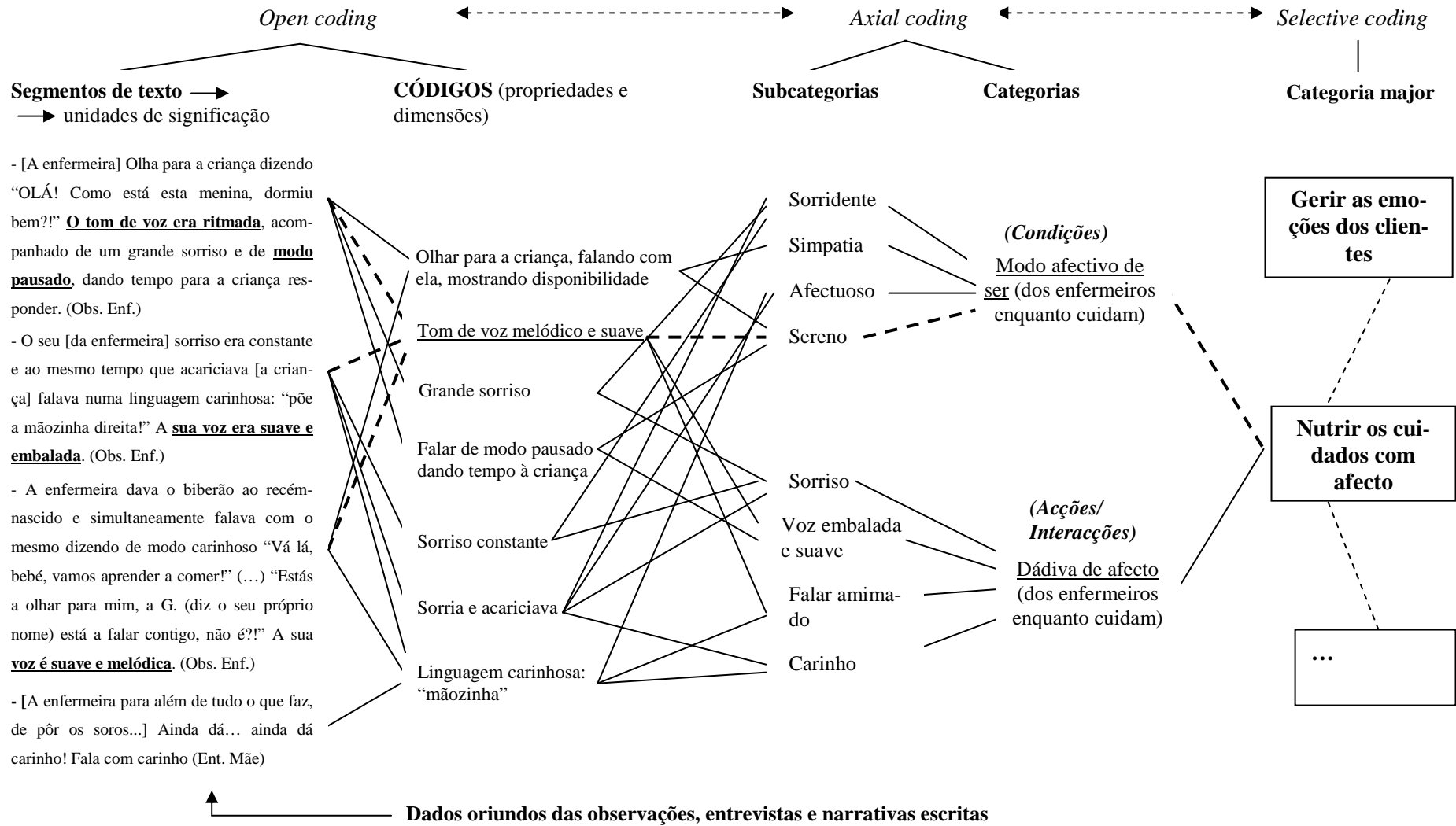
Deste o início da obtenção de dados começou a verificar-se um *corpus* muito abundante, multiforme e rico em informações, que coloca o investigador perante o problema de como dar sentido a esse conjunto de factos sem desperdiçar a riqueza das significações. Perante tal cenário, o 2.º passo foi encontrar uma **ordem conceptual**, que segundo Strauss & Corbin (1998) é a organização dos dados de acordo com um conjunto seleccionado e específico de propriedades e suas dimensões, que evoluem para categorias. As **propriedades** são características de uma categoria, que a definem e lhe dão sentido, enquanto as **dimensões** correspondem ao alcance ao longo do qual as propriedades gerais de uma categoria variam, dando especificidade à categoria e variação à teoria (Strauss & Corbin 1998: 101). As **subcategorias** são conceitos que pertencem à categoria, que derivam das propriedades e dimensões, dando-lhe uma melhor clarificação e especificidade (Strauss & Corbin 1998: 101), também designados de conceitos de baixo nível (Corbin & Strauss 2008: 52). Já as **categorias** são conceitos que sustentam o fenómeno (Strauss & Corbin 1998: 101), também designados de conceitos de alto

nível (Corbin & Strauss 2008: 52). As **categorias major** (Strauss & Corbin 1990) são, igualmente, conceitos de alto nível que agregam as categorias e subcategorias.

Para encontrarmos a ordem conceptual foi imperioso a identificação e selecção das unidades de significação que davam resposta à nossa pergunta de investigação e objectivos do estudo, e depois procedemos à sua codificação (identificação de conceitos), envolvendo um longo e minucioso trabalho de comparações, análise e redução dos dados a três níveis: codificação aberta, codificação axial e codificação selectiva (Strauss & Corbin 1998). Às unidades de significação foram atribuídos códigos (palavras-chave ou nomes) baseados na possibilidade de explicar o que está a acontecer relativamente ao fenómeno em estudo, para levar a uma redução dos segmentos de texto com que se trabalha – *open coding*. Foi-nos possível, assim, encontrar as propriedades e dimensões, a partir das unidades de significação reunidas em conjuntos de dados com significado semelhante ou que se referiam a aspectos comuns. Estes códigos revelavam regularidades e repetições que permitiram que fossem agrupados, por semelhanças, em subcategorias, que por sua vez foram agrupadas em categorias. Por outras palavras, os códigos foram agrupados em torno dos eixos das categorias, ligando às categorias as suas propriedades e dimensões – *axial coding*. No último nível de codificação – *selective coding* – foi-nos possível alcançar a ordem conceptual ao serem detectadas as relações inter-categoriais coerentes que brotaram da categorização emergente, circunscrevendo as categorias major e clarificando a lógica que conduziu à teoria. No Diagrama VIII apresentamos alguns exemplos da codificação recorrendo à categoria major “Nutrir os cuidados com afecto”.

Neste processo de categorização procurámos descobrir um fio condutor na análise, ou seja, a atribuição de um sentido ao material codificado. Este processo concorre para que sob um mesmo conjunto de categorias se agregue um número cada vez mais significativo de dados, permitindo gerar conceitos que conduzam a propostas interpretativas ou formulações explicativas do campo empírico, para desenvolver uma teoria de médio alcance. Os conceitos são “categorias” que ao serem desenvolvidos revelam variações de acordo com as suas diferentes propriedades e dimensões; são os alicerces da teoria (Strauss & Corbin 1998). Deste conjunto de conceitos/categorias emergentes brotou um **conceito central** (Corbin & Strauss 2008), capaz de explicitar a variação bem como o ponto principal produzido pelos dados. Todas as categorias estão ligadas a este conceito central. Os achados da investigação movimentaram-se, assim, de uma ordem conceptual para uma ordem teórica. De acordo com Corbin & Strauss (2008) esta é a fase caracteristicamente de **teorização**. Como já referimos a codificação evoluiu progressivamente no decorrer da análise de dados, pois à medida que foram sendo introduzidos novos dados, esta foi sendo refinada através de um processo de comparação constante de dados; um procedimento que só terminou quando foi dado por encerrado a categorização.

Diagrama VIII – Processo de codificação dos dados



A técnica de análise de dados de excelência na metodologia da *grounded theory* é o processo de **comparações constantes** que consiste na comparação contínua das unidades de significação codificadas, na mesma categoria e de categorias diferentes, com novas unidades de significação dos dados que vão sendo acrescentadas ao *corpus* em análise, à medida que a recolha de dados prossegue.

Outra técnica, não menos importante, é a **comparação teórica** porque nos permitiu identificar uma variedade de aspectos a serem encontrados nos dados, ao termos acesso ao que a literatura revela sobre determinado conceito desses mesmos dados. É uma ferramenta analítica usada para estimular o pensamento sobre propriedades e dimensões das categorias (Strauss & Corbin, 1998: 73). Quando possuímos uma lista de propriedades sobre um conceito voltamos aos nossos dados para ver se algumas destas propriedades podem estar contidas neles, o que permite estimular a mente para uma variedade de propriedades/dimensões (Strauss & Corbin 1998: 84). Outra ferramenta analítica da metodologia da *grounded theory*, mobilizada ao longo da análise de dados, foi o paradigma do processo constituído por etapas – **condições/contexto, acções/interacções e consequências** (Strauss & Corbin 1998: 182). Quando começamos a analisar os primeiros dados, podemos observar desde logo como os conceitos se relacionam entre si. Ao explicar estas relações começamos a ligar as categorias com as suas subcategorias, isto é, constatamos a existência de condições para as acções/interacções e as suas consequências. Denomina-se estes “primeiros pressentimentos”, sobre como os conceitos se relacionam, de “hipóteses” porque elas ligam dois ou mais conceitos, explicam o quê, porquê, quando e o como do fenómeno (Strauss & Corbin 1998: 135). Analisar os dados no seu processo possui vantagens. Para além de conferir um sentido de “vida” ou movimento à teoria, ajuda a integração e descoberta da variação. Examinar os dados no que respeita às alterações da acção/interacção ao longo do tempo e espaço e as respostas às contingências, leva o investigador a procurar um modelo (padrão). Uma teoria sem processo perde uma parte vital da sua história – como a acção/interacção evolui (Strauss & Corbin 1998: 179).

As **condições/contexto** constituem o porquê da ocorrência do fenómeno; que circunstâncias nos participantes ou contexto induzem às estratégias ou acção. O que realmente está a acontecer que conduz a uma determinada acção. O contexto caracteriza o que acontece relativamente ao fenómeno de estudo que induz à acção/estratégias. Algo acontece para fazer acontecer a acção. As condições são conjuntos de evento ou acontecimentos que criam a situação, aspectos e problemas pertencentes a um fenómeno e, até certo ponto, explica o porquê e como as pessoas ou grupos respondem de determinada forma (Strauss & Corbin 1998: 130).

As **acções/interacções** incluem a acção da pessoa, o porquê da sua acção, como acontece e a que situação, problemas ou assuntos está a responder; a intervenção em si. São actos proposi-

tados ou deliberados que são levados a cabo para resolverem um problema e, deste modo, atenua o fenómeno. As acções/interacções evoluem ao longo do tempo à medida que as pessoas definem ou dão significados às situações. Em determinadas condições o alinhamento pode não ocorrer e a situação pode culminar em conflito e, eventualmente, entrar numa ruptura completa. Sempre que há acção/interacções ou a ausência desta na resposta a um assunto ou problema e na gestão ou manutenção de determinada situação, existe variadas **consequências**, algumas delas sendo intencionais e outras não (Strauss & Corbin 1998: 134). Delineando estas consequências, tal como revelar como elas alteram a situação e afectam o fenómeno em questão, promove uma mais completa explicitação do mesmo. As consequências, tal como as condições, possuem propriedades inerentes. Podem ser singulares (não frequentes) ou muito frequentes. Podem ter uma duração variada. Podem ser visíveis para o próprio mas não para outros ou para os outros e não para o próprio. Podem ser imediatas ou cumulativas, reversíveis ou não, previstas ou não previstas ou difundido/espalhado (com consequências saltando de umas para outras de modo a criar uma sequencia de eventos que alteram completamente o contexto). O investigador procura capturar um grande número de possibilidades na sua análise de dados (Strauss & Corbin 1998: 135). No que o investigador deve focar-se é no entrelaçado complexo dos eventos (condições), que geram e conduzem um problema, um assunto ou um acontecimento, ao qual a pessoa dá respostas através de algumas formas de acção/interacção, com algum tipo de consequências.

Com o recurso a estas ferramentas analíticas, analisámos os dados na sua **perspectiva da natureza e do processo**. A natureza diz respeito à essência e características próprias do fenómeno e está enraizada nos dados, devendo espelhar directamente o conteúdo desses dados. No processo os dados são analisados a um nível processual, no seu todo articulado, que corresponde também a um nível de conceptualização elevado, nunca perdendo o sentido da sua natureza, especificidade e do seu enraizamento nos próprios dados. No entanto, ambas as perspectivas têm os dados como ponto de partida e convergem.

O processo é como uma peça de música (Strauss & Corbin 1998: 164). Este representa o ritmo, alterações e formas repetitivas, pausas, interrupções e variações de movimento que constituem as sequências de acção/interacção. Pode, então, ser descrito como uma série de sequências de acção/interacção em evolução que ocorrem ao longo do tempo e espaço, por vezes alterando-se ou mantendo-se estáveis, em resposta à situação ou contexto. O processo modifica-se com o tempo, resultado das acções/interacções desenvolvidas mas também das alterações das condições produzidas em resultado dessas mesmas acções/interacções. O processo demonstra as habilidades das pessoas, organizações e grupos para responderem e/ou adequarem-se às situações com as quais se deparam.

Finalmente os **memos e diagramas**, enquanto ferramenta analítica da metodologia da *grounded theory*, também foram redigidos à medida que íamos evoluindo na recolha/análise de dados. A função principal destes memorandos é lembrar aspectos importantes ou reunir informação muito útil para conduzir a análise, nomear códigos, agrupar categorias e desocultar o processo (Strauss & Corbin 1998). Existem diferentes tipos de memos e cada investigador deve desenvolver o seu próprio estilo e técnica para os redigir (Corbin & Strauss 2008). Numa fase inicial da análise escrevemos memos de exploração aberta dos dados (Corbin & Strauss 2008: 118) fazendo sobressair os conceitos contidos nesses mesmos dados (apresentamos um exemplo de memo referente a um diário de campo no Quadro VII).

Quadro VII – *Memo de identificação aberta de conceitos*

Notas de campo P1

A enfermeira já conhecendo a criança, o seu medo e ansiedade que esta revelara noutras interações estabelece a estratégia de uma abordagem calma e utiliza-a durante toda a intervenção. Mas durante a intervenção percebe a angústia da criança, embora esta não o demonstre claramente, a enfermeira pressente (sentimento antecipando) que a criança pode ficar angustiada por ver seringas no tabuleiro e actua nesse sentido – minimizar ou prevenir a angústia da criança – explicando o procedimento. À medida que explica o procedimento é carinhosa, utiliza linguagem adaptada ao desenvolvimento da criança e que faz parte do seu mundo fantástico – a rede do homem-aranha –, de modo a desenvolver o sentimento de confiança desta pela enfermeira. Preocupa-se muito com a sua dor dando espaço para a expressão de sentimentos. Ao terminar a interacção certifica-se que a criança não está preocupada ou ansiosa e dá reforço positivo.

Como resultado terapêutico observo o reforço da relação de confiança e o estado de calma e segurança produzido na criança e avó, que contribui para o seu bem-estar e tranquilidade.

Com o decorrer da análise elaborámos memos de desenvolvimento das propriedades e dimensões dos conceitos que foram emergindo. Este tipo de memos ficou conectado (*link*) aos códigos/conceitos a que se referiam, através das funcionalidades do programa informático que utilizamos (NVivo 8), podendo ser facilmente acedidos e acrescentados (Quadro VIII). Para Miles & Huberman (1984) os memos constituem breves resumos conceptuais de um dos aspectos do conjunto dos dados já compilados. E possuem a vantagem de ajudar o investigador a desenvolver distância analítica dos achados (Corbin & Strauss 2008). Este tipo de registos foi, igualmente, útil para a redacção posterior do relatório.

Os diagramas são esquemas visuais dos dados codificados, o que facilita o pensamento distanciando do nível dos factos para entrar num nível conceptual. Os diagramas facilitam a organização dos dados, guardar um registo dos conceitos e suas relações, reduzir os dados à sua essência e integrar as ideias (Corbin & Strauss 2008: 125). Os primeiros diagramas que elaborámos eram muito simples mas foram evoluindo à medida que as categorias major foram

ficando mais saturadas e desenvolvidas. Alguns desses diagramas serão apresentados na Parte III – Achados.

Quadro VIII – *Memos de desenvolvimento do conceito “dádiva de afecto”*

Enf-Cr-AvóOPrP1

Durante a interacção o ambiente foi muito calmo, a enfermeira utilizou uma voz tranquila, meiga, expressão sorridente e disponibilidade para ouvir e falar com a criança (sentou-se ao seu lado). Todos os seus movimentos eram suaves e explicou todos os passos com um vocabulário simples e utilizando expressões infantis. Toda a sua interacção parece muito afectiva, transmitindo segurança e compreensão pelo que a criança e avó estavam a sentir. Destaca-se a propriedade “características” e as suas diferentes dimensões (voz tranquila, meiga, expressão sorridente, movimentos suaves, vocabulário simples mobilizando expressões infantis)

EnfEP2

Constata-se uma disposição consciente da enfermeira para desenvolver um relacionamento afectivo, e não uma “relação seca” com a criança e família. Usa o afecto para minimizar o impacto stressante da experiência tanto da criança como dos pais e procura promover uma atmosfera afectiva e humana. Acredita que um envolvimento emocional é essencial para o cliente confiar, seguir os ensinamentos realizados e para se sentir seguro. Procura ir para a relação com um sorriso e investindo numa interacção calorosa, agradável e afável - afectiva. Destaca-se a propriedade “razões” e as suas dimensões (construir relação afectiva e de confiança, minimizar impacto stressante)

EnfEP3

A enfermeira usa uma linguagem carinhosa, afectiva e recorre ao mundo fantástico que a criança conhece. Desenvolve o procedimento procurando manter a tranquilidade e dando afecto. O afecto ou carinho é usado com limites; não deve ser muito invasivo e deve ser adaptado à criança e situação, deve ser agradável. O afecto e o carinho fazem com que o acto não seja seco. Destaca-se a propriedade “características” e as suas dimensões (linguagem carinhosa, afectiva, mundo fantástico da criança, não invasivo, com limite e adaptado à situação), a propriedade “quando” na dimensão durante os procedimentos, e ainda a propriedade “razões” na dimensão para que o acto não seja seco

O 2.º passo da análise de dados, tal como descrito anteriormente, que decorreu entre Novembro de 2007 e Dezembro de 2008, culminou com o desenvolvimento de categorias major mas ainda pouco consistentes, isto é que careciam de maior saturação e validação. Isto não invalida que a possibilidade de fazer a recolha e análise de dados simultaneamente permitir, também, a validação dos achados, pois as categorias encontradas são exploradas e desenvolvidas nas recolhas de dados seguintes (são refinadas e diversificadas nas suas propriedades e dimensões ou são transformadas noutras categorias). Porém, o 2.º momento de obtenção de dados e ao 3.º passo da análise de dados (Quadro VI) foi fundamental para a progressão do estudo: a realização de entrevistas em profundidade com foco nas categorias emergentes. Esta fase de validação da categorização decorreu em Janeiro/Fevereiro de 2009, através da devolução das

categorias, e sua relação, a 4 enfermeiros do serviço de internamento em estudo, mas também a 2 enfermeiras com experiência em outros serviços de internamento (oncologia pediátrica e cardiologia pediátrica). Este passo permitiu consolidar, saturar e validar as categorias emergentes. Porém a validação dos achados foi realizada, também, em contexto de seminários de doutorandos, coordenados por Enfermeiros Professores Doutorados:

- Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus (Universidade de Évora) no dia 21 de Novembro de 2008
- Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa) no dia 11 de Fevereiro de 2009

A revisão da literatura realizada no período de Janeiro/Dezembro de 2008, que muito contribuiu para mobilizar a ferramenta analítica “comparações teóricas” (já abordado anteriormente), foi também uma forma de validação da categorização. E por último, mas não menos importante, a validação com o orientador deste estudo que nos abriu o leque de perspectivas e interrogações sobre os achados.

A progressiva consolidação e estabilidade das categorias major permitiu que a nossa preocupação se centrasse, cada vez mais, nas relações inter-categoriais para desocultar o processo e o respectivo conceito central, contido na categorização emergente, de modo a alcançar a formulação teórica explicativa do fenómeno em estudo. Quando atingimos este patamar passamos ao 4.º passo na análise de dados (Quadro VI). Fomos uma última vez a campo para validação final dos achados (Maio/Junho de 2009), realizando 4 entrevistas a enfermeiros do serviço de internamento em estudo e 3 a enfermeiros de outros serviços de internamento (pediatria médico-cirúrgica e oncologia pediátrica), apresentando a formulação explicativa que alcançamos e que derivou do processo investigativo. Estes peritos experienciais foram seleccionados de acordo com os seguintes critérios:

- Experiência de prática de cuidados em internamento de pediatria superior a 5 anos
- Investimento na formação avançada
- Investimento no ensino e investigação na área de pediatria

Aplicámos o princípio da transferibilidade para validar os achados. Na metodologia da *grounded theory* a validade dos achados é verificada para além do contexto de onde estes são derivados (Sandelowski 2004: 1374). Realizámos, ainda, entrevistas a 2 peritos externos, apresentando também a formulação teórica explicativa que alcançamos e que derivou do processo investigativo. Os peritos externos foram seleccionados de acordo com os seguintes critérios:

- Grau académico de Doutor
- Experiência, investimento e contributo para o desenvolvimento da enfermagem de saúde infantil e pediatria

Concluimos que a teorização enraizada nos dados, que derivou da realidade da prática, era convergente com o saber experiencial dos enfermeiros. Os peritos externos reforçaram igualmente os achados, revelando concordância e reforçando a credibilidade. Quanto à validação da utilização da metodologia da *grounded theory* foi realizada pelo próprio orientador ao longo do estudo, considerado um perito neste método de investigação.

Este foi o percurso metodológico que nos permitiu alcançar uma explicação sobre o uso das emoções enquanto instrumento terapêutico em enfermagem pediátrica. Uma “teoria” não é mais que uma explicação, que segundo Watson (2002a: 8) é um agrupamento imaginativo de conhecimentos, ideias e experiências que são representadas simbolicamente e procuram clarificar um dado fenómeno. Para transformar uma ideia em teoria é necessário que a ideia seja completamente explorada e considerada em diferentes ângulos ou perspectivas. Uma teoria revela um conjunto de categorias muito desenvolvidas (conceitos) que estão sistematicamente inter-relacionadas através de declarações de relação, de modo a formar um modelo teórico que explica algum fenómeno social, psicológico, educativo, de enfermagem e outros igualmente relevantes. Para Strauss & Corbin (1998: 22) desenvolver teoria é uma actividade complexa. Os autores usam o termo teorização para realçar esta actividade pois desenvolver teoria é um processo frequentemente longo. A teorização é uma tarefa que envolve não só ideias intuitivas (conceitos) mas também a formulação destas num modelo lógico, sistemático e explicativo (Ibidem).

Não obstante, é necessário considerar alguns aspectos aquando da interpretação dos achados deste estudo. Em primeiro lugar, a formulação teórica explicativa não é generalizável, pois ilustra a prática de cuidados do contexto de internamento de pediatria. Porém, enfermeiros de outros contextos podem conseguir identificar-se com as situações reais que foram analisadas, conduzindo a uma melhor compreensão das suas práticas. Em segundo lugar, a teorização de um fenómeno oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria. A interpretação dos achados deste estudo deve ser vista como um guia que permite colocar questões. Qualquer enfermeiro com experiência encontra diferenças que a teoria formal não consegue exprimir. É esse diálogo prático com a teoria que torna melhoramentos acessíveis ou possíveis aos enfermeiros experientes. Em terceiro lugar, a noção de “experiência” ilustra, deste modo, o aperfeiçoamento da teoria e noções preconcebidas através do encontro com numerosas situações reais, que acrescentam nuances ou diferenças subtis à teoria. Deste modo, uma teoria é sempre uma explicação provisória, mas útil enquanto tal.

Na Parte – III, que se segue, apresentamos os achados que alcançamos por meio deste processo de teorização.

PARTE III – ACHADOS: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO

1 – CONTEXTO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM DE UM SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

As metodologias qualitativas privilegiam o contexto da descoberta como contexto de partida de uma investigação, ao qual está associada a abordagem indutiva (Lessarde-Hébert *et al.* 2006). Neste sentido, procurámos apresentar o contexto em particular do Internamento de Pediatria, numa descrição que incluiu aspectos físicos e humanos, a sua dinâmica única e própria, bem como a dimensão que comporta a missão e filosofia que lhe está inerente. Destacámos, ainda, os aspectos directamente relacionados com a componente emocional da prática de enfermagem nesse mesmo contexto. De acordo com os pressupostos do interaccionismo simbólico (Blumer 1969), as pessoas agem num palco sempre em função das circunstâncias. Então é essencial conhecer o contexto das práticas para compreender o fenómeno do "uso das emoções enquanto instrumento terapêutico em enfermagem pediátrica".

Começamos por descrever **os diferentes espaços** (espaços onde a criança/jovem e família dorme e convive, espaço de tratamentos, espaço com actividades organizadas, espaço da sala de enfermagem e outros), **que representam o cenário macro onde a nível micro ocorre as acções/interacções da prática de cuidados de enfermagem.**

O contexto das práticas é referente a um Serviço de Internamento de Pediatria de um Hospital Central, integrado num Centro Hospitalar de Lisboa. O Internamento de Pediatria está em funcionamento desde a década de 80, mas o serviço actual é relativamente recente tendo sido inaugurado em Janeiro de 2006. Uma das suas directrizes é o cumprimento da Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada, que se encontra afixada com destaque no corredor central. Nesta lógica, o seu espaço físico está organizado em função de grupos etários. O Internamento de Pediatria tem a capacidade para alojar 27 crianças/jovens, distribuídos por 14 quartos e que estão identificados por cores, correspondendo cada uma a um grupo etário específico. Não obstante, são tidos em consideração outros factores; o desenvolvimento infantil e juvenil, a situação de saúde e familiar.

De uma forma simplificada podemos referir que para os recém-nascidos de termo e/ou prematuros (pré-termo) existem 2 quartos *laranjas* com 8 berços. Estes bebés normalmente estão hospitalizados para controlo de infecções e aquisição de autonomia alimentar. Estes quartos são os que se encontram mais próximos da sala de enfermagem. Para os recém-nascidos, lactentes e *toddlers* (3-5 anos) existem 2 quartos *amarelos* com a capacidade para 4

camas/berços e 2 quartos *rosas* com 6 camas/berços. Nestes quartos são alojadas crianças com infecções respiratórias, urinárias, gastrointestinais entre outras. Os 2 quartos *vermelhos* têm capacidade para 4 camas. Neste são alojados especialmente crianças em idade escolar e adolescentes. Importa sublinhar que a criança e o jovem não permanecem em simultâneo; esta situação caso se verifique é excepcional e é fruto de um pedido das crianças/jovens e resultado de ponderação e decisão por parte da equipa de enfermagem. Existem ainda 2 quartos *verdes* que pela sua proximidade com a sala de enfermagem podem alojar qualquer criança/jovem.

Para além destes quartos existem 2 quartos de isolamento designados *extra I e extra II*; estes quartos, bem como um quarto *azul*, são destinados a crianças/jovens que se encontram em isolamento ou então a crianças/jovens por motivo particular: ser um adolescente, ser uma criança com uma doença crónica (com múltiplas hospitalizações), uma hospitalização prolongada. Existe também um quarto de monitorização em vídeo das crianças ou jovens que fazem electroencefalograma e uma sala destinada ao Hospital de Dia.

O serviço possui 2 salas de actividades lúdicas organizadas e equipadas de acordo com diferentes grupos etários (até à idade escolar/a partir da idade escolar respectivamente). Existe um gabinete de enfermagem onde se realizam os registos e as passagens de turno, uma sala de trabalho onde se encontram os biberões e se prepara a medicação, a sala de procedimentos sendo um espaço reservado com o objectivo de preservar o ambiente seguro no quarto, a sala de amamentação onde as mães podem extrair leite com privacidade, a sala de estar dos pais, o WC para pais com duche e ainda gabinetes médicos e WC(s) para a equipa de saúde.

Toda a decoração dos quartos com cortinados nas janelas e nos vidros de separação, os tectos pintados com nuvens, bolas de sabão e estrelas, os brinquedos que se podem encontrar um pouco por todo o lado, os desenhos animados que se podem ver nas televisões, os bonecos pintados de cores suaves a preencher as paredes do corredor central e que contam uma história de encantar, e as fotos que recordam crianças e jovens que passaram pelo serviço criam um ambiente acolhedor e de fantasia. Algo semelhantes a um quarto de criança, de uma casa ou de um infantário. Este ambiente físico está predominantemente adaptado para as crianças, e não tanto para os jovens. No entanto, os últimos são, habitualmente, acomodados num quarto individual se for o seu desejo.

É neste espaço físico específico que se gera e prolifera, simultaneamente, um espaço psicossocial moldado por papéis e pela relação entre as pessoas que aqui se encontram.

As crianças, jovens e suas famílias são admitidos no Internamento de Pediatria provenientes do serviço de urgência pediátrica, unidade de cuidados especiais pediátricos ou consulta externa. Os seus problemas de saúde são agudos ou crónicos, mas predominantemente agu-

dos. Deste modo o período de hospitalização é geralmente curto (até uma semana) nas situações de infecções respiratórias ou gástricas, à excepção dos recém-nascidos prematuros (pré-termo) que permanecem hospitalizados 4/5 semanas ou mais. Mas o acompanhamento hospitalar, com múltiplos reinternamentos, pode durar anos em casos de crianças ou jovens com doença crónica, nas situações de paralisia cerebral, infecções respiratórias recorrentes ou doenças imunológicas.

Os familiares podem acompanhar permanentemente a criança ou jovem durante o período de hospitalização, sendo que das 8 às 22 horas pode permanecer um acompanhante no serviço. Quando os pais acompanham os filhos durante 24 horas usufruem de refeições gratuitas e podem realizar a sua higiene no serviço. Os pais que optam por se ausentar podem telefonar durante as 24 horas para obterem informações do estado de saúde dos filhos. Apenas a estes são cedidas informações telefónicas e sempre pelos enfermeiros responsáveis pela criança ou jovem (por norma esta situação acontece com os recém-nascidos com uma hospitalização prolongada em que os pais no período da noite não estão presentes, sendo os telefonemas antecipadamente combinados com a enfermeira). As visitas de amigos e outros familiares também são permitidas e facilitadas a pedido dos pais no caso de crianças pequenas. É permitido trazer de casa brinquedos, almofadas e outros objectos pessoais e o uso de roupas próprias.

A equipa de saúde é composta, tradicionalmente, por médicos, enfermeiros, educadoras e assistentes operacionais. As educadoras de infância programam actividades adequadas à idade e estado de saúde das crianças ou jovens como pintura, modelagem ou recortes. E garantem que o material lúdico chegue às crianças ou jovens. Outra actividade a salientar é a intervenção da “Operação Nariz Vermelho”, cuja equipa é constituída por palhaços hospitalares contratados pela Instituição. Antes do contacto directo com as crianças e jovens os palhaços fazem uma primeira abordagem junto dos profissionais do serviço para obterem informações sobre o seu estado de saúde e disposição. Durante as consultas dos doutores palhaços as crianças participam activamente e esta intervenção estende-se aos seus familiares e também aos vários profissionais de saúde. Os enfermeiros e médicos também reservam espaço nos seus cuidados para a brincadeira e conversa com as crianças ou jovens.

Os enfermeiros organizam o seu trabalho em função da filosofia assistencial do serviço, que é alargada à equipa de saúde. A filosofia assistencial no Internamento de Pediatria é baseada nas teorias do Cuidar, o que preconiza então a promoção da “Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança” perspectivada pela Direcção Geral dos Hospitais, que considera ainda que “Humanizar os Hospitais é aliar à eficácia e à qualidade dos serviços os conceitos de conforto e bem-estar, passando também pela humanização em função de quem aí

presta serviço”. Assim, é pretendido que no Internamento de Pediatria toda a equipa de saúde deva ser tecnicamente actualizada, conhecendo bem os problemas da criança, jovem e suas famílias e da forma de como se deve relacionar com a mesma, dando carinho e respondendo às suas necessidades. Este serviço tem como objectivos principais: estabelecer um sistema de atendimento humanizado; cuidar do utente pediátrico dos 0 dias aos 16 anos em todas as situações clínicas do foro da pediatria médica e cirúrgica, de modo a diminuir o seu tempo de internamento; prestar cuidados médicos e de enfermagem tendo em conta a “Declaração dos Direitos da Criança Hospitalizada”.

A Carta da Criança Hospitalizada foi preparada por várias associações europeias, em 1988. Nesta se resume e reafirma os direitos das crianças durante o internamento hospitalar, num pressuposto de humanização dos serviços de atendimento, contendo 8 recomendações: que a criança só seja internada se não poder ser tratada em casa; que lhe seja reconhecido o direito a ter os pais ou substitutos a acompanhá-la permanentemente, devendo-lhes ser dada a informação pertinente para que participem activamente nos cuidados prestados; que tanto à criança como a estes últimos seja dada informação compreensível relativamente à doença, aos exames e aos tratamentos que, por sua vez, se devem restringir aos indispensáveis; que a dor e as agressões físicas e psicológicas sejam prevenidas ou minimizadas; que seja internada em serviços próprios, onde possa participar com outras crianças em actividades educativas apropriadas e lhe sejam oferecidos ambiente, equipamento e pessoal com formação adequada que a ajudem, com segurança, a satisfazer as necessidades físicas, afectivas e educativas; e que possa ser visitada por pessoas de qualquer idade.

A filosofia de cuidados centrados na família constitui a outra base orientadora da prática de cuidados da equipa de saúde. Esta filosofia de cuidados reflecte, igualmente, a preocupação dos profissionais de saúde em minorar as consequências negativas da experiência de hospitalização. A prática de cuidados de enfermagem, especificamente, tem como referencial o modelo teórico de Dorothea Orem (1980, 1987) e pretende dar resposta às necessidades de individualização e singularidade de cada cliente, pelo que é utilizado o método individual de prestação de cuidados. Os pais e a criança/jovem constituem o sujeito de cuidados em enfermagem pediátrica; esta díade é o cliente em pediatria. Com um grupo de enfermagem constituído por 22 enfermeiros, 3 de horário fixo e os restantes distribuídos por 5 equipas de 4/3 elementos, a fazerem horário de *roullment*, o método individual é orientado pelo conceito de “cuidado global”, o que significa que a responsabilidade de todos os cuidados é do enfermeiro que ficou responsável pelo cliente nesse turno, sendo este que avalia e coordena os cuidados necessários. No início do turno o enfermeiro chefe de equipa distribui as crianças/jovens pelos enfermeiros, e cada enfermeiro fica responsável pelos cuidados individualizados aos clientes

atribuídos. Os enfermeiros, sempre que possível, ficam responsáveis pelos cuidados aos mesmos clientes ao longo do período de internamento, e isto é facilitado pelo facto dos enfermeiros permanecerem durante 6 meses num mesmo quarto. O número de enfermeiros que cuida de cada cliente é reduzido e, deste modo, o conhecimento é mais profundo. No entanto, todos os enfermeiros conhecem os clientes hospitalizados pois a passagem de turno da noite para manhã não é apenas entre os enfermeiros responsáveis pelos cuidados a determinado cliente, mas para todos os enfermeiros presentes. É, então, uma passagem de ocorrências longa (que ultrapassa uma hora) na qual são transmitidas informações sobre a evolução das situações, discutidas as necessidades individuais de cada criança ou jovem e suas famílias e as estratégias de intervenção. Com este método individual de trabalho, o processo de cuidados é desenvolvido em função das necessidades individuais da criança ou jovem, pelo que a participação dos seus pais (pessoa significativas) é fundamental sendo, portanto, considerados como membros activos da equipa de saúde. No Internamento de Pediatria assume-se como imperativo a concepção dos pais como figuras primordiais na vida da criança/jovem, pelo que a família é o centro do processo de cuidados. Existe, então, uma determinada cultura organizacional que se orienta no sentido da filosofia dos cuidados centrados na família, que orienta os enfermeiros e também os restantes membros da equipa de saúde. A equipa parece partilhar de um conjunto de princípios (que já foram descritos) que caracteriza **um contexto sócio-relacional e, ainda, uma cultura de afectos nos cuidados de saúde.**

Os estudos de Spitz na década de 40 sobre a condição de hospitalismo e de Bowlby na década de 60 sobre as consequências da privação de uma relação mãe-filho continuada, tal como os estudos sobre a vinculação, contribuíram decisivamente para que na actualidade a realidade da hospitalização das crianças tenha mudado radicalmente na maior parte dos países. A criação de serviços especializados em pediatria, as novas formas de tratamento, a maior preocupação com a anestesia e analgesia decorrente do reconhecimento da especificidade das manifestações da dor infantil, a preocupação em reduzir ao mínimo os períodos de isolamento e de restrição da mobilidade, assim como do próprio internamento, e a criação de um ambiente adequado às actividades habituais da criança, a presença de educadores e professores nos serviços e, sobretudo, a possibilidade de acompanhamento por um familiar são reflexos desta grande mudança. Actualmente, os cuidados de saúde pediátricos visam diminuir o sofrimento e a ansiedade da criança/jovem e da família e prevenir as sequelas mais dramáticas da experiência de hospitalização, enquanto se potencia o processo de adaptação, assim como de competências de confronto eficazes, acreditando-se que a experiência de doença e hospitalização pode ser uma oportunidade de desenvolvimento. Porém, a interrupção das rotinas quotidianas e do ambiente familiar, a presença de equipamento estranho e ameaçador, a necessidade de admi-

nistrar tratamentos ou os meios de diagnósticos assustadores e dolorosos, a necessidade de contactar com muitas pessoas estranhas e a impossibilidade de manter o controlo sobre os acontecimentos são condições que dificilmente podem ser eliminadas, e que envolvem uma experiência emocional de tonalidade negativa que acrescenta sofrimento à vivência de doença e hospitalização. Os enfermeiros deste contexto são sensíveis a esta dimensão emocional da experiência humana (nos clientes), mas também à sua experiência emocional e ao lugar das emoções/afectos nos cuidados. Revelam uma prática intencional neste sentido:

- Os enfermeiros consideram que as emoções são inerentes à condição humana, as emoções dos clientes e dos próprios, pelo que estas estão sempre presentes nos cuidados que se constituem por encontros entre pessoas (cuidado humano) e são essenciais na relação em construção
- A gestão das emoções na relação de cuidados é constante e intencional
- As emoções podem mesmo moldar a relação, conferindo-lhe características próprias. Para os enfermeiros participantes existem “encontros emocionalmente fáceis” quando as crianças são receptíveis aos procedimentos, os pais são calmos e é fácil cativar os clientes, o que é gerador de emoções gratificantes
- Os enfermeiros, por vezes, confrontam-se com “encontros emocionalmente difíceis” ou com “momentos emocionalmente disruptivos” devido à carga emocional intensa que é perturbadora; quando os pais são ofensivos, quando têm de lidar com o sofrimento, perante situações de fim de vida, durante os procedimentos que não correm bem ou mesmo quando fazem um acolhimento
- O método individual de trabalho favorece o desenvolvimento de uma relação enfermeiro-cliente privilegiada, de conhecimento mútuo e proximidade. Os enfermeiros participantes valorizam esta relação como fundamental para a sua prática de cuidados. Defendem que é imprescindível para conhecerem os clientes e que isso melhora a prestação de cuidados, mesmo que possa ser difícil e exigente
- Na sua abordagem procuram desenvolver a confiança nos relacionamentos, de modo a que os clientes percepcionem abertura, segurança, acreditem e possam contar com os enfermeiros.
- Nesta relação, que se inscreve frequentemente num processo triangular crianças/jovens-famíliares-enfermeiros, os enfermeiros têm em conta as experiências vividas pelas crianças ou jovens mas também pelos familiares que os acompanham, o estado emocional dos clientes vai moldar a prática de cuidados
- A dádiva de afecto e o carinho acompanham os cuidados de enfermagem e são integrados naturalmente na prática dos enfermeiros, que defendem que os afectos envolvem todos os cuidados, o que permite evitar o “acto seco”

- Defendem ainda que os afectos na relação são essenciais, pois permitem aliviar o stress e o sofrimento, conquistar a confiança, satisfazer as necessidades afectivas, criar uma figura de referência, construir a própria relação e desenvolver eficazmente os cuidados

Os enfermeiros orientam a sua prática pelo pressuposto de que a experiência de hospitalização pode ser promotora do desenvolvimento/crescimento dos clientes, acreditando que é possível ajudar a lidar com o sofrimento de forma saudável, o que pode ter repercussões positivas em futuras experiências relacionadas com cuidados de saúde.

Os momentos de realização de procedimentos dolorosos são considerados de uma emocionalidade excessiva e são alvo de uma grande atenção e sensibilidade dos enfermeiros, que implica uma atitude reflexiva sobre a individualização da prática. São analisadas as melhores estratégias para minimizar a dor ou desconforto com a colaboração e mesmo seguindo as sugestões dos pais. Os pais e criança/jovem (se for adequado à idade) são informados e preparados para os procedimentos. Muitas vezes os enfermeiros funcionam como “almofada” para atenuar as emoções perturbadoras dos pais/crianças facilitando a expressão emocional que lhes permita libertarem-se dos receios e encontrarem sentidos para a experiência. A intencionalidade é que os clientes experienciem bem-estar emocional, apesar da situação de doença e hospitalização, o que influencia positivamente a adaptação e recuperação.

A filosofia dos cuidados centrados na família e o foco na humanização/individualização dos cuidados convergem para um objectivo primordial da enfermagem neste serviço: que as crianças ou jovens e suas famílias passem da melhor forma o momento de internamento, pois é reconhecida a experiência emocionalmente intensa da vivência de doença e hospitalização e os cuidados de enfermagem visam transformar a experiência o mais positivamente possível. Destaca-se, então, que os pais, ou pessoa significativa, são simultaneamente sujeitos dos cuidados dos enfermeiros e parte integrante da equipa pediátrica pelo que podem permanecer todo o tempo com o filho quando este está internado. A sua presença contínua está associada às necessidades afectivas das crianças ou jovens e à integridade emocional da família. Por outro lado, o conhecimento que só os pais detêm dos seus filhos é considerado fundamental para a prática de cuidados individualizados. Outro aspecto que se salienta é a identificação e respeito pelo estado emocional e preferências dos clientes, a comunicação verbal e não verbal autêntica e concordante e, atendendo a que a segurança emocional do cliente passa pela criação de laços interpessoais significativos, a necessidade da manutenção de um enfermeiro responsável pelos cuidados à criança ou jovem durante a hospitalização, que possa funcionar como profissional de referência para a criança ou jovem e para os seus pais.

E é neste contexto da prática de cuidados que os enfermeiros usam as emoções enquanto instrumento terapêutico, o qual passamos a descrever.

2 – NATUREZA DO USO DAS EMOÇÕES NA PRÁTICA DE CUIDADOS DOS ENFERMEIROS NO CONTEXTO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

A análise de dados fez sobressair a natureza do uso das emoções que caracteriza a dimensão emocional da prática dos enfermeiros em contexto de internamento de pediatria, de acordo com a experiência dos próprios enfermeiros mas também na perspectiva dos clientes. O uso das emoções define-se em 5 categorias major que enformam a prática de cuidados dos enfermeiros participantes: promover um ambiente seguro e afectuoso, nutrir os cuidados com afecto, gerir as emoções dos clientes, construir a estabilidade na relação, regular a disposição emocional para cuidar (nos enfermeiros).

Cada categoria major brota da lógica indutiva e do paradigma do processo “condições/contexto-acções/interacções-consequências”, que permitiu alcançar e desenvolver a categorização (Corbin & Strauss 1998). Tendo em conta determinadas condições ou aspectos do contexto os enfermeiros desenvolvem determinadas acções/interacções que possuem determinadas consequências (Ibidem). Deste modo, no início da descrição de cada categoria major é apresentado um quadro que resume a codificação relativamente às condições/contexto, acções/interacções, consequências e respectivas categorias que a enforma.

Ao longo do texto as categorias major encontram-se expressas “entre aspas”, as categorias estão expressas em **negrito** e as sub-categorias estão expressas em *itálico*. As ilustrações com recurso a segmentos de texto referentes a observações são assinaladas por exemplo por Enf-CrOPrP1, em que OPr designa dados da Observação Presente e P1 (Protocolo 1) inclui o conjunto de dados obtidos pelos diferentes instrumentos de recolha de dados relativos à mesma interacção/sujeitos participantes. Enf-CrODP1 designa dados da Observação Distante (OD) e EnfOPa1 designa dados de Observação Passiva (OPa). Nas ilustrações assinaladas por exemplo por EnfEP2, EP designa Entrevista do respectivo Protocolo (2), em EnfEPr2 designa Entrevista em Profundidade (EPr) que corresponde aos dados obtidos na fase a consolidação e saturação. Já nas ilustrações assinaladas por exemplo por EnfEV2, EV designa Entrevista de Validação que corresponde às entrevistas finais de validação dos achados. Por último nas ilustrações assinaladas por EnfNE3, NE designa dados da Narrativa Escrita fornecidos pelos enfermeiros participantes.

Passamos a apresentar cada uma das categorias major em particular.

2.1 – PROMOVER UM AMBIENTE SEGURO E AFECTUOSO

A notícia de internamento da criança ou jovem é habitualmente perturbadora para a família; uma experiência emocional que envolve a situação de doença associada a muitas emoções relacionadas com a perspectiva do que se vai encontrar no serviço de internamento, um ambiente que tem o potencial de ser inseguro, assustador e não familiar. O impacto com o ambiente físico (luminosidade, cheiro, sons, cores, temperatura) muitas vezes surge primeiro que a interacção com os enfermeiros (ambiente humano). Mas ambos têm uma influência muito grande nos clientes em termos emocionais. Um ambiente seguro e afectuoso implica elementos e mensagens humano-afectivas nas interacções e também os aspectos físicos do contexto, que possam ser percebidas como seguros e familiares pelos clientes – um ambiente onde as pessoas se sentem bem.

Os enfermeiros participantes compreendem como o ambiente do hospital pode ser esmagador tanto para a criança/jovem como para os pais. Então procuram “Promover um ambiente seguro e afectuoso” (Quadro IX), justificando que o contexto de um serviço de internamento é muitas vezes **estranho e stressante** na percepção dos clientes, tornando-se imprescindível para que o hospital **não seja frio e assustador**, principalmente para as crianças.

Quadro IX - *Características da categoria major: “Promover um ambiente seguro e afectuoso”*

Contexto/Condições	Acções/Interacções	Consequências
Porquê O ambiente hospitalar é muitas vezes estranho e stressante; Preconceitos negativos sobre o hospital (ambiente adverso, dominador e que causa insegurança); A criança precisa de protecção Factores que facilitam Ambiente físico: pinturas nas paredes e tectos; vídeos de desenhos animados; brinquedos, sala de brincadeiras	Como Acolher Cumprimentar Expressar afecto Gerar ambiente familiar Preservar o quarto/unidade do cliente Sintonia com o mundo infantil (brincadeira; cantar; mobilizar personagens de contos de fada, de filmes ou desenhos animados) Despedidas calorosas Fotografias para recordar Modo Ambiente afectuoso que se cria na relação com os clientes, durante os procedimentos e entre os enfermeiros. Uso de fardas coloridas e com bonecos.	A experiência de doença e hospitalização torna-se mais positiva pois os clientes conseguem sentir-se à-vontade na relação com os enfermeiros, colocam as suas dúvidas e estão mais tranquilos. A recuperação das crianças/jovens é mais rápida quando estes estão familiarizados com o ambiente, quando estão melhor adaptados e se sentem seguros no hospital.

Mas também porque os clientes, por vezes, têm preconceitos negativos sobre o hospital perspectivando-o como um **ambiente adverso, dominador e que lhes causa insegurança**. Por outro lado, os enfermeiros sabem que “o que é pequenino é indefeso, precisa de **protecção**” (EnfEP4).

Um factor facilitador (condição) da promoção de um ambiente seguro e afectuoso no serviço de internamento de pediatria é o **ambiente físico**: nas *televisões dos quartos vê-se desenhos animados*, as *paredes e tectos do serviço têm pinturas animadas*, existem *brinquedos e leito-*

res de CDs para ouvir música nas salas de actividades e nos quartos, os cortinados são coloridos.

Para “Promover um ambiente seguro e afectuoso” os enfermeiros mobilizam as seguintes acções/interacções na sua prática de cuidados:

- Acolher
- Cumprimentar
- Expressar afecto
- Gerar ambiente familiar
- Preservar a segurança no quarto
- Sintonia com o mundo fantástico da criança
- Despedidas calorosas
- Fotografias para recordar

Os enfermeiros procuram **acolher** os clientes, na sua admissão ao serviço, *apresentando-se e apresentando o serviço, acompanhando-os até ao quarto, falando de forma simpática e afectiva, fornecendo informações e explicações* que “incluiu fornecer o guia de acolhimento” (EnfEV3), proporcionando um *quarto/alojamento seguro e com privacidade*, mostrando a sua *disponibilidade*: “no acolhimento dizer às crianças e aos pais que existe uma campainha e que podem chamar sempre que quiserem é um elemento de seguridade” (EnfEV3). Procuram, ainda, *conhecer os clientes* de modo a começarem a dar os primeiros passos na construção da relação e a obter dados singulares do cliente através do instrumento de trabalho “Avaliação inicial de enfermagem: o nome especial que os pais costumam chamar à criança, as preferências de alimentação, as palavras que a criança usa para identificar a chucha e outras particularidades” (EnfEV3), essenciais para a construção dessa mesma relação. No início de cada turno, na primeira interacção, os enfermeiros têm o cuidado de **cumprimentar** os clientes de um modo afectivo:

[A enfermeira desloca-se ao quarto e ao entrar] Olha para a criança dizendo OLÁ! Como está esta menina, dormiu bem?! (Enf-CrOPr13)

Os enfermeiros consideram ainda que **expressar afecto**, nomeadamente através da linguagem dos *inhos* (lindinho, soninho, fraldinha), permite transmitir “protecção a um ser pequenino e indefeso” (EnfEP4).

Na percepção dos clientes, a postura carinhosa e as expressões de afecto dos enfermeiros nas interacções permite sentirem-se num **ambiente familiar**, que é habitualmente seguro:

E o facto de estar... eu cheguei aqui e aparecer uma enfermeira, lá está, é carinhosa e disponível é logo uma sensação muito mais familiar, torna-se mais agradável. (JvEP12)

Um enfermeiro explica que os clientes devem sentir que o serviço de internamento é uma continuidade da sua casa, o que se torna na “(...) humanização no seu extremo (...)” (EnfEPr2).

Este ambiente familiar é promovido, em grande parte, pelas condições físicas do serviço como referimos anteriormente.

Não menos importante é **preservar a segurança no quarto/espço** dos clientes, pelo que os enfermeiros realizam procedimentos dolorosos numa sala própria, para que as crianças, principalmente as mais pequenas, não estejam sempre expectante à aproximação dos enfermeiros ou outros técnicos de saúde.

Os enfermeiros vão, frequentemente, ao encontro do imaginário das crianças numa **sintonia com o mundo fantástico** através da *brincadeira*, quando *cantam* para as crianças ou mobilizam *personagens de filmes ou desenhos animados* tal como a interacção seguinte ilustra:

Entretanto, a menina mostra à enfermeira uma boneca pequena da gatinha Kitti à qual a enfermeira responde descalçando o sapato e mostra-lhe as suas meias que também eram da gatinha Kitti. Retira ainda a caneta que estava no bolso da farda mostrando que também era da Kitti. Em simultâneo refere “Eu também tenho a Kitti!”. Ambas sorriam e acenavam a cabeça como que em sintonia. (Enf-CrOD16)

Nas **despedidas calorosas** o ambiente afectuoso é também bem visível, através de *agradecimentos* e *partilha de afectos*, e por vezes inclui tirar *fotografias* com crianças/jovens e enfermeiros. Muitas vezes essas **fotografias para recordar** são enviadas por e-mail para os clientes (EnfEPr1) ou são expostas num quadro próprio que se encontra no corredor central e também são colocadas em molduras na sala de enfermagem.

Estas acções/interacções desenrolam-se num **ambiente afectivo** que se cria na *relação com os clientes* mas também *entre os próprios enfermeiros*. Trata-se de 2 modos (ou vias) diferentes de promover um ambiente seguro e afectuoso:

Eu acho que isto são tudo afectos, são tudo... o ambiente, a envolvência que, que se gera e que faz aquele ambiente que é extremamente ternurento ah... que é próprio para o bebé, para nós, para toda a gente [risse] e para os pais também! Muitas vezes eles estão ao colo dos pais e nós estamos lá a falar sentados também, a falar com a mãe e com o pai, e eu acho que isto também é afecto. É uma ambiente em que se está a criar, percebe, que envolve todos os intervenientes (...) Somos pessoas sorridentes, somos pessoas ah... que normalmente estão muito bem-dispostas e, percebe, isso é o tal ambiente afectuoso que nós fazemos uns com os outros [entre enfermeiros] e os pais também sentem isso (...) (EnfEP6)

Por outro lado, as **fardas** dos enfermeiros são brancas mas não lhes falta cores e bonecos (EnfOPr2), o que também contribui para um ambiente seguro e afectuoso.

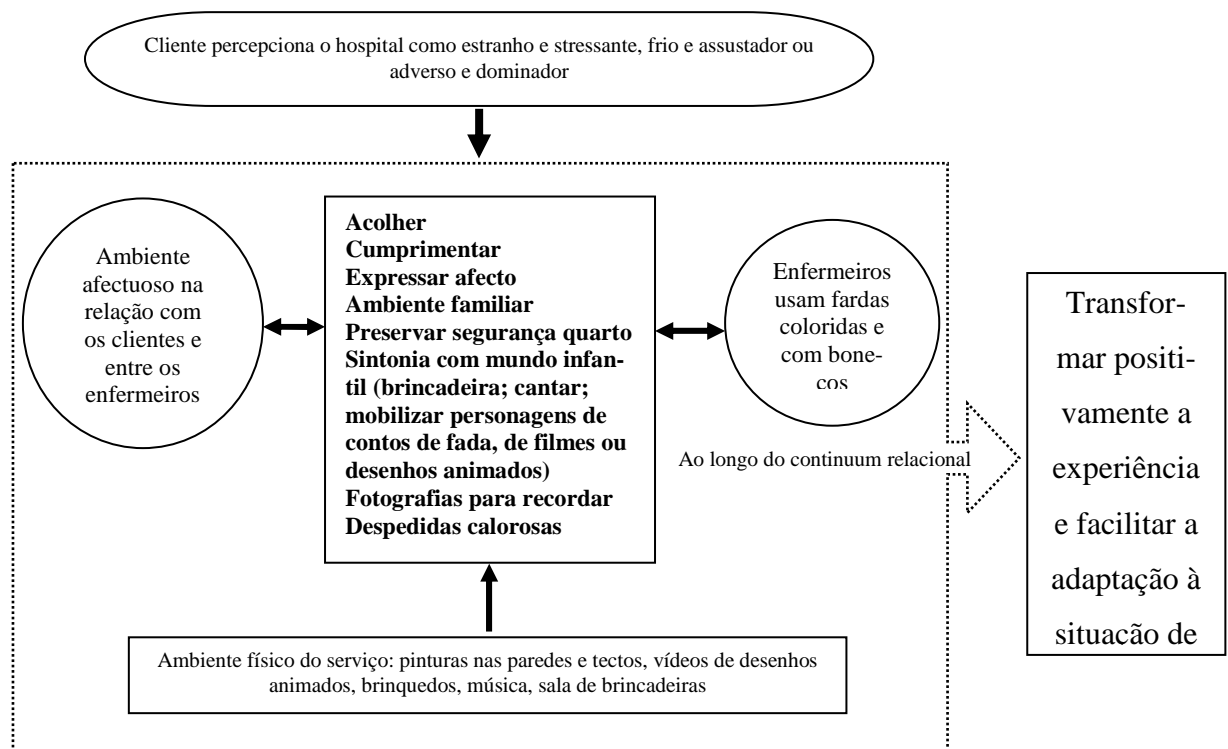
Os achados revelam que através da promoção deste ambiente, as consequências para os clientes são uma experiência de doença e hospitalização mais positiva, pois estes conseguem sentir-se à-vontade na relação com os enfermeiros, colocar-lhes as suas dúvidas e estão mais tranquilos. Os enfermeiros referem também que a recuperação das crianças/jovens é mais rápida quando estes se encontram familiarizados com o ambiente, quando estão melhor adap-

tados e se sentem seguros no hospital.

Em síntese os enfermeiros participantes, na sua prática de cuidados, procuram “Promover uma ambiente seguro e afectuoso” porque as emoções perturbadoras que os clientes vivem podem estar associadas a um ambiente percebido como estranho e stressante, frio e assustador ou adverso e dominador. Os enfermeiros participantes procuram atenuar estas percepções muitas vezes pré-concebidas, e fazem-no por via de um ambiente afectuoso que é criado na relação com os clientes durante os procedimentos, mas também entre os próprios enfermeiros. Usam ainda fardas coloridas e com bonecos. Uma condição importante é a existência de ambiente físico com pinturas nas paredes e tectos, vídeos de desenhos animados, brinquedos, sala de brincadeiras. Mas as suas acções/interacções específicas são: acolher, cumprimentar, expressar afecto, gerar ambiente familiar, preservar a segurança no quarto, sintonia com o mundo infantil (brincar, cantar, mobilizar personagens de contos de fada, de filmes ou desenhos animados), despedidas calorosas e tirar fotografias com as crianças/jovens.

Estas práticas concorrem para transformar positivamente a experiência e facilitar a adaptação à situação de doença e hospitalização (Diagrama IX).

Diagrama IX – *Esquema-síntese da categoria major: “Promover um ambiente seguro e afectuoso”*



2.2 – NUTRIR OS CUIDADOS COM AFECTO

A prática dos enfermeiros participantes em contexto de internamento de pediatria é caracterizada pelo afecto manifestado em cada cuidado, o que significa dar carinho e ternura, transmitir o seu amor, estando a dar de Si ao Outro nas interações (Quadro X).

Quadro X - Características da categoria major: “Nutrir os cuidados com afecto”

Contexto/Condições	Ações/Interações	Consequências
<p>Porquê Necessário para o desenvolvimento das crianças; Desejado; Direito; Apelar; Diminui os factores de stress associados à hospitalização; Cuidados não funcionam sem afectos; Pode ser tão ou mais importante do que um procedimento muito perfeito; Facilita a execução dos procedimentos; Essencial para conquistar a confiança</p> <p>Factores que facilitam Gostar muito de crianças; Considerar as crianças como se fossem o seu próprio filho ou alguém da família; Modo afectivo de ser; Tempo de contacto/desenvolvimento da relação; Experiência de parentalidade</p>	<p>Como <i>Dádiva de afecto:</i> Sorriso; Voz embalada e suave; Olhar meigo; Falar amimado (adjectivos carinhosos, frases carinhosas,inhos, movimentos balanceados com a cabeça); Carinho (festas e toques suaves, beijinhos e abraços); Colo</p> <p>Quando <i>Momento próprio:</i> Cumprimento no início do turno; Despedidas; Tomar conta da criança <i>Vinculado aos procedimentos:</i> Conforto; Posicionamento; Higiene; Alimentação; Segurança; Procedimentos dolorosos; Envolve todos os cuidados e inclui o ambiente e relação entre colegas</p> <p>Modo <i>Espontâneo:</i> Acto natural; Acto que “sai” durante os cuidados <i>Intencional:</i> Em substituição dos pais; Aliviar o sofrimento de uma criança/jovem que está só; Planeamento de cuidados</p>	<p>O cliente sente-se amado e considerado; Pais sentem confiança nos enfermeiros e segurança nos cuidados; Tranquilidade, bem-estar e percepção de não ser tão mau estar hospitalizado; Alivia o sofrimento e constitui uma forma de ajuda e apoio; Desenvolvimento e consolidação da relação; Colaboração facilitada dos clientes nos cuidados.</p>

Na perspectiva dos enfermeiros participantes este conjunto de fenómenos afectivos, que se desenrolam durante os cuidados, justifica-se pela existência de condições específicas do contexto. Estes mencionam que o afecto é necessário para o **desenvolvimento das crianças**, é **desejado** por estas, as próprias crianças **apelam** ao afecto e constitui ainda um **direito** que lhes assiste. Mas é também fundamental para **diminuir os factores de stress** associados à experiência de hospitalização.

No exemplo que se segue uma enfermeira explica o que sucede quando os enfermeiros são tecnicistas, pouco afectuosos e frios com os clientes, e porque procura não agir desse modo:

(...) para os pais é stressante ver a criança doente, é estranho para eles, tudo isto é... tem tantos factores de stress aqui [no hospital]... se nós formos menos afectivos, mais tecnicistas, etc., acho que ainda... Se formos mais frios com a criança e com os pais, quer dizer, ainda acho que intensifica mais estes factores todos que já estão adjacentes a uma hospitalização. E portanto, tento ao máximo que... que esses factores sejam... que esses stressores sejam diminuídos (...) (EnfEP2)

Por outro lado, os enfermeiros consideram que sem afectos seria impossível prestar cuidados, justificando que os **cuidados não funcionam** quando a afectividade não está associada à técnica. Por vezes os afectos são tão ou mais importantes que uma técnica muito perfeita e além disso contribuem para que os **cuidados se processem melhor**. Uma enfermeira explica no

exemplo abaixo que apesar de uma técnica bem executada ser fundamental, esta só por si sem afecto não funciona:

Porque pode acontecer, há serviços que não há, que não são afectuosos, percebe, há serviços que não são afectuosos, são extremamente eficazes e até podem ser mais eficazes que nós ah... nalgumas coisas, em termos técnicos e tudo, a técnica também nós não podemos descurar porque a má técnica ou pouca experiência (...) também levam a repetições de determinados procedimentos e leva a sofrimento muito grande e a uma perda de confiança, a uma perda de tudo dos pais, e portanto isso também é importantíssimo. Agora, mas só isso [só a técnica], sem afecto eu não... eu não compreendo, não compreendo, não compreendo e acho que não funciona (...) (EnfEP6)

Outra justificação é que os enfermeiros logo desde o primeiro encontro com o cliente, principalmente com crianças, sabem que podem recorrer aos afectos para **conquistar a sua confiança** e, portanto, podem começar a usar de imediato a afectividade que é essencial para efectivarem os procedimentos.

Existe um factor que facilita este “Nutrir os cuidados com afecto” e que decorre do facto dos enfermeiros **gostarem muito de crianças**, sendo esta uma condição essencial assumida pelos próprios para trabalharem em contexto pediátrico. “Gostar de crianças implica gostar de estar com elas, de contactar e conhecer as crianças ou jovens, de mimá-las e gostar de passar tempo junto delas” (EnfEPr6). Os enfermeiros consideram que as crianças/jovens são “fascinantes” na sua competência e capacidade de se adaptarem às situações (EnfEV1). Na perspectiva dos pais, os enfermeiros têm carinho como se fosse o seu próprio filho ou alguém da família, tal como referem as mães nos dois exemplos que se seguem:

Ah... tratam-no mesmo como se fosse... delas, como se fosse da família! Tão, tão sempre a falar com ele (...) sempre que vou mudar a fralda elas [as enfermeiras] vêm espreitar... e eu, eu... gosto muito delas. Acho que elas são impecáveis (...) (MãeEP8)

(...) [os enfermeiros] andam com ela [com a filha] ao colo quando eu [a mãe] não tou... Têm aquele carinho como se fosse um filho deles, mesmo! (MãeEP11)

No entanto os enfermeiros referem que não têm a pretensão de substituir os pais, mas consideram que as crianças têm necessidades afectivas que estes devem e podem satisfazer, mesmo que este afecto não seja contínuo e nem tão intenso como na relação entre pais e filhos.

O facto de os enfermeiros possuírem um **modo afectivo de ser** é também uma condição facilitadora da dádiva de afecto. O seu modo afectivo é facilmente percebido e descrito pelos clientes dos cuidados. Os enfermeiros são muito *sorridentes* e transmitem *descontração, alegria e boa disposição*. Uma enfermeira refere “(...) consigo transmitir os meus bons sentimentos aos outros.” (EnfNE1). Outra enfermeira realça que a própria equipa é descontraída e alegre. Nos exemplos seguintes constata-se este modo afectivo na abordagem de duas enfermeiras:

A enfermeira entra no quarto começando logo a falar com a Jovem (de 16 anos) de um modo muito

animado, referindo: esta menina é a Joaquina e eu não disse que ela é mesmo linda?! É ou não é? (Enf-JvOPrP12)

A enfermeira entra no quarto e verbaliza para a mãe “bom dia!”, com um sorriso e um tom de voz alegre e moderado, colocação de voz segura. (Enf-MãeOPrP13)

A *simpatia* é também uma característica descrita pelos clientes como uma forma de se sentirem bem tratados quando os enfermeiros falam com eles, de os atenderem bem, com bom agrado para com eles, de não serem ríspidos. Nesta sua postura afectiva os enfermeiros são naturalmente *afectuosos*, isto é, são meigos, carinhosos, atenciosos e gentis na interacção com os clientes. Mesmo durante a passagem de turno esta característica é notória pela sua forma de expressão verbal (emprego de linguagem dos inhos e adjectivos carinhosos) e expressão facial (Passagem TurnoOPa5).

São também *acessíveis* o que significa, na perspectiva dos clientes, que os enfermeiros ao serem afectuosos e simpáticos colocam-nos à-vontade e dão abertura para exporem as suas dúvidas, fazerem perguntas, pedirem ajuda sempre que necessitam. São acessíveis no sentido de tornarem possível que os clientes cheguem até eles para obterem a sua ajuda. E são *pacientes*, ou seja, têm a capacidade de suportar e aceitar dificuldades, incómodos, relações difíceis com tranquilidade. Quando as crianças pequenas os rejeitam por se sentirem inseguras, os enfermeiros têm paciência e aguardam tranquilamente até conquistarem a sua confiança. No exemplo que se segue uma enfermeira sabe que tem que ter paciência para com a reacção negativa de uma mãe:

Então, por vezes [a mãe] “está muito bem connosco” mas quando corre alguma coisa menos bem “deixa de nos falar, mal olha para nós, fica com uma má cara e depois temos que ter muita paciência para ela, temos que lhe explicar tudo muito bem!”. (EnfEP6)

Por último, os enfermeiros são *serenos* adoptando uma postura calma, pausada, não apressada e não invasiva. Dão informações aos pais de modo a que estes não fiquem assustados, falam com as crianças de modo a que estas não fiquem amedrontadas, aproximam-se dos clientes com calma e tranquilamente.

O **tempo que a relação dura** entre os enfermeiros e os clientes constitui outra condição que facilita o “Nutrir os cuidados com afecto”, pois em situações de clientes com internamentos prolongados ou repetidos (situação de doença crónica) constrói-se uma maior proximidade e a “entrega é maior” (EnfNE3) o que, inevitavelmente, acentua a dádiva e mesmo a partilha de afectos. Relativamente a um caso de um bebé de 4 meses, vítima de maus tratos, que inicialmente ficava muito choroso à aproximação e manipulação dos enfermeiros, uma enfermeira faz alusão à tolerância e mesmo satisfação ao toque e ao colo que apresenta actualmente, tendo em conta o tempo de contacto/relação:

(...) [a enfermeira] diz para os profissionais que estão na sala: ela [a bebé] já tolera mais o colo e há

pouco fiz-lhe massagem e ela ficou... (faz uma expressão de satisfação), fiz uma massagem às pernas e quando parei ela ahhh (som de choro), depois toquei nas pernas e ela deixou de refilar! (Enf-CrODP19)

Nas primeiras interacções as expressões de afecto devem ser mais contidas e ponderadas, tal como explica a enfermeira na ilustração que se segue:

Se nós entrarmos e se dissermos óh linda (...) Eu acho que de certa forma... começo logo bem porque eles se sentem bem. A abordagem é logo... claro que não faço isso na primeira abordagem, quando começa a interacção com a criança. Mas se tiver mais que um turno com ela certamente que utilizo esta terminologia. (EnfEP5)

Por último, uma condição não menos importante é a **experiência de parentalidade** dos enfermeiros. Uma enfermeira expressa “Desde que fui mãe acho que o colo é ainda mais importante” (EnfEV3) e um enfermeiro que foi pai há um ano refere “(...) fiquei ainda mais sensível para dar afecto às crianças” (EnfEPr2).

Quanto às acções/interacções, os dados revelam que os enfermeiros participantes impregnam os cuidados com a sua dádiva de afecto, através de:

- Sorriso
- Voz embalada e suave
- Olhar meigo
- Falar amimado
- Carinho
- Colo

O **sorriso** é usado com muita frequência e habitualmente associada às outras formas de dádiva de afecto. A par do sorriso os enfermeiros adoptam uma **voz embalada e suave** e um **olhar meigo** nas mais diversas situações de cuidados: enquanto *conversam com a criança durante a administração da terapêutica*, quando *fornecem explicações ou informações*, quando *olham e estimulam o bebé* enquanto dão o biberão, quando *ouvem atentamente o desabafo* de uma mãe e outros. No exemplo que se segue uma enfermeira com um grande sorriso *cumprimenta mas também questiona a criança* de 4 anos, podendo assim obter ou validar dados que permitem planear os seus cuidados:

Olha para a criança dizendo OLÁ! Como está esta menina, dormiu bem?! O tom de voz era suave mas ritmada acompanhado de um grande sorriso e dando tempo para a criança responder. (Enf-CrOPrP13)

É muito frequente, também, os enfermeiros adoptarem um **falar amimado** durante a execução dos procedimentos. Estes incluem muitas vezes na sua linguagem *adjectivos carinhosos* (“princesinha”, “lindinho”, “linda”, “pequenote”, “estrelinha”, “joaninha”) ou *frases carinhosas* (“deixa ver a tua luzinha do dedo”, “é assim meu querido”, “queres mimiinhos, não é?”, “não é meu fofo?”). O uso de palavras que terminam em *inhos* é comum, tal como *movimen-*

tos balanceados com a cabeça enquanto falam com os bebés ou quando ouvem atentamente uma criança ou um jovem.

Porém, os enfermeiros sabem que devem *adequar a fala* à idade do cliente pediátrico, de acordo com o bebé, criança ou jovem respectivamente:

Se calhar com um bebé, com um recém-nascido ou um prematuro se calhar vou falar com outro, outra linguagem, outro timbre. Geralmente faço mas... se calhar não chamo lindinho, chamo amorzinho com os pecaninhos, pronto! (EnfEP5)

Eu pessoalmente quando são... quando começam [na idade] escolar, começa essa fase, começo a tratá-los por lindinhos ou lindos, lindas (...) (EnfEP5)

Agora também é importante nós [os enfermeiros] de não, de acordo com a idade da criança, não... não generalizar a nossa abordagem para todos. Porque nós também apanhamos, temos com adolescentes também. Portanto, não podemos estar tão, apesar de estarmos em pediatria e a idade é até aos 16 anos, não podemos estar com aquela abordagem sempre muito pediátrica e de um diálogo sempre de muito criança, quando nós temos adolescentes. Porque então eles sentem-se inferiorizados. Então aí acho que é importante adaptarmos à criança, e adaptarmos principalmente quando a criança já nos conhece de outras situações. (EnfEP2)

O **carinho** é outra das expressões de afectividade que constitui uma das estratégias de dávida de afecto no decorrer dos cuidados. Os enfermeiros fazem *festas e toques suaves* frequentemente na face, cabeça, barriga, braços e pernas dos bebés. Na face, cabeça e braços das crianças e na face e mãos dos jovens, na presença ou ausência dos pais, enquanto conversam com estes ou fazem algum procedimento. Procuram que estes toques não sejam invasivos e podem ser acompanhados com um **falar animado** e outras expressões de afectividade. Nos bebés as *festas* implicam também uma aproximação física da face da enfermeira que por vezes chega ao toque de nariz, tal como o exemplo ilustra:

Então [a enfermeira] começa a interagir com o bebé de forma carinhosa, dando afecto. O seu olhar era directo e persistente na direcção da criança, acariciava os braços e a face do bebé e por vezes aproximava-se ao ponto do seu nariz, ficar muito próximo do nariz do bebé. (Enf-CrODP19)

As *festas*, nomeadamente, nos braços e costas são também observadas nas interacções com os pais, em jeito de consolo após o procedimento doloroso do filho ou durante uma “conversa” com espaço para a expressão emocional.

Por último, as *festas* podem não possuir a intencionalidade exclusiva de dar carinho. As *festas* podem estar associadas ao humor e boa disposição quando os enfermeiros fazem cócegas através de toques leves e repetidos que estimulam o riso. Outro exemplo, apresentado abaixo, revela que uma enfermeira ao amparar a criança, pois esta corria o risco de cair, aproveita para lhe fazer festas na barriga:

A criança começa a levantar-se da cama e a enfermeira coloca a sua mão na barriga como que a ampará-la para esta não cair, mas simultaneamente faz-lhe festas com movimentos circulares (...) (Enf-CrOPrP3)

Outras formas de **carinho** são os *beijinhos e abraços* que ocorrem a qualquer momento da interação de uma forma espontânea ou a pedido da enfermeira e muitas vezes em momentos de despedida, tal como o exemplo demonstra:

Estava no momento do regresso a casa de uma menina de 6 anos e esta foi à sala de enfermagem, na companhia da sua mãe, para se despedir das enfermeiras. A enfermeira que se encontrava junto à porta e, portanto, mais perto da criança, de imediato reage à sua presença e profere “Já vais embora, que bom!”. A enfermeira emanava afecto no seu olhar, com inclinação do tronco e cabeça e abre os braços para acolher a menina com um abraço e um beijinho. Este gesto de carinho [entre a enfermeira e criança] foi tão espontâneo como natural para a criança que parecia ter obtido o que queria. Esta estava muito descontraída, olhava para a enfermeira muito sorridente e carinhosamente. (Enf-CrODP16)

Inclui-se ainda na dádiva de afecto, dar **colo** aos bebés e às crianças pequenas o que significa dar os braços com afecto, um *aconchego* através do contacto físico. Os enfermeiros dão colo principalmente quando *as crianças estão sós*, pegando intencionalmente nos bebés que não têm acompanhante como o exemplo ilustra:

Nós podemos dar-lhes de comer até na caminha, com aquilo que até me faz impressão, com o sistema penduradinho e coladinho na cama. Não quer dizer que agente não faça isso de vez em quando. Agora temos de ter a noção de, se o bebé passa todo o dia com a mãe... à noite nós até podemos deixar [a sonda pendurada na cama] se são muitos e nós não tivermos tempo, mas vamos pegar exactamente naqueles que têm menos colo, percebe. Porque sem dúvida nenhuma nós sabemos o que é a interação no desenvolvimento de uma criança (...) (EnfEP6)

O **colo** pode ter também a finalidade de *aliviar o sofrimento* de uma criança em fim de vida, através da presença e do sentimento de não estar só que este é capaz de transmitir.

Por vezes esta dádiva de afecto, nas suas diferentes expressões descritas acima, possui um **momento próprio** que se torna singular em situações de *cumprimento no início do turno*, de *despedida* aquando da alta ou quando a enfermeira *toma conta da criança* na ausência dos seus pais. Os exemplos abaixo ilustram um desses momentos:

E eu também quando eles estão às vezes prostrados e febris e as mães necessitam de sair por um segundinho para ir buscar uma fraldinha, para ir buscar um biberon e nós tamos naquele período para a criança não ficar sozinha, eu tento sempre tocar na criança de alguma forma, de forma não invasiva mas... quer seja com uma pequena festa no couro cabeludo, na barriguinha também costumo (...) (EnfEP2)

Mas na maioria das vezes encontra-se **vinculada aos procedimentos**, incorporando o próprio procedimento; *conforto, posicionamento, higiene, alimentação, segurança, procedimentos dolorosos*. Deste modo, todos os cuidados encontram-se impregnados de afecto. Uma enfermeira explica que os afectos/emotividade estão presentes em “90% do nosso trabalho” e “demora muito tempo” mas “são essenciais” (EnfEPr3). No exemplo abaixo, outra enfermeira explica como os afectos estão *intrínsecos e são essenciais* na prestação de cuidados em pedia-

tria, realçando alguns aspectos da sua prática, mas também do ambiente e da relação entre colegas:

Essa parte dos afectos para mim é, é... intrínseco, eu não consigo... organizar-me e nem consigo organizar nada se não tiver afectos. (...) O afecto está em tudo! (...) e não acho que tem que ser só com o bebé, é todo, todo, todo o ambiente se cria, é a maneira como eu falo com o bebé, é a maneira como eu falo quando alguém que lá chega e o bebé ouve, é a maneira como eu lhe toco, é a maneira como eu lhe mexo, é a maneira como não sei quê, até connosco como grupo, como agente fala uns com os outros quando estamos a falar [junto ao bebé]. Às vezes, está uma [enfermeira] a dar [o biberão] a um bebé e está outra a dar e nós estamos a comunicar umas com as outras, e estamos a comunicar de uma forma muito agradável! (EnfEP6)

Por último quanto ao modo, a dádiva de afecto possui uma forma **espontânea** pois é um acto *natural, voluntário* e que surge de *moto-próprio nas interações*. Os enfermeiros verbalizam que é um acto que “sai” espontaneamente, quando se cruzam no corredor com a criança ou em qualquer interacção, tal como é natural que as crianças sejam acarinhadas pelas pessoas com quem interagem em diferentes contextos (na família, no infantário, na escola) e, portanto, no hospital são naturalmente acarinhadas.

E também possui uma forma **planeada** quando os enfermeiros dão afecto para *compensar a ausência dos pais* ou quando procuram *aliviar o sofrimento* de uma criança/jovem que se encontra só, existindo uma intenção específica e muito precisa. Um critério de distribuição das crianças/jovens pelos enfermeiros de serviço é o facto de estarem sós, pois precisam de uma maior presença destes. No exemplo seguinte uma enfermeira explica que em casos específicos o afecto é incluído intencionalmente no planeamento dos cuidados:

Agora pode ser intencional também, pode ser intencional, pode haver uma situação em que... que haja até disfunções familiares (...) e que nós tenhamos em conta ao planear os nossos cuidados, tenhamos uma intenção muito específica que aquele menino precisa de cuidados talvez ah... muito especiais, em termos de afecto mesmo! (EnfEP6)

Deste modo, “Nutrir os cuidados com afecto” tem como consequências que os clientes se **sintam amados e considerados**. E isto é muito importante, principalmente, para o desenvolvimento das crianças e para as capacitar emocionalmente, mas também para os **pais que sentem confiança** nos enfermeiros pois sabem que os seus filhos são acarinhados mesmo na sua ausência, tal como uma mãe explica:

Para mim representa muito mais do que aquilo que elas [enfermeiras] imaginam! É bom saber que tenho pessoas que cuidam do meu filho quando eu não tou no momento, que gostam dele. Pronto, que lhe dão carinho na hora que ele precisa quando eu [mãe] não estou, por exemplo! Isso é muito importante, isso! (MãeEP11)

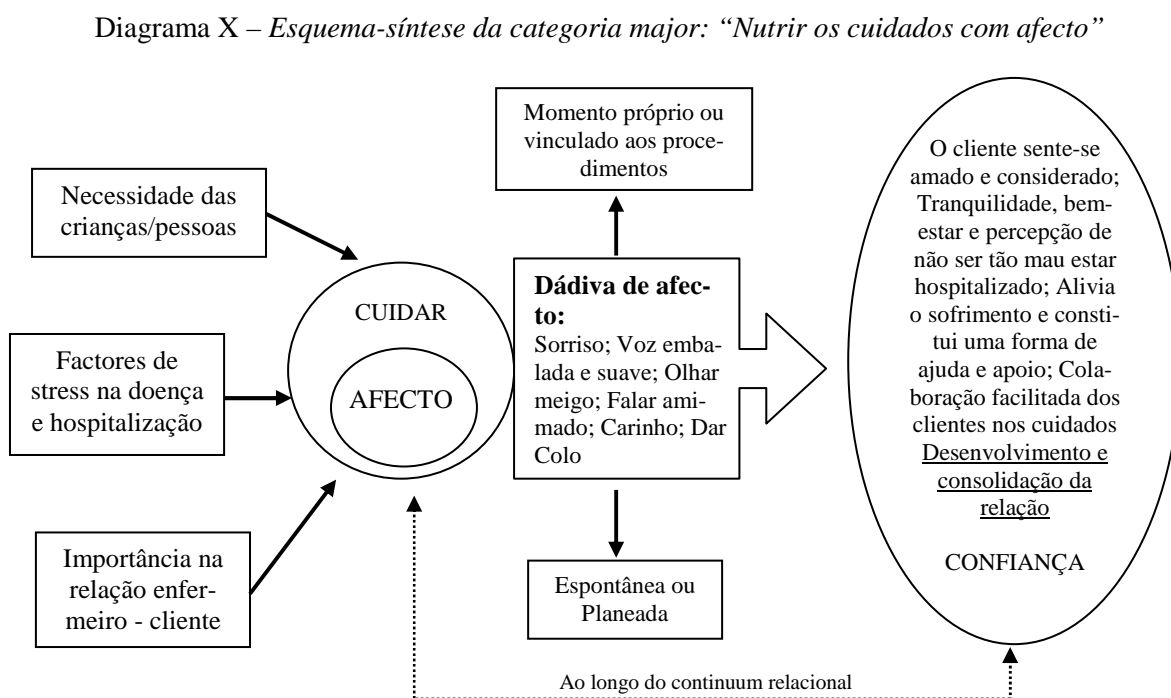
As diferentes formas de dádiva de afecto nos cuidados promovem também, nos clientes, uma **tranquilidade**, um **bem-estar** e uma **percepção de não ser tão mau estar hospitalizado**. Uma jovem de 16 anos descreve a sua experiência comparando os enfermeiros meigos e cari-

nhosos com os enfermeiros “brutos”, e o impacto que tem nela:

Ah... facilita nós estarmos aqui... porque isto não é agradável estar no hospital! É sempre uma situação complicada emocionalmente e... facilita muito ter... ter uma pessoa assim [meiga e carinhosa] por perto, porque se nós chegamos aqui e encontramos uma pessoa mais bruta, mais ponta pé para a frente e... ainda... meu Deus eu quero é ir para casa! Já é mau estar aqui e tar a lidar com pessoas assim é mesmo de ir para casa. Mas quando... enfrentar uma pessoa assim [meiga e carinhosa] já é mais... não sei... já, já, já nos sentimos melhor, já não é tão mau estar no hospital! (sorri) (...) (JvEP12)

Ainda na percepção dos clientes, o afecto expresso pelos enfermeiros produz **alívio do sofrimento** e constitui uma forma de **ajuda e apoio**. Por último, e na percepção dos enfermeiros, o uso dos afectos em cada cuidado resulta numa **melhor colaboração** dos clientes e no **desenvolvimento e consolidação da relação**.

Em síntese os enfermeiros participantes procuram “Nutrir os cuidados com afecto”, defendendo mesmo que não há cuidados sem afectos (Diagrama X).

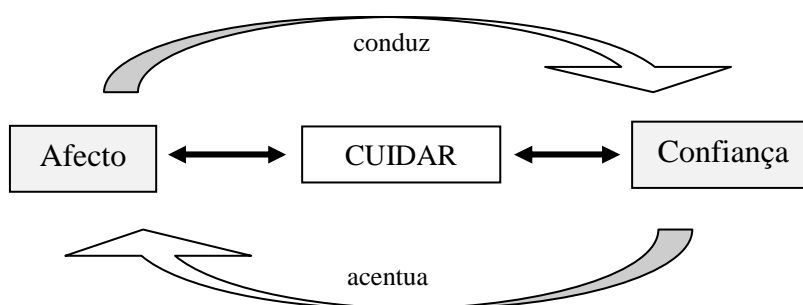


As condições que caracterizam este contexto (necessidades afectivas das crianças, exposição a factores de stress e outras) conduzem para uma dádiva de afecto presente em cada acto de cuidar. Também coexistem factores facilitadores como os enfermeiros gostarem muito de crianças, possuírem um modo afectivo de ser e a duração da relação enfermeiro-cliente. A dádiva de afecto dos enfermeiros (sorriso, voz embalada e suave, olhar meigo, falar amimado, carinho e pegar ao colo) surge em momentos únicos para o efeito ou vinculado aos procedimentos. Existem 2 formas de dar este alimento afectivo: de um modo espontâneo (acto natural durante a interacção) ou planeado (em substituição dos pais ou para aliviar o sofrimento de

uma criança/jovem que está só). Em consequência destas práticas, os clientes sentem tranquilidade, bem-estar e a percepção de não ser tão mau estar hospitalizado. Os clientes sentem-se amados e considerados e isto conduz ao alívio do seu sofrimento, constituindo uma forma de ajuda e apoio. Na perspectiva dos enfermeiros a colaboração dos clientes nos cuidados é facilitada o que também alivia o sofrimento. Uma consequência fundamental é o desenvolvimento e consolidação da relação enfermeiro-cliente.

Destacamos, ainda, que o desenvolvimento da relação enfermeiro-cliente resulta, grandemente, da percepção de sentimentos de confiança e segurança nos cuidados das crianças/jovens e seus familiares em relação aos enfermeiros, como ilustra o diagrama anterior. Porém, esta confiança que cresce ao longo do continuum relacional acentua a dádiva de afecto e, deste modo, o cuidar é alimentado pelo afecto que conduz à confiança, e por sua vez esta acentua o afecto (Diagrama XI).

Diagrama XI – *Conexão entre afecto e confiança no acto de cuidar*



2.3 – GERIR AS EMOÇÕES DOS CLIENTES

Para além do contributo da promoção de um ambiente seguro e afectuoso e de nutrir os cuidados com afecto, que permite atenuar e mesmo evitar a vivência de uma emocionalidade excessiva associada à doença e hospitalização, os enfermeiros participantes actuam mais directamente nesta experiência emocional através da gestão das emoções dos clientes. Isto é, a modificação dos estados emocionais perturbadores e de tonalidade negativa para estados de tranquilidade e bem-estar das crianças, jovens e familiares, está frequentemente presente nos seus cuidados (Quadro XI).

O contexto caracteriza-se por **vivências emocionais potencialmente intensas dos clientes**, mais ou menos expressas, mais ou menos visíveis. Na fase inicial do internamento estas vivências decorrem, principalmente, dos *sentimentos negativos associados ao hospital* (a má fama e ir para um local não familiar) e da *preocupação com o estado de saúde* (o diagnóstico, a evolução e o sofrimento).

Quadro XI - Características da categoria maior: “Gerir as emoções dos clientes ”

Contexto/Condições	Acções/Interacções	Consequências
<p>Porquê Vivências emocionais potencialmente intensas inerentes à doença e hospitalização; Problemas emocionais anteriores; Os clientes conseguem lidar melhor se forem ajudados.</p> <p>Factores que facilitam Acesso prévio a informação sobre o estado emocional; Saber experiencial; Sensibilidade vigilante; Relação construída</p>	<p>Como <i>Gestão emocional de antecipação:</i> Postura calma e carinhosa; Mostrar disponibilidade; Preparação para os procedimentos; Fornecer explicações/informações; Favorecer a expressão de sentimentos; Dar reforço positivo; Distracção</p> <p><i>Gestão das emoções reactivas:</i> Envolver a família nos cuidados; Explicar e esclarecer dúvidas; Fazer pausas; Fomentar a esperança; Colocar-se ao lado; Dar carinho; Diferenciar os momentos; Desviar o foco de atenção; Encorajar e restringir</p>	<p>Na maioria das interacções e a maior parte do tempo permite evitar que os clientes experienciem emoções de tonalidade negativa; Promover a tranquilidade e bem-estar emocional; Potenciar o auto-controlo emocional; Conquistar a confiança</p>

Mas todo o período de internamento pode constituir-se por uma situação emocionalmente complicada, tal como refere uma mãe e uma jovem hospitalizadas:

Pois... encarar [a situação de doença e hospitalização da filha] não se encara bem, não é! (MãeEP11)
(...) porque isto não é agradável estar no hospital! É sempre uma situação complicada emocionalmente
(...) (JvEF12)

Os pais e crianças/jovens deparam-se com muitos *factores de stress*: ver os filhos doentes, os procedimentos dolorosos, a medicação, os tratamentos, cuidar do filho doente. Estes factores podem ser geradores de picos emocionalmente intensos e que são vividos com sofrimento. Também durante o período de internamento os pais podem atingir um *desgaste emocional e físico* que surge pela acumulação do cansaço e das noites mal dormidas. O estado emocional dos clientes, principalmente dos pais, nesta experiência de doença e hospitalização decorre ainda de **problemas emocionais anteriores**, tal como uma história de toxicoddependência ou depressão que agora geram uma maior fragilidade emocional. Portanto, nas interacções com os clientes, ao longo do período de internamento, os enfermeiros confrontam-se com as experiências emocionais de tonalidade negativa que dão significado ao sofrimento destes. Os enfermeiros estão conscientes da vivência desse sofrimento, mas sabem que os clientes conseguem lidar melhor com isso se forem ajudados. Assim, procuram contribuir para uma experiência positiva, dando armas e ferramentas, para que **consigam sair do sofrimento**:

Os pais sofrem mas saem do sofrimento! Mas para isso temos que lhes dar armas, temos que lhes dar as ferramentas para eles poderem fazer isso, percebe! Temos que lhes dar as ferramentas, se não dermos eles não saem dali (...) É ajudar a mãe, ajudar a mãe a, a... a nossa intenção era dar todas as condições para que a mãe pudesse... vivenciar essa situação de uma forma o mais saudável possível.
(EnfEP6)

Há factores que nós não podemos, não podemos alterar, não podemos fazer com que não existam, não é! Outros que podemos atenuar, e acho que é tentar ao máximo que a experiência não seja... seja o máximo positiva possível (...) *(EnfEP2)*

Tendo em conta os recursos dos clientes, os enfermeiros participantes procuram gerir as emoções com a intencionalidade de **potenciar o auto-controlo do cliente** pois: “Se ele [criança/jovem] ficar ansioso não vai reagir tão bem, não vai conseguir controlar as suas emoções” (EnfEP1).

Uma condição que facilita a gestão das emoções dos clientes é a sua preparação antecipada, muitas vezes antes do primeiro encontro, quando os enfermeiros têm **acesso prévio a informação sobre o estado emocional** destes, cedida pelos colegas no processo de transferência ou na passagem de ocorrências. Nestes momentos de partilha de dados são valorizados aspectos emocionais que perturbam o cliente e que só por si justificam, por exemplo, um acolhimento especial:

Recebi há pouquíssimo tempo um telefonema da neonatologia a pedir, a colega [uma enfermeira] a pedir, se houvesse alguém [uma enfermeira do internamento de pediatria] disponível para ir falar um bocadinho com estes pais. São pais de um bebé que nasceu com 28 semanas, que se encontra internado na unidade de neonatologia há cerca de 2 meses, e que estavam muito apreensivos com a transferência para a pediatria. Portanto, faz todo o sentido uma coisa destas. Portanto, a enfermeira deslocar-se à unidade de onde vem transferido o bebé para depois também fazer o acolhimento. Os pais também estão mais disponíveis, precisam disto! E a colega detectou essa necessidade. (EnfEP7)

Outro factor facilitador (condição) é o **saber experiencial** dos enfermeiros sobre as vivências de doença e hospitalização dos clientes, que frequentemente possuem uma carga emocional intensa, sendo uma característica do contexto já esperada e intuitiva. A perspectiva de uma enfermeira ilustra essa vivência *adquirida pela prática* (experiência profissional):

A criança está doente, os pais fragilizados, ansiosos, tristes, receosos, desconfiados (por vezes). A situação é nova, o desconhecido com desconhecidos. Acabaram de viver e serem confrontados com momentos de grande stress, foram informados de um diagnóstico que muitas vezes nunca ouviram falar e agora uma permanência num sítio desconhecido [o internamento de pediatria], sem o conforto do seu lar. (EnfNE2)

Mas a própria experiência pessoal dos enfermeiros, de *ser mãe/pai* (experiência de parentalidade) pode influenciar a compreensão das vivências emocionais, como o exemplo ilustra:

Tantos anos a lidar e incentivar o aleitamento materno e só quando passei por isso é que percebi o quão difícil e doloroso se pode tornar. Agora sempre que uma mãe me refere que é “doloroso dar maminha ao meu bebé”, “se calhar vou desistir”, “não sei se sou capaz”... eu simplesmente sento-me ao lado dessa mãe, dou-lhe a mão, falo da minha experiência e refiro que a vou ajudar a tornar essa experiência o mais positiva possível, tal como a minha se tornou. (EnfNE1)

Ainda outro factor facilitador (condição) da gestão das emoções do cliente é a **sensibilidade vigilante** dos enfermeiros participantes, para com o estado emocional dos clientes no decurso dos cuidados. É uma atenção para com as emoções de modo a moldar o seu agir. Assim, os enfermeiros avaliam o estado emocional dos clientes para conseguirem identificar as suas necessidades e desenvolverem os cuidados, e que permanece em constante vigilância.

Possuem a capacidade de *ler as mensagens emocionais* estando atentos à expressão verbal de sentimentos dos clientes, mas também conseguem interpretar a expressão de sentimentos indirecta que é a mais frequente. Os pais podem manifestar agressividade, mas os enfermeiros percebem que o que está por trás pode ser um factor de ansiedade, a negação da doença do filho, o reflexo da exaustão ou um pedido de ajuda. Mas também fazem a leitura das mensagens emocionais através da reacção de uma criança que faz muitas perguntas ao avistar o tabuleiro da terapêutica, compreendendo que é um sinal de medo. E ainda através da expressão facial; um sorriso ou ausência deste, um rosto tenso, um olhar apavorado.

Estão constantemente a *observar as respostas/reacções* dos clientes quanto à sua capacidade de lidar com a doença e hospitalização. Um aspecto muito importante nas primeiras interacções, nas quais os enfermeiros procuram conhecer os clientes, avaliando as suas forças e as suas estratégias de gestão emocional; os pais têm um papel de apoiar os filhos mas também podem precisar de apoio para lidarem com a situação. Observam também as características emotivas ou temperamentos dos clientes, de modo a adequarem a sua abordagem durante as interacções. Os clientes podem estar calmos mas também ansiosos, irritados, agressivos. Os enfermeiros fazem como que um perfil emocional dos clientes que permite antecipar estratégias, planear intervenções e adaptar constantemente o seu agir.

Mas também estão sempre atentos à reacção dos clientes à sua pessoa (enfermeiros) no desenvolvimento da relação:

(...) a enfermeira explicou que conheceu a avó e a mãe naquele turno, e no início da relação (...) vai com calma para perceber como o cliente é e reage à sua abordagem e como está na relação consigo.
(EnfEP4)

Podem ser aceites pelas crianças que vão para o seu colo tranquilamente mas também podem ser rejeitados. Os pais podem ficar agradados com a sua presença ou podem mostrar desagrado. Uma mãe pode confiar mais ou menos nas indicações dos enfermeiros. A observação destes aspectos revela o tipo de relação estabelecida, influenciando cada momento de interacção. Os enfermeiros procuram, ainda, *relacionar a história emocional* na compreensão da vivência dos clientes. Mobilizam dados da história, anterior ao internamento, nas observações que fazem ou para ficarem antecipadamente despertos. Mas também relacionam as observações que fazem dos clientes com as anteriores, já durante o internamento. Isto significa que uma observação e a sua interpretação não é considerada isoladamente, pois as interacções são um contínuo e as respostas dos clientes no aqui e agora relacionam-se com acontecimentos anteriores ou mesmo preocupações futuras. No exemplo constata-se que a enfermeira, na sua intervenção, tem em conta as respostas emocionais já conhecidas e que o estado emocional observado na criança está associado ao procedimento realizado de manhã:

Sei que... tenho que... antes de ter determinada acção, ter em conta que é um menino que coloca sempre muitas dúvidas e vai conseguir gerir melhor as emoções dele. Porém... sei que ele é uma criança que até já sabe que eu lhe vou explicando sempre tudo, e portanto não começa logo a chorar (...) [a criança] ficou muito ansioso quando soube que havia picas... a punção de manhã... portanto foi o medo logo dele. (EnfEP1)

Identifica-se, ainda, uma *empatia emocional* que está na base das características da sensibilidade vigilante dos enfermeiros participantes. Esta revela-se pela compreensão das vivências emocionais mas também pela intenção de fazer sentir no cliente essa compreensão. É notória a identificação com as emoções dos clientes, que se intensifica quando os enfermeiros também são pais (EnfEPr2; EnfEPr1; EnfEV3). Os enfermeiros imaginam o que os clientes sentem:

A enfermeira aproxima-se um pouco mais e coloca a sua mão sobre o abdómen do bebé para proceder à palpação mas retira a mão subitamente referindo: Oh... eu tenho a mão muito fria, não é bebé? Abana a mão [como se estivesse a aquecê-la] e a sorrir coloca-a de novo sobre o abdómen do bebé. (EnfCrOPrP4)

Colocam-se no lugar dos clientes perspectivando que eles fariam o mesmo se fossem os pais de uma criança/jovem:

Porque falhamos [a punção venosa] nalgum momento... tentamos desmistificar isso aos pais, mas nós por dentro sentimos que tem toda a razão de estar revoltado comigo. Se fosse comigo, se fosse meu filho também queria que fosse à primeira e portanto têm toda a legitimidade de estarem, de estarem revoltados. (EnfEP2)

Partilham o sofrimento do cliente, que é simultaneamente uma forma de validação desse mesmo sofrimento:

Passado mais ou menos meia hora [após a criança morrer] entrei no quarto e perguntei à mãe se haveria ainda alguma coisa que eu pudesse fazer. A mãe disse-me que não, porque o que ela mais queria, que era a filha de volta, eu não podia fazer. Ficámos as duas em silêncio, a olhar para a bebé e as lágrimas começaram a surgir, a rolar pela minha face. (...) queria fazer sentir àquela mãe que a sua filha era importante para mim, que eu estava ali para chorar com ela se tal acontecesse. (EnfEP5)

Por último, a sensibilidade vigilante é notória na preocupação dos enfermeiros em *partilhar informações/observações* sobre os aspectos emocionais relativos aos clientes, tanto nas passagens de turno como em conversas mais ou menos informais durante o turno. A informação é partilhada pelo discurso e, muitas vezes, pela expressão facial que ilustra os sentimentos das crianças/jovens mas também dos acompanhantes (mãe, pai, avó). Para uma enfermeira esta partilha de informação é essencial para cada abordagem ao bebé “não começar do zero” (EnfEP6).

As acções/interacções dos enfermeiros na gestão emocional dos clientes revelam-se em 2 grupos de estratégias:

- Gestão emocional de antecipação

- Gestão das emoções reactivas

Os dados revelam um conjunto de acções específicas de **gestão emocional de antecipação** que muitas vezes são desenvolvidas em simultâneo:

- Postura calma e carinhosa
- Mostrar disponibilidade
- Preparação para os procedimentos
- Fornecer explicações/informações
- Favorecer a expressão de sentimentos
- Dar reforço positivo
- Distracção

Uma condição específica da **gestão emocional de antecipação** é a *idade da criança ou jovem* mas pode ser desenvolvida independentemente da *relação e grau de confiança* construído. Porém, o desenvolvimento da relação e da confiança dos clientes nos enfermeiros é uma condição facilitadora, tal como nos casos de clientes com doença crónica e por isso a sua experiência de *múltiplos reinternamentos*, com a respectiva adaptação à situação:

[a enfermeira] (...) sei que ele é uma criança que até já sabe que eu lhe vou explicando sempre tudo, e portanto não começa logo a chorar (...) (EnfEPI)

Assim, os enfermeiros apresentam uma *postura calma e carinhosa* como se estivessem permanentemente a atenuar a vivência de ansiedade, medo, angústia e outras emoções negativas. Como se tivessem “pés de veludo” para não perturbar ou acentuar o estado emocional do cliente. Uma abordagem calma é transmitida através da sua expressão facial, da sua voz, do seu olhar...

A enfermeira dirigiu-se muito serena para a mãe, a falar em voz pausada, baixa e meiga, e com um ligeiro sorriso. Olhava fixamente para a mãe, com a cabeça ligeiramente inclinada para baixo, e por vezes olhava também para o menino. Refere então: “O seu menino é muito certinho nas febres, fez exactamente 24 horas de intervalo desde o último pico.” Sorria ligeiramente, falava baixo [note-se que estava outra criança e sua mãe no mesmo quarto] e num tom embalado que inspirava tranquilidade. (Enf-MãeOPrP2)

O movimento dos enfermeiros e mesmo a forma como tocam nas crianças é também suave e lenta:

(...) [a enfermeira] dirige-se à criança informando-a que iria tomar a medicação pelo tubinho do braço, tocando suavemente com os dedos. Puxou a manga da camisola do braço onde se encontrava o abocath, com movimentos lentos (...) (Enf-CrOPrP1)

Para além da expressão sorridente e do tom de voz embalado, o uso de eufemismos e de inhos no modo de falar caracterizam esta postura carinhosa dos enfermeiros:

[A enfermeira] Prossegue dizendo “Depois encaixo a seringa na borrachinha, como nos legos” (...) Retirou a seringa e disse “Vês... já está! Agora tapamos a borrachinha com a rede do homem-aranha!”. (Enf-CrOPrP1)

Mostrar disponibilidade traduz-se numa ajuda permanente e sempre que o cliente necessite, muitas vezes verbalizado directamente pelos enfermeiros aos pais, com a intencionalidade de apaziguar os seus receios e ansiedades e, na maioria das vezes, demonstrada pela sua capacidade para ouvir, de presença e para dar resposta. Os enfermeiros estão disponíveis para ouvir os clientes pois sabem que, por vezes, os pais precisam de alguém para desabafar, para verbalizar os seus sentimentos. Então dão espaço e tempo, olham atenta e directamente principalmente para as crianças e acenam frequentemente com a cabeça para confirmarem que estão a ouvir, mas transmitem também abertura sensível às suas experiências. Uma abertura que os enfermeiros mantêm mesmo que os clientes expressem coisas negativas, procurando falar directamente sobre as situações/conflitos. Outro aspecto é perguntar se querem colocar dúvidas, fazer perguntas ou falar sobre mais algum assunto. A disponibilidade para ouvir também é promotora da confiança, tal como uma enfermeira explica:

Os pais vão aprendendo a confiar em nós porque nós vamos querer conhecer o filho deles, querer ajudá-los efectivamente com os nossos cuidados que são de enfermagem, e eles sentem isso, eles sentem isso quando há uma disponibilidade, quando os ouvimos. (EnfEP7)

A disponibilidade de presença significa que os enfermeiros procuram estar com os clientes muito frequentemente, quando as crianças estão sós levam-nas para o gabinete de enfermagem, permanecem por períodos na enfermaria dos bebés, ficam com os bebés e crianças no momento dos pais irem embora, brincam com as crianças, acompanham os pais no banho da criança e noutros momentos. No exemplo que se segue uma mãe explica como os enfermeiros estão presentes a acompanhar o seu filho quando tem que se ausentar:

Ah elas [as enfermeiras] ficam sempre aqui [junto ao bebé] antes de nós irmos embora... a ver se tá tudo bem... Depois dizem sempre que podemos telefonar, que estamos à-vontade e eu sei qu’ele tá sempre apoiado aqui! Qu’elas tão sempre... mesmo quando eu vou almoçar, quando eu chego está sempre aqui uma [enfermeira] a ver se tá tudo bem... (MãeEP8)

No acompanhamento de crianças/jovens em fim de vida os enfermeiros estão com os clientes dando colo, permanecendo ao seu lado, partilhando a dor dos pais.

A disponibilidade de presença dos enfermeiros pode assumir, ainda, a forma de “dar um olhinho” (MãeEP11) quando os pais se ausentam ou estar sempre à espreita para ver se está tudo bem ou se os pais precisam de ajuda. No exemplo que se segue uma mãe denomina esta presença por “estar sempre em cima da situação”:

Elas [as enfermeiras] estão sempre em cima da situação, sempre a ver se tá a correr tudo bem... mesmo quando ele [o bebé] táva a tentar pegar no peito, elas ajudam mesmo a colocá-lo (...) (MãeEP8)

Mesmo que os enfermeiros não estejam presentes permanentemente, os pais sabem que estes estão sempre disponíveis para dar resposta:

(...) o que precisar e se eu chamar elas [as enfermeiras] vêm logo, se eu precisar de uma pomada, de um creme elas trazem no momento (...) Vou descansada [quando se ausenta do serviço] porque sei que as enfermeiras aqui dão conta da criança. Eu aviso antes de sair e elas estão sempre à espreita se ela está a chorar, se ela quer comer. Qualquer coisa elas [as enfermeiras] estão sempre aqui! A porta fica meio aberta ou então... ouvem a menina, ou a chorar ou a máquina a apitar. (MãeEP11)

Isto significa que mesmo na ausência os enfermeiros estão presentes num plano mental, pois os clientes sabem que podem recorrer e solicitar a sua ajuda sempre que precisam.

Por outro lado, os enfermeiros utilizam frequentemente a expressão verbal “até já” ao terminarem uma interacção de modo a transmitir que continuam disponíveis para dar resposta, apesar da sua ausência física. E mesmo aquando da alta os enfermeiros revelam disponibilidade para dar resposta, nomeadamente, através de esclarecimento de dúvidas pelo telefone.

Na *preparação para os procedimentos* os enfermeiros têm o cuidado de esclarecer antecipadamente, quando o cliente coloca as suas dúvidas ou mesmo quando não as coloca. Um aspecto fundamental é não mentir, como explica uma enfermeira: “Não se pode dizer à criança que a pica não dói, porque vai mesmo doer... podemos explicar que é uma picadinha pequenina mas nunca que não vai doer nada!” (EnfEV3). Informam antecipadamente os pais sobre o momento do procedimento e sobre estratégias a adoptar que facilitem o mesmo. Chegam mesmo a adiar ou antecipar a execução do procedimento para que os pais possam estar presentes e associam a aplicação de analgésico tópico (penso emla) ou administração de glicose oral (sucrose) para minimizar a dor. Nas ilustrações abaixo constata-se que a enfermeira tem em conta as dúvidas da criança e, implicitamente, o exercício de esclarecer antes do procedimento, mas também sabe que deste modo a criança consegue gerir as suas emoções e por isso não manifesta ter medo ou estar assustado. Portanto a criança faz perguntas a que a enfermeira dá respostas, evitando um pico emocional intenso que acrescenta sofrimento à experiência. Por outro lado, quando a enfermeira apresenta à mãe estratégias que têm o potencial de minimizar o sofrimento do seu filho, transmite uma atenção e um cuidado que prepara a mãe para o momento do procedimento, que tranquiliza antes da situação concreta.

Sei que... tenho que... antes de ter determinada acção, ter em conta que é um menino [de 5 anos] que coloca sempre muitas dúvidas e [deste modo] vai conseguir gerir melhor as emoções dele. (EnfEP1)

A mãe manteve-se observadora mas vai conversando sobre a colheita de sangue que é necessário realizar mais tarde. Começa a falar com o seu bebé dizendo: pois é... nunca mais acabam estas picas!

Depois a enfermeira explica à mãe que uma hora antes da colheita de sangue vai procurar aquecê-lo nas mãos e braços para ver se é mais fácil encontrar veia, pois o bebé (com 3 meses) destapa-se muito e habitualmente tem as mãozinhas frias. (Enf-Cr-MãeOPrP14)

Outra estratégia frequentemente usada pelos enfermeiros é dar a possibilidade à criança ou

jovem de decidir, como se estivessem a dar a sua autorização para a realização do procedimento, permitindo que sintam maior controlo sobre a situação. Por outro lado, os enfermeiros não impõem e não transmitem uma imagem autoritária que poderia ser assustadora. Esta estratégia tranquiliza pela mensagem, mais ou menos implícita, de permissividade e respeito para com o cliente. Claro que existe sempre a possibilidade da criança ou jovem responderem negativamente, mas neste caso os enfermeiros procuram explicar os benefícios e a inevitabilidade do procedimento, procuram convencer mas também compreender as suas dificuldades, o que encerra o potencial terapêutico de minimizar o medo ou a ansiedade ao proporcionarem a possibilidade de expressar sentimentos e de encontrar um sentido através da explicação/compreensão.

As crianças mais pequenas brincam, frequentemente, com material hospitalar reproduzindo nas brincadeiras a sua própria experiência e o ambiente que as envolve. O manejo deste material e a sua utilização enquanto “brinquedos” permite diminuir o medo da criança e aumentar o seu controlo sobre esses mesmos materiais. Uma enfermeira explica a importância desta estratégia na preparação para os procedimentos:

A criança estar familiarizada com o material a utilizar como os adesivos, talas, seringas, etc., são igualmente boas estratégias uma vez que a criança transporta a utilização desses mesmos materiais para os seus objectos/bonecos de referência, deixando esses instrumentos de serem tão assustadores e temíveis para a criança (nós temos mais medo do desconhecido). (EnfNE3)

No decorrer do procedimento já estes materiais não são desconhecidos para a criança, que já reconhece a sua função e poderá mesmo atribuir-lhes um significado menos assustador, por isso sente menos ansiedade e menos medo.

Apesar dos esclarecimentos fornecidos pelos enfermeiros antes de iniciar os procedimentos, enquanto forma de preparação, estes continuam a *fornecer explicações/informações* no decorrer dos mesmos. Os enfermeiros explicam em pormenor, à medida que vão executando o procedimento, utilizando uma linguagem adequada à idade da criança/jovem e quando explicam aos pais procuram não usar termos técnicos que estes não possam compreender ou que os possa assustar. Mas também é habitual justificarem esses mesmos cuidados. No exemplo que se segue uma enfermeira refere que ao colocar a medicação em perfusão diz quando começa e quando termina, porque considera que tranquiliza os pais, para além de ser um direito que têm à informação:

Mas eu por norma [quando coloca a medicação em perfusão] digo quando começa e quando termina, porque acho que descansa (...) porque acho que as pessoas têm o direito, não acho, têm mesmo o direito de saber o que é que estão a fazer, porque é que estão a fazer! Principalmente quando estão pais têm o direito de saber o que é que os filhos estão a fazer. (EnfEP5)

No exemplo abaixo a enfermeira não só explica o que está a fazer como também justifica o

que faz. É notório ainda a adequação da linguagem à compreensão da criança:

(...) [a enfermeira] apontando para a válvula anti-refluxo e diz “estás a ver esta borrachinha? É por aqui que vou dar [a medicação]!”. Quase em simultâneo pega na seringa e refere: “pego nesta seringa pequenina mas primeiro tenho que dar um duche na borrachinha...” e pegando no frasco de álcool borrija a extremidade da válvula dizendo “é para matar os bichinhos maus!”. (Enf-CrOPrP1)

Outro momento crucial para *fornecer explicações/informações* é no acolhimento, em que os enfermeiros dão a conhecer o serviço, as normas de funcionamento e a dinâmica dos cuidados. Os clientes ao terem acesso a estas explicações e/ou informações compreendem melhor o que se está a passar com eles, sentem um maior controlo sobre a situação e mantêm-se mais calmos.

Os enfermeiros procuram *favorecer a expressão de sentimentos* como forma de gerir as emoções em antecipação na preparação para os procedimentos, como já foi referido, mas também durante os procedimentos ou mesmo no final destes. Na ilustração que se segue uma enfermeira menciona o que habitualmente as crianças sentem, para facilitar a expressão de uma criança em particular. Além disso, pergunta com frequência se está a doer dando abertura e espaço para a criança expressar o que sente. É de referir ainda que a enfermeira, na sua abordagem, clarifica que o que a criança está a sentir desta vez será igual nas vezes seguinte, o que se torna muito tranquilizador para o cliente pela possibilidade de antever que não irá doer ou que é capaz de suportar.

[A enfermeira] pergunta “está a doer?”. A criança responde que não, respondendo depois a enfermeira: “Pois não, isto não dói! E agora o que estás a sentir?” perguntou a enfermeira, “Nada, não dói!” responde a criança. Mas a enfermeira refere ainda que por vezes os meninos dizem que sentem um frio mas que não dói. A criança refere, então, “Sim! Sinto um frio pequenino.” A enfermeira responde “Pois! É um frio e é só isso que vais sentir, e é só assim todas as vezes que te derem o remédio para ficares melhor!” (Enf-CrOPrP1)

Noutra ilustração a enfermeira favorece a expressão de sentimentos ficando em silêncio, a ouvir o que a avó tem para dizer, após terminado o procedimento:

A avó começou a verbalizar que já em casa brincava muito com o seu neto, e que ali continuava a brincar... instalou-se um silêncio... a enfermeira ouviu a avó, sorriu e esperou algum tempo. (Enf-AvóOPrP1)

O *reforço positivo* é também muito usado como forma de gestão emocional em antecipação, quando as crianças mais pequenas conseguem manter um auto-controlo e colaboram nos procedimentos. Os enfermeiros realçam a reacção positiva da criança com expressões verbais como “Tu pórtas-te sempre muito bem!” (Enf-CrOPrP3) ou através de diplomas e medalhas de bravura e bom comportamento, e que relembram em diálogos posteriores:

A enfermeira pergunta depois “Pois... tu já recebeste quantos diplomas? [de reconhecimento da sua bravura e coragem], a criança mantendo o olhar fixo na enfermeira e com uma expressão sorridente responde “dois!”, depois a enfermeira perguntou “E quantas medalhas?”, a criança responde “duas!”

e olhou para aquela que se encontrava colada no sua camisola e sorri. A enfermeira a sorrir acenou com a cabeça e refere “Pois!” [confirmando a sua bravura]. (Enf-CrOPrP1)

Esta estratégia permite que criança compreenda que é capaz de superar a situação e que deve continuar a ter uma reacção positiva, pois é a esperada, sendo recompensada por isso. Permite também perceber que os enfermeiros a valorizam, o que é fundamental para a sua auto-estima e sentimento de confiança em si e nos outros.

A *distracção* incorpora as estratégias de gestão emocional em antecipação que os enfermeiros mobilizam, como o brincar e desenhar com as crianças mais pequenas quando os pais não estão presentes, conversar com os jovens e também com os pais sobre assuntos que não estão relacionados com a doença e hospitalização, ou ainda facilitar acesso a equipamentos como a televisão, o computador ou o telemóvel.

Em resultado destas acções/interacções é possível transmitir **tranquilidade** e, por outro lado, **evita assustar** principalmente as crianças pequenas, potenciando a **capacidade de auto-controlo** tal como um pai expressam:

Mas quando... tar a falar com elas [com as enfermeiras] parece-me que me tranquiliza porque eu... parece-me que me estão a adormecer como fazem ao bebé, adormecer durante essa noite para eu acordar de manhã pronto para outro dia... de visita com ele [filho] e de acompanhamento! (PaiEP8)

É igualmente possível promover a **expressão de sentimentos** e consequentemente **aliviar a pressão** à medida que acalma, pelo **sentimento de que é considerado** e que o que o assusta ou perturba tem significado para a enfermeira. Por último, o cliente sente-se mais **seguro** e experiencia **bem-estar**. Contribui decisivamente para a **construção de uma relação** próxima e de confiança.

Todavia, as estratégias mobilizadas na gestão emocional de antecipação nem sempre são suficientes para prevenir picos emocionais de grande ansiedade, angústia e sofrimento. Estes devem-se a características específicas do contexto relacionadas com o **modo de ser peculiar de cada cliente**, a um **retrocesso ou ausência de melhoria da doença**, à **falta de confiança** dos clientes nos cuidados/Instituição de Saúde, à **(des)confiança na relação** entre enfermeiro e clientes ou ao nível de **adaptação à situação de doença e hospitalização**. A seguinte ilustração é um exemplo de características do contexto que precipitam emoções reactivas, quando uma criança de 3 anos fica extremamente irritada ao ser acordada durante a noite:

(...) esta criança também é um pouco... difícil e isso acontece quando a criança está um bocado ensonada, é muito complicado que... ela colabore em qualquer procedimento qualquer que seja. Por exemplo, ele durante a noite esteve febril e para administrar paracetamol per'os foi muito complicado porque a criança quando está realmente adormecida, é uma criança que é muito difícil arranjar estratégias para... para que ela colabore connosco em determinados procedimentos que são mesmo necessários. Ela [a criança] teve que fazer aerossol e esta noite foi mais complicado e, pronto, a criança estava mais irritada. (EnfEP2)

As acções/interacções mobilizadas na **gestão das emoções reactivas** pelos enfermeiros participantes, em contexto de internamento de pediatria, são os seguintes:

- Envolver a família nos cuidados
- Explicar e esclarecer dúvidas
- Colocar-se ao lado
- Fazer pausas
- Fomentar a esperança
- Dar carinho
- Diferenciar os momentos
- Desviar o foco de atenção
- Encorajar e restringir

No serviço de internamento de pediatria a maioria dos pais (ou pessoa significativa) está presente e também manifesta vontade para cuidar do seu filho e, assim sendo, é possível *envolver a família nos cuidados*. Os enfermeiros procuram diminuir a ansiedade, medo ou angústia das crianças/jovens dando espaço à função parental e garantindo que os pais estejam presentes e participem durante os procedimentos. No exemplo apresentado o envolvimento dos pais acalma os filhos mas também promove o sentimento de segurança nos próprios pais:

Ele [a criança] sabe... ele já sabe que quando nós damos alguma coisa [administração de medicação] os pais estão presentes, não é! Ou seja para ele ficar mais calmo e para os pais também se sentirem seguros a transmitirem essa segurança (...) (EnfEPI)

Os enfermeiros estão também atentos ao estado emocional dos pais, que por vezes é de exaustão emocional devido à duração do período de internamento, à falta de apoio de familiares e outros factores, sendo necessário tomar o lugar da mãe.

Explicar e esclarecer dúvidas é mais uma vez uma estratégia muito utilizada pelos enfermeiros para lidar com a ansiedade dos clientes, nomeadamente, durante os procedimentos dolorosos ou relativamente à evolução do estado de saúde da criança/jovem. São dadas explicações pormenorizadas sobre os actos e justificações, para além de serem facultadas informações sobre valores de análises, evolução dos picos febris, valores dos pesos, fármacos, alimentação e outras. Mas esta estratégia inclui o incentivo para fazerem perguntas e responder às questões mostrando disponibilidade e paciência, o que é fundamental quando se fala com crianças. O exemplo que se segue descreve como uma enfermeira procura esclarecer a dúvida da mãe relativamente ao último pico febril do seu filho, que era a causa da sua ansiedade instalada e assim procura tranquilizá-la:

(...) era um factor de stress. E pronto! Procurei tranquilizar porque ela [a mãe] realmente preocupava-se a que horas foi o último pico [febril do filho] e se houve um intervalo muito grande ou não. E ficou... mais tranquila quando realmente soube o que era, se tinha sido um intervalo de 24 horas, pronto, era o

que ela estava mais preocupada em saber! E foi nesse aspecto que [a enfermeira foi consultar o processo para dar essa informação à mãe] e foi uma procura de a tranquilizar e diminuir a ansiedade dela. (EnfEP2)

Quando os enfermeiros participantes detectam uma emocionalidade de tonalidade negativa na vivência dos clientes vão também *colocar-se ao lado*. Numa situação em que os pais se encontravam receosos e ansiosos com a transferência do seu filho da unidade de neonatologia para o internamento de pediatria, a enfermeira desloca-se à referida unidade e faz o acompanhamento até ao internamento colocando-se ao lado dos clientes, caminhando ao lado e falando sempre com estes, tal como o exemplo abaixo demonstra:

Porque eu acompanhei-os [os pais], não vim à frente, tenho a noção que os acompanhei de lado [durante o percurso da neo até ao serviço de internamento], convidei a avó inclusive a vir, porque se a avó estava a esta hora e como não é a hora habitual das visitas pareceu-me que é uma pessoa muito importante, para estar a esta hora. Disse à avó que também podia acompanhar e os pais verbalizaram que sim e a avó também. Portanto, trouxe [do serviço de neonatologia até à pediatria] os pais e caminhei sempre ao lado dos pais. E falei sempre muito com eles (...) (EnfEP7)

Colocar-se ao lado pode também tomar a forma de validação das emoções dos clientes, o que permite a percepção de estar a ser compreendido e valorizado pelos enfermeiros e isso minimiza a sua angústia e sofrimento, tal como se apresenta no exemplo seguinte:

A mãe responde: pois ele já reage às batatas brancas. Tá a ver ele olha para as enfermeiras e depois olha para mim com estes olhos... (de pedido de ajuda). A enfermeira confirma que lhe fazem muitas maldades (...) (Enf-Cr-MãeOPrP14)

Por vezes é necessário *fazer pausas* durante os procedimentos dolorosos, quando o estado de ansiedade das crianças e pais é intenso, para que se proporcione um momento de alívio e serenidade. Outra estratégia muito frequentemente usada é *fomentar a esperança* através de mostrar perspectivas positivas, apresentar soluções e alternativas e ainda transmitir optimismo. Mostrar perspectivas positivas dá ânimo e esperança, pois transmite que apesar de a situação não ser fácil é possível encontrar algo de positivo ao qual se pode agarrar. A apresentação de soluções e alternativas é também apaziguador do desespero e angústia. É muito frequente, também, os enfermeiros usarem expressões verbais como “Ah... isso é muito bom! Vamos ver se fica melhor!” (Enf-MãeOPrP2), que transmitem optimismo e dão força para continuar a acreditar.

Dar carinho é também uma estratégia de gestão das emoções reactivas pois quando os enfermeiros acariciam um bebé, na forma de festas na mão, braços ou face, durante a manifestação de um estado de ansiedade da mãe devido às punções venosas a que filho é sujeito, esta sente-se reconfortada ao sentir que o seu filho é acarinhado e que os enfermeiros compreendem o seu sofrimento. Porém, o carinho pode não ser bem aceite pela criança ou jovem durante um procedimento doloroso vivido com muita ansiedade e medo. O cliente pode rejeitar um cari-

nho de uma pessoa que o está a magoar, o que é natural, podendo conduzir a emoções como a ira, o que por sua vez pode acentuar a ansiedade e angústia dos pais. Mas nas situações em que a criança sente mau estar devido à sua doença ou sente solidão, e reclama atenção através do choro os enfermeiros dão carinho para induzir prazer e conforto, tal como o exemplo seguinte demonstra:

[Um bebé de 4 meses está a chorar de um modo apelativo. Então a enfermeira] Começa a fazer cócegas na sua barriguinha acompanhadas do som repetido “hé-hé-hé...” e vai fazendo também festas na sua cara. O bebé após algum tempo vai esboçando um sorriso (...) (Enf-CrODP14)

Outra estratégia usada pelos enfermeiros é *diferenciar os momentos* principalmente quando é necessário realizar um procedimento após outro que foi doloroso, e em que a criança (com 3-5 anos) fica muito amedrontada pois pensa que irão novamente fazer doer. Nestas situações os enfermeiros procuram explicar que vão fazer outra coisa diferente que não dói, de modo a minimizar o seu medo. Quando a criança é mais pequena (1 ou 2 anos) é possível que não consiga ouvir a explicação devido ao seu próprio choro ou que não compreenda a explicação, e a partir da idade escolar é habitual já conseguirem perceber por si que se trata de um procedimento distinto.

Os enfermeiros usam ainda outra estratégia: *encorajar e restringir*. Por vezes é preciso encorajar a expressão de sentimentos, quando os clientes manifestam uma grande tensão mas não conseguem verbalizar, pois falta-lhes as palavras. No caso de crianças de 3 a 5 anos o desenho é um recurso, tal como a brincadeira. Mas outras vezes é necessário restringir para que o cliente consiga perceber que existe limites, evitando um pico emocional descontrolado que culmina por vezes numa birra prolongada que se alimenta a si própria. Com uma criança de 3 anos que retira o sensor de oxigénio do dedo porque está irritada ou outra criança de 6 anos que chora descontroladamente durante uma punção venosa, os enfermeiros têm a necessidade de chamar a atenção ou alertar que pode chorar mas não pode bater. No exemplo que se segue a enfermeira repreende mas num tom de brincadeira. Considera ainda que os pais têm essa função:

Acho que temos que repreender para ela compreender que é importante ter, que é necessário aquele adereço [sensor de oxigénio no dedo], ali é. Que é realmente necessário. Mas que não necessita de ser uma coisa... feita ah... precisamente tens que colocar, não faças isso! Até acho que... que os pais estão lá para isso mesmo. Se é necessário repreender antes que eles do que nós, não é, nalguns momentos. Mas em tom de brincadeira acho que, acho que facilita imenso. (EnfEP3)

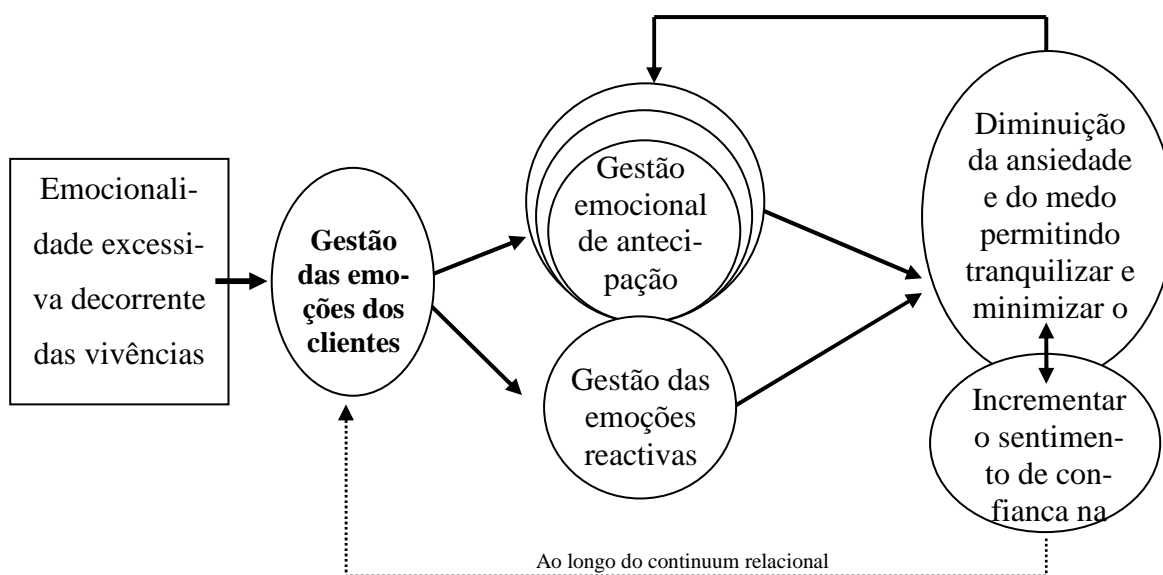
Desviar o foco de atenção é mais uma estratégia de gestão das emoções reactivas, mobilizado nos bebés, nas crianças e também nos jovens, recorrendo a aspectos do ambiente como os desenhos nas paredes e tecto, à televisão, a brinquedos ou à música. São manobras de distração utilizadas com frequência pelos enfermeiros para minimizar o medo, desviando a atenção

da sua fonte.

As acções/interacções direccionadas para a gestão das emoções conduzem à **diminuição da ansiedade e do medo**, permitindo **tranquilizar** e, deste modo, minimizam o sofrimento. É possível ainda **incrementar o sentimento de confiança** fundamental no desenvolvimento da relação. As estratégias de gestão emocional de antecipação revelam-se progressivamente predominantes, à medida que uma relação de proximidade e confiança cresce e a experiência emocional se torna menos intensa.

Em síntese, os enfermeiros participantes na sua prática de cuidados procuram “Gerir as emoções dos clientes” no confronto com a doença e hospitalização porque estas vivências possuem o potencial de serem perturbadoras e de fragilizar as pessoas. Porém, os enfermeiros sabem que os clientes conseguem lidar com a experiência se forem ajudados a geri-la (Diagrama XII).

Diagrama XII – *Esquema-síntese da categoria major: “Gerir as emoções dos clientes”*



As condições que facilitam a gestão das emoções são: o acesso prévio à informação sobre o estado emocional dos clientes, o saber experiencial e a sensibilidade vigilante. No saber experiencial inclui-se a experiência profissional, mas também a experiência pessoal de parentalidade como fontes de saber. Esta gestão das emoções dos clientes caracteriza-se por uma gestão emocional de antecipação (que tem como finalidade não despoletar ou não acentuar emoções de tonalidade negativa) e uma gestão de emoções reactivas (com a finalidade de minimizar estados emocionais perturbadores já instalados). É de realçar que a gestão emocional de antecipação torna-se predominante na prática dos enfermeiros, à medida que uma relação de

proximidade e confiança cresce, o que significa que progressivamente é possível prevenir picos emocionais intensos e incrementar a tranquilidade e bem-estar nos clientes

2.4 – CONSTRUIR A ESTABILIDADE NA RELAÇÃO

As interações enfermeiros-clientes estão impregnadas de emoções tanto de tonalidade positiva como negativa. Os clientes vivem uma experiência emocional intensa que projectam com facilidade na relação com os enfermeiros ou que tem como ignição a própria interação, e que por vezes é geratriz de oscilações e fragilidades no relacionamento. Os enfermeiros procuram manter uma serenidade e harmonia investindo no envolvimento emocional e fazem a gestão dos relacionamentos, porque a intencionalidade é a estabilidade dessa mesma relação (Quadro XII).

Quadro XII - *Características da categoria major “Construir a estabilidade na relação”*

Contexto/Condições	Ações/Interações	Consequências
<p>Porquê Os clientes vivem uma experiência emocional intensa que projectam na interação. A estabilidade das relações é essencial na prática de cuidados Confiança frágil ou ausência desta; A cultura do cliente; A recusa e defesa do cliente; Os conflitos mal resolvidos entre enfermeiros e clientes; Hostilidade dos clientes; Procedimentos dolorosos; Incumprimentos; Momentos de quebra de confiança</p> <p>Factores que facilitam Pais calmos e simpáticos; Crianças/jovens receptivos; Enfermeiros com disponibilidade de tempo; Sentimento de empatia; Sentimento de confiança; Tempo de contacto; Figura de referência</p>	<p>Como <i>Envolvimento emocional</i> Ligação afectiva; Proximidade; Conhecimento mútuo; Confiança</p> <p><i>Gestão de episódios conflituosos</i> Abordagem calma e de controlo; Dar espaço para a expressão; Desmontar o problema; Procurar a reconciliação; Não fazer juízos de valor negativo</p> <p><i>Equilíbrio de poderes</i> Tomada de decisão partilhada; Dar espaço à função parental; Colaboração mútua; Participação do cliente; Partilha de informação</p>	<p>Tranquilidade nas relações entre enfermeiros e clientes, um convívio pacífico necessário à prestação de cuidados. As relações são afectivas e os conflitos são minimizados.</p> <p>Tranquilidade da parte dos pais e a uma percepção de que podem contar com os enfermeiros; As orientações/explicações que fornecem aos clientes são levadas em conta; Melhor adaptação e capacidade para lidar com a situação de doença e hospitalização; Aceitação e compreensão para com os enfermeiros</p>

A harmonia e pacificidade predominam na relação entre enfermeiros e clientes, mas por vezes as relações possuem uma tonalidade negativa devido a uma **confiança frágil** ou ausência desta, à **cultura do cliente**, à **negação e defesa** do cliente e aos **conflitos** mal resolvidos entre enfermeiros e clientes. Podem existir momentos turbulentos devido a episódios hostis repentinos ou mesmo casos pontuais de relações complexas em que a **hostilidade da parte dos clientes** é evidente:

A enfermeira explica que é uma mãe “muito difícil” pois cada vez que se dá uma má notícia (não poder ter alta, vai iniciar mais medicação, as análises não estão bem...) ela vai a baixo. Fica muito distante e com uma relação muito seca connosco (enfermeiras). Também foi muito difícil para a mãe aceitar que o bebé está doente e houve momentos em que não queria dar a medicação. Começaram a descobrir que não dava a medicação, deitava fora, pois o bebé não melhorava. Tem sido muito difícil esta mãe que é moldava. (EnfEP6)

Outras vezes, algum **procedimento** pode ser o rastilho para despoletar a explosão emocional do cliente na interacção com os enfermeiros:

Mas isso foi sempre difícil porque depois... as [veias] periféricas não davam, o pai estavam sempre a pôr em causa naquela altura... Então o pai, tenho impressão que se ele nos pudesse bater, batia-nos. Batia-nos! (EnfEP6)

Também pode acontecer um **incumprimento** da parte de um profissional de saúde relativamente a uma informação que o cliente reclama posteriormente ao enfermeiro, sendo que este não pode dar essa informação. Estes aspectos podem fragilizar a relação e levar à **quebra da confiança** da parte dos clientes.

Contudo, os enfermeiros sabem que a estabilidade emocional nas relações é essencial para a gestão das emoções e para a prestação de cuidados; as crianças, jovens e familiares **aceitam melhor os procedimentos** e, assim, é possível **aliviar o seu stress e dor**. Existem alguns factores que favorecem a estabilidade nas relações enfermeiro-cliente: **pais calmos e simpáticos, crianças receptivas, disponibilidade de tempo, sentimento de empatia** (na perspectiva de identificação entre sujeitos), **sentimento de confiança e duração da relação**.

Por outro lado, a figura do **enfermeiro de referência** é também uma condição facilitadora da estabilidade das relações, tal como se ilustra pela declaração de uma enfermeira:

(...) os miúdos aqui, os mais velhinhos que ao princípio nós somos... prontos choram, mas ao segundo ou terceiro dia já vêm para o nosso colo, já sorriem e já brincam... Há todo um processo de adaptação à nova situação (...) se for a mesma enfermeira é muito mais fácil, não é! Se houver uma relação... não é todos os dias ser uma cara nova (...) é completamente diferente! Pronto se houver uma relação eles depois começam a perceber que nós... não fazemos só mal, também brincamos, que nós também gostamos deles (...) (EnfEP4)

As acções/interacções dos enfermeiros participantes, em contexto de internamento de pediatria, mobilizadas na “Construção da estabilidade das relações” são de 3 tipos:

- Envolvimento emocional
- Gestão de episódios conflituosos
- Equilíbrio de poderes

O **envolvimento emocional** traduz o investimento dos enfermeiros numa *ligação afectiva, proximidade, conhecimento mútuo e confiança* na construção da relação com o cliente, mas também os limites que esta implica.

Os enfermeiros investem na *ligação afectiva* pois a própria relação torna propícia a expressão de afectos, o que aproxima os sujeitos em interacção. De facto, os enfermeiros consideram o afecto uma condição essencial na relação, sem o qual não conseguiriam comunicar com as crianças:

Ah... agora relativamente à linguagem [expressão de afectividade] acho que é um meio caminho andado para se criar uma ligação. Então entrar e se começar a falar normalmente como estou a falar com

um adulto, naturalmente que ele vai começar a olhar para mim e vai dizer não é comigo que estás a falar ou... não vai, não vou conseguir interagir com ele ou com outra criança que seja. (EnfEP5)

Os enfermeiros têm a percepção, adquirida pela experiência, de que a maioria dos clientes gosta e estão interessados nesta afectividade, tanto as crianças, jovens como os seus pais.

Porque eu sinto que muitas vezes não, não é isso que importa. Principalmente para o utente, ele não está a reparar se eu pus a agulha assim ou se virei ou se fiz não sei quê! Ele está mais interessado em que haja uma afectividade e que a pessoa se preocupe com ele, do que propriamente com a técnica que está a fazer. (EnfEP4)

Porém, é necessário tempo de contacto para acentuar a afectividade na relação com os clientes. Num primeiro encontro os enfermeiros observam as respostas dos clientes, o seu estado emocional, como estão na relação e as expressões de afecto são moderadas e cautelosas. Mas à medida que os encontros se sucedem conhecem e compreendem melhor os clientes, a confiança vai crescendo e já as expressões de afecto são frequentes e naturais. O acompanhamento dos clientes com doença crónica favorece a afectividade na relação mas em acompanhamentos de curta duração os enfermeiros também investem nos afectos. No início da relação o investimento afectivo dos enfermeiros é maior, a sua presença é mais marcada e depois começa a ser recíproco, sendo muitas vezes a criança a procurar e a dar o seu afecto aos enfermeiros.

O facto das crianças ou jovens estarem sós no hospital e o acompanhamento ser prolongado pode precipitar o desenvolvimento de ligações especiais que se caracterizam por uma maior entrega, partilha de afecto e sentimentos parentais. Estas crianças/jovens são considerados pelos enfermeiros como “os meninos do serviço”.

Em situações, por exemplo, de crianças com internamentos prolongados ou repetidos (no caso de crianças com doença crónica) exigem um acompanhamento de maior complexidade e relação. Principalmente exige uma maior entrega por parte dos profissionais o que, inevitavelmente, conduz a uma expressão emocional [dádiva de afecto]. Ao longo da minha experiência profissional fui contactando e prestando cuidados de enfermagem a inúmeras crianças com mais ou menos internamentos prolongados. Dentro desse número de crianças houve 2 ou 3 que mais me marcaram e que emocionalmente mais necessitei de me entregar. (EnfNE3)

Este tipo de relações persistem na memória, pois quando os enfermeiros encontram os pais no hospital ou fora deste, mesmo passado anos, o afecto pode ser revivido pois é uma ligação “que fica” (EnfEPr2). Outras vezes os pais continuam a telefonar, a enviar postais ou a visitar o serviço nas épocas festivas.

Os enfermeiros dão afecto mas também recebem, e sabem que aceitar as manifestações de carinho dos clientes faz parte dos relacionamentos. Por isso, a *ligação afectiva* é recíproca entre os enfermeiros e clientes na forma de abraços por iniciativa destes ou dos clientes ou em momento de despedida. No exemplo que se segue quando as enfermeiras se aproximam de

uma mãe esta sem hesitar abraça-as:

Quando chegámos à unidade de cuidados intensivos dirigimo-nos à mãe que nos abraçou e veio conversar um pouco para fora da unidade. (EnfEP5)

Num trato carinhoso em que a mãe nomeia a enfermeira do mesmo modo que faz com a filha, sendo que a enfermeira também chama a criança de princesinha, verifica-se uma troca de expressões ternurentas:

Sim com a M.! Eu costumo chamá-la de princesinha [sorriso aberto], com ela costuma ser... e como a mãe costuma chamar-lhe princesa, e como a mãe como [sabe] que eu tenho o mesmo nome que a criança, sono ambas M., a mãe logo aí achou curioso. E portanto trata-nos logo [chama a filha e a enfermeira] por as duas flores ou as duas M. Pronto, a mãe também trata de margarida ou de flor. (EnfEP2)

Os beijinhos são também partilhados, principalmente entre enfermeiros e crianças, no decorrer da interacção de cuidados, sendo muito frequentes nas despedidas. Os beijinhos podem ser mimados através da expressão de Adeus! E podem ser escritos num desenho ou numa fotografia.

Os enfermeiros tiram, frequentemente, fotografias com as crianças a pedido destas, quando não querem ir embora sem levar as fotografias das enfermeiras que cuidaram de si. Mais recentemente enviam fotografias por e-mail do serviço logo após a alta e quando os pais e crianças/jovens chegam a suas casas recebem de surpresa a fotografia acompanhada de expressões de desejos de “coisas boas”. Outras vezes os pais compram flores ou bombons e dizem à criança para entregar aos enfermeiros e oferecem bolos. São também demonstrações de afecto da parte dos clientes ao qual os enfermeiros estão receptivos e compartilham.

Outra forma de reciprocidade afectiva revela-se quando os enfermeiros transmitem sentimentos de satisfação pela melhoria do estado de saúde do cliente ou aquando da alta e os pais respondem de modo igualmente afectivo.

A enfermeira cruza-se no corredor com os pais de um bebé de 8 meses que tem alta e que se dirige para a porta, para abandonar o serviço e regressar a casa. A enfermeira olhando directamente para os pais, parando e fazendo um grande sorriso profere “Então adeus e um bom Natal! Que tudo corra bem!”. Os pais de imediato respondem também com um sorriso tranquilo e retribuem agradecendo e desejando igualmente um Natal Feliz. A enfermeira termina a interacção lembrando os pais que sempre que precisassem poderiam telefonar para o serviço, pois estariam sempre cá [ao dispor]. A troca de olhares e sorrisos foram constantes. (Enf-Mãe-PaiODP15)

Porém, esta *ligação afectiva* deve “(...) ter limites para que os pais compreendam que existe uma relação profissional, que é de ajuda mas não é pessoal... pois há pais que abusam e chegam a tratar os enfermeiros por tu! Apesar de que com as crianças ser permitido uma maior informalidade e invasão do campo pessoal” (EnfEV2; EnfEV5). Uma enfermeira participante descreve a relação especial desenvolvida com um jovem de 16 anos, revelando que nos

momentos em que o jovem não se encontra internado ambos contactam por mensagens de correio electrónico. “O jovem partilha preocupações sobre a doença mas também aspectos relacionados com as namoradas e outros de âmbito pessoal, no entanto é através do serviço, nunca por telefone ou e-mail pessoal” (EnfEV2). A mesma enfermeira explica que a ligação afectiva é benéfica mas não deve ser “não profissional e pessoal (tu cá tu lá)”. Os enfermeiros têm o seu lugar e o pai/mãe têm o seu lugar. Outra enfermeira explica que “pode telefonar para a casa de uma criança mas sempre do serviço, nunca do seu telemóvel, fazendo sempre a ligação ao serviço para que não seja uma coisa pessoal. Não preciso de uma relação afectiva íntima para me sentir bem como enfermeira... os enfermeiros estão próximos mas do meu telemóvel não! Não preciso de misturar, é aqui, sempre relacionado com o meu papel profissional” (EnfEV5). Estabelecer limites neste envolvimento emocional é algo que se vai aprendendo ao longo do tempo de experiência (EnfEV2, EnfEV5).

Não obstante, estas ligações afectivas estão associadas a uma *proximidade*, que os enfermeiros desenvolver através da abordagem informal na interacção com os clientes. Os enfermeiros colocam os clientes à-vontade sendo acessíveis e simpáticos de modo a que estes consigam colocar as suas dúvidas, pedir explicações ou algo que precisem. No exemplo que se segue uma jovem realça a forma brincalhona de uma enfermeira na sua abordagem informal:

[Jovem] É, é... primeiro é que ela [a enfermeira] antes de falar não passou por mim uma única vez que não me piscasse o olho ou não me mostrasse um sorriso. (JvEP12)

No exemplo abaixo a abordagem informal revela-se na conversa entre enfermeira e mãe, com elogios à mistura ou com o uso de expressões conhecidas e usuais do senso comum, gerando um momento de descontração que favorece a própria interacção:

[As mães verbalizam] Esta enfermeira eu não conheço e eu digo mãe estive com a sua criança ontem há noite! Mas estava de óculos e estava escuro. [E as mães respondem] Então é isso! Não se recordam e hoje foi a mesma situação, quando me viu [perguntou] ah... enfermeira M.?! E eu sim! [A mãe diz ainda] Só a conheci pela voz porque ontem estava com óculos. Mas óptimo! Hoje de manhã está muito melhor! Patata-patata... aquelas coisas... e cria-se logo ali um momento de descontração que é depois muito facilitador para o resto. (EnfEP2)

Mas também procuram “chegar” aos pais revelando que se preocupam com estes ao perguntarem se já comeu ou outro aspecto centrado na sua pessoa. Conversar sobre aspectos singulares é também uma estratégia e manifestação de *proximidade*, tal como falar com um jovem que não tem acompanhante sobre as suas irmãs, sobre a sua família, falar sobre particularidades da decoração da casa dos clientes ou falar sobre aspectos privados dos enfermeiros relacionados, por exemplo, com os seus filhos e mesmo entrar no mundo infantil usando linguagem própria e brincado com as crianças. No exemplo uma enfermeira vai com uma criança ao computador procurar desenhos para esta pintar. É um momento de proximidade e conexão com a realidade

da criança:

Acontece às vezes quando temos períodos mais calmos vou com elas [crianças] ao computador tirar bonecos que elas gostam. (EnfEP2)

Por último, a *proximidade* é caracterizada pelo contacto físico muito frequente entre os enfermeiros e os bebés ou crianças pequenas através do colo, carícias ou quando se sentam muito próximos, mas também na intenção que revelam em se colocarem no campo visual das crianças sentando-se em cadeiras baixas, colocando-se de cócoras ou curvando-se na direcção das crianças.

Outro aspecto associado ao envolvimento emocional na relação com os clientes é o *conhecimento mútuo*. O conhecimento sobre os clientes é fundamental para os enfermeiros planearem e prestarem cuidados. Nas primeiras interacções os enfermeiros dispõem das informações cedidas pelos colegas e registadas no processo clínico, e estão muito atentas às respostas dos clientes para começarem a conhecê-los. Isto é fundamental na identificação e gestão das emoções e adequação das expressões de afectividade à singularidade de cada cliente. Porém, no envolvimento emocional os enfermeiros vão mais longe e também se dão a conhecer, sendo mútuo este conhecimento ao nível da ligação dos sujeitos em interacção.

Nas interacções iniciais os enfermeiros, frequentemente, apresentam-se aos familiares e crianças/jovens referindo o seu nome e que são responsáveis pelos cuidados às crianças da enfermaria/quarto ou naquele turno, incluindo a criança em causa. Procuram encorajar a conversação durante os procedimentos ou reservam espaço próprio para tal, como o exemplo ilustra:

[Jovem] Uma das vezes entrou-me [a enfermeira esteve junto da jovem no quarto] só para fazer perguntas... então vamos saber um bocadinho de ti! [começou a enfermeira] (Enf-Jv-MãeEP12)

Os enfermeiros procuram ter conhecimento de particularidades sobre os clientes de modo a obterem o seu perfil, de modo a conseguir percebê-los. Uma enfermeira explica que isto é essencial para que haja uma continuidade nos cuidados como se o bebé fosse único, apesar da alternância de enfermeiros a cuidar deste:

(...) quanto a essa informação é para haver uma continuação e para que a pessoa que lá se chega já vai comunicar com o bebé da forma que ele necessita, e já como se ele fosse único, no fundo é isto. É querer realmente perceber o bebé, ele para mim vai ser único, naquele momento ele é único. (EnfEP6)

No caso de bebés, o conhecimento destes só é possível através do contacto directo, do colo, de dar o biberão, de dar o banho para conseguir captar as suas particularidades. Uma enfermeira refere que precisa de sentir o bebé para ficar a percebê-lo (EnfEP6).

Este *conhecimento mútuo* inclui revelações pessoais de ambas as partes. Os clientes revelam aspectos da sua família, por exemplo, preocupações e problemas com os outros filhos, os jovens revelam aspectos relacionados com namoros, com segredos que por vezes não contam

aos pais. Os enfermeiros também revelam aspectos da sua vida pessoal, como no exemplo que se segue:

(...) tínhamos estado a conversar [a enfermeira e a mãe] sobre assuntos banais, a mãe sabia que eu tinha estado grávida e tinha-me perguntado sobre o meu filho. (EnfEP5)

O método individual de trabalho e uma distribuição atenta, limitando os enfermeiros responsáveis pelos cuidados ao mesmo cliente, favorece um conhecimento mais profundo entre os enfermeiros e clientes. As figuras de referência são os enfermeiros que melhor conhecem determinada criança e os pais sabem que estes utilizam esse conhecimento para prestarem cuidados aos seus filhos, os pais sentem que podem contar com a ajuda desses enfermeiros, os pais confiam e sentem-se especiais para aqueles enfermeiros (EnfEP7). Porém, quando a relação com os enfermeiros de referência é duradoura pode ser difícil para uma enfermeira nova aproximar-se e conquistar o cliente:

(...) mesmo o próprio A. não... não foi muito fácil de conquistar porque já tem aquelas enfermeiras de referência que o acompanharam desde pequenino... e daí ser um bocadinho complicado [no início da relação]. (EnfEP5)

Este aspecto pode ter implicações negativas aquando da ausência das figuras de referência, pois as crianças e mesmos os jovens podem mostrar renitência aos procedimentos realizados por outros enfermeiros, podendo gerar-se uma situação muito difícil de gerir.

A *confiança* é uma segurança de alguém que crê em alguém, é uma familiaridade entre os sujeitos em interacção e é uma forma de canalizar os afectos nas relações. Mas o contrário também é válido, a dádiva de afecto dos enfermeiros promove o sentimento de confiança nos clientes, como anteriormente foi defendido, o que é fundamental para o envolvimento emocional na relação:

Porque nós com um adulto falamos normalmente com ele a meu ver, falamos desde que expliquemos as coisas ele até aceita e tudo bem. Com a criança não! Nós temos que chegar à parte se calhar emocional ou afectiva para conseguirmos cativá-la e que ele comece a aceitar-nos e a aceitar o que nós podemos fazer por ela! Acho que é mais por aí! E é o maior, é um desafio muito grande! (EnfEP5)

A conquista da confiança da criança ou jovem e pais pode ser influenciada mutuamente. Por isso, quando os pais manifestam confiança nos enfermeiros é mais fácil conquistar as crianças. É o efeito de espelho, como se a criança sentisse que pode confiar uma vez que os pais também confiam. E quando os pais observam que os enfermeiros conseguem cativar os seus filhos mais facilmente confiam neles.

Nas primeiras interacções é necessário quebrar o gelo através de uma apresentação (o nome do enfermeiro), do sorriso, de um piscar de olho, de um elogio. O toque é cauteloso para não se tornar invasivo principalmente em crianças de 2 a 4 anos, e o olhar é predominantemente dirigido para o jovem aquando da presença de familiares. Por vezes, os enfermeiros usam uma

particularidade comum como o mesmo local de residência, terem um gato com o mesmo nome, gostarem do mesmo clube de futebol. No exemplo apresentado a relação entre uma enfermeira nova e um jovem já muito antigo no serviço é facilitada pelo facto da irmã do jovem ter o seu nome:

(...) eu por um lado se calhar tenho mais sorte porque eu tenho o mesmo nome que a irmã mais nova... dele! Eu acho que isso facilitou imenso [conquistar a criança e desenvolver a relação]. (EnfEP5)

Nas interacções iniciais e seguintes os enfermeiros brincam com as crianças mais novas ou incluem graças e expressões humorísticas nas suas conversas com os jovens. Também é habitual falarem sobre aspectos de interesse das crianças/jovens como por exemplo a escola ou os amigos, e fazer sentir que são importantes através de elogios, de os incluir nas conversas fazendo perguntas directas e de ter em conta o que sabem sobre a doença e tratamentos, como o exemplo ilustra:

(...) também comecei a fazer muito ao A. é levá-lo a ele a chegar à resposta. Por exemplo ah... recordo-me... estava atentar lembrar-me de uma situação em que... foi durante uma administração da, da imunoglobulina dele... em que ele teve que administrar... não um concentrado de eritrócitos! Em que tive que administrar furosemida. Ele sabia muito bem o que era a furosemida, para que é que fazia, mas não percebia muito bem para que é que fazia durante... a administração. Lembro-me (...) [do jovem] ter dito mas porquê que eu vou fazer isto? Ele ah não sei, não sei porque é que vais fazer agora! E eu então o que é que a furosemida faz? Ele a explicar o que é que fazia. Então porque é que eu estou a fazer a meio? E ele a tentar perceber. Então quantos mililitros está a levar da concentração? E ele aí começou a perceber que tinha a ver com a sobrecarga. Mas ele também de certa forma gosta de ser testado e acho que por aí é que se vai conseguir conquistar o A. E ele fica muito contente e fica mesmo muito contente de saber tudo! Ele adora que as pessoas saibam! (EnfEP5)

Quando há *confiança* entre enfermeiros e clientes, principalmente com as crianças e jovens, é manifesta uma familiaridade no trato; as crianças ou jovens tratam os enfermeiros pelo seu nome próprio e alguns enfermeiros denominam-se tios/tias das crianças. Esta *confiança* exige um contacto prolongado, pois é necessário tempo para um conhecimento e proximidade, mas também uma presença contínua principalmente numa fase inicial. E implica também que os pais sejam envolvidos nos cuidados e que lhes sejam dadas explicações sobre os procedimentos. Os pais precisam de ver que os seus filhos são bem cuidados para se sentirem seguros, para sentirem confiança nos enfermeiros. Os pais consideram que os enfermeiros estão a prestar bons cuidados quando tomam conta dos seus filhos, conhecem bem os seus filhos, satisfazem as suas necessidades e dominam as técnicas. Este último aspecto diz respeito à segurança e eficácia que é percebida pelos pais, e não tanto ao procedimento em si. Os enfermeiros consideram igualmente importante esta segurança transmitida aos pais:

Que a relação de confiança entre nós se mantenha, para mim isso é essencial. Quer dizer, é essencial que os pais se sintam seguros com aquilo que eu tou a fazer, mesmo quando eu não me sinto segura, e que lhe possa dizer olhe eu não conheço muito bem, vamos tentar... mas que eles percebam que, quan-

do lidam comigo, quer dizer que a enfermeira que está com o bebé deles é uma pessoa com quem eles possam contar (...) (EnfEP4)

Porém, é frequente ocorrer interrupção do sentimento de confiança dos clientes na relação com os enfermeiros face a procedimentos dolorosos, com um conseqüente distanciamento emocional e mesmo rejeição que os enfermeiros procuram colmatar mobilizando estratégias como: pedir desculpa, pedir um beijinho, explicar que é difícil mas é possível ultrapassar ou dar um diploma de reconhecimento da coragem e bravura às crianças/jovens:

(...) temos que punccionar a criança... entretanto com certeza que aquela fase da reconciliação, portanto [quando] picamos aí a criança não nos pode ver. Quando conseguimos que correu tudo bem, [a punção venosa] foi à primeira e ficou tudo resolvido naquele momento, dizemos sempre então estou desculpada? Ganho um beijinho? Elas [a criança] aí... dão, dão um beijinho e nós damos o diploma de coragem e tudo isso! Elas aí reagem muito bem e no momento seguinte quando voltamos ao quarto para, por exemplo colocarmos o soro ou fazer qualquer outro procedimento... já nos recebem muito, muito mais... já sorriem (...) (EnfEP2)

Os enfermeiros compreendem este tipo de rejeição, sabendo que existem períodos em que as crianças/jovens não aceitam as suas manifestações de afecto e mesmo a sua presença. E têm ainda consciência que é preciso dar espaço para a reconciliação, referindo alguns que se sentem melhor se a criança/jovens os “perdoar pois significa que estas não retêm nem aumentam o seu medo dos procedimentos e dos enfermeiros” (EnfNE3). Referem ainda que se a relação já estabelecida (que envolve a reciprocidade afectiva, a proximidade e o conhecimento mútuo) é de “extrema confiança e ajuda” (EnfNE3) já a recuperação da confiança é mais fácil.

Nas situações em que os clientes, principalmente os pais, revelam pouca ou nenhuma confiança nos enfermeiros, colocando em causa o que os enfermeiros fazem, rejeitando qualquer tipo de proximidade ou são mesmo agressivos verbalmente, os enfermeiros têm que fazer a **gestão de episódios conflituosos**. Os clientes estão a viver um estado emocional de negação, revolta e grande ansiedade que pode ser exacerbado nas interacções com os enfermeiros, culpabilizando-os muitas vezes por algo que não está a correr como gostariam. Nestas relações hostis são mobilizados pelos enfermeiros as seguintes estratégias para recuperar ou criar a estabilidade das relações: *abordagem calma e de controlo, dar espaço para a expressão, desmontar o problema, procurar a reconciliação e não fazer juízo de valores negativos*.

A *abordagem de calma e de controlo* caracteriza-se pela capacidade de manter a calma durante a atitude agressiva dos clientes e de dar tempo para os clientes se acalmarem e compreenderem a situação:

(...) temos um pai neste momento que tem muitas condições inclusivamente tem uma caminha ao lado, porque é uma criança que tem um internamento longo, tem muitas condições, tem muita coisa a favor. Mas estão a acontecer muitas coisas más, inclusivamente já escreveu no livro amarelo [livro de reclamações]. E nós não sentimos que haja realmente razão para isto tudo! Não há razão para tudo isto

estar a acontecer, mas também não sei exactamente como é que se contorna, porque ou se percebe exactamente qual é que é a queixa ou então às vezes temos que deixar rolar. (EnfEP2)

Procuram também apaziguar, evitando que o conflito se acentue como o exemplo ilustra:

Nós tentamos explicar (...), explicamos olhe pais isto acontece [não conseguir puncionar à primeira]! Claro que não é, não é o ideal não, mas acontece e tentamos desmistificar um pouco a situação (...)
(EnfEP2)

Por outro lado, procuram não mostrar fragilidade e estabelecer limites para que o cliente perceba que se deve conter na sua exaltação e agressividade. Esta estratégia é mobilizada ao longo da resolução do conflito. O exemplo abaixo demonstra como uma enfermeira procura estabelecer limites:

Tentar minimizar o conflito nessas situações. Pronto, às vezes é possível outras vezes não é! E quando não é... também têm a quem se... é o que eu digo, também têm a quem se queixar e onde, e onde expor as razões deles, pronto! (EnfEP4)

Dar espaço para expressar é outra estratégia que permite desanuviar e aliviar a pressão dos clientes mais exaltados. Os enfermeiros não respondem à letra e não contrariam pois isso iria alimentar a agressividade, e deixam falar pois neste momento os clientes não estão interessados ou não conseguem ouvir. Por vezes, quando está mais que um familiar no quarto os enfermeiros conduzem a pessoa mais exaltada para outro espaço e pedem para esta explicar o que a preocupa. É um momento para os pais exteriorizarem o que os perturba, mas a enfermeira não deixa os pais a falarem sozinhos:

(...) [antes de explicar] primeiro deixo-os sempre falar, naquela parte eles têm que dizer tudo o que querem (...) Eu deixo-os falar perfeitamente, deixo falar só que não os deixo é a falar sozinhos, percebe! (EnfEP6)

Em seguida é importante *desmontar o problema* e para tal os enfermeiros vão averiguar o que os pais sabem e só depois começam a clarificar a situação, procurando também mostrar os benefícios para os seus filhos relativamente ao procedimento proposto. Por último, e já num período em que os pais estão mais calmos, os enfermeiros *procuram a reconciliação* através de reconhecer as razões que levaram o cliente a reagir daquela forma. No exemplo que se segue uma enfermeira reconhece as razões dos pais, mas relembra que a situação não é fácil para ninguém, realçando que também não é fácil para os enfermeiros serem alvo da agressividade dos pais:

Ouvi-los até eles falarem, e depois dizer assim aos pais então agora vou tentar explicar, eu percebo porque é que está a sofrer mas vou tentar explicar. Sabe porquê que nós estamos a tentar fazer isto, porquê que nós temos que fazer? É que temos que fazer! É que isto para nós também é muito difícil, é o bebé, é para o bebé... mas isto para nós também é extremamente difícil! É difícil para todos (...)
(EnfEP6)

Mas vão também negociar, mostrar que não ficam aborrecidos e ainda justificar o procedimento, tal como uma enfermeira descreve na interacção com a mãe:

É imprescindível que neste momento o seu bebé faça uma terapêutica endovenosa, é mesmo importante ah... temos essa informação, temos dados que nos permitem afirmar isto. (EnfEP7)

Por outro lado, procuram *não fazer juízos de valor negativos* acerca de um cliente que foi agressivo ou conflituoso com o próprio ou com outro colega, entrando na interação como se não tivesse acontecido nada.

Outro tipo de abordagem dos enfermeiros participantes na “Construção da estabilidade na relação” é o **equilíbrio de poderes**, que se caracteriza por uma *tomada de decisão partilhada*, por *dar espaço à função parental*, pela *colaboração mútua*, pela *participação do cliente* e pela *partilha de informação*.

Os enfermeiros procuram uma *tomada de decisão partilhada* com os pais relativamente à hora do banho, ao tipo de alimentação, ao modo de administrar a medicação e outros. Os enfermeiros sabem que devem *dar espaço à função parental*; os pais podem repreender os filhos, os pais podem prestar os cuidados como fariam se estivessem em sua casa, o colo dos pais é o melhor, os pais sabem a tolerância dos filhos à alimentação. No exemplo seguinte a enfermeira explica o importante papel dos pais durante uma punção venosa:

Mesmo quando é para puncionar vão sempre connosco e nós nunca dissemos nada, achamos sempre que eles devem ir, porque há uma parte que é feita pelos pais; o tranquilizar o bebé, o falar com o bebé, o acarinhar o bebé, o dar uma sacarose para acalmar o bebé, tudo isto é feito pelos pais. (EnfEP6)

Este equilíbrio de poderes é alcançado ainda pela *colaboração mútua* e pela *partilha de informação* entre enfermeiros e clientes, que facilita a *participação* na tomada de decisão dos pais e crianças/jovens e no processo de cuidados. Tudo isto evita a percepção da parte do cliente de um domínio e autoritarismo dos enfermeiros sobre a sua pessoa, favorecendo o envolvimento emocional e evitando os conflitos. Contudo, os enfermeiros ao transmitirem este respeito e partilha na relação com os pais esperam, igualmente, ser respeitados e considerados por estes (EnfEV2).

“Construir a estabilidade na relação”, cujo envolvimento emocional tem um papel fundamental, principalmente a questão da confiança, tem como consequência uma tranquilidade da parte dos pais e a uma percepção de que podem contar com os enfermeiros, pois estes cuidam bem dos seus filhos. No exemplo apresentado abaixo a enfermeira evidencia o aspecto das orientações/explicações, que fornece aos clientes, serem levadas em conta pois estes confiam em si:

Também há vários ensinamentos que nós fazemos ao longo do internamento consoante achamos que é pertinente naquele momento, que se os pais tiverem uma relação connosco de mais proximidade estão mais receptivos a esses determinados ensinamentos e acho que isso ajuda imenso, é um ganho para eles também e para a criança. (...) [As crianças] Que possam voltar aqui [ao serviço de internamento de pediatria],

que se sintam bem, os pais telefonam por alguma intercorrência, os pais telefonam para cá... e isso também demonstram que saiem de cá com confiança no nosso profissionalismo. (EnfEP2)

Por outro lado, contribui para uma melhor adaptação e capacidade de lidar com a situação de doença e hospitalização. É exemplo disso uma criança que sentindo confiança, não tendo medo e estando segura procura por iniciativa própria o colo dos enfermeiros, a sua atenção ou mostra e dá um desenho que fez à enfermeira.

Os pais também demonstram aceitação e compreensão para com os enfermeiros, tal como o exemplo abaixo ilustra:

(...) quando há uma relação afectiva, quando a pessoa se envolve com a pessoa que tá a tratar... e há uma relação... tudo é mais fácil, eles aceitam muito mais todo o tipo de procedimento e mesmo que agente se engane, pronto se eu tiver deixado cair a compressa e tenho que abrir outro pacote e ele tem que esperar um bocadinho para que eu vá buscar outra, porque desastrosamente deixei cair, aceita isto muito melhor do que não havendo essa relação de afectividade. (EnfEP4)

Os enfermeiros referem que o envolvimento emocional é benéfico, observa-se um relaxamento das crianças e jovens, observa-se um abrandar do stress nos pais e, na generalidade, facilita os cuidados mas deve ser delimitado ao espaço profissional. A consequência é a harmonia nas relações entre enfermeiros e clientes e um convívio pacífico num ambiente tranquilo propício à prestação de cuidados. As relações são geridas e os conflitos são minimizados podendo predominar a tranquilidade e afectividade na relação. No entanto, apesar da mobilização das acções/interacções descritas são mencionados “casos de insucesso” em que “as crianças nunca chegam a gostar dos enfermeiros” (EnfEPr2) e os pais mantêm-se agressivos e revoltados até ao momento da alta, mas que constituem uma minoria.

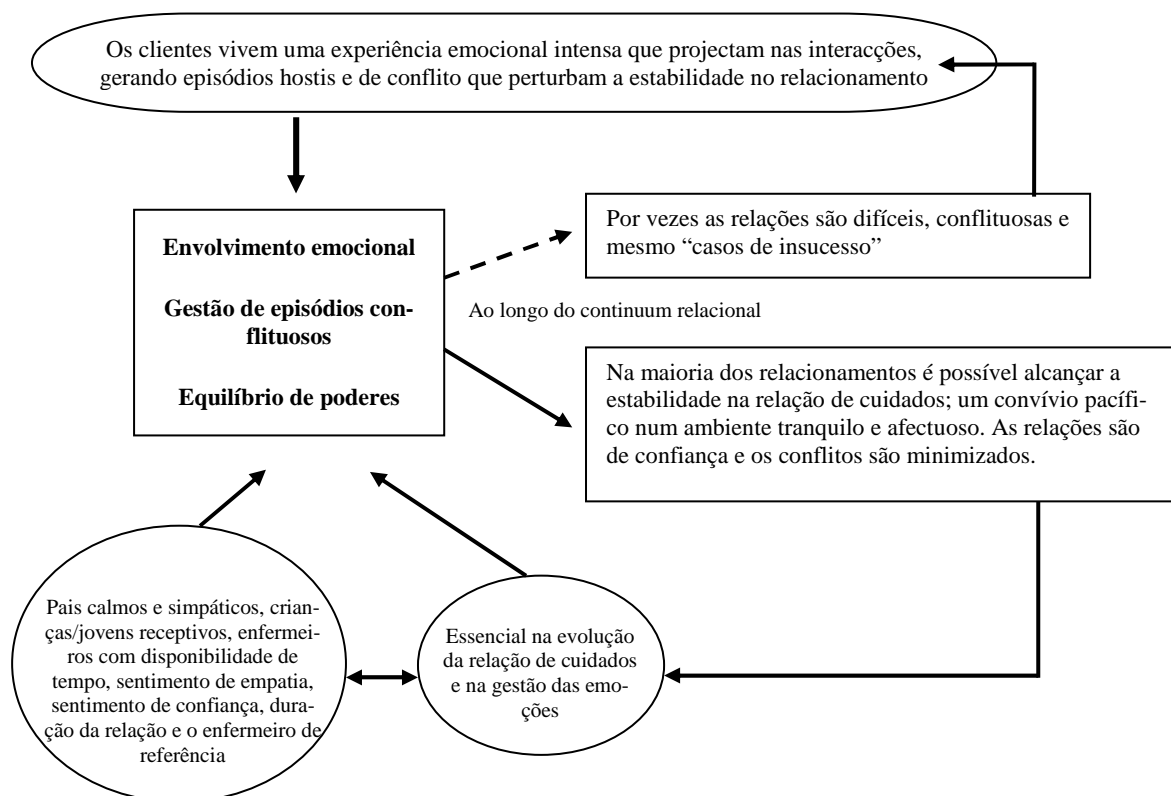
Em síntese os enfermeiros participantes, na sua prática de cuidados, procuram “Construir a estabilidade na relação” porque os clientes vivem uma experiência emocional intensa que projectam na interacção, gerando episódios hostis e de conflito que pautam o relacionamento. Assim, as relações entre os enfermeiros e clientes estão impregnadas de emoções tanto de tonalidade positiva como de negativa, responsáveis pelas suas oscilações, com origem nos sujeitos em interacção mas também que emergem da própria interacção.

Os enfermeiros sabem que a estabilidade das relações é essencial na gestão das emoções e na prática de cuidados. Os factores que facilitam esta estabilidade são: pais calmos e simpáticos, crianças/jovens receptivos, enfermeiros com disponibilidade de tempo, sentimento de empatia, sentimento de confiança, duração da relação e a figura do enfermeiro de referência.

A sua acção/interacção implica o investimento num envolvimento emocional, a gestão de episódios de conflito e ainda o equilíbrio de poderes. Na maioria dos relacionamentos é possível alcançar a estabilidade no continuum temporal; um convívio pacífico num ambiente tranquilo e afectuoso que facilita a prestação de cuidados. As relações são de confiança e os conflitos

são minimizados. Observa-se uma tranquilidade da parte dos pais e a uma percepção de que podem contar com os enfermeiros. Os clientes lidam melhor com a situação de doença e hospitalização. Os enfermeiros têm a percepção de que as orientações e explicações que fornecem aos clientes são levadas em conta por estes (Diagrama XIII).

Diagrama XIII – Esquema-síntese da categoria maior: “Construir a estabilidade na relação”



2.5 – REGULAR A DISPOSIÇÃO EMOCIONAL PARA CUIDAR (NOS ENFERMEIROS)

Os enfermeiros apresentam uma disposição emocional, ou seja, uma atenção afectiva e sensibilidade para com as pessoas (clientes), e para com as experiências emocionais destes, de forma intencional e persistente. Esta parece ser uma característica básica no agir dos enfermeiros participantes, incorporado nas práticas de cuidados que têm vindo a ser descritas. Porém, a sua disposição emocional também sofre oscilações sendo regulada pelos próprios enfermeiros com intencionalidade terapêutica (Quadro XIII). A disposição emocional para cuidar é regulada e persiste devido a uma **motivação** dos enfermeiros para ajudar associada à afeição que sentem pelas crianças, e à **missão** da enfermagem que estes abraçam:

Acima de tudo nós gostamos de crianças, exactamente. Quando nos deparamos com uma situação difícil e que de certa maneira isto não resulte, nós temos que pensar acima de tudo na criança e gostar dela também. (EnfEP4)

Ajudar o outro [no seu sofrimento], estar com o outro nos momentos de maior angústia e desespero é a

Quadro XIII - Características da categoria major: “Regular a disposição emocional para cuidar (nos enfermeiros)”

Contexto/Condições	Acções/Interações	Consequências
<p>Porquê Motivação e missão; Persistência para cuidar; Vontade construtiva da relação. Experienciam situações emocionalmente intensas (ficam afectados, vivem emoções perturbadoras, existência de situações difíceis de lidar)</p> <p>Factores que facilitam Compensação (relações emocionalmente estáveis, sentimento de gratificação, sentimento de realização, as próprias crianças ajudam); Necessidade de gerirem as suas emoções para conseguir cuidar; Conhecimento de si; Apoio entre colegas</p> <p>Factores que dificultam Excesso de trabalho que conduz a intensificação do stress e cansaço; Fragilidades da pessoa relacionadas com experiências anteriores; Características individuais; Transferência para os filhos; Conflitos na equipa de saúde</p>	<p>Como <i>Analisar as experiências</i> (falar com os colegas, leituras, escrita, reflexão) <i>Partilhar o que sente</i> (colega específica, grupo de colegas) <i>Compreensão das reacções dos clientes</i> (minimizar o negativo, perceber que não é dirigido a si) <i>Atenuar positivamente</i> (perceber que não são os únicos a falhar, acreditar na sua competência, encarar como desafio) <i>Não se deixar afectar</i> (descentrar-se, afastar-se por momentos, evitar prestar cuidados, cortar com a fonte de emoções, cessar funções)</p>	<p>Com a maioria das estratégias os enfermeiros conseguem inibir ou induzir emoções nos próprios de modo a conseguirem transformar as emoções perturbadoras e a continuarem a cuidar dos clientes, mantendo o envolvimento emocional. Promove o bem-estar, o alívio do sofrimento e contribui para a adaptação do cliente à situação.</p>

A sua **persistência** para cuidar é notória durante todo o acompanhamento do cliente, e “no início da relação o investimento é ainda maior, pois os enfermeiros participantes pretendem conhecer os clientes e chegar a eles” (EnfEP2). Mesmo que seja difícil lidar com o sofrimento do Outro, os enfermeiros investem no cuidar estando presentes na vida e na morte:

Ajudar é difícil, enfrentar sentimentos de angústia e desespero é complicado, mas estar com o outro (...) Fazer que compreenda quanto ele é importante para nós (...) e aprender a estar presente na vida e na morte, penso que é o ideal máximo da enfermagem. (EnfEP5)

Perante relações hostis, pautadas pelo distanciamento imposto pelos clientes e em que a estabilidade na relação é muito frágil e difícil de construir, os enfermeiros são persistentes e mantêm a intenção de conquistar os clientes:

Após olhar várias vezes para esta mãe sem que obtivesse resposta, a enfermeira inicia a conversa referindo “Então ele está a mamar?”. A mãe responde em monossílabo, em voz baixa e sem alterar a sua expressão facial “Tá!”, parecendo-me uma forma muito seca de responder e nada em sintonia com o modo suave e simpático da abordagem da enfermeira. A mãe parece transmitir que não está interessada na conversa com a enfermeira. Mas a enfermeira insiste e de tempos a tempos lá dizia ou perguntava algo à mãe, à qual esta continuava a responder por monossílabos e com a mesma expressão, por vezes não olhava para a enfermeira, mantendo o olhar em direcção ao chão. O modo de falar da enfermeira era sempre o mesmo; um tom de voz suave, melódico, olhar directo que permanece após o monossílabo seguido do silêncio da mãe. (Enf-MãeOPrP6)

Pode acontecer que os enfermeiros tenham algum tipo de incompatibilidade com os clientes, por exemplo devido a conflitos não resolvidos, mas mesmo assim estes procuram alimentar a relação embora tenham consciência que esta relação possa ser artificial (mais superficial). Ou

quando o tempo é escasso devido a múltiplas solicitações de cuidados, os enfermeiros percorrem os corredores do serviço de modo apressado mas no espaço da relação estão calmos e disponíveis. As pressões externas que se prendem com as perdas de regalias monetárias ou relacionadas com o estatuto profissional na actual conjuntura parecem não afectar a sua persistência para cuidar, pois estes travam uma luta constante para manter o seu empenho e investimento nos cuidados, tal como uma enfermeira participante refere: “é uma luta diária para manter o investimento nos cuidados, com tudo o que nos estão a tirar actualmente” (EnfEPr3). Por último, os enfermeiros procuram que os cuidados não sejam afectados por problemas pessoais:

(...) tentamos que as nossas características sobressaiam sempre (...) tentando que estamos aqui para cuidar e que as crianças e família não têm culpa dos factores negativos que estejam a afectar a nossa vida no momento, negativos ou positivos! (EnfEPr1)

É visível, também, na postura dos enfermeiros uma **vontade construtiva** da relação aquando, por exemplo, do momento do acolhimento em que ainda não conhecem os clientes:

O enfermeiro sem conhecer a criança, o jovem e a sua família tem de lhes transmitir segurança, calma e tranquilidade gerindo aquele encontro: interpretando os sinais que lhe são transmitidos (um rosto tenso, um olhar apavorado, uma tentativa de sorriso) intervindo de forma adequada, mobilizando estratégias apropriadas e iniciando uma relação. (EnfNE2)

No início de cada turno numa primeira interacção, após um episódio de quebra de confiança na relação, associado por exemplo a um procedimento doloroso em que a criança fica mais afastada afectivamente ou após um episódio conflituoso com a mãe, os enfermeiros procuram promover na sua abordagem uma desconstracção, boa disposição e afectividade. É uma postura geratriz de uma relação emocionalmente harmoniosa e construtiva com o cliente, como descremos anteriormente.

Concomitantemente, os enfermeiros participantes não deixam de viver **experiências emocionalmente intensas** que podem ser pontuais (postura agressiva dos pais) ou contínuas (criança em fim de vida). Por vezes os enfermeiros *ficam afectados* com as emoções dos clientes como é característico do humano. O sofrimento dos clientes contagia-os devido à empatia emocional. Sentem um impacto emocional, um abalo, quando se confrontam com crianças/jovens com alterações físicas e consideram complicado e até doloroso o facto de os pais colocarem em causa os seus cuidados. Quando os pais mantêm um nível de agressividade na interacção com os enfermeiros, estes últimos podem ficar emocionalmente exaustos. Mas a situação de morte da criança ou jovem afecta-os profundamente, de tal modo que chegam mesmo a chorar ou a transferir essa experiência emocional para os seus filhos.

As experiências emocionais intensas decorrem ainda de *emoções que perturbam* os enfermeiros na sua vivência da prática de cuidados. Alguns enfermeiros podem sentir-se frustrados e

aborrecidos quando falham uma punção venosa, pois consideram que provocam sofrimento desnecessário ao cliente. Mas para outros enfermeiros, qualquer procedimento doloroso que envolva sofrimento pode gerar uma sensação de tristeza pela dor que causa o mal alheio. Quando os clientes não facilitam a relação e transmitem que não confiam nos enfermeiros, estes podem sentir insegurança na abordagem. Podem sentir raiva e injustiça perante a morte de uma criança e sentir-se impotentes perante o sofrimento da doença. Quando percebem que nada podem fazer para ajudar sentem-se “pequeninos”, sentem raiva e impotência e até angústia. As emoções perturbadoras de um enfermeiro podem contagiar outros enfermeiros, como se constata no exemplo:

Para além da postura de tristeza e pesar desta enfermeira [que acabara de assistir à morte de uma criança], os restantes elementos da equipa também manifestavam a sua consternação e tristeza, como se vivesses um sentimento comum que pairava na atmosfera. (EnfOPa4)

Esta experiência emocionalmente intensa pode persistir para além do momento, mantendo-se na memória dos enfermeiros:

(...) Durante todo o restante dia não conseguia deixar de pensar naquela mãe e no que estaria a acontecer e como estava aquela mãe a viver este dia. (...) Até hoje penso naquela mãe; é difícil não sentir revolta, desespero e angústia perante uma situação tão dramática. (EnfEP5)

Os enfermeiros confrontam-se com **situações difíceis de lidar** como nas interações em que os pais são muito exigentes e culpabilizam-nos, não confiam e são agressivos, apresentam um fôlego frio, ficam silenciosos e nunca estão satisfeitos com os cuidados. Ou nas situações de incompatibilidade entre o enfermeiro e o cliente, em que este procura desenvolver uma relação “não autêntica” reprimindo os seus sentimentos:

(...) mas há casos, já me aconteceu, poucos graças a Deus, mas já me aconteceu de haver pessoas que realmente aquilo para mim... aquela pessoa... não sei! Faz faísca, há qualquer coisa ali que não funciona... Isso para mim é muito mais complicado! Porque eu tenho que... não consigo estabelecer uma relação de afectividade natural (...) (EnfEP4)

Já com as crianças ou jovens com as quais é difícil interagir, pois estas são muito defensivas, torna-se muito complicado para os enfermeiros alcançar uma proximidade e confiança na relação e isso é difícil de gerir emocionalmente. Também os encontros na fase inicial do internamento, incluindo o acolhimento, em que não existe ainda uma relação construída e em que os clientes estão preocupados, ansiosos ou com medo constituem situações difíceis de lidar, pela carga emocional emanesciente. Alguns enfermeiros têm ainda dificuldade de gerir emocionalmente os episódios de procedimentos dolorosos e lidar com a morte das crianças/jovens “é sempre difícil e complicado” (EnfEP1).

Perante tal contexto, a disposição emocional dos enfermeiros participantes sofre oscilações no dia-a-dia da prática de cuidados como se fosse um “pêndulo” no sentido metafórico, que pende predominantemente para a manutenção dessa disposição emocional para cuidar, através da

uma regulação intencional levada a cabo pelos próprios enfermeiros. Uma condição que facilita esta regulação é a **compensação** que os enfermeiros sentem decorrente das *relações emocionalmente estáveis*, principalmente de um envolvimento emocional que é alcançado na interacção com a maioria dos clientes. Estas relações funcionam como amortecedores dos momentos mais perturbadores, pois pautam-se por “muitos momentos de coisas boas” (EnfEP3) que promovem nos enfermeiros um sentimento compensatório e de que “vale a pena” investir nessa mesma relação:

Contudo e mesmo que dessa entrega leve a um sentimento de perda enorme, no caso da morte da criança com doença crónica, tudo vale a pena. O nosso sofrimento vale a pena quando no fim conseguimos dizer que aquela criança, mesmo com todos os procedimentos dolorosos, todo o sofrimento e limitações, foi uma criança mimada e feliz! (EnfNE3)

A experiência dos enfermeiros é pautada, ainda, por um *sentimento de gratificação* decorrente do agradecimento dos clientes, de pequenas ofertas (um desenho pintado pela criança, uma flor, uns bombons) ou de momentos de partilha de afecto que dão “força para continuar” (EnfEP1). Mas também o *sentimento de realização*, pela percepção de conseguir conquistar a confiança e a proximidade na relação com os clientes que permite ajudá-los, pode ser compensador. Os enfermeiros têm também a percepção que prestam bons cuidados ao observarem que os pais se sentem acolhidos e à-vontade para falar com eles, que ficam menos ansiosos e tranquilos. Num balanço geral, as relações, e todo o acompanhamento dos clientes, são predominantemente gratificantes e fazem atenuar e mesmo compensar os episódios disruptivos ou as adversidades que os enfermeiros vivenciam na sua prática de cuidados:

(...) em pediatria parece que vale sempre a pena investir, eles [as crianças/jovens] resistem á derrota, o que é muito engraçado. Enquanto as pessoas mais velhas já têm um percurso certamente e enfrentam doutra forma... os miúdos não, mantém-se. Então a luta que é deles também é nossa! Nesse aspecto acho que (...) nem ficamos atrás de uma defesa porque apesar de tudo vale sempre a pena dar neste serviço. (...) Porque depois todo o percurso é muito intenso e muito bom, não é! E tudo aquilo que se construiu, que depois acabamos por perder já se sabe, mas também foi muito bom! (EnfEP2)

Por outro lado, quando os enfermeiros estão a viver algum problema que os perturba, são as *próprias crianças que os ajudam* pois animam-nos através de algo que dizem ou de algum tipo de manifestação de carinho; “(...) as crianças suscitam, habitualmente, sentimentos agradáveis e gratificantes” (EnfEPr2).

Outra condição facilitadora da regulação da disposição emocional é a consciência dos enfermeiros relativamente à **necessidade de gerirem as suas emoções para conseguirem ajudar** na gestão das emoções dos clientes:

Ajudar o outro, estar com o outro nos momentos de maior angústia e desespero (...) é uma tarefa que implica conhecimento de nós mesmos e capacidade de lidar com os nossos sentimentos e com os sentimentos de quem cuidamos. (EnfEP5)

Pois os enfermeiros sabem que quando estão menos tolerantes podem não conseguir dar as melhores respostas, e com isso podem não conseguir ajudar os clientes:

Como se lida com estas situações! Com alguma, com alguma calma ah... obviamente se entrarmos, se entrarmos, se entrarmos também numa de agressividade muitas das vezes ahhh... também podemos estar um pouco nós próprias menos pacientes, digamos assim, e se calhar não damos, se calhar não sabemos dar as melhores respostas! Ahhh e não estamos se calhar tão bem para, para responder, para ajudá-los no fundo, porque precisam de ser ajudados! (EnfEP9)

O **conhecimento de si**, uma consciência ao nível das suas emoções e da sua capacidade de lidar com as mesmas, que se vai desenvolvendo ao longo da experiência pessoal e profissional (EnfEV9), é outra condição fundamental para alcançar a regulação da disposição emocional. Isto é possível quando os enfermeiros reflectem sobre os cuidados, sobre a sua pessoa e as suas emoções, tal como uma enfermeira refere:

Acredito que se aprende no dia-a-dia e no reflectirmos sobre nós próprios e sobre as nossas próprias emoções quando cuidamos. (EnfEP5)

A par desta reflexão sobre o próprio, os enfermeiros reconhecem as suas limitações pedindo a colaboração de colegas durante a execução de procedimentos, compreendem que não conseguem desenvolver um envolvimento emocional na relação com todos os clientes, e que não têm respostas eficazes para todas as situações de cuidados. As experiências pessoais são igualmente promotoras de um conhecimento de si, permitindo lidar com as situações de cuidados emocionalmente intensas de forma mais positiva e tranquila.

E o **apoio entre colegas** é também uma condição facilitadora, quando existe um ambiente de empatia no grupo, quando os enfermeiros se acompanham na realização de procedimentos dolorosos, oferecendo-se mesmo para substituir o colega ou quando reina a boa disposição no grupo

Como condições que dificultam a capacidade de regular a disposição emocional para cuidar foi mencionado o **excesso de trabalho** que conduz a intensificação do stress e cansaço, as **fragilidades pessoais** relacionadas com experiências anteriores, características individuais ou a transferência para os filhos, e a existência de **conflitos no seio da equipa** de saúde. A influência destes factores depende da sua duração, pois podem ser apenas pontuais e provocar oscilações, ou serem contínuos e provocarem bloqueios persistentes na disposição emocional para cuidar. Mas o factor condicionante mais decisivo é a sua **(in)capacidade para regular as emoções** que o perturbam:

Se estamos bem emocionalmente também conseguimos transmiti-lo no nosso cuidado, se a pessoa tem alguma alteração a sua disposição emocional vai-se reflectir, se não conseguir gerir as suas próprias emoções. (EnfEPr3)

Portanto, há uma disposição “que não muda mas depois há aqueles factores diários que influenciam” (EnfEP1), e por isso é necessário regular esta disposição emocional para cuidar. Assim, os enfermeiros mobilizam as seguintes estratégias:

- Analisar as experiências
- Partilhar o que sente
- Compreensão das reacções do cliente
- Atenuar positivamente
- Não se deixar afectar

Os enfermeiros mobilizam um conjunto de habilidades que permite modificar ou atenuar as suas emoções negativas, com traços intensivos e perturbadores, de modo a atingir objectivos que no caso concreto é “prestar cuidados o melhor possível, tranquilamente e que tudo corra bem durante o acompanhamento” (EnfEP3). Para tal procuram **analisar as experiências falando com os colegas** para compreender as situações, mas também através de *leituras*, da *escrita* e da própria *reflexão*. A reflexão é um espaço de pensamento, um auto-diálogo e mesmo avaliação sobre a sua pessoa e sobre as situações de cuidados. O auto-diálogo permite que a pessoa se acalme a si própria. Como resultado conseguem compreender a situação e também lidar melhor com as emoções.

Partilhar o que sente é uma estratégia frequentemente usada numa conversa com um *colega específico* ou com o *grupo de colegas* do turno, o que é percebido como um apoio e escape como o exemplo abaixo ilustra:

Mas às vezes saímos daqui um pouco aborrecidos nós com nós próprios [dizendo para si]: devíamos ter conseguido, estamos ali [a matutar], devia ter conseguido ter feito isto à primeira! Devia... Mas quando temos um apoio também da parte dos restantes elementos da equipa, dizem que... é tranquilizador quando dizem: Sim! Mas eu estou cá há 15 anos e também me acontece! Isso é um bocado mais tranquilizador, ajuda imenso! Partilhar as experiências (...) O primeiro passo é sempre falar com um colega (...) é o primeiro escape (...) (EnfEP1)

Esta partilha leva também a uma aprendizagem e crescimento do grupo, porque as pessoas conhecem-se melhor, são mais abertas e compreendem-se, sendo uma característica deste grupo de enfermeiros. Porém, um enfermeiro participante enfatizou a necessidade de se criar espaços próprios de partilha das experiências e estratégias para lidar, e mesmo para fazer catarse, em sessões formais. Revela ainda que as passagens de turno não são os momentos mais propícios, pois os enfermeiros estão cansados e querem terminar o turno.

Outra estratégia é a **compreensão das reacções dos clientes**, na qual os enfermeiros revelam uma capacidade de entender as atitudes e respostas dos clientes, aquando da sua agressividade ou revolta. Ao considerarem as múltiplas razões para tais atitudes conseguem *minimizam o negativo*, anulando as emoções de tonalidade negativa que os clientes projectam neles. As

justificações para as atitudes dos clientes podem ser: o baixo nível de instrução, picos de ansiedade, intolerância ao sofrimento do filho induzido pelos procedimentos dolorosos continuados, negar a doença, não possuir informação suficiente e estar simplesmente a pedir ajuda. O exemplo que se segue ilustra como uma enfermeira compreende o cansaço e exaustão dos clientes resultantes da hospitalização:

E... e é um pouco o que eu digo, muitas das vezes se calhar essa agressividade e essa forma de reagir é um bocado o reflexo do cansaço e da exaustão da situação. Muitas das vezes é o que é... e nada mais!
(EnfEP9)

Por outro lado, os enfermeiros *percebem que não é dirigido a si*, pois compreendem que os pais podem não conseguir aceitar a doença do filho e estão revoltados e ansiosos, e por isso não os estão a agredir a nível particular,

Possuem também a capacidade de **atenuar positivamente** as experiências emocionais intensas e perturbadoras decorrentes de procedimentos que não correm bem, quando *percebem que não são os únicos a falhar*. Sentem uma espécie de consolo ao falarem com uma colega mais experiente que os ajuda a compreender isso:

Acontece imensas vezes, acontece a pessoas com mais experiência que não conseguem à primeira, quanto mais às pessoas que estão cá há pouco tempo (...) (EnfEP2)

Mas também *acreditam na sua competência* para lidar de forma positiva com as situações em que falham nos procedimentos e procuram transmitir aos pais que são capazes. Por outro lado, o reconhecimento e gratidão dos clientes para com a sua pessoa e nos cuidados prestados permite-lhe acreditar que é importante e capaz, o que por sua vez ajuda a lidar com as emoções de forma positiva.

Quando os pais revelam não confiar nos seus cuidados, os enfermeiros *encaram como desafio* de modo a mostrar o contrário, funcionando como um estímulo positivo:

(...) eu encaro isso [os pais estão descrentes quanto aos cuidados da enfermeira] como eu tenho que conquistar os pais agora, isto vai ser um ponto de partida para o meu, é um ponto de partida. (EnfEP7)

Por último, procuram *encarar numa perspectiva positiva* a morte da criança, tendo em conta a irreversibilidade da situação e o sofrimento desta, encontrando um sentido ou tendo em conta que as situações difíceis, na sua generalidade, conduzem a uma aprendizagem:

As experiências acabam por ser sempre positivas, pelo menos na minha experiência tenho essa sorte, apesar de ter situações difíceis acho que tenho sempre a aprender com isso e acho que não me custa assim! Acho que temos sempre que encarar pelo lado positivo. Eu acho que não sinto nunca que possa perder, tenho sempre a ganhar com as situações! (EnfEP1)

Noutras situações os pais podem dizer coisas negativas a respeito dos enfermeiros e dos cuidados, mas estes conseguem dar uma perspectiva positiva ao momento. No exemplo que se segue uma enfermeira responde de modo compreensivo e carinhoso após uma mãe acusá-la indirectamente de provocar sofrimento no seu filho:

A mãe responde: pois ele já reage às batatas brancas. Tá a ver ele olha para as enfermeiras e depois olha para mim com estes olhos... [de pedido de ajuda]. A enfermeira confirma que lhe fazem muitas maldades enquanto continua a fazer carícias e a apresentar um sorriso para o bebé e para a mãe. (Enf-Cr-MãeOPr14)

Os enfermeiros conseguem ainda regular a sua disposição emocional através da estratégia de desviar ou bloquear o foco das emoções em momentos de interacção directa com os clientes que se tornam insuportáveis, para **não se deixar afectar**. De modo a manter a interacção e a sua presença, vai procurar *descentrar-se* do impacto das emoções na sua pessoa dirigindo a sua preocupação para as emoções do cliente:

A enfermeira parecia estar a viver a situação de uma forma emocionalmente intensa mas não submersa nem esmagada pelas suas emoções, pois a preocupação pelo estado emocional dos pais era notória. (EnfOPa4)

Ou dirigindo aos objectivos a atingir nos seus cuidados, que envolvem o alívio do sofrimento dos clientes, conseguindo abstrair-se daquilo que está a sentir.

Procura também *afastar-se por momentos* da interacção com os clientes, de modo a recuperarem do impacto emocional, para depois retomarem os cuidados. Os enfermeiros participantes, nas situações de grande dificuldade em punccionar as crianças, frequentemente, fazem pausas para não perpetuar a tensão nas crianças mas também nos próprios. Por vezes vão beber um café ou falam com colegas para desanuviar. No exemplo abaixo uma enfermeira descreve que conseguiu ajudar uma mãe cuja situação envolvia uma carga emocional excessiva, após passar metade do turno afastada para poder pensar em tudo:

Queria ajudar mas achava que podia não ser capaz, mas ao mesmo tempo queria fazer sentir àquela mãe que o seu filho era importante para mim, que eu estava ali para chorar com ela se tal acontecesse. Assim passei metade do turno a pensar em tudo isto, até que a seguir ao almoço resolvi ir à unidade de cuidados intensivos ter com a mãe. (EnfEP5)

Nas situações em que existe um conflito relacional entre enfermeiros e clientes, que os enfermeiros não conseguem gerir e que é fonte de emoções intensas e perturbadoras para ambos, estes procuram *evitar prestar cuidados* a esses clientes e assim reduzem a sua exposição à fonte de emoções, mantendo a sua disposição emocional nos cuidados aos outros clientes. Em situações extremas, em que os enfermeiros consciencializam que não conseguem lidar com as situações, que se sentem emocionalmente afectados e exaustos na sua prática de cuidados, e por isso não conseguem manter a sua disposição emocional para cuidar, chegam mesmo a cessar funções no serviço de internamento de pediatria. Um enfermeiro participante referiu que “é preciso gostar muito de pediatria e de crianças para conseguir suportar algumas situações (...) e há pessoas que não aguentam” (EnfEP3). Porém, esta é também uma estratégia de regulação da disposição emocional pois os enfermeiros vão para outros contextos onde se sentem mais gratificados, sentem um maior bem-estar e consequentemente uma maior dispo-

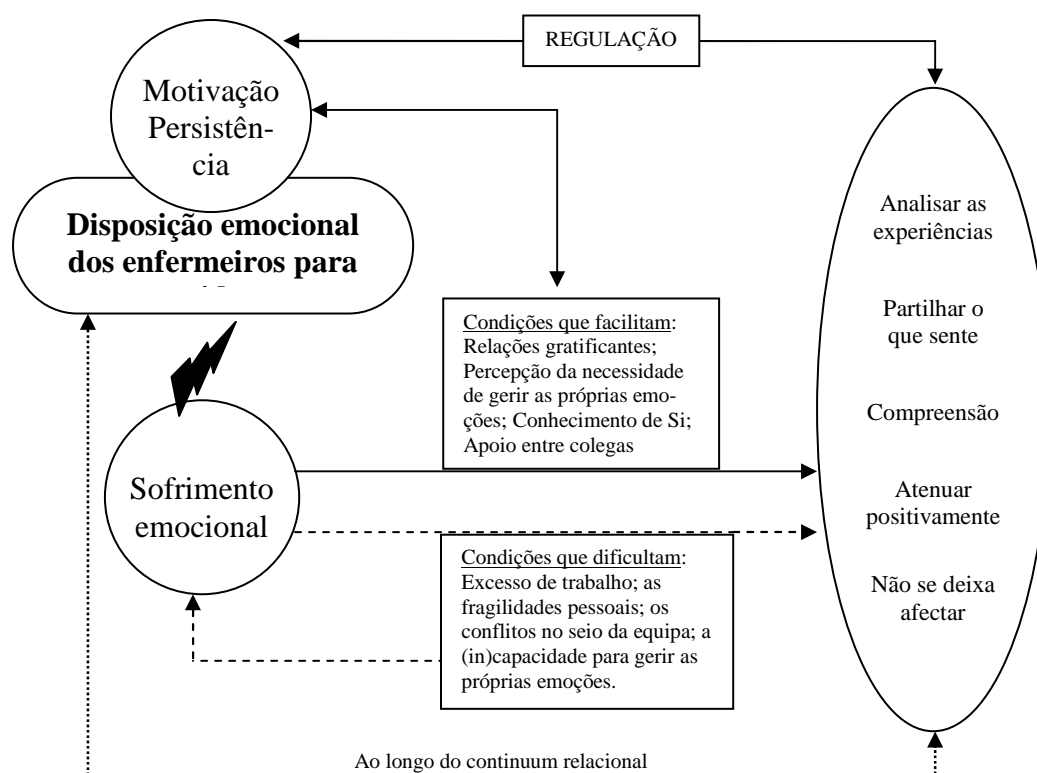
sição emocional para cuidar (EnfEP6). Mais ainda, a experiência anterior traduz-se em aprendizagem para a prática de cuidados no actual contexto (EnfEP6). “Se os enfermeiros chegam a uma altura em que o sofrimento psicológico é superior ao prazer de cuidar as crianças então devemos mudar. Os enfermeiros têm que estar vocacionados para que as coisas sejam feitas por gosto e os outros sentem isso. A insatisfação faz com que não estejamos a cuidar a 100%” (EnfEV4).

Como consequência das acções/interacções descritas, os enfermeiros conseguem inibir ou induzir emoções nos próprios, conseguindo modificar ou atenuar as emoções perturbadoras, mantendo a sua saúde emocional e um bem-estar interior essencial para cuidar das pessoas.

Em síntese, os enfermeiros participantes procuram “Regular a disposição emocional” para cuidar porque a sua atenção e sensibilidade afectiva para com as pessoas (clientes), e para com as suas experiências emocionais pode sofrer oscilações. No dia-a-dia da prática de cuidados os enfermeiros encontram-se numa encruzilhada de situações que põe à prova a sua resistência emocional. Por um lado, a motivação dos enfermeiros para ajudar está associada à afeição que sentem pelas crianças, a missão da enfermagem que estes abraçam, a sua persistência para cuidar e ainda na sua postura uma vontade construtiva para a relação. Por outro lado, acompanham as situações emocionalmente intensas dos clientes que podem ser pontuais (pico de ansiedade dos pais) ou contínuas (criança em fim de vida). Os enfermeiros também sofrem apesar da sua motivação, persistência e vontade para cuidar das pessoas, e é exactamente a disposição emocional que estes procuram manter. As condições que facilitam este processo de regulação são: as relações com os clientes predominantemente gratificantes que fazem atenuar e mesmo compensar os episódios perturbadores ou as adversidades que os enfermeiros vivenciam; quando os enfermeiros estão a viver algum problema que os perturba, são as próprias crianças que os ajudam pois animam-nos através de algo que dizem ou de algum tipo de manifestação de carinho; a consciência dos enfermeiros relativamente à necessidade de gerirem as suas emoções para conseguirem ajudar na gestão das emoções dos clientes; o conhecimento de si, uma consciência ao nível das suas emoções e da sua capacidade de lidar com as mesmas, que se vai desenvolvendo ao longo da experiência pessoal e profissional; o apoio entre colegas quando existe um ambiente de empatia, quando os enfermeiros se acompanham na realização de procedimentos dolorosos oferecendo-se mesmo para substituir o colega, ou quando reina a boa disposição no grupo. Mas coexistem condições que dificultam: o excesso de trabalho; as fragilidades pessoais; os conflitos no seio da equipa; a (in)capacidade para gerir as próprias emoções. Neste processo de regulação os enfermeiros participantes procuram analisar as experiências falando com os colegas para compreenderem as situações, mas também através de leituras, da escrita e da própria reflexão. Partilham o que sentem numa conver-

sa com um colega específico ou com o grupo de colegas do turno, o que é percebido como um apoio e forma de escape. Esta partilha leva também a uma aprendizagem e crescimento do grupo. Outra estratégia é a compreensão das reacções dos clientes, na qual os enfermeiros revelam uma capacidade de entender as atitudes e respostas dos clientes quanto à sua agressividade ou revolta. Possuem também a capacidade de atenuar positivamente as experiências emocionais intensas e perturbadoras decorrentes de procedimentos que não correm bem, quando percebem que não são os únicos a falhar e acreditando na sua competência para lidar de forma positiva com as situações. Os enfermeiros conseguem ainda regular a sua disposição emocional através da estratégia de não se deixar afectar, pois conseguem descen-trar-se do foco das emoções ou mesmo bloqueá-lo em momentos que se tornam insuportáveis. Em situações extremas, em que os enfermeiros consciencializam que não conseguem lidar com as situações, que se sentem emocionalmente afectados e exaustos na sua prática de cui-dados, chegam mesmo a cessar funções nesse serviço de internamento de pediatria. Porém, esta é também uma estratégia de regulação da disposição emocional, pois os enfermeiros vão para outros contextos onde se sentem mais gratificados, um maior bem-estar e consequente-mente uma maior disposição emocional para cuidar. Como consequências das acções/interacções descritas os enfermeiros conseguem inibir ou induzir emoções nos pró-prios de modo a manterem uma disposição emocional que é essencial para cuidar (Diagrama XIV).

Diagrama XIV – *Esquema-síntese da categoria central: “Regular a disposição emocional para cuidar (nos enfermeiros)”*

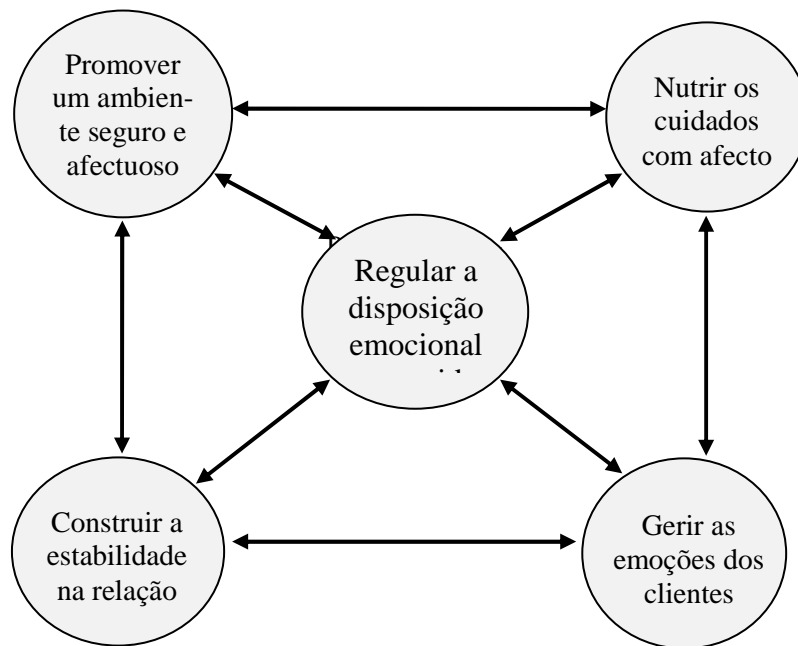


A natureza do uso das emoções, na prática dos enfermeiros participantes, espelha-se nas 5 categorias major que foram apresentadas. Porém, estas encontram-se interligadas e são interdependentes. Destas relações recíprocas deriva directamente o processo de “uso terapêutico das emoções”, que a seguir explicitamos e argumentamos teoricamente.

3 – PROCESSO DE USO TERAPÊUTICO DAS EMOÇÕES EM CONTEXTO PEDIÁTRICO

Os achados revelam que os enfermeiros usam as emoções de modo terapêutico tendo em conta determinadas condições do contexto, através de acções/interacções específicas e adequadas à situação concreta, as quais possuem resultados terapêuticos, pelo que cada uma das 5 categorias major constitui, em si, um sub-processo que permite transformar os fenómenos emotivos perturbadores tanto nos clientes como nos próprios enfermeiros. Estes sub-processos transformativos compõem o processo de uso terapêutico das emoções (Diagrama XV).

Diagrama XV – *Componentes do processo de uso terapêutico das emoções (sub-processos transformativos e sua inter-relação)*



De facto, a categorização apresentada na descrição da natureza do uso das emoções enquanto instrumento terapêutico, permitiu dissecar em pormenor e decompor nas suas partes (analisar) o que os enfermeiros fazem. Mas a realidade revela-se “um todo” embrincado, dinâmico e simultâneo. Isto é, se focarmos a título de exemplo a gestão das emoções é possível constatar que esta engloba propriedades que nutrem os cuidados com afecto, do ambiente seguro e afectuoso e também da estabilidade na relação. E a regulação da disposição emocional dos enfermeiros surge como essencial para gerir as emoções dos clientes, e nutrir os cuidados com afecto. No entanto, cada um dos sub-processos transformativos encerram condições, acções e consequências, e uma intencionalidade próprias que permitem destacá-lo como tal. Estes sub-

processos transformativos encontram-se profundamente interligados e no seu todo traduzem uma realidade complexa que está sistematicamente, mas também subtilmente, a ocorrer no acto de cuidar.

Então, o processo configura-se pelo encadeamento dos 5 sub-processos descritos anteriormente. Metaforicamente, podemos representar a natureza do fenómeno pelas células que vão constituir o tecido – o processo que ilustra o fenómeno. É fundamental compreender a natureza (as células) para tecer o processo (o tecido). Este processo revela as ligações e conexões entre as suas diferentes componentes, fornecendo uma compreensão global do fenómeno.

É fundamental, também, perspectivar o processo à luz das concepções teóricas existente para lhe conferir consistência. Lopes (2003), citando Eisenhardt (1989), defende que amarrar a teorização emergente (fruto da codificação dos dados) à literatura existente aumenta a validade interna, a capacidade de generalização e o nível teórico da teoria em construção. Deste modo, o processo deriva e está enraizado não só nos dados empíricos, mas também se fundamenta na conceptualização e evidência científica já produzida. Passamos, então, a explicitar o processo conjugando estes 2 desideratos.

Nesta investigação de *grounded theory* as condições gerais e englobantes das condições específicas do contexto, que conduzem ao uso terapêutico das emoções, revelam que os enfermeiros consideram na sua prática de cuidados as respostas emocionais dos clientes – ansiedade/stress, depressão, disforia, cólera, medo e outras – que acompanham a vivência de doença e hospitalização, e compreendem que estas acrescentam sofrimento à experiência. Portanto, nas interações com os clientes ao longo do período de internamento, os enfermeiros confrontam-se com as experiências emocionais de tonalidade negativa que são expressão do sofrimento destes, procurando minimizar a sua intensidade ou a perturbação que provocam. Por outro lado, os clientes participantes vivem uma experiência emocional intensa que exteriorizam com facilidade na interacção com os enfermeiros ou que tem como ignição a própria interacção. Algumas relações possuem uma emocionalidade negativa e podem existir momentos turbulentos devido a episódios hostis repentinos ou mesmo casos pontuais de relações difíceis em que a hostilidade da parte dos clientes é evidente. Outras vezes, algum procedimento pode ser o rastilho para despoletar a explosão emocional do cliente na interacção com os enfermeiros.

Muitos estudos de enfermagem dão relevância à experiência emocional dos clientes na vivência de doença, com o objectivo de conhecer em profundidade as suas experiências e necessidades emocionais (Figueiredo & Turato 2001, Moore & Rhonda 2002, Li & Lopez 2005). Num estudo de Diogo (2000a) sobre os familiares da criança com doença oncológica no 1º internamento, são identificadas as vivências emocionais e as necessidades de apoio dos pais

para aliviar o seu sofrimento. Num estudo sobre o sofrimento na doença de Gameiro (1999), é defendido que a identidade e a natureza do cuidar se encontram na sua finalidade mais profunda que é o alívio do sofrimento da pessoa. A emocionalidade negativa vivida pelos clientes participantes contribui para o incremento do sofrimento na doença, tendo em conta a sua perspectiva multidimensional. Isto deve-se em grande parte, na perspectiva da psicologia da saúde, às significações quentes de doença de cada pessoa, porque as concepções de doença despertam emoções ou possuem um significado emocional (Leventhal, Leventhal & Cameron 2001). As pessoas, quando pensam na doença, tendem a emocionar-se em termos de stress, ansiedade, disforia ou cólera, e a fecharem-se em sentimentos de apreensão, medo, tristeza, desespero ou hostilidade. Em relação aos clientes do nosso estudo a mãe, o pai ou outro familiar têm significações de uma doença que não é sua, mas sim de um filho, o que é acompanhado de uma emocionalidade excessiva associado à possibilidade de perda (Wong & Whaley 1999). A antecipação do pior e do sofrimento do seu filho é grandemente responsável por estas vivências emocionais que constituem o próprio sofrimento dos pais (Ibidem). Hopia *et al.* (2005) realizaram um estudo com 29 famílias de crianças com doença crónica em internamento de pediatria que explora, na perspectiva da família, modos de promover a saúde desta desenvolvidos pelos enfermeiros em contexto de internamento hospitalar, tendo em conta que ter uma criança hospitalizada é uma experiência intensa de stress e ansiedade para toda a família. Concluíram que a prática dos enfermeiros envolve a gestão emocional da família em 5 domínios: 1) reforçando o papel dos pais, 2) garantindo o bem-estar das crianças, 3) compartilhando o desgaste emocional, 4) dando suporte na gestão dos problemas do dia-a-dia, 5) desenvolvendo uma relação sigilosa e de confiança. Os pais que estão calmos e seguros na situação estão também capazes de dar suporte à sua criança doente e aos outros membros da família, e não transmitem inadequação e ansiedade. Já a criança e o jovem possuem significações negativas associadas, predominantemente, aos procedimentos dolorosos que ficam na memória mesmo das crianças muito pequenas, porém não antecipam tanto o sofrimento como os seus pais (Wong & Whaley 1999).

Esta emocionalidade excessiva pode “contribuir para o agravamento da doença ou inibição da recuperação” (Joyce-Moniz & Barros 2005: 21). Estudos da psicologia da saúde têm demonstrado as relações de interdependência de doença e emoção. As doenças cardíacas, por exemplo, têm sido as mais estudadas nesta perspectiva, e é geralmente aceite que níveis elevados de ansiedade, depressão e hostilidade estão associados a uma maior probabilidade de desenvolver uma doença cardíaca como a afecção coronária e o enfarte do miocárdio. Leventhal, Leventhal & Cameron (2001) revelam três formas de influência das emoções nos processos de doença: (a) activando a atenção da pessoa relativamente ao funcionamento do corpo, e permi-

tindo assim a identificação de sinais somáticos não usuais (*e.g.* calafrios, dores no corpo); (b) activando as significações da doença, e por extensão as dos sintomas percebidos (*e.g.* gripe); (c) aumentando a susceptibilidade da pessoa às doenças (*e.g.* a ansiedade elevada diminui as defesas imunitárias). No nosso estudo, os enfermeiros participantes constataam, pela sua experiência, que as crianças/jovens que revelam melhor autocontrolo, isto é, quando conseguem atenuar a emocionalidade excessiva, conseguindo manter-se calmas e adaptar-se à situação de doença e hospitalização, sofrem menos e recuperam mais facilmente.

A vivência da criança de uma hospitalização, caracterizada por uma emocionalidade negativa intensa, pode conduzir a problemas futuros em situações em que venha a lidar novamente com stressores relacionados com cuidados de saúde, e pode também ter repercussões no seu desenvolvimento com sequelas psicopatológicas durante a adolescência (Barros 2003). E, na perspectiva da Teoria do Stress (Seyle 1962) e da Teoria da Crise (Caplan 1980), a vivência na família pode evoluir para uma situação de instabilidade e de desequilíbrio acentuado no sistema familiar – uma vivência de crise (Jorge 2004). Além das crises que são inerentes às etapas do ciclo vital da família existem outras situações que implicam grande stress familiar como a doença de um membro, conduzindo a maior probabilidade de disfuncionamento. Na tabela de níveis de valor de stress, numa escala de 10 a 100, a alteração na saúde de um familiar surge com valor 44 (Skinner & Cleese 1990).

Não é o carácter agradável ou desagradável de um acontecimento que o define como crise, mas sim o seu carácter de mudança. Para Minuchin (1988) uma crise constitui, simultaneamente, ocasião e risco. Ocasião porque permite a mudança, e risco porque há possibilidade de esta conduzir ao disfuncionamento. A crise é sentida pelo sistema como ameaçadora uma vez que comporta uma dimensão de imprevisibilidade, ao exigir a transformação de um modelo de relação que o sistema controla. Neste contexto, a hospitalização de uma criança pode associar-se a uma crise por golpe inesperado, a uma crise de cuidador ou ainda constituir-se como uma crise previsível ou imprevisível (Jorge 2004). O stress surge quando uma situação que se apresenta ao indivíduo de uma forma tão diferente ou grave que as suas respostas habituais são insuficientes ou inadequadas, exigindo um esforço ao nível dos padrões de funcionamento pessoais e sociais estabelecidos. Qualquer situação de alarme breve ou prolongada provoca stress, que Seyle defende constituir um mecanismo útil ao animal e ao homem para se defender contra agressões. À noção de stress está associada a de estratégias de *coping* ou mecanismos para lidar com os acontecimentos ou eventos perturbadores. Se a pessoa não dispõe de respostas adaptativas eficazes pode surgir a vivência de uma crise.

Os enfermeiros participantes sabem que os clientes conseguem lidar com o sofrimento se forem ajudados a lidar com os stressores da hospitalização, procurando contribuir para uma

experiência positiva dando armas e ferramentas para que consigam sair desse sofrimento, e prevenir que a experiência evolua para níveis de “ruptura” – crise. Acreditam que os clientes mobilizam os seus recursos internos de autocontrolo, mas podem precisar de ajuda para encontrarem sentido para a experiência e deste modo atenuar a emocionalidade excessiva, funcionando os enfermeiros como recurso em si. Travelbee (1971) defende que as pessoas podem ser ajudadas a encontrar sentido na experiência de doença e sofrimento. Os sentidos podem permitir à pessoa lidar com os problemas gerados por estas experiências. Também Watson (2002a) explica que os enfermeiros envolvidos exteriormente ajudam os clientes a integrar a experiência subjectiva com uma visão externa da situação. Os enfermeiros procuram que as “significações quentes” de doença (Leventhal, Leventhal & Cameron 2001) sejam “atenuadas” passando a ter uma intensidade menos forte à medida que o controlo sobre a situação aumenta, tal como a adaptação à situação de doença e hospitalização. Noutra perspectiva, que assenta nos processos cognitivos que conduzem à capacidade de confronto (Lazarus & Folkman 1984), são os recursos pessoais que dependem dos processos cognitivos de avaliação da situação que levam ao seu confronto, e não a qualidade e quantidade da emoção (Joyce-Moniz & Barros 2005: 66). Por exemplo, quando os enfermeiros fornecem informação aos clientes estão a fornecer-lhe recursos para que estes consigam fazer uma avaliação mais adaptada, atenuando a sua emocionalidade. Lopes (2006: 285) defende que a intervenção da enfermeira na ajuda a lidar com experiências de tonalidade negativa na situação de doença oncológica incide na condução da pessoa na “reavaliação das suas capacidades” e “no sentido de as reforçar”, em concordância com a teorização de Lazarus (1979) sobre stress e *coping*. Por outro lado, na perspectiva de Leventhal, Leventhal & Cameron (2001: 25) “a relação entre reacções emocionais e cognição não vai uniformemente da cognição para o afecto: é bidireccional e as reacções afectivas podem vir antes ou depois, mas em qualquer caso influenciam a cognição e o comportamento”. É o que ilustram as respostas emocionais projectadas pelos clientes nas interacções com os enfermeiros participantes que traduzem, muitas vezes, a emocionalidade intensa e excessiva reflectida na hostilidade e agressão destes na pessoa que está mais presente (os enfermeiros). De qualquer modo, os enfermeiros fornecem “ferramentas de confronto” aos clientes para estes fazerem face ao seu sofrimento; conseguindo sentir maior controlo e fazendo uma eficaz gestão das suas emoções, aliviam o sofrimento associado à vivência de doença e hospitalização.

Os enfermeiros valorizam ainda as “forças” da família e os seus recursos pessoais disponíveis: as relações afectivas pais-filhos, o acompanhamento da criança ou jovem durante o internamento, as visitas de outros familiares, a procura de informação, a partilha de experiências com outros pais. Também Wong & Whaley (1999) referem que é importante conhecer a família e

as suas forças, que são essenciais na situação vivida pela díade criança-pais, pois é um contexto que influencia e é influenciado pelo cliente. Já no estudo de Soveral (2009) realizado em internamento de pediatria oncológica, os enfermeiros referenciam como recursos que os clientes dispõem, os parentes como os avós e os tios no apoio que constituem durante a estadia no hospital, as relações existentes e as condições dos seus membros, para além da classe sócio-económica a que a família pertence. Os recursos da família compreendem o apoio que os pais têm na situação de hospitalização do filho para poderem satisfazer necessidades básicas, terem companhia ou usufruírem da possibilidade de alternância no acompanhamento da criança. O direito laboral de assistência à família também é focado como um dos recursos dos pais. Os recursos disponíveis podem tornar a situação suportável, proporcionar bem-estar e contribuir para a adaptação do cliente à situação de doença e hospitalização.

Para Joyce-Moniz & Barros (2005: 99) “é tão anormal para a maioria das espécies perceber o adversário/agressor e não responder em consequência, evitando-o ou confrontando-o, como não é natural nem adaptado para a espécie humana aperceber-se de uma doença e não a confrontar de um ou outro modo”. Na perspectiva dos enfermeiros participantes deste estudo, os clientes conseguem controlar as suas emoções e atitudes, respondendo adequadamente às situações através dos seus recursos internos e externos (*coping*), mas procuram a ajuda dos enfermeiros. Os enfermeiros participantes ajudam a mobilizar e potenciar os recursos dos clientes, e também constituem um recurso de ajuda através da transmissão de disponibilidade, presença, afecto, calma, informação e outras acções anteriormente descritas. Quando os clientes têm significações emocionais predominantemente negativas isso traduz-se nos seus comportamentos e mesmo na interacção com os enfermeiros, contudo são ajudados no confronto com o sofrimento e a gerir as suas emoções. Consideram, ainda, esperadas as significações emocionais “quentes” nos clientes, estando atentos e disponíveis para os ajudar a gerir esta emocionalidade excessiva, com a intencionalidade de diminuir o seu sofrimento. Os enfermeiros reconhecem esta dimensão da sua prática de cuidados, reconhecem e valorizam o sofrimento que a emocionalidade acrescenta à experiência de doença e hospitalização na unidade familiar, permanecendo “ligados” na relação terapêutica. Na mesma linha, Bolton (2000) conclui que os enfermeiros vêem o trabalho com as emoções como parte do relacionamento de dádiva estabelecido conscientemente e de dar algo de si ao cliente. Esta dimensão da prática dos enfermeiros parece assentar na gestão das emoções/reacções do cliente, com um duplo papel (Phillips 1996): promover segurança e apoio ao cliente de modo a que o tratamento possa ser tolerável e promover o bem-estar psicológico e físico. Também o estudo de Lopes (2006) revela que na relação terapêutica o enfermeiro gere os sentimentos expressos e a expressão de sentimentos do cliente, demonstrando como a gestão dos sentimentos faz parte

da intervenção terapêutica dos enfermeiros. É evidente a abertura dos enfermeiros participantes à sensibilidade para o outro e para cuidar, em consonância com a perspectiva de Watson (2002a), de que todo o cuidar está relacionado com as respostas humanas intersubjectivas às condições de saúde-doença, e direcciona-se para o foco unificador da enfermagem proposto actualmente – cuidar da experiência humana na saúde e do ser humano unitário.

Porém, os enfermeiros também vivem experiências emocionalmente intensas na relação com o cliente (Bolton 2000, Sandgren *et al.* 2006). McQueen (2004) defende que a gestão das emoções dos próprios enfermeiros é essencial nas interacções bem sucedidas, para que os profissionais consigam mostrar compreensão pelo outro e consigam lidar com a influência dos sentimentos dos outros (que podem ser dos clientes, dos colegas ou da equipa de saúde). Este aspecto realça as estratégias e competência dos enfermeiros para lidar com a sua emocionalidade, o que se coaduna com os nossos achados. Allan (2001) realiza um estudo sobre a perspectiva do cliente de se sentir cuidado – quando os enfermeiros reconhecem as suas emoções – e de se sentir “não-cuidado” – quando o enfermeiro está distante daquilo que este está a sentir. Tal como o estudo de Corbet-Owen & Kruger (2001), sobre o cuidado emocional (*emotional care*) e a ajuda a lidar com os sentimentos de mulheres que vivem uma perda por aborto espontâneo, revela que estas precisam de técnicos de saúde sensíveis, cuidadosos e competentes para ajudá-las a lidar com a perda e a prevenir problemas emocionais a longo prazo. Também no nosso estudo, os clientes participantes valorizam a importância dos afectos nos cuidados, o modo de ser afectivo dos enfermeiros e ainda o modo de ajuda a lidar com a situação.

O nosso estudo realça que os enfermeiros actuam na emocionalidade dos clientes no sentido de a atenuar, sendo uma dimensão da prática de cuidados que se inscreve no acto de cuidar. A intervenção dos enfermeiros participantes contribui para transformar positivamente a experiência de doença e hospitalização da criança/jovem e sua família, complementando as outras dimensões do cuidar. Collière (2003) lembra que a enfermagem é tão imediata, e muitas vezes íntima e privada, com complexidades científicas, artísticas, humanísticas, éticas e técnicas, oferecendo “avenidas” para múltiplas dimensões dos cuidados – incluindo a emocional, mental, estética, intuitiva, física, espiritual e experiencial.

As condições do contexto que identificamos são a alavanca comum que despoleta a acção/interacção dos enfermeiros participantes no processo de uso terapêutico das emoções. Prosseguimos com a discussão das acções/interacções que caracterizam cada um dos seus sub-processos transformativos da experiência emocional (Diagrama XV).

Os enfermeiros promovem um ambiente seguro e afectuoso através de um ambiente hospitalar humanizado, associado ao ambiente físico, pois ambos têm uma influência muito grande entre si e na transformação da emocionalidade vivida pelos clientes. O sistema de Enfermagem

Cuidadora (*Careful Nursing System*) que foi originalmente desenvolvido por uma religiosa irlandesa, Catherine McAuley, no período de 1820-1830, ao ser analisado por Meehan (2003) à luz do metaparadigma da enfermagem na actualidade, revela como o conceito de ambiente implica a envolvimento espiritual, emocional e social onde a pessoa está inserida. O ambiente inclui a beleza e ordem física, a calma emocional e dedicação, e as relações sociais harmoniosas que no seu todo concorrem para o *healing*. O valor terapêutico deste ambiente reparador reside no incremento da saúde, diminuição do stress, protecção contra influências nocivas e aumento das defesas naturais. As enfermeiras reconhecem a importância do ambiente reparador nas pessoas comunicando um amor desinteressado e uma tranquilidade, trabalhando em equipa de forma harmoniosa e mantendo um ambiente alegre nos seus cuidados. Os aspectos curativos (*healing*) do ambiente natural, tais como o arejamento e exposição solar, são igualmente contemplados.

Florence Nightingale (1820-1919) considerada a fundadora da enfermagem moderna, escreveu *Notes on Nursing* em 1859, um livro que dá uma importância fulcral a todo o ambiente físico nos cuidados. E salienta que as condições físicas do ambiente (ruído, iluminação, peças artísticas, variedade de objectos, flores, cores e outras) afectam o estado emocional dos doentes. “O facto é que essas impressões dolorosas desaparecem mais facilmente com uma boa risada, se conseguir provocá-la com leituras ou conversas, do que com questionamentos, ou, se o doente estiver muito fraco para rir o que necessita é de alguma influência da natureza. Já mencionei a crueldade de o deixar contemplar uma parede vazia.” (Nightingale 2005: 86).

Ambas as concepções de enfermagem enfatizam os aspectos físicos associados aos emocionais, para constituir um ambiente reparador, terapêutico. No ambiente seguro e afectuoso, que emergiu no nosso estudo, também existe esta relação que se expande, então, para um ambiente humano-afectivo associado às condições físicas do serviço de internamento de pediatria, com o potencial de influenciar a experiência de emocionalidade dos clientes. Porém, Barros (2003) relembra que por muito seguro, estimulante e acolhedor que um serviço de internamento de pediatria possa ser, é sempre um ambiente pouco natural onde a criança está fechada e sujeita a múltiplos factores de stress.

Não obstante, o ambiente de segurança é percebido pelos clientes participantes do nosso estudo através da forma como são acolhidos, pela preservação do seu quarto ou pela sintonia com o mundo infantil e respeito pelo espaço do jovem. Soveral (2009) também destaca que o acolhimento pelos enfermeiros leva as crianças e os pais a sentirem-se singularmente atendidos. Esta atitude que é facilitadora do estabelecimento da relação, pressupõe que o profissional se centre na pessoa, estando presente e aberto aos seus sentimentos. Os enfermeiros participantes, do estudo da autora referida, têm atitudes de acolhimento quando com disponibili-

dade interior escutam e tocam na criança, estão abertos ao sentido do que observam, vêem e ouvem, e lhe respondem. Já a preservação do quarto permite transformá-lo num local seguro onde a criança dorme, brinca e desenvolve outras actividades sem que associe à possibilidade de dor. Assim, os serviços de pediatria criam espaços próprios onde são realizados procedimentos dolorosos para que a criança possa sentir-se a salvo, como o seu quarto ou a sala de brincadeiras (Wong & Whaley 1999)

No serviço de internamento de pediatria o ambiente físico parece um “mundo da brincadeira”, muito semelhante ao ambiente do quarto de casa ou ao ambiente do infantário, o que se torna familiar e tranquilizador. Por outro lado, um ambiente colorido e bem iluminado estimula o desenvolvimento infantil (Wong & Whaley 1999). É através deste mundo de brincadeira das crianças ou do espaço jovem, que estes integram os fragmentos de um mundo não familiar num outro que é seu, real e seguro (Zengerle-Levy 2004). Outra perspectiva deste ambiente seguro é o quarto branco (*white room*). Este projecto de intervenção surgiu na Holanda durante os anos 70, usado apenas em crianças autistas. Em Israel foi adoptado em internamento de pediatria para controlo da dor e sofrimento associado. Numa investigação realizada por Haiat, Bar-Mor & Shochat (2003) são evidenciados os seus resultados terapêuticos numa menina de 10 anos. O quarto branco é um local muito especial, semelhante a um mundo mágico alternativo. As cores, os espelhos e os sons fazem com que seja tranquilo. O quarto tem paredes brancas cobertas por um material suave e colchões brancos no chão. As crianças podem escolher a cor das luzes. Existe uma cama de água e a sua temperatura pode ser alterada sempre que seja desejo da criança. São apresentados diapositivos de um relaxante mundo subaquático que se movimentam nas paredes. A música é calma. Um tubo de plástico transparente permite actividades físicas variadas. Este espaço tem influência nas crianças devido ao seu design e acessórios que permite múltiplas estimulações dos sentidos, possuindo um efeito relaxante. No mundo de uma jovem menina este quarto é como “estar num outro mundo”, não no mundo de doença. Neste quarto é a criança que é o epicentro e é quem controla e dirige todas as actividades lúdicas, o que lhe dá o sentimento de controlo sobre a situação. Perante uma criança que é submetida a tratamentos dolorosos e que manifesta perda de controlo, oposição total, gritos, choro e falta de colaboração, a equipa de saúde decidiu que esta passaria a visitar o quarto branco todos os dias antes dos tratamentos às suas queimaduras e mudança de pensos. A experiencia do quarto branco tornou possível a criança lidar melhor com a situação, com a sua dor, com a sua imagem e com o desconfortável cheiro das queimaduras.

Mas os nossos achados revelam, ainda, a sensibilidade dos enfermeiros participantes para o uso de fardas coloridas ornamentadas com bonecos e pins, numa manifestação clara de sintonia com o ambiente físico do contexto pediátrico. Por outro lado, os enfermeiros participantes

procuram atenuar o “efeito das batas brancas” quando associadas, principalmente pelas crianças mais pequenas, a procedimentos dolorosos anteriores.

Esta percepção de segurança deve-se também à abordagem familiar dos enfermeiros participantes que leva os clientes a sentirem à-vontade para fazer perguntas, pedir ajuda e mesmo verbalizar o que estão a sentir. Corbet-Owen & Kruger (2001) realçam, no seu estudo com mulheres em luto por aborto espontâneo, que os clientes não se expressam se o encontro com os técnicos de saúde não for facilitador, existindo a necessidade de criar um ambiente terapêutico que capacite (*empowered*) e dê segurança. No estudo de Diogo (2000a) uma mãe refere “não é com qualquer pessoa que eu vou falar (...)”. Deste modo, o sentimento de segurança relaciona-se com a confiança construída na relação enfermeiro-cliente, que constitui uma das propriedades principais deste processo de uso terapêutico das emoções (Diagrama XV), como demonstraremos ao longo desta discussão.

Um ambiente afectuoso que se cria nesta relação com os clientes, através da linguagem dosinhos, nos cumprimentos ou nas despedidas calorosas permite que estes se sintam “em boas mãos” e cuidados com carinho e consideração. Este ambiente afectuoso está presente durante a realização dos procedimentos, é desenvolvido no seio da relação construída com os clientes e também entre os próprios enfermeiros, tal como os achados no nosso estudo revelam. Anderzén-Carlsson *et al.* (2007), num estudo sobre a gestão do medo de crianças hospitalizadas, explicitam que estas devem perceber os elementos do *staff* como profissionais que são igualmente seres humanos com sentimentos e emoções, com sensibilidade e abertura para as suas emoções. Diogo (2006: 114) num estudo sobre a experiência emocional dos enfermeiros de pediatria, revela que estes reconhecem que o cuidar está impregnado de emoções – “A experiência emocional é reconhecida como dimensão da vivência do cuidar pois o enfermeiro é uma pessoa com sentimentos e emoções”.

O afecto é, igualmente, uma propriedade com grande presença e significado no processo de uso terapêutico das emoções e na interligação dos seus sub-processos (Diagrama XV). Este ambiente ternurento e de familiaridade carinhosa, que é característico do internamento de pediatria, é propiciado pelo apelo de protecção e afecto que as crianças naturalmente fazem, pelos cuidados maternos e pelo envolvimento emocional entre clientes e enfermeiros (Diogo 2006). Para Mercadier (2004), a expressão dos afectos aproxima cuidadores e crianças, o que não se verifica nos serviços de adultos. É possível encontrar este mesmo clima emocional, embora mais selectivo, nalguns serviços de idosos e em serviços de pessoas com doença crónica (Ibidem).

A importância do ambiente na prática de enfermagem tem sido contemplada ao longo da evolução da teorização da disciplina, sendo considerada um dos conceitos básicos do metapara-

digma (Fawcett 1984) por ser comum à maioria dos modelos, filosofias e teorias. A título de exemplo no Modelo para a Enfermagem de Roper, Longan & Tierney, o ambiente é conceptualizado numa dimensão que engloba tudo o que é fisicamente externo à pessoa, incluindo outras pessoas e caracteriza-se pela interacção de factores psicológicos e sócio-culturais com factores ambientais (Tomey & Alligood 2004). O ambiente é tão destacado que a “manutenção de um ambiente seguro” é considerado uma das 12 actividades de vida das pessoas a que os enfermeiros devem atender. Também Carper (1985) realizou estudos sobre o corpo de conhecimentos de enfermagem que lhe permitiram identificar quatro tipos saberes: o empírico, o ético, o estético e o pessoal. O saber estético (*aesthetic knowing*) engloba a arte de gerar uma ambiente curativo (*healing environment*) na prática de cuidados.

Mas a prática dos enfermeiros participantes tem um alcance ainda maior, para além de gerar uma atmosfera afectuosa no internamento de pediatria. Os enfermeiros nutrem os cuidados com afecto, o que também potencia este ambiente como vimos anteriormente. E, então, é defendido que Nutrir os cuidados com afecto é essencial para cuidar em pediatria, contribuindo para transformar positivamente a emocionalidade dos clientes perante uma experiência de doença e hospitalização. Porém, Henderson (2001: 136-137) insiste na questão que tem sido debatida em muitos fóruns de enfermagem: o afecto, e o envolvimento afectivo inerente, serão mesmo necessários para cuidar ou podem as pessoas serem cuidadas sem “sentimentos”? O seu artigo revela que, na generalidade, os enfermeiros acreditam que os afectos/sentimentos envolvidos nos cuidados estão associados a resultados mais positivos para os clientes e existe alguma evidência de que os clientes concordam (citando Brooks & Phillips 1996).

Na experiência da prática dos enfermeiros participantes do nosso estudo, não há cuidado sem afecto pois o procedimento por si só, sem afecto, torna-se um acto seco – a frieza da técnica (Collière 2003). A dádiva de afecto nas suas diferentes expressões (sorriso, voz embalada e suave, olhar meigo, carinho, colo, linguagem amimada) constitui momentos gratificantes, de significações emocionais positivas para os clientes, e que atenuam a sua emocionalidade excessiva. São momentos que ficam gravados na memória afectiva, e por vezes prevalecem em relação às experiências negativas. Deste modo, muitos procedimentos que têm o potencial de serem percebidos como dolorosos quando impregnados de afectos podem perder essa significação. Todos temos uma poderosa arma que se chama memória autobiográfica, a qual nos permite realizar a evocação das recordações da nossa vida, compreender o presente e, por via disso, dirigir um olhar esclarecido sobre os futuros possíveis. É esta memória que consolida a consciência nuclear – a sede do sentimento do “Eu” (Damásio 2001). O “Eu” alimenta-se de memórias de acontecimentos, mas também de memórias de ideias, sonhos, ambições e acontecimentos mentais conscientes e não conscientes. Cury (2007) afirma a este propósito

que o ser humano não se recorda das experiências originais do passado, o que acontece é a reconstrução de uma forma interpretativa dessas experiências. Ou seja, não há a lembrança original de uma experiência passada, mas sim uma interpretação da reconstituição que a pessoa faz da mesma.

Os achados do nosso estudo revelam, ainda, como os enfermeiros apesar de “provocarem” dor em alguns procedimentos conseguem conquistar as crianças; isto acontece pela via dos afectos e de transmitirem amor. De facto, durante esses procedimentos dolorosos (por exemplo punção venosa) procuram ser afectivos, meigos e calorosos para confortar. Mas consideram muito importante a abordagem aos clientes noutros momentos, exclusivamente para dar carinho, colo ou para uma brincadeira, e informar/preparar para o momento doloroso; estas estratégias facilitam a diferenciação dos momentos. Também Zengerle-Levy (2004) identificou a dádiva de amor, para nutrir as necessidades emocionais das crianças, como crucial para incrementar a sua capacidade para lidar com a dor. Mas Livesley (2005) esclarece no seu estudo que as enfermeiras que dão afecto, e desenvolvem uma relação de confiança com as crianças, têm por vezes de quebrar essa confiança para conseguirem completar os necessários procedimentos. As crianças podem acusá-las de “fazerem coisas desagradáveis” comunicando-lhes o seu *distress*. Então as enfermeiras procuram reparar esse relacionamento cedendo-lhes tempo para estarem com elas, por exemplo, no fim do turno.

A teórica Watson (2002a) é uma das grandes defensoras de que cuidar envolve acções carinhosas, sentimentos harmoniosos e a complexidade dos afectos. Os enfermeiros podem participar neste espaço de amor, de cuidar, de entrega, de profundidade que sustém a infinidade da nossa humanidade (Watson 2005: 186). Nesta lógica, cuidar envolve a dádiva de afecto, o amor, com o qual os cuidados se aproximam do nível mais elevado da consciência de cuidar. O cuidar e o acto de amor compassivo (compaixão, bondoso) potencia o *healing* para o próprio e para os outros. Diogo (2006: 149) identificou no seu estudo um envolvimento afectivo inerente ao cuidar, numa relação em que os enfermeiros se deixavam cativar, numa ligação especial e próxima, e gostavam muito daquela criança/jovem. Rivero & Erdmann (2007: 623) defendem também que o cuidado é a relação intersubjectiva entre enfermeiro e cliente onde se dá e recebe amor, na forma de “preocupação e interesse, respeito, compreensão e responsabilidade de forma recíproca”.

No entanto, Dowling (2004) defende que o amor é tanto um aspecto do cuidar como também é distinto deste. O cuidar em enfermagem surge como um dever moral para todos os clientes mas o amor numa relação ainda mais próxima surge apenas com alguns clientes (Dowling 2004). Os achados do nosso estudo também corroboram esta perspectiva quanto aos “meninos

do serviço” e às relações especiais, mas enfatizam que não há cuidados sem afecto e, deste modo, este é “oferecido” a todos os clientes.

Os familiares participantes no nosso estudo consideram que a dádiva de afecto nos cuidados produz alívio do sofrimento e constitui uma forma de ajuda e apoio. Consideram, ainda, que os enfermeiros dão carinho aos filhos como se fossem seus e isso dá-lhes segurança, principalmente, quando não estão presentes. O estudo Zengerle-Levy (2004) com crianças queimadas revela, igualmente, que os enfermeiros cuidam das crianças tal como gostariam que o seu filho fosse cuidado, assumindo o papel de pais. No entanto, Roden (2005) analisando no seu estudo a existência de conflitos entre enfermeiros e mães no internamento de pediatria, salienta que as mães referem que têm o seu lugar e os enfermeiros têm o seu. Também Diogo (2000b) ao reflectir sobre a sua experiência de mãe-enfermeira, acompanhante no internamento da sua filha, revela não fazer sentido a dádiva de afecto dos enfermeiros quando não existe investimento numa relação próxima; uma forma de afecto no vazio e que perde o sentido, parecendo não autêntica.

O facto dos enfermeiros participantes gostarem muito de crianças é uma condição essencial na dádiva de afecto, que nutre os cuidados, como se fossem pais de substituição apesar de estarem conscientes de que não são os seus pais e que a relação é limitada no tempo e ao espaço do internamento de pediatria. A intenção de substituir o amor dos pais surge, frequentemente, na relação com as crianças que não estão acompanhadas. No estudo de Livesley (2005) revela que as enfermeiras que cuidam de crianças sós no hospital procuram usar a estratégia de diferenciação entre ser enfermeira e ser mãe. No entanto, Zengerle-Levy (2004) demonstra como os enfermeiros são pais num plano mental, estando à disposição para dar afecto, carinho: desenvolvem práticas de contar histórias para minimizar o sentimento de solidão e medo e para dar respostas às dúvidas das crianças, usam o toque suave/carícias para que a criança desenvolva confiança no enfermeiro e sinta menos medo, modelam a sua voz de uma forma suave e alegre enquanto cuidam para que esta se acalme, acreditam que o divertimento mantém e aumenta a sensação de bem-estar na criança e o brincar dá-lhes a possibilidade de expressar medos, libertar energias e relacionarem-se com os outros, dão suporte às crianças aliviando o sentimento de culpa, acompanhando-a nos momentos difíceis e alimentando a esperança de que voltará a sentir-se feliz novamente.

Os enfermeiros participantes do nosso estudo investem e acreditam no potencial da dádiva de afecto mesmo quando o período de contacto com as crianças/jovens é curto, apesar das relações longas facilitarem a aproximação, a confiança e a partilha desse afecto. O que é corroborado nos achados de Zengerle-Levy (2006) em que os enfermeiros acreditam que o amor que sentem, e que demonstram às crianças, tem o potencial de possuir efeitos a longo prazo, mes-

mo que o contacto com as mesmas seja breve. Por isso não perdem a oportunidade de dar amor incondicional, o que pode potenciar o *healing*. O que é, igualmente, sustentado por Stickley & Freshwater (2002). Já King (1989) defende que as crianças retêm e processam as experiências de serem amadas numa espécie de gravação no tecido celular, numa memória afectiva de “nível celular”.

Mais uma vez se reforça que Watson (2002a, 2005) defende que cuidar envolve acções carinhosas, acrescentando que nestas os afectos podem proceder de interacções em que estiveram subjacentes sentimentos de identificação e sentimentos maternos, que podem estruturar e regular a interacção. De facto, os achados do nosso estudo revelam que a acção dos enfermeiros está impregnada de expressões de afecto e de comportamento e preocupações parentais, que como já referimos são reconhecidas pelos próprios pais das crianças/jovens. Os enfermeiros revelam ainda que a sua experiência parental acentua a sensibilidade para o cuidar com afecto. Os enfermeiros descrevem como a experiência de parentalidade guia a sua prática de nutrir as necessidades emocionais das crianças, proporcionando segurança e amor. A experiência dos enfermeiros de serem pais ajuda-os a compreender os medos e fragilidades das crianças, tal como as necessidades de carinho, conforto e companhia o que é corroborado pelo estudo de Zengerle-Levy (2006).

Estamos perante uma particularidade da prática dos enfermeiros que revela um ponto de intersecção entre a dimensão pessoal e a dimensão profissional, com recurso ao Eu (*Self*) enquanto instrumento terapêutico. O Saber Pessoal identificado por Carper (1985), evidencia a importância do uso terapêutico do *Self* na prática de cuidados. Mas para que essa acção seja eficaz os enfermeiros precisam de ser detentores de um auto-conhecimento elevado e de possuir uma noção de integração do Eu. Deste modo conseguem expressar o seu “Eu genuíno” e demonstrar comprometimento na relação enfermeiro-cliente. A biografia e o “modo de ser” dos enfermeiros têm espaço na sua prática profissional. Também os achados do nosso estudo revelam que os enfermeiros participantes possuem um modo de ser afectivo, que é uma condição essencial na dádiva de afecto, com que nutrem os cuidados. Este modo de ser afectivo é muito valorizado pelos clientes participantes. É nesta perspectiva que Watson (2002b) defende o conceito do envolvimento profissional na enfermagem: a participação total do *Self*, usando todas as dimensões da pessoa como uma fonte na relação profissional, que está vinculado ao conceito de um relacionamento transpessoal no cuidar, no qual os sentimentos do enfermeiro podem ser experimentados e sentidos, não como uma forma de obter alívio ou ajuda dos clientes, mas como parte de ser e de se tornar dentro do relacionamento.

O nosso estudo revela que a dádiva de afecto, numa postura “quase” parental, não é um extra que transcende a acção profissional, é uma componente do cuidar não reduzindo o seu profis-

sionalismo, antes potenciando os resultados terapêuticos. Dar amor incondicional ao cliente implica dar de si próprio (uso terapêutico do *Self*), isto é, dar livremente a outra pessoa algo de nós próprios no acto de cuidar, que não é pedido ou pago e é motivado por algo profundo que resulta numa resposta que coloca o outro antes de si, o que conduz os enfermeiros para um relacionamento de modo a nutrir o estado de saúde, bem-estar e conforto dos clientes. É um nível de devoção tal como o cuidar e requer dos enfermeiros competência de disposição, compromisso e a intenção de fazer o bem pelo outro (Fitzgerald & Hoofst 2000).

Nutrir os cuidados com afecto, na prática dos enfermeiros participantes do nosso estudo, foi descrita por estes como um “acto que sai” com espontaneidade por ser natural na interacção. Também no estudo de Anderzén-Carlsson *et al.* (2007) os enfermeiros referem que agem de um modo maternal, agem um pouco como a mãe, mas de forma automática ou pouco pensada. Estes actos espontâneos e não planeados parecem enquadrar-se no tipo de Saber Desconhecido (*Not Knowing*), que Munhall (1993) acrescentou enquanto saberes de enfermagem no seguimento dos estudos de Carper, e que consiste na capacidade de usar a presença sendo espontâneo sem necessitar de recorrer a respostas preconcebidas ou de ter objectivos para atingir. Isto envolve autenticidade, atenção, abertura, reciprocidade, surpresa, mistério e descoberta de si e dos outros num espaço subjectivo e intersubjectivo, que permite fazer emergir novas soluções, possibilidades e *insights*. Mas, no nosso estudo, a dádiva de afecto espontânea não surge fortuitamente; os enfermeiros participantes demonstraram que nas primeiras interacções as expressões de afecto são mais contidas e ponderadas, adequando a fala amimada à idade do cliente pediátrico, de acordo com o bebé, criança ou jovem respectivamente. Então, a dádiva de afecto pode ser espontânea (natural) e não planeada mas é, igualmente, intencional e dirigida por algum objectivo. De facto, os enfermeiros referiram situações em que a expressão de afecto era planeada e intencional (solidão, sofrimento) mas o afecto espontâneo e não planeado será não intencional, sendo igualmente terapêutico? Esta questão tem levantado discussões no que se refere à intencionalidade terapêutica das acções dos enfermeiros. Ersser (1997) e McMahon & Pearson (1998) enfatizam a necessidade dos enfermeiros agirem com intenção quando pretendem ser terapêuticos. Mas o próprio Ersser (1998: 56) altera esta noção argumentando que o potencial terapêutico das acções presenciais dos enfermeiros podem ser “comunicadas ao cliente com ou sem intenção”. Deste modo, apela para uma reexaminação daquilo que chama o “conceito recebido” do uso terapêutico do *Self*, o qual permite e valoriza a disposição emocional natural e espontânea dos enfermeiros para com os clientes que não se mostra com propósitos intencionais. Contrapondo, outros autores defendem que toda a acção humana é levada a cabo para alcançar um propósito ou para executar uma intenção (Ewing & Smith 2001). Isto é, “todas as acções humanas incluindo acções

de enfermagem reflectem ideias, modelos ou algum tipo de noções teóricas de propósito e de intenção e como esses propósitos e intenções podem ser executados” (Freshwater 1999b: 29). Tal como Travelbee (1971: 19) defende que “quando os enfermeiros usam o *Self* terapêuticamente estes estão a usar a sua personalidade conscientemente e o seu conhecimento de modo a produzir mudanças positivas nas pessoas doentes. Estas mudanças são consideradas terapêuticas quando aliviam o stress do indivíduo”. Não obstante, qualquer que seja a perspectiva, a dádiva de afecto espontânea ou planeada na acção dos enfermeiros participantes do nosso estudo, os achados revelam igualmente que é terapêutica porque alivia o sofrimento e incrementa o bem-estar das pessoas.

Os achados deste estudo estão em conformidade com uma das premissas básicas da teoria do cuidado humano de Watson (2002a: 89), “As pessoas precisam umas das outras de uma forma cuidativa e amorosa. O amor e o cuidar são dois dados universais”. Estão também em consonância com o estudo de Morse (1990), no qual o cuidar é caracterizado como um afecto e, simultaneamente, como uma intervenção terapêutica. Concluímos, de acordo com os achados do nosso estudo, que a dádiva de afecto é essencial para cuidar.

Como temos vindo a demonstrar nos dois sub-processos transformativos anteriores, “promover um ambiente seguro e afectuoso” e “nutrir os cuidados com afecto” estão interligados e incrementam o bem-estar dos clientes, pois concorrem para atenuar a ansiedade, o medo, a angústia e outros estados emocionais de disforia que acrescentam sofrimento à doença, pela vivência de experiências emocionais gratificantes que conseguem gerar. No entanto, os achados do nosso estudo revelaram um conjunto de acções/interacções dos enfermeiros ainda mais direccionados para a gestão das emoções dos clientes, o que é fulcral para transformar positivamente a sua emocionalidade intensa. Esta gestão emocional permite regular a emocionalidade, isto é, atenuar as disrupções emocionais que, por sua vez, facilita o seu autocontrolo.

O interesse pela gestão das emoções é há muito conhecido. Já Espinosa, num capítulo do seu famoso livro *Ética* (1675) intitulado “Da Servidão Humana”, analisa as paixões e a fraqueza humana na moderação e no controlo destas emoções, pois como nos elucida: “Quando um homem é a presa das suas emoções, não é senhor de si mesmo, mas está à mercê da fortuna” (citado por Oatley e Jenkins 2002: 39). Espinosa defende que compreender as nossas emoções pode ser muito importante, mesmo que alguns aspectos desta compreensão possam ser paradoxais, reconhecendo as suas dificuldades.

Na perspectiva da neurobiologia, o termo regulação das emoções é frequentemente associado à capacidade de homeostasia dos indivíduos. De acordo com Damásio (2003), os seres humanos conscientes da relação entre certos objectivos e certas emoções podem esforçar-se, de livre vontade, para controlar as suas emoções, pelo menos em parte. Através do controlo da

nossa interacção com os objectos ou eventos que causam emoções, conseguimos exercer algum controlo sobre o nosso processo de vida e conseguimos levar o nosso organismo a um estado de maior ou menor harmonia. “Podemos dessa feita libertar-nos da auto-macidez tirânica e impensada da maquinaria emocional” (Damásio 2003: 69).

Na perspectiva da psicologia, a regulação das emoções representa “os processos extrínsecos e intrínsecos responsáveis pela vigilância, pela avaliação e pela modificação das reacções emocionais, especialmente os seus traços intensivos e temporais, para se alcançar os objectivos” Oatley e Jenkins (2002: 228).

Goleman (2006), também numa linha da psicologia, defende que a gestão emocional é um esforço para perceber de forma consciente as próprias emoções e as dos outros. A atenção é a base para uma melhor gestão das próprias emoções e para um relacionamento mais consciente com as outras pessoas. Um esforço que vale a pena, pois as aptidões emocionais influem em todos os aspectos básicos da vida. No entanto, Salovey e Mayer foram os primeiros investigadores, no início dos anos 90, a caracterizar aquilo que integra a aptidão emocional como a gestão das emoções. Mas Goleman também se refere ao auto-controlo emocional – adiar a recompensa e dominar a impulsividade – que se encontra subjacente a todo o tipo de realizações.

O autocontrolo ou capacidade de controlabilidade é também frequentemente mencionado na literatura da psicologia. Joyce-Moniz & Barros (2005) referem-se à possibilidade da intervenção psicológica produzir efeitos no controlo emocional, através de metodologias que visam implementar ou modificar os processos metacognitivos implicados na doença, para tornar as respectivas significações mais explícitas e susceptíveis de serem transformadas pelas pessoas. Salientam que se a significação da doença e do seu confronto e tratamento é adequada, a pessoa pode controlar as suas emoções e atitudes, respondendo correctamente às situações: mas se a leitura da realidade é má, tudo o resto – reacções emocionais e comportamentos instrumentais – pode igualmente ser mau. A perspectiva da psicologia é maioritariamente cognitivista. Contudo, existem diferenças quanto à relação entre cognições significativas e emoções. Lazarus e Folkman (1984), no seu modelo transaccional, assumem claramente o primado da cognição sobre a emoção no confronto do problema cujas avaliações cognitivas ditam as significações emocionais. Já Leventhal, Leventhal e Cameron (2001), no modelo de auto-regulação das significações leigas da doença, defendem o equilíbrio entre a cognição e emoção, no qual as reacções afectivas estão largamente dependentes do significado que as pessoas lhe atribuem e podem vir antes ou depois, mas em qualquer caso influenciam a cognição e o comportamento.

Na visão psicanalítica é utilizado o termo enfrentar. Na psicanálise examina-se como as pessoas são ou não capazes de enfrentar os diferentes desafios impostos pela vida afetiva, a maneira como as emoções podem ser, por exemplo, denegadas, sustentadas, temidas, utilizadas defensivamente, descarregadas ou convertidas em doença (Music 2002).

A regulação e controlo emocional são conceitos que surgem mais centrados na pessoa, nas estratégias individuais para lidar com as adversidades (*coping*), que lhes permite alcançar um maior auto-controlo. Já o conceito de gestão emocional é mais abrangente e incluiu estratégias para gerir as próprias emoções e as dos outros. Acrescenta a particularidade da regulação emotiva ter origem em recursos internos ou do próprio indivíduo e também ter origem em recursos externos ou com a ajuda de outras pessoas de modo a potenciar os recursos internos. Dada a variedade de termos que parecem intercambiáveis entendeu-se, com base nos achados, que a gestão das emoções dos clientes constitui as ações/interações dos enfermeiros na ajuda à modificação dos estados emocionais perturbadores e de tonalidade negativa para estados de tranquilidade e bem-estar das crianças, jovens e familiares.

A criança interpreta as experiências de doença, hospitalização e tratamentos dolorosos, atribuindo causas e antecipando consequências, de acordo com as suas competências e o seu nível de desenvolvimento sócio-cognitivo. As crianças mais pequenas não antecipam tanto o sofrimento, mas em contrapartida podem reagir violentamente, de forma disruptiva, à aproximação dos enfermeiros ou quando é necessário realizar um procedimento. Estas crianças quando não compreendem, interpretam inadequadamente os acontecimentos e as explicações, sentem-se ansiosas e colaboram pouco (Barros 2003). As crianças mais velhas e jovens já antecipam o sofrimento mas possuem estratégias mais elaboradas para lidar com os eventos. Cada criança tem a sua forma própria de aliviar a tensão – dar pontapés, roer as unhas, piscar os olhos, entre outras manifestações. No fim da infância estes comportamentos diminuem de intensidade (Wong & Whaley 1999). A capacidade de *coping* resulta da fase de desenvolvimento da criança, do seu temperamento, do contexto em que está inserida e das oportunidades disponíveis, nomeadamente das expectativas positivas que os pais e outros educadores tiverem relativamente a ela, dos modelos disponíveis, mas também das experiências prévias positivas ou negativas, bem ou mal resolvidas. A maioria das crianças aceita as novas experiências e adapta-se com facilidade às mudanças de rotinas. No entanto, outras há que são mais lentas a fazê-lo ou, mesmo, que lhes respondem negativamente (Ibidem).

No nosso estudo, é tão claro que os enfermeiros participantes acreditam nos recursos dos clientes para lidar com a emocionalidade como se implicam na ajuda a potenciar esses recursos. Os enfermeiros também têm em conta que a disforia emocional é disruptiva na experiência de doença e hospitalização, podendo surgir repentina e frequentemente nas crianças mas

também nos pais. E que os clientes tendem, progressivamente, para a estabilidade e adaptação. Soveral (2009) revela no seu estudo que os pais da criança com doença oncológica mostram-se ansiosos, preocupados, apreensivos, assustados, receosos, tristes, chorosos, perdidos, em pânico, incapazes de ouvir, na expectativa. No entanto, depois do primeiro choque, e no caso de a criança reagir ao tratamento e o prognóstico ser bom, os pais já transmitem optimismo, esperança, tranquilidade, calma e até já sorriem. Os enfermeiros contribuem para este progressivo estado de bem-estar mostrando-se disponíveis para ouvir os pais, integrando-os como parceiros de cuidados.

Porém, trata-se de uma trajectória emocionalmente instável, conduzindo a uma labilidade emocional e a um caldeirão de emoções potencialmente disruptivo, associado a momentos de procedimentos dolorosos, agravamento do estado de saúde, duração do internamento, afastamento dos amigos e familiares e outros factores, a que os enfermeiros participantes estão atentos e são sensíveis. Identifica-se, ainda, uma empatia emocional que está na base das características da sensibilidade vigilante dos enfermeiros participantes. Esta revela-se pela compreensão das vivências emocionais mas também pela intenção de fazer sentir no cliente essa compreensão. Morse *et al.* (1992) referem que um estímulo provoca no enfermeiro um *insight* empático (uma sensação reflexa e subjectiva que desperta espontaneamente em si quando observa o sofrimento do outro) e o resultado é a empatia emocional. É notória a identificação com as emoções dos clientes, que se intensifica quando os enfermeiros também são pais (experiência pessoal de parentalidade) como anteriormente mencionamos.

Os enfermeiros fazem como que um perfil emocional dos clientes que permite antecipar estratégias, planear intervenções e adaptar constantemente o seu agir. Collière (2003) saliente, a este propósito, que para ir ao encontro do outro, agindo e compreendendo o mais finamente possível as componentes de uma situação, os enfermeiros dispõem de um corpo de conhecimentos em que se inclui a intuição, que resulta da observação, de dados científicos e da aprendizagem resultante de experiências anteriores. Também Benner (2001: 22) defende a importância da intuição no cuidado de enfermagem composta por uma subtilidade e capacidade de antecipação, afirmando ainda que “a capacidade preceptiva é o elemento central de um bom raciocínio de enfermagem e está na base do julgamento profissional”. A condição essencial para a “precepção” de uma situação é um conhecimento prévio ou a existência de um comportamento tipo. Na prática, este conhecimento antecipado ou preconcebido é muitas vezes formado a partir da teoria, pelos princípios e pelas experiências anteriores (Ibidem). O estudo de Lopes (2006) revela também que o enfermeiro intui pela experiência que detém, e assim pode de imediato começar a gerir os sentimentos dos clientes. Os enfermeiros podem gerir esses sentimentos de dois modos: “Gestão da expressão de sentimentos” e “Gestão de

sentimentos expressos” (Lopes 2006: 188). Os enfermeiros gerem a expressão de sentimentos utilizando uma de duas estratégias: concedem espaço e apoiam a expressão de sentimentos (através do incentivo não verbal ou concessão verbal de espaço) ou pautam a expressão de sentimentos tentando que os mesmos sejam expressos mas paulatinamente.

Tendo estes aspectos em consideração, os enfermeiros fazem uma gestão emocional de antecipação. Com esta forma de gestão das emoções dos clientes, os enfermeiros participantes do nosso estudo pretendem ajudar os clientes a lidarem com as suas emoções, contribuindo para o sentimento de controlo e manutenção da tranquilidade, e para uma experiência positiva. Apresentam uma postura calma e carinhosa, mostram disponibilidade, fazem preparação para os procedimentos, fornecem explicações/informações, favorecem a expressão de sentimentos, dão reforço positivo e recorrem à distração. Os enfermeiros procuram evitar os momentos disruptivos agindo antecipadamente, pois sabem de antemão quais as situações que têm potencial de conduzir a uma emocionalidade excessiva e, conseqüentemente, a um acréscimo de sofrimento. Também no estudo de Soveral (2009) o esclarecimento e o apoio são intrínsecos ao cuidar, o que pressupõe que os enfermeiros identificam previamente o problema. Frequentemente, o apoio emocional consiste em ouvir o cliente e comunicar com ele no sentido do seu esclarecimento. Esta atitude transmite que os enfermeiros compreendem a sua preocupação e estão disponíveis e presentes. Dar à criança a possibilidade de escolher algo no procedimento é, segundo Brennan (1994), importante para que esta se sinta implicada e que tem algum controlo sobre a situação, e que funciona como uma estratégia de antecipação. O local da punção e o ritmo da administração de terapêutica podem ser escolhidos pela criança, o que parece influenciar positivamente o seu comportamento, acalmando-a. Iacobucci *et al.* (2005) revelam, no seu estudo sobre a ansiedade das crianças no dia da cirurgia, que a serenidade e efeito calmante transmitido pelos enfermeiros durante a indução da anestesia são responsáveis pela ausência de medo e diminuição da ansiedade, promovendo também um ambiente de conforto muito valorizado pelas crianças e pais. Zengerle-Levy (2006) revela que os enfermeiros de pediatria colocam música ou vídeos para as crianças antes de iniciarem algum procedimento, e no momento em que ligam a TV nos desenhos animados elas esquecem as suas feridas, eles esquecem-se o sítio onde estão. No estudo de Koenig *et al.* (2003), sobre a acção dos enfermeiros na gestão das experiências de medo dos pais no confronto com as crises de asma dos filhos, uma estratégia é disponibilizar um guia de antecipação com informações sobre os medos da criança, o choro da criança, as suas lembranças de hospitalizações prévias e as próprias respostas dos pais. A gestão emocional de antecipação está, igualmente, presente nas práticas dos enfermeiros de preparação operatória (Wollin *et al.* 2004, Justus *et al.* 2006) com

recurso a explicações/informações, visualização de filmes ou fotografias, jogos e visitas ao bloco operatório. Todos estes achados corroboram o nosso estudo.

Quando os clientes vivem episódios de uma emocionalidade excessiva, os enfermeiros actuam no sentido da gestão das emoções reactivas, para que estes consigam alcançar estados de tranquilidade e bem-estar, enquanto os seus recursos de autocontrolo não são, só por si, suficientes para gerir a situação. Fazem então um tipo de gestão das emoções reactivas: envolvem a família nos cuidados, explicam e esclarecem dúvidas, colocam-se ao lado, fazem pausas, fomentam a esperança, dão carinho, diferenciam os momentos, desviam o foco de atenção (distracção), encorajam e restringem. Este tipo de gestão emocional está frequentemente associada a momentos de procedimentos dolorosos. Anderzén-Carlsson *et al.* (2007) revelam, no seu estudo sobre a gestão do medo das crianças hospitalizadas, como o suporte fornecido pelos enfermeiros é fundamental durante os procedimentos dolorosos. Os enfermeiros deste estudo transformam o desconhecido em conhecido dando, oportunidade às crianças de um contacto directo com o material ou equipamento, dando informação de um modo cauteloso e honesto, dando espaço para dúvidas. São sensíveis e flexíveis quando possibilitam que a criança tome algumas decisões, respeitam o protesto da criança, confirmam e valorizam a expressão emocional. Colaboram com a criança convidando-a a trabalharem juntamente durante o procedimento, sendo confidentes e agindo com calma, respeitando e confirmando o que a criança diz, colocando limites nas pedinchices e pedindo à criança que confie neles. Usam, ainda, métodos de distracção mostrando desenhos ou um filme de vídeo, brincando com bonecas ou criando uma percepção de participar e divertimento quando pedem à criança para dar os tubos de amostra de sangue, falando sobre os seus interesses, suavizando a luz ou colocando música. Zengerle-Levy (2006) identifica, no seu estudo com crianças hospitalizadas vítimas de queimaduras, que contar histórias permite sarar as feridas da solidão e medo. Apercebendo-se da delicadeza de certas situações a enfermeira mergulha na sua infância e responde às questões recorrendo a metáforas. Atenta ao encantamento da criança por cavalos e contos de fadas, a enfermeira acredita que a criança ficará confortável ao ouvir uma história sobre a personagem, um pónei que sofre, a esperança e o medo e reacções semelhantes às da criança. Os enfermeiros deste estudo usam, também, a distracção durante os procedimentos pois consideram que é muito eficaz colocar a televisão ao lado da cama com os desenhos animados quando vão fazer o penso. As crianças fixam-se nesses desenhos animados enquanto retiram os adesivos ou os pontos. Os enfermeiros sabem empiricamente que a música ou os vídeos aumenta a capacidade da criança para lidar com a dor. A observação dos enfermeiros revelou que eles escolhem música baseada na idade e cultura da criança. Outras vezes os enfermeiros sussurram levemente ou cantam suavemente enquanto prestam cuidados.

Delaney (2006) refere, num estudo sobre a regulação emocional das crianças hospitalizadas, que na experiência de eventos stressantes a criança começa a mobilizar 2 tipos de habilidades de *coping* emocional. Estas procuram alterar a atenção do estímulo que causa stress ou, em alternativa, verbalizam o que estão a sentir para consciencializar e modelar a sua intensidade. A actuação dos enfermeiros do nosso estudo, e de outros estudos que temos vindo a citar, parece potenciar estes 2 tipos de habilidades de *coping*, através da regulação das experiências emocionais no sentido de tranquilizar e acalmar.

Também Soveral (2009) identificou estratégias apaziguadoras (para acalmar) quando a criança se mostra chorosa, com dores, inquieta ou triste. Um dos enfermeiros participantes respeita o seu estado emocional, esclarece-as, diz-lhes palavras de conforto utilizando um tom de voz suave, ajuda-as a concentrarem-se e a regular a respiração, faz-lhes festas ou massagens, presta-lhes cuidados de higiene, posiciona-as e aconchega-as. Quando pertinente, para além de demonstrarem compreensão e afecto, administram terapêutica analgésica.

O envolvimento dos pais nos procedimentos é defendido em muitos estudos e corroborado pelos nossos achados. Mas Heiney (1991) aconselha a avaliação do nível de ansiedade dos pais e a sua capacidade para ajudar o filho durante os procedimentos dolorosos. Quando os pais se mostram ansiosos os enfermeiros poderão conversar com eles para os encorajar a ajudar a preparar e consolar a criança, acrescentando que habitualmente respondem bem a este incentivo, pois as estratégias mobilizadas com as crianças – mostrar interesse e disponibilidade, ouvir, olhar, tocar, explicar, orientar, reforçar positivamente – também funcionam para eles, ou seja, acalma-os. Segundo o mesmo autor, os enfermeiros devem apoiar a decisão dos pais de quererem, ou não, estar presentes. Hopia *et al.* (2005) concluem que os pais que estão tranquilos com eles próprios e com a situação estão também capazes de dar suporte à sua criança doente e aos outros membros da família e não transmitirão inadequação e ansiedade.

Promover uma ambiente seguro e afectuoso, nutrir os cuidados com afecto e gerir as emoções dos clientes na vivência de doença e hospitalização tem como pilar a relação de confiança e afectiva que sistematicamente se vai construindo, como já enfatizámos anteriormente, daí que crianças/jovens com múltiplos reinternamentos podem carecer apenas do tipo de gestão emocional de antecipação. No entanto, há clientes que dificilmente se adaptam à situação, possuem experiências anteriores traumáticas ou quando se verifica um retrocesso ou ausência de melhoria da doença, o tipo de gestão das emoções reactivas é predominante. O estudo sobre a gestão do medo da criança hospitalizada (Anderzén-Carlsson *et al.* 2007) demonstra que o essencial é a construção da relação através de estratégias de proximidade. O que o nosso estudo acrescenta é que na construção de uma relação de confiança, afectividade recíproca e proximidade, a gestão das emoções do cliente conduz e alimenta esta relação. Mas, paradoxal-

mente, os enfermeiros podem começar a gestão emocional independentemente da relação e grau de confiança existentes. O nosso estudo revela que a gestão emocional de antecipação se torna progressivamente dominante, à medida que uma relação de proximidade e confiança cresce com a construção da estabilidade na relação que constitui outro sub-processo (Diagrama XV) e que mais à frente será debatido. Por outro lado, as estratégias de *coping* revelam-se mais elaboradas e eficazes. Estas estratégias de promoção do bem-estar competem com os momentos de emocionalidade excessiva e de sofrimento, para gerarem uma experiência globalmente positiva e a percepção de não ser tão mau e difícil, e de que é possível de lidar com a situação de doença e hospitalização. Também no estudo de Soveral (2009) os enfermeiros participantes referiram que os frequentes e/ou longos internamentos e a quantidade de procedimentos dolorosos a que as crianças com cancro são submetidas parecem trazer-lhes uma aparente maturidade no sofrimento, uma habituação ao mesmo que, por vezes, se traduz numa menor reactividade negativa aos procedimentos dolorosos e ao próprio internamento.

Como temos vindo a defender não há cuidados sem o enquadramento de uma relação. É no seio da relação construída entre enfermeiros e clientes que os cuidados ganham sentido e têm significado terapêutico (Hesbeen 2004, Honoré 2004). Na perspectiva de Peplau (1990) a essência da enfermagem é a relação entre os enfermeiros e os clientes e, é com base nesta relação que ocorrem os cuidados. No nosso estudo os dados revelam a importância que os enfermeiros participantes conferem à relação com o cliente no cuidar. Na actualidade defende-se que Cuidar é em si relação. O processo de cuidar inicia-se no ir ao encontro do outro – tecer laços de confiança, estar atento e colher dados para saber o que é mais significativo para a pessoa na situação particular, não se centrando exclusivamente na afecção física que ela apresenta, questionando permanentemente a perspectiva da acção para lhe ser útil – e acompanhá-lo nos seus objectivos, com subtilidade e clareza, abordando e partilhando as diferentes possibilidades que se lhe oferecem, esclarecendo-o e, por vezes, ajudando-o a optar em cada situação de vida (Collière 2003, Hesbeen 1999).

Mas também temos vindo a realçar que esta relação, entre enfermeiros e clientes, está impregnada de emoções, que se transmitem em cascata (Collière 2003). Tendo em conta as vivências de emocionalidade excessiva dos clientes, no confronto com a doença e hospitalização, é frequente estes projectarem na relação com os enfermeiros o seu mau estar, a sua disforia, o seu medo e angústia, o seu sofrimento, moldando essa mesma relação e cada momento da interacção, em cada encontro. No estudo de Henderson (2001) os enfermeiros perspectivavam os relacionamentos como uma espécie de “dança” entre o enfermeiro e o cliente, que se alimenta mutuamente, com avanços e retrocessos e em que informações são recolhidas por cada pessoa envolvida, aquilo que mais parece um “tango”. Também os enfermeiros partici-

pantes do nosso estudo promovem a estabilidade nas relações através da gestão dos relacionamentos, pois os episódios de conflitos constituem fonte de perturbação emocional para os clientes e também para os próprios, que Goleman (2006) define como a arte de nos relacionarmos gerindo as emoções dos outros. Construir a estabilidade na relação com os clientes é, então, outro sub-processo transformativo no acto de cuidar, caracterizado pelo envolvimento emocional, pela gestão de episódios conflituosos e ainda pelo equilíbrio de poderes, fundamental para transformar positivamente a experiência de doença e hospitalização. No estudo de Goodman (2001) os enfermeiros usam um conjunto de metáforas para descrever os relacionamentos através da imagem de uma “viagem de barco”, para ilustrar a sua preocupação com a manutenção da situação estável ou evitar causar disrupções; “não balançar muito o barco” ou “não levantar ondas”. Existe o desejo de promover uma atmosfera calorosa, cuidadora e uma atitude de mente aberta, lidando com os conflitos e problemas sem confrontação desnecessária (Pejlert, Norberg & Asplund 2000). Os enfermeiros conseguem alcançar a desejada estabilidade nos relacionamentos pois são “malabaristas das emoções” (Bolton 2001, Goodman 2001). Recorrem à negociação de situações de conflito, têm a necessidade de fazer “malabarismos” face às exigências para manter os relacionamentos terapêuticos com os clientes, tal como manejar as situações difíceis (Goodman 2001).

No nosso estudo os enfermeiros participantes acreditam que as relações difíceis, conflituosas, frias e distantes conferem instabilidade na dinâmica dos cuidados e da equipa, e não beneficiam a experiência de doença e hospitalização dos clientes, e por isso procuram alcançar a estabilidade nos relacionamentos investindo num envolvimento emocional. Procuram ser uma figura de referência para a família e desenvolver uma ligação afectiva, conhecimento mútuo, proximidade e confiança. Langton (2000) considera importante que um mesmo enfermeiro se mantenha como responsável pelos cuidados a uma mesma criança, pelo menos no seu primeiro internamento, já que a sua segurança emocional passa pela criação de laços interpessoais significativos e duradouros. Esta modalidade de organização do trabalho promove um maior conhecimento das suas reacções habituais e um estabelecimento de relação mais forte com ela e com os pais. Morse (1992: 819) defende que a essência da relação é o envolvimento, numa identificação do enfermeiro com o cliente. Diogo (2006) identifica o envolvimento afectivo entre os enfermeiros e a criança/jovem e familiares, cujos benefícios é a qualidade da relação/cuidados decorrentes da proximidade e de uma melhor compreensão que, por sua vez, vai contribuir para desenvolver a relação. O estudo de Brooks e Phillips (1996) revela, igualmente, que os enfermeiros acreditam que o envolvimento emocional está associado a resultados positivos para os clientes, e existe evidência de que os clientes concordam, o que é totalmente corroborado pelos achados do nosso estudo. Como já referimos anteriormente, e agora refor-

çamos, o afecto e o envolvimento emocional é um atributo essencial para cuidar (Henderson 2001), e também para que os cuidados se desenvolvam num contexto relacional estável e propício. Promover um ambiente seguro e afectuoso, nutrir os cuidados com afecto e gerir as emoções dos clientes concorrem para a construção da estabilidade na relação (Diagrama XV). No entanto, Henderson (2001) faz notar que os mecanismos precisos pelos quais os enfermeiros usam o envolvimento emocional para afectarem positivamente a relação com os clientes necessitam de ser melhor explicitados. Os achados do nosso estudo revelam que este envolvimento emocional promove o sentimento nos clientes de serem respeitados e considerados e também de se sentirem mais confiantes, e deste modo sentem-se cuidados, gerando um estado emocional de tranquilidade e confiança que é apaziguador da angústia, revolta e agressividade, aceitando e compreendendo mais facilmente os eventos stressantes, as más notícias ou alguma coisa que não corra a seu favor. As significações de emocionalidade excessiva são alteradas para significações positivas (Joyce-Moniz & Barros 2005) o que influencia positivamente as relações.

A distância terapêutica parece não existir na relação desenvolvida pelos enfermeiros participantes do nosso estudo, contrariando os achados de Mercadier (2004) sobre cuidados de enfermagem a adultos e idosos: a repressão da parte dos enfermeiros dos seus afectos presentes na interacção com o cliente dos cuidados é conseguido através das particularidades com que se inicia e se termina essa interacção, através do distanciamento de todos os sentidos, protegendo com isso a percepção emocional para a qual muito contribui a protocolarização dos cuidados. O confronto com as emoções deixa de ser directo, e até esquecido, através dos actos técnicos. Os profissionais desejam, sobretudo, não se verem envolvidos numa relação íntima com o cliente, relação que implica uma vida emocional intensa, com a qual podem não conseguir lidar, e que pode ser insustentável no contexto dominador do hospital-empresa (Ibidem). Também para Bolton (2001) parece consensual nos enfermeiros de diferentes serviços da prática hospitalar que, para um legítimo cuidado ao cliente, estes ficam envolvidos a um certo nível e a procura de uma distância vai ao encontro dos seus interesses e não tanto dos do cliente. Contrariamente, os enfermeiros de um serviço de ginecologia que vivem experiências emocionais intensas quando cuidam do bebé nado-morto mantêm, veementemente, a intenção de ajudar a mulher em luto (Bolton 2000). Quando as expectativas da mulher são muito elevadas quanto ao suporte e envolvimento emocional da parteira, estas parecem trabalhar arduamente para garantir o suporte solicitado ou nas situações em que a mulher parece não ser receptiva ao suporte da parteira (troca rejeitada), esta trabalha arduamente para estabelecer rapport, tentando diferentes abordagens: um estilo maternal, revelação de experiências pessoais de parto e maternidade, uso do humor ou assume uma postura de “perito”; estas situa-

ções implicam trabalho árduo e são emocionalmente esgotantes mas os enfermeiros insistem no desenvolvimento do relacionamento (Hunter 2006).

Os achados do nosso estudo revelam, igualmente, um investimento e vontade construtiva da relação com os clientes, o que é corroborado por vários estudos na área da enfermagem pediátrica (Zengerle-Levy 2004, Livesley 2005, Björk, Nordström & Hallström 2006, Diogo 2006, Woodgate 2006, Anderzén-Carlsson *et al.* 2007). Os achados do nosso estudo realçam o desenvolvimento de relações significativas entre enfermeiros e clientes, de proximidade, de envolvimento emocional, numa ausência de distância terapêutica tendo esta, no entanto, limites que se confinam ao espaço profissional como, por exemplo, não dar o contacto pessoal ou telefonar para os clientes apenas do serviço. Swanson (1993: 355) alerta para que existe uma linha muito fina entre partilhar a realidade do outro e transformar essa realidade como nossa. Quando tal fronteira é quebrada o sofrimento surge para ambos os sujeitos em interacção. Os resultados reflectem um fardo nos cuidados aos clientes, redução do bem-estar dos enfermeiros e em última análise afecta a relação pessoal e profissional e o desempenho do papel. Também Livesley (2005) refere, no seu estudo, que os enfermeiros que prestam cuidados a crianças sem acompanhante procuram usar a estratégia de diferenciação entre ser enfermeiro e ser mãe/pai, o que permite definir a significado de fronteira/limite profissional. Neste estudo o tradicional significado do conceito de “distanciamento emocional” é ultrapassado pelos enfermeiros mais resilientes, ao salientarem que estão disponíveis emocionalmente para as crianças e pais nos relatos das suas histórias. As metáforas “dar um passo a trás” e “fazer uma pausa” comunicam a interpretação e significado dos enfermeiros relativamente à necessidade de estabelecer alguma distância entre elas e as crianças durante a experiência de trabalho emocional. Mais importante de que se tornar emocionalmente indisponível, esta estratégia de distanciamento “temporário” possibilita que permaneçam emocionalmente disponíveis para as crianças. Estabelecem, então, nesse momento um pouco de distanciamento, numa ocasião em que a distância permite tempo para pensar nas suas próprias necessidades, um espaço de elaboração sobre o que precisa de fazer antes de entrar no cenário pode ser útil para ajudar a gerir (as suas próprias emoções e as dos clientes) no contexto da relação.

Cruzando os achados do estudo de Morse *et al.* (1992) com os nossos, podemos constatar que o foco dos enfermeiros participantes encontra-se no cliente (Diagrama I). As respostas humanas que se encontram no 1.º nível são desencadeadas pelo *insight* emocional do enfermeiro. Os enfermeiros estão dispostos e habilitado para experienciar ou partilhar o sofrimento dos outros, dando respostas com sentido e apropriadas ao cliente. É este processo de envolvimento entre o enfermeiro e o cliente que permite a partilha da experiência.

Outra forma de alcançar a estabilidade na relação com os clientes, revelada nos achados do

nosso estudo, é através da gestão de episódios conflituosos nas situações em que os clientes, principalmente os pais, revelam pouca ou nenhuma confiança nos enfermeiros, colocando em causa o que os enfermeiros fazem, rejeitando qualquer tipo de proximidade ou são mesmo agressivos verbalmente. Nestas relações hostis são mobilizadas as seguintes estratégias de gestão: abordagem calma e de controlo, dar espaço para a expressão, desmontar o problema, procurar a reconciliação e não fazer juízo de valores negativos. Além de apresentarem uma postura calma, os enfermeiros participantes demonstram também controlo sobre a situação impondo limites na agressividade verbal, levando o cliente a tomar consciência da sua exaltação e a moderar a expressão emocional. Mas nestas situações de agressividade verbal, a gestão dos relacionamentos (Goleman 2006) não se centra directamente nas vivências de doença e hospitalização, mas antes nas disrupções emocionais que ocorrem na relação dos clientes para com os enfermeiros. Com estas estratégias os enfermeiros participantes procuram recuperar a estabilidade da relação, transformando e apaziguando o momento de exaltação do cliente. O estudo de Mercadier (2004: 81) revela que os enfermeiros, perante uma violência psíquica, que visa afectar a sua auto-estima através do ataque verbal do cliente respondem de modo variado: devolução da violência, autocontrolo, que pode esconder um sentimento de impotência ou uma aparente indiferença, uma “blindagem”. Esta última resposta está próxima do *burnout*, uma síndrome definida como perda de interesse pelos clientes e que se caracteriza pelo esgotamento emocional. A autora acrescenta, ainda, que o hospital normaliza, e portanto banaliza, a violência a que os prestadores estão sujeitos. Estes aceitam comportamentos que consideram inaceitáveis fora do contexto hospitalar. Sujeitam-se sem grande protesto, refreando os seus impulsos. Mas por vezes ripostam perante a violência sofrida com outra violência, e talvez alguns cheguem ao ponto de iniciá-la. Pelo contrário, os enfermeiros participantes do nosso estudo aceitam a agressão verbal não de forma passiva e banalizada, mas porque compreendem a experiência emocional dos clientes e têm a intencionalidade de os tranquilizar, de aliviar o sofrimento destes. Com a sua capacidade de manter a calma, dar espaço à expressão e esclarecer procuram gerir o estado emocional do cliente, fazendo com que se sintam seguros e apoiados, e a aparente indiferença à “agressão” corresponde a uma empatia e abertura para com as emoções do cliente. É apenas uma aparente indiferença, pois estas relações hostis têm “um peso muito grande” no seio da equipa, são perturbadoras e emocionalmente esgotantes. Nestas situações os enfermeiros sentem que “dão tudo” e que não são reconhecidos, mas persistem na reconciliação e na construção da estabilidade da relação.

A capacidade de gestão de episódios conflituosos que os enfermeiros participantes apresentam envolve uma abordagem afectiva, compreensiva, sensível, esclarecedora e aberta aos problemas das pessoas, que está presente nos sub-processos anteriores (Diagrama XV) e mesmo no

envolvimento emocional na relação com os clientes, o que só por si reduz a possibilidade de conflituosidade. No estudo de Roden (2005), sobre a participação dos pais nos cuidados aos seus filhos hospitalizados, os pais referem que os problemas de comunicação surgem frequentemente quando os enfermeiros não dão informação adequada, são insensíveis, são antipáticos e pouco delicados, e não possuem a capacidade de resolução de conflitos.

Por último, os enfermeiros participantes preocupam-se em garantir um equilíbrio de poderes na relação com os clientes, que se caracteriza por uma tomada de decisão partilhada, por dar espaço à função parental, pela colaboração mútua, pela participação e pela partilha de informação. Estas estratégias evitam a percepção da parte do cliente de um domínio e autoritarismo dos enfermeiros sobre a sua pessoa, favorecendo o envolvimento emocional e evitando os conflitos. E também promove nos clientes o sentimento de controlo sobre a situação, e uma consequente segurança e tranquilidade, o que é corroborado por Jorge (2004) e Roden (2005). Na Carta da Criança Hospitalizada está explícito que as crianças e os pais são simultaneamente sujeitos dos cuidados e parte integrante da equipa de saúde. Também Wong e Whaley (1999) apontam a importância dos enfermeiros trabalharem num processo de interdependência com os pais e criança/jovem. Esta lógica enquadra-se na filosofia de cuidados actualmente implementada nos serviços de pediatria – os Cuidados Centrados na Família –, na qual o *empowerment* e a parceria se destacam. No entanto, Roden (2005) alerta para a necessidade de informação e de suporte aos pais para que estes se sintam capazes de se envolver nos cuidados aos seus filhos, e que os enfermeiros não devem ter demasiadas expectativas quanto à sua colaboração, exigindo demasiado. O mesmo estudo revela que alguns pais querem cuidar dos seus filhos mas não querem substituir os enfermeiros. Os achados do nosso estudo revelam que os enfermeiros participantes consideram importante e necessário o envolvimento dos pais nos cuidados, mas estão “sempre por perto” e podem mesmo substituir os pais. Os enfermeiros procuram conhecer a capacidade e recursos dos pais e procuram capacitá-los para uma participação cada vez mais activa partilhando informação, explicando, demonstrando mas também acompanhando, estando disponíveis e presentes. Os achados do estudo de Jorge (2004) realçam, igualmente, que o conhecimento que os enfermeiros detêm sobre as famílias, a compreensão das suas vivências perante a hospitalização dos filhos permite, só por si, reflectir sobre a melhor forma de chegar a elas, no sentido de as ajudar a responder positivamente à situação. Estimular as competências de cada uma destas famílias fá-las sentir ainda mais capazes para cuidar dos seus filhos durante o período de hospitalização e posteriormente, se necessário.

Os achados do nosso estudo demonstram que promover uma relação harmoniosa, calma, minimizando os conflitos é essencial para a progressão da relação terapêutica, e assume-se

como uma característica da mesma. Os enfermeiros estabelecem relação terapêutica, um clima propício à cura e suscitam a esperança nos doentes, porque compreendem a situação e a explicam claramente ao doente, ajudando-o a exprimir as suas emoções, transmitindo segurança (Benner 2001) o que conduz, de acordo com os nossos achados, à percepção do sentimento de confiança e do sentimento de controlo sobre a experiência, aliviando o sofrimento, promovendo o bem-estar dos clientes. No estudo de Williams & Irurita (2004) o controlo pessoal é o cerne do conforto emocional e depende das significações dos clientes sobre as interacções interpessoais terapêuticas e não terapêuticas, nos encontros com os enfermeiros. As interacções terapêuticas são promotoras nos clientes de sentimentos de segurança, de serem valorizados e de possuírem informação sobre o seu estado de saúde e cuidados. O modelo de Muetzel (1988) determina o estabelecimento duma relação terapêutica enfermeiro-cliente como base na intervenção de enfermagem terapêutica. Deste modo, é considerado fundamental a existência duma intimidade, reciprocidade e parceria nas interacções. A parceria e a intimidade permitem a criação de um ambiente seguro e de liberdade (de escolha). Mas para que exista parceria é indispensável que também exista reciprocidade, através do estabelecimento de um contrato onde cada interveniente sinta que tem controlo sobre a relação (Ibidem).

Na perspectiva da relação de ajuda, enquanto intervenção terapêutica psicológica (Rogers 1985), os verdadeiros relacionamentos interpessoais são profundamente capazes de suscitar o crescimento na pessoa, mas para isso é necessária uma atitude da parte do terapeuta de essência afectiva, caracterizada por quatro qualidades: a autenticidade, a congruência, a atenção positiva incondicional e a empatia. Rogers menciona como factores mobilizadores de uma relação de ajuda a confiança, a compreensão, os sentimentos de independência e a expressão aberta da relação interpessoal e de todo o seu conteúdo. Chalifour (1993) e Lazure (1994) fizeram estudos que fundamentam a afectação da relação de ajuda à prática de enfermagem, e defendem que o papel dos enfermeiros na ajuda é o de facilitar ao cliente o reconhecimento e a descoberta dos seus potenciais recursos e de acordo com a sua personalidade, para a resolução dos seus problemas. A ajuda só será eficaz quando os enfermeiros interiorizarem que só a pessoa a ajudar possui os recursos para resolver o problema. Deste modo, o que ajuda faz com que haja no outro crescimento, desenvolvimento, maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade para enfrentar a vida.

Os achados do nosso estudo corroboram os elementos essenciais da relação de ajuda. Porém, a complexidade da relação de ajuda enquanto intervenção terapêutica em enfermagem assume contornos diferentes da intervenção terapêutica psicológica. Na relação enfermeiro-cliente, os próprios enfermeiros e as suas acções invasivas são fontes de stress nas significações dos clientes, geratrizes de sofrimento. Então como os enfermeiros conseguem conquistar a con-

fiança, a proximidade, fazer com que as pessoas se sintam respeitadas e consideradas, apesar de lhes provocarem dor? Na prática de enfermagem, durante um procedimento doloroso não é possível anular a dor física da penetração de uma agulha através das terminações sensoriais da pele e músculos, responsável pela sensação de dor. Também não é possível evitar, de todo, as projecções de agressividade e desconfiança dos clientes sobre os próprios. Então como os enfermeiros desenvolvem uma relação de ajuda quando os momentos de quebra de confiança, medo, sofrimento surgem como interrupções abruptas? De acordo com os achados do nosso estudo, os enfermeiros procuram manter ou reparar a estabilidade, a harmonia na relação, minimizando a experiência de emocionalidade que acrescenta sofrimento à vivência. Deste modo as significações dos clientes face aos momentos disruptivos são compensadas pelo bem-estar que os enfermeiros, simultaneamente, promovem. Além disso, a abordagem dos enfermeiros envolve muitos outros momentos que funcionam como “almofada de conforto”; cuidados de higiene, alimentação, mimar, brincar, conversar e outros que estão envoltos em afecto, e assim é possível (re)conquistar a confiança dos clientes e progredir na relação de ajuda.

O estudo Björk, Nordström & Hallström (2006), sobre as necessidades da criança hospitalizada com cancro, evidencia a importância para esta de ter uma boa relação com as enfermeiras mesmo que os procedimentos e tratamento causem desconforto e dor. As enfermeiras participantes procuram desenvolver relacionamentos de confiança, por exemplo, através de dar abraços às crianças, compartilhando histórias engraçadas e rindo em conjunto, pois acreditam que a confiança é importante porque é a chave da colaboração. Também Livesley (2005), num estudo sobre as vivências dos enfermeiros que prestam cuidados a crianças hospitalizadas sem acompanhante, refere que durante os procedimentos dolorosos as crianças podem acusar os enfermeiros de “fazerem coisas desagradáveis” comunicando-lhes o seu desagrado e protesto. Então os enfermeiros procuram reparar esse relacionamento cedendo-lhes tempo para estarem com elas.

A relação terapêutica em enfermagem na qual se inscreve a relação de ajuda, de acordo com os achados do nosso estudo, envolve a construção da estabilidade nos relacionamentos numa gestão simultânea das emoções dos clientes e das emoções que permeiam as interações, com a influência de um ambiente seguro e afectuoso e a dádiva de afecto que nutre os cuidados (Diagrama XV). E mais ainda, implica a gestão das próprias emoções dos enfermeiros que se revela fulcral nos sub-processos transformativos apresentados e discutidos até então. Estes últimos achados demonstram que os enfermeiros desenvolvem ainda outro sub-processo transformativo na sua prática de cuidados: regular a disposição emocional para cuidar. Os enfermeiros participantes apresentam uma disposição emocional para cuidar, estão emocio-

nalmente abertos para o outro (Swanson 1991, 1993), demonstram uma disponibilidade e sensibilidade para a experiência humana das emoções dos clientes com intencionalidade e persistência, o que é corroborado pelo estudo de Zengerle-Levy (2004) no qual os enfermeiros preocupam-se e envolvem-se no bem-estar emocional, espiritual e físico das crianças orientados por uma dedicação ao ser humano e pela dádiva de amor incondicional. Também Mazhindu (2003) e Theodosius (2006) mencionam a imagem do enfermeiro ideal como sendo o que faz o bem pelo outro enquanto missão e razão da opção pela profissão de enfermagem. Os enfermeiros do nosso estudo referem que a finalidade de quem cuida é ajudar e estar com o Outro nos momentos de maior angústia e desespero, mas também dar afecto, mimar as crianças incondicionalmente. Verifica-se ainda que esta disposição é genuína, parte de si próprio.

Mas alguns estudiosos interrogam-se sobre o que permite que os enfermeiros persistam no cuidar, apesar da sua experiência emocional no confronto com o sofrimento dos clientes. Honoré (2004) explica que o que impele para o dever-de-cuidar é um sentimento, uma disposição interior para persistir na existência. A partir deste sentimento sobre os cuidados, o cuidar revela-se através da sua exigência de reencontro com as coisas e com os outros e na prova da ocorrência inesperada dos acontecimentos. Também Hesbeen (2004: 172) salienta que “O sentimento fundamental neste cuidar é a alegria que advém do prazer de viver, a partir do momento em que é reflectido e independente de qualquer objecto particular, de forma a conduzir ao desenvolvimento de uma existência que se cumpre”. O cuidar é, assim, característico da nossa existência.

Porém, a proximidade e envolvimento emocional no cuidar implica que os enfermeiros passem a conhecer a pessoa que necessita dos seus cuidados, mas também absorvam uma gama de emoções de tonalidade negativa vividas pelo cliente que podem conduzir ao stress e *burnout* profissional (Mazhindu 2003), e podem esvaziá-los de energia independentemente do gosto que têm pelo seu trabalho (Sandgren *et al.* 2006). Os enfermeiros devem, então, usar estratégias que garantam a proximidade e a empatia emocional, mas que evitem ficar emocionalmente exaustos (Van Sant 2003). Os achados do nosso estudo revelam que os enfermeiros se confrontam com experiências emocionalmente intensas e situações difíceis de lidar responsáveis pela fragilização desta sua disposição emocional. Porém, esta tende para a perseverança pois os enfermeiros fazem a sua regulação, gerindo as suas próprias emoções.

Numa perspectiva dos estudos da sociologia, os enfermeiros são capazes de encontrar espaços exteriores para além da postura profissional prescrita (Bolton 2001). As regras profissionais implícitas dos sentimentos são usadas pelos enfermeiros para que estes mantenham uma postura profissional no momento da interacção, apesar da experiência emocional que possam

estar a viver (Bolton 2000, 2001). No conceito original de trabalho emocional (Hochschild 1983) a imposição das regras profissionais dos sentimentos é a fonte principal de conflitos internos, no qual se lida com muitas emoções de tonalidade negativa. O trabalho emocional (*emotional labor*) é o controlo das suas próprias emoções de acordo com uma postura profissional imposta. As regras profissionais dos sentimentos são necessárias para gerar reequilíbrio e são habitualmente o distanciamento, a centralidade nas tarefas e a expressão facial de profissional distante (Hunter 2006). Uma expressão facial imparcial permite suprimir o seu julgamento e reprimir as emoções (Bolton 2000), o que requer a combinação de elementos contraditórios – cuidar enquanto mantém uma distância (Bolton 2001).

Numa perspectiva da psicologia, quando os enfermeiros não se regulam exclusivamente pelas regras profissionais dos sentimentos, não desempenham apenas trabalho emocional (*emotional labor*) mas também oferecem trabalho das emoções (*emotion work*) num esforço dispensado para ajudar o cliente a lidar com as suas emoções, o que exige um grau de envolvimento e a compreensão da sua situação, como extra na forma de comportamento autêntico de cuidar (Lewis 2005). Na gestão da situação problemática da criança em cuidados intensivos e sua família, os enfermeiros normalmente actuam numa forma de “gestão emocional prescritiva”. No entanto, quando a morte da criança é iminente, os enfermeiros proporcionam suporte extra aos pais, regulando-se pelas regras dos sentimentos associadas ao tipo de “gestão emocional filantrópica”; os enfermeiros distinguem diferentes formas de gestão emocional de acordo com a situação clínica que enfrentam (Lewis 2005).

Os enfermeiros participantes do nosso estudo mobilizam estratégias que permitem regular a sua disposição emocional para cuidar, encontrando um equilíbrio entre a capacidade de presença, proximidade e envolvimento emocional e a capacidade de evitarem ficar emocionalmente esgotados. Deste modo, e em concordância com a perspectiva de enfermagem, constata-se uma dupla centralidade do trabalho com as emoções, pois o enfermeiro não trabalha emocionalmente apenas para o cliente mas também para si próprio (Smith 1992). Isto significa que os enfermeiros possuem habilidades de gestão do seu mundo interno e dos relacionamentos, mas também de um cuidar afectivo e de uma prática cuidadora guiada pelos aspectos emocionais e compreensão da experiência humana de sentir (Diogo 2006). Mas, o que os achados do nosso estudo acrescentam é a sua simultaneidade, isto é, os enfermeiros centram-se nas emoções do cliente e também nas suas, procurando geri-las concomitantemente. Estes achados diferenciam-se do estudo de Morse *et al.* (1992), no qual são identificados 4 tipos de resposta dos enfermeiros face ao sofrimento dos clientes, 2 com foco no cliente e 2 com foco no próprio enfermeiro (Diagrama I). Este estudo demonstra que os enfermeiros para se protegerem do sofrimento têm que se distanciar dos clientes e bloquear a sua sensibilidade. Tam-

bém no estudo de Diogo (2006) os enfermeiros desenvolvem 2 tipos de estratégias de gestão das experiências emocionais, que surgem totalmente opostas: 1) a construção de habilidades emocionais como desenvolver consciência do seu sentir e do seu agir, analisar as experiências ou criar uma melhor estabilidade emocional interior, que permite a proximidade na relação com os clientes; 2) a construção de defesas, como viver as situações com distanciamento que lhes permite prestar cuidados sem se deixarem perturbar pelo sofrimento alheio. A defesa constitui uma forma de não sentir, de não sofrer com o sofrimento do outro. Em ambos os estudos, os seus autores concluem que manter a distância compromete a relação e o cliente percebe que não é considerado como pessoa, e isso pode afectar o seu bem-estar emocional. Estas respostas reduzem o investimento na prática de cuidados e eliminam a necessidade de experienciar qualquer dor ou sofrimento, contudo não beneficia o cliente e pode ser alienante.

Os achados do nosso estudo revelaram um mecanismo alternativo à “blindagem emocional” – não se deixar afectar mantendo-se conectado –, o que enfatiza a necessidade da gestão das emoções nos próprios enfermeiros, com a intencionalidade de regular a sua disposição emocional para cuidar. Englobam, ainda, o envolvimento emocional com foco no cliente descrito por Morse *et al.* (1992) e a construção de habilidades emocionais que garantem a proximidade na relação identificada por Diogo (2006). Regular a disposição emocional é essencial para o desenrolar de todo o processo de uso terapêutico das emoções (Diagrama XV).

Os enfermeiros participantes do nosso estudo possuem uma consciência da necessidade de gerirem as suas emoções para conseguirem ajudar os clientes, para a qual muito contribui o conhecimento de si, e isto é uma condição facilitadora e mesmo básica para a regulação da sua disposição emocional. Numa perspectiva da psicologia, Goleman (2006) defende que a pedra angular da competência emocional é o auto-conhecimento; a consciência dos nossos próprios sentimentos no instante em que eles ocorrem. Numa perspectiva da neurobiologia, Damásio (2001) diz-nos que nos organismos equipados para sentirem emoções, isto é, para terem sentimentos, as emoções também exercem um impacto sobre a mente à medida que ocorrem no aqui e agora. No entanto nos organismos equipados com consciência, isto é, capazes de saber que têm sentimentos, atinge-se um novo nível de regulação. A consciência permite que os nossos sentimentos sejam conhecidos, promovendo deste modo o impacto interno da emoção e permitindo que a emoção permeie o processo do pensamento pela mão do sentimento. A emoção está vocacionada para a sobrevivência de um organismo, tal como a consciência. A consciência serve para aumentar o alcance da mente e, ao fazê-lo, melhorar a vida do organismo cuja mente tem esse maior alcance. A consciência não é o único meio de gerar respostas adequadas a um ambiente e alcançar a homeostasia. É apenas o meio mais recente e

sofisticado de contribuir para a homeostasia, e desempenha a sua função abrindo caminho à criação de respostas originais, num meio ambiente para o qual esse organismo não está preparado em termos de respostas automatizadas (Ibidem).

O conceito de consciência tem sido desenvolvido, também, por autores da enfermagem da escola do cuidar. Watson (2002a) cuja orientação é fenomenológico-existencial e também espiritual, inspirando-se no trabalho de Sally Gadows sobre a existência humana, defende que o essencial é que o ser humano transcende a natureza – contudo permanece parte dela. O ser humano pode prosseguir pelo uso da mente, para níveis elevados de conhecimento através de encontrar sentido e harmonia na existência. Noções de ser pessoa, então, transcendem o aqui e o agora, e cada um tem a capacidade de coexistir com o passado, presente e futuro simultaneamente. Como resultado deste ponto de vista, há enorme consideração e respeito dado ao conceito de uma alma humana que é maior do que a existência física, mental e emocional de uma pessoa. O conceito de alma, conforme usado por Watson, refere-se ao espírito, ao Eu interior ou essência da pessoa, o qual está ligado a um sentido maior de conhecimento próprio, um grau de consciência mais elevado, uma força interior e um poder que pode expandir capacidades humanas. A capacidade de cada um, para transcender o espaço e o tempo, ocorre de forma semelhante no pensamento, na imaginação e nas emoções de cada um. Os nossos corpos podem estar fisicamente presentes num determinado local ou situação, mas as nossas mentes e sentimentos relacionados, podem estar noutra local qualquer. O processo de cuidar transpessoal é amplamente arte, devido à forma como toca na alma da pessoa e sente as emoções e a união com outros. Esse cuidar em que os sentimentos são libertados, permite que o receptor dos cuidados assimile melhor a condição da sua alma, no seu próprio ser. A assimilação pode levar a alguma reorganização do Eu percebido e do Eu experienciado de cada um (Ibidem).

Esta condição facilitadora da regulação da disposição emocional para cuidar – o conhecimento de si – é igualmente reveladora de desenvolvimento pessoal. A noção de desenvolvimento pessoal surgiu nos anos 1950-1960 nos Estados Unidos, e tem origem no conceito apresentado por Rogers e Kinget; a capacidade do ser humano tomar consciência da sua experiência, avaliá-la, verificá-la, corrigi-la, que exprime a sua tendência inerente ao desenvolvimento para a maturidade, ou seja, para a autonomia e responsabilidade. Rogers (1985) defende o caminho de desenvolvimento pessoal como essencial nas profissões de relação. Para o autor a capacidade de criar relações que facilitem o crescimento do outro como pessoa independente avalia-se pelo desenvolvimento que o próprio atingiu, e aquele que está interessado em criar relações de ajuda tem, para toda a vida, uma tarefa apaixonante que ampliará e desenvolverá as suas potencialidades em direcção à plena maturidade. Na perspectiva de Watson (2002b) o

conceito do envolvimento profissional, com a participação total do *Self*, usando todas as dimensões da pessoa como uma fonte na relação profissional, que está vinculado ao conceito de um relacionamento transpessoal no cuidar entre o enfermeiro e a pessoa, e no qual os sentimentos do enfermeiro podem ser experimentados e sentidos, implica um sistema de valores humanísticos desenvolvido a par de um ego fortalecido usando a sensibilidade e imaginação, para conseguir lidar positivamente com as situações de stress que diariamente ocorrem (Ibidem). Watson (2002a) defende que tal conhecimento e sensibilidade podem ser desenvolvidos através do trabalho com outras culturas, do estudo da humanidade, da arte, do drama, da literatura, explorando valores e tendo um bom relacionamento consigo mesmo. Pode também ser facilitado mediante a clarificação de valores, psicoterapia pessoal, meditação, mecanismos de controlo autogénico. Está relacionado com um crescimento pessoal, maturidade e desenvolvimento do “ser” enfermeiro. Também Rispaill (2003) salienta que o desenvolvimento pessoal é, com efeito, a expressão de um desejo profundo do indivíduo para se conhecer melhor, evoluir, ultrapassar certos bloqueios, a fim de comunicar melhor, manter relações familiares, com amigos e profissionais satisfatórias, de aumentar o seu campo de possibilidades. Destina-se a desenvolver o potencial do indivíduo no sentido da procura de saber como se sentir melhor, e utiliza técnicas que fazem apelo à consciência. Para a autora aprofundar a consciência sobre si próprio é fundamental para um futuro profissional de saúde. Na última obra de Hesbeen (2004), Corinne Petit demonstra que o cuidar é uma incessante procura de si. Ao cuidar a pessoa procura conhecer-se. Através das dificuldades do outro questionamos as nossas dificuldades. O mundo e os outros são espelhos que reflectem a nossa própria imagem, a nossa vida e a nossa morte. Corinne Petit explica-nos este caminho: “De doente em doente, avanço, aterrorizado e maravilhado sucessivamente pelo que eles me transmitem. Apreendo a precariedade da existência, o sofrimento futuro, descubro as armas de que disponho para lutar, adivinho a vaidade do bem das coisas, reconheço a riqueza de qualquer vida, a felicidade de amar, os recursos fabulosos que cada um dispõe até ao fim” (citado por Hesbeen 2004: 102).

No nosso estudo esta habilidade de conhecimento de si é manifestada e potenciada pela capacidade de analisar as experiências, de compreender as reacções dos clientes, de atenuar positivamente as significações e de não se deixar afectar, que no seu todo concorrem para fazer a transformação positiva das experiências emocionais de tonalidade negativa que pautam a prática de cuidados. Este procuram analisar as suas emoções, compreender as suas limitações e necessidade de ajuda, e têm consciência de que o seu estado emocional pode influenciar a interacção com o cliente, o que é corroborado no estudo de Soveral (2009), no qual um enfermeiro participante está atento ao que pessoal e profissionalmente sente, tomando consciência do que o condiciona e ao Outro, da influência do seu próprio estado emocional na

(in)disponibilidade para o Outro e nos sentimentos que algumas das situações vividas lhe provocam, especificamente, o de injustiça e o de revolta. Para Goleman (2006), a auto-observação permite precisamente este tipo de consciência imparcial dos sentimentos mais turbulentos. Manifesta-se como um ligeiro afastamento da experiência, uma linha de consciência paralela pairando por cima ou perto do fluxo principal, consciente do que se está a passar mas não imersa e perdida nos acontecimentos. É a diferença entre um acto e o pensamento reflexivo acerca desse acto. Esta consciência das emoções é essencial na competência emocional básica, pois a incapacidade de reconhecer as nossas próprias emoções deixa-nos à sua mercê.

Mas a partilha das emoções com colegas é, igualmente, uma forma de análise das experiências emocionais, enquanto recurso externo. É reconhecido como suporte e apoio de diferentes modos e em diferentes momentos, inclusivamente no acompanhamento durante a realização de procedimentos dolorosos e pela boa disposição promotora de uma ambiente agradável no seio da equipa, tornando-se por isso uma condição facilitadora da regulação da disposição emocional para cuidar dos enfermeiros participantes. Hopkinson (2002) e Lewis (2005) salientam que a oportunidade que os enfermeiros têm para falar uns com os outros sobre as suas experiências durante a passagem de turno, pode ser entendido como um exemplo do processo de *coping*. Já Henderson (2001) refere-se ao suporte emocional entre colegas para processarem as emoções ao partilharem as experiências, ou em “grupos de *coping*” privados e fora do local de trabalho, também designado por “trabalho das emoções colectivo” (Lewis 2005). Em contexto de cuidados psiquiátricos os enfermeiros salientam as sessões de supervisão clínica (Akerjordet & Severinsson 2004) para partilharem experiências, aprendizagens cognitivas, crescimento emocional e reflexão sobre a prática. A supervisão desenvolve habilidades de percepção e auto-conhecimento que possibilita o uso do *Self* com fins terapêuticos. Em contexto de cuidados pediátrico os enfermeiros procuram o alívio do sofrimento, igualmente, junto dos colegas partilhando as suas experiências ou com um colega-amigo que dá apoio, mas estendem essa partilha aos familiares (Diogo 2006). Também Mercadier (2004) propõe que falar das vivências, das emoções e sentimentos vividos nos cuidados, seja no próprio serviço, seja com uma pessoa significativa afectivamente (o marido, um amigo, uma antiga colega, com um terceiro) com quem não se tenha relações de trabalho alivia, conforta, liberta a memória, evita ocupá-la e que ela se torne invasora.

As estratégias de compreender as reacções dos clientes e de atenuar positivamente as suas experiências revelam a capacidade de abertura ao Outro, de compaixão e de fazer um balanço positivo para a própria pessoa. Os enfermeiros participantes fazem uma “reciclagem das emoções negativas” pois possuem uma visão positiva, optimista e uma vontade construtiva na

relação com os clientes. O positivismo está associado ao bem-estar interior que permite perspectivar o exterior de um modo mais gratificante. O bem-estar é um estado de espírito ou uma emoção de fundo (Damásio 2003). No estudo de Diogo (2006), vivenciar momentos de bem-estar e calma é uma forma de alívio que os enfermeiros encontram ao seu nível interno. Mercadier (2004) fala-nos das actividades de lazer como um recurso para gerir tensões negativas através da mobilização de tensões positivas que permitem libertar pacificamente as emoções. No estudo de Turner *et al.* (2007) os enfermeiros de oncologia lidam com o desgaste emocional passando tempo com a sua própria família, tendo vários hobbies e actividades tais como o exercício físico ou ouvir música o que é gerador de “equilíbrio”. Entre as principais modificações biológicas provocadas pelo bem-estar conta-se uma actividade acrescida de um centro do cérebro que inibe os sentimentos negativos e favorece um aumento de energia disponível, bem como um acalmar daqueles que geram pensamentos de preocupação. Não há, porém, qualquer alteração fisiológica, a não ser uma calma que faz o corpo recuperar mais rapidamente da excitação biológica provocada pelas emoções perturbadoras. Esta configuração oferece ao corpo uma tranquilidade geral, bem como uma disponibilidade e um entusiasmo para desempenhar tarefas e perseguir com uma grande variedade de objectivos (Goleman 2006). Os nossos achados revelam, ainda, que os enfermeiros procuram desviar o foco das emoções ou mesmo bloqueá-lo em momentos que se tornam insuportáveis o que é, igualmente, fundamental na manutenção da disposição emocional, pois os enfermeiros não se deixam afectar garantindo a sua presença e os cuidados.

Mas estes achados parecem paradoxais, pois desviar o foco das emoções ou mesmo bloqueá-lo surge, na literatura de enfermagem, como estratégias defensivas ou respostas “adaptativas” dos enfermeiros, quando se confrontam com dificuldades vividas na sua prática. Segundo Morse *et al.* (1992), mecanismos defensivos como o afastamento, protecção, limitação da consciência, rotulação, distanciamento, negação, são algumas estratégias e recursos utilizados pelos enfermeiros para lidarem com o sofrimento, para não o sentirem. Gameiro (1999) defende que a ajuda ao ser humano em sofrimento causa nos enfermeiros a vivência de emoções como a ansiedade, o medo e a impotência difíceis de suportar e que, só por si, podem justificar a sua tendência de afastamento. Mercadier (2004) refere que estes mecanismos de defesa manifestam-se através do distanciamento de todos os sentidos, protegendo com isso a percepção emocional para a qual muito contribui a protocolarização dos cuidados. O confronto com as emoções deixa de ser directo, e é até esquecido, através dos actos técnicos (Ibidem). Já Barrett *et al.* (2005) apresentam o conceito de “enfermeiro céptico”, aquele que duvida ou ignora as experiências e respostas do cliente, relacionado com as necessidades dos enfermeiros se protegerem do stress.

Mas os nossos achados revelam que não são mobilizados estes tipos de respostas emocionais adaptativas. Então como os enfermeiros participantes mantêm a disposição emocional para cuidar desviando o foco das emoções? Os enfermeiros participantes não reprimem as emoções, mas antes minimizam o impacto destas na sua pessoa dirigindo a sua atenção para as emoções dos clientes ou para os seus cuidados de modo a aliviar o sofrimento dos clientes, conseguindo descentrar-se daquilo que estão a sentir mas não se desligam da experiência do Outro, muito pelo contrário, valorizam-na em detrimento da sua própria experiência emocional. Quando os enfermeiros participantes procuram não se deixar afectar numa situação emocionalmente intensa conseguem estar disponíveis e abertos ao sofrimento dos clientes. Allan & Barber (2005) e Halligan (2006) designam este mecanismo de uso terapêutico do *Self*. Os enfermeiros ficam conscientes dos seus sentimentos mas atenuam-os enquanto, simultaneamente, se imaginam no lugar da outra pessoa; a enfermeira tem presente na sua mente que quando está a dar uma má notícia de qualquer tipo interessa pouco como se sente mal ou desconfortável, pois é sempre muito pior para os clientes, ou usam ainda a intuição ou a consciência dos seus sentimentos para avaliar e gerir situações difíceis (Ibidem). Numa fase inicial os enfermeiros permitem-se ser invadidos pelo sofrimento do Outro através do mecanismo da empatia emocional proposto por Morse *et al.* (1992), mas a partir deste ponto as características do envolvimento do enfermeiro não dependem das respostas emocionais ao sofrimento com foco no cliente ou com foco no seu *Self*, tal como os mesmos autores identificaram no seu estudo. Os nossos achados revelam que em seguida os enfermeiros se descentram de si, do impacto emocional na sua pessoa, para ajudar o Outro a lidar com tal sofrimento. Para Samarrel (1991) a descentração é estar atento ao Outro, nas preocupações e necessidades próprias dos clientes, ajudando-os de forma caritativa e respeitadora da sua dignidade. Numa perspectiva da psicopedagogia, Lerbet (1981) defende que a descentração é um processo neguentrópico da pessoa, ou seja, favorece o desenvolvimento pois leva a atingir um estado de equilíbrio crescente e actualização pessoal. O crescimento neguentrópico conduz a um ganho em complexidade organizadora (Ibidem). A descentração é uma operação mental descrita por Piaget, que consiste na capacidade da pessoa se separar do seu ponto de vista e se colocar no ponto de vista do outro para examinar os seus próprios actos, o seu próprio trabalho, as razões das suas escolhas, os valores aos quais adere (Meirieu 1995). Para Lerbet (1981) é ser e, simultaneamente, ser observador de si. A descentração (da sua pessoa) é um processo integrativo, a par da interiorização (desenvolvimento do seu mundo interno) e encontram-se numa posição oposta à centração (na sua pessoa) e exteriorização (mundo interno fechado ou reduzido). Com recurso à descentração, a pessoa cresce através da abstracção e, forçosamente, fica mais unitária. O seu *Self* desenvolve, pois é mais relativo e o seu campo de compreensão é

mais vasto. A pessoa, na sua complexidade, torna-se mais autónoma, mais aberta às coisas e aos outros. Torna-se menos defensiva, vendo as coisas como elas são mas abstraindo-se mais facilmente. Ela é veridicamente abstracta, conseguindo separar as situações e vivê-las com distanciamento. É uma pessoa que se envolve mas ao mesmo tempo abstrai-se, participa nas coisas mas consegue abstrair-se no sentido de se distanciar para viver a situação. Todo o progresso na descentração irá traduzir-se no seu mundo interno.

Os enfermeiros participantes, para não se deixarem afectar pelas experiências emocionais intensas, usam também a estratégia de se afastarem por períodos ou evitar prestar cuidados, procurando não ficar responsáveis pelos cuidados a determinado cliente, de modo a recuperar do desgaste emocional. Tal como no estudo de Livesley (2005) os enfermeiros referem que, por vezes, estabelecem um pouco de distanciamento em situações em que a distância permite tempo para pensar nas suas próprias necessidades, um espaço de elaboração sobre o que precisa de fazer antes de entrar no cenário pode ser útil para ajudar a gerir as suas próprias emoções e as dos clientes. Porém, o foco mantém-se nos clientes e na intencionalidade de se manter presente e próximo das pessoas, ao mesmo tempo que alivia o seu sofrimento, evitando a exaustão emocional. Contrariamente, em estudos de enfermagem de Bolton (2001) e Inoue, Chapman e Wynaden (2006) a centralidade na tarefa enquanto escudo protector é um modo de proteger os enfermeiros da exaustão emocional. Alguns enfermeiros perspectivam o estar desligado com intencionalidade consciente, de modo a assegurarem a concretização dos cuidados de enfermagem (Henderson 2001), outros sentem-se compelidos a cancelar ou reprimir os seus próprios sentimentos para ficarem capazes de funcionarem de um modo distante na relação com os clientes (Halligan 2006).

Quando os enfermeiros participantes consideram, conscientemente, que não conseguem atingir este equilíbrio (não ficar afectado mantendo-se conectados) cessam funções naquele serviço. Este recurso revela grande maturidade e auto-conhecimento dos seus limites e do seu estado emocional, na procura de não prejudicar a qualidade da relação com os clientes e da capacidade de cuidar. O facto de encontrar outro contexto da prática de cuidados, no qual não estão exposto a situações que não consegue lidar emocionalmente, pois os recursos descritos atrás entraram em falência ou revelaram-se ineficazes, permite-lhe recuperar e regular a sua disposição emocional para cuidar. Isto exige auto-conhecimento e consciência de si, que traduz desenvolvimento pessoal.

Esta regulação da disposição emocional dos enfermeiros para cuidar é condicionada positivamente pelos sentimentos de compensação decorrentes dos relacionamentos estáveis, da não antecipação do sofrimento da parte das crianças e do seu potencial de recuperação, da gratificação de um sorriso da criança, da realização pela concretização da ajuda, o que funciona

como amortecedores dos momentos mais perturbadores. Também Mazhindu (2003) defende que o trabalho nas profissões de saúde tem as suas próprias “recompensas” em termos de satisfação pelo altruísmo, pela possibilidade de fazer o bem, pela possibilidade de fazer algo que ajuda as pessoas e gera sentimentos de contentamento nos profissionais quando as coisas correm bem. Bolton (2000) refere que o envolvimento emocional nos cuidados ao cliente é responsável por muita ansiedade mas, também, por uma grande satisfação profissional e “recompensa”. O aspecto da compensação experienciada pelos enfermeiros, e que é uma condição promotora da regulação da sua disposição emocional, remete-nos para o início do debate sobre este sub-processo transformativo relativamente à persistência no cuidar, enfatizado por Hesbeen (2004) ao referir que a alegria presente no cuidar pode transcender tanto o prazer como o sofrimento. Além disso, os enfermeiros que se mantêm emocionalmente abertos para as emoções dos outros (Swanson 1991) obtêm compensações que derivam muitas vezes de emoções gratificantes de alegria, contentamento e satisfação (Diogo 2006), e que servem como reforço positivo enquanto valorização do sentido do seu cuidar (Perry 2002).

Porém Watson (2002b) adverte que no relacionamento transpessoal do cuidar, os sentimentos do enfermeiro podem ser experimentados e sentidos, mas não como uma forma de obter alívio ou ajuda dos clientes, mas como parte de ser e de se tornar dentro do relacionamento. Vários estudos alertam para as emoções inconscientes dos enfermeiros que são, simultaneamente, invisíveis e relevantes na relação enfermeiro-cliente. Music (2002) defende, a este propósito, que há quem ponha em dúvida a utilidade do conceito de inconsciente, mas é cada vez maior o corpo de investigação, tanto psicológica como neurológica, que sustenta a ideia de estados emocionais inconscientes. No trabalho emocional pode estar envolvido a introjecção (incorporação) de emoções para serem projectadas num Outro, que derivam de interacções anteriores (Hunter 2006, Theodosius 2006), o que significa uma “forma sociológica de gestão interna das emoções” (Theodosius 2006). As emoções podem ser reprimidas de modo consciente ou inconsciente; se for inconsciente pode conduzir a processos de transferência na relação com o cliente (Theodosius 2006). Também em situações de troca reversa, a parturiente procura dar suporte à parteira e as parteiras têm uma fraca consciência das suas emoções (Hunter 2006). São formas não terapêuticas de uso das emoções, nas quais os enfermeiros tiram proveito e alimentam-se das emoções recebidas e necessitam das emoções que emanam das interacções com os clientes para se sentirem bem. Os enfermeiros procuram ajuda nos clientes, por vezes, de forma pouco consciente. Contrariamente, os achados do nosso estudo revelam que os enfermeiros participantes dão afecto incondicional, pois não esperam receber nada em troca e embora reconheçam o valor compensatório dos agradecimentos não dependem destes para prestarem cuidados e investirem na relação com os clientes. Porém, têm consciência da

importância de gerirem as suas emoções para que estas não afectem a si próprio e aos outros. Assim, a regulação da disposição emocional é também influenciada pelos restantes sub-processos transformativos (Diagrama XV).

Por último, este sub-processo transformativo – regular a disposição emocional para cuidar – põe em destaque a posição de McClure & Murphy (2007) sobre o conceito de trabalho emocional (Hochschild 1983) aplicado à enfermagem. Os autores apontam para a necessidade de um novo conceito. A investigação com base no conceito de trabalho emocional acentua que os enfermeiros lidam com muitas emoções perturbadoras com custos emocionais para os próprios, e por isso adoptam estratégias de defesa. Porém, o desenvolvimento de estudos mais recentes tem revelado que existem outras variáveis a ter em conta, nomeadamente uma experiência emocional dos enfermeiros positiva e gratificante (Mercadier 2004, Diogo 2006). Posição igualmente defendida por Mazhindu (2003) ao explicar que a perspectiva das emoções negativas não representa todos os diferentes aspectos do trabalho emocional na enfermagem, nem valoriza a “vocação” dos enfermeiros, e nesta perspectiva o conceito de trabalho emocional em enfermagem não se aplica inteiramente. Os enfermeiros participantes do nosso estudo tendem a manter a sua disposição emocional, não recorrem a mecanismos defensivos e revelam sentimentos de gratificação e compensação na sua prática de cuidados, que reforçam a sua intencionalidade para cuidar e, simultaneamente, a sua “saúde emocional”. Estes enfermeiros mobilizam estratégias transformativas das experiências emocionais perturbadoras para gerir positivamente as suas próprias emoções e manter o envolvimento emocional com os clientes. Tal como defende Damásio (2003) a consciência é essencial para o trabalho de compreender e conhecer as próprias emoções e sentimentos e, isto leva-nos à regulação emocional em alternativa ao recurso a estratégias defensivas para reprimi-los. Os seres humanos conscientes da relação entre certos objectivos e certas emoções podem esforçar-se de livre vontade para controlar as suas emoções, pelo menos em parte. Através do controlo da nossa interacção com os objectos que causam emoções conseguimos exercer algum controlo sobre o nosso processo de vida e conseguimos levar o nosso organismo a um estado de maior ou menor harmonia. “Podemos dessa feita libertar-nos da auto-macidez tirânica e impensada da maquinaria emocional” (Damásio 2003: 69). A regulação da disposição emocional, através da qual os enfermeiros transformam as emoções perturbadoras em emoções gratificantes e de bem-estar em si próprios, é fundamental para a concretização dos restantes quatro sub-processos (Diagrama XV).

Como consequências do uso das emoções na prática de cuidados dos enfermeiros participantes, descrito nos seus 5 sub-processos transformativos, os resultados terapêuticos para os clientes são, genericamente, a transformação positiva da experiência emocional e a adaptação

à situação de doença e hospitalização, o que advém da possibilidade de promover o bem-estar e o alívio do sofrimento. Também Swanson (1993: 354) acentua que a intencionalidade da enfermagem é cuidar para o bem-estar do Outro.

Os clientes participantes do nosso estudo percebem como terapêutico o ambiente afectuoso, o afecto nos cuidados, a gestão das emoções e o envolvimento emocional, uma vez que representa uma ajuda e apoio, dá tranquilidade e confiança, contribui para lidarem melhor com a situação e sentem que são considerados e valorizados. Os clientes participam nos cuidados, sentem controlo sobre a situação e experienciam o sentimento de confiança na relação com os enfermeiros. No estudo de Williams & Irurita (2004) as significações dos clientes sobre as interacções interpessoais terapêuticas e não terapêuticas nos encontros com os enfermeiros dependem da sua capacidade de promover sentimentos de segurança, de valorização e de fornecer informação sobre o estado de saúde e sobre os cuidados, gerando um sentimento de controlo nos clientes. Na mesma linha de pensamento Watson (2005: 14) evidencia os resultados terapêuticos das acções de cuidar, e as consequências de cuidar e não-cuidar para o cliente. Cuidar tem resultados positivos e benéficos para o cliente: bem-estar emocional-espiritual (dignidade, auto-controlo, personalidade); incrementa a recuperação física (salva vidas, segurança, mais energia, baixa os custos, mais conforto, menos perda); relacionamentos de confiança (diminui a alienação, relações próximas de familiaridade). A ausência de cuidar (*non-caring*) conduz a resultados negativos para o cliente: humilhação, medo, ausência de controlo, desespero, impotência, alienação, vulnerabilidade e dificuldade de recuperação. Então o uso das emoções pode ser considerado “acto de cuidar” quando é terapêutico. Mas mais do que isso, o uso das emoções enquanto instrumento terapêutico facilita os outros aspectos dos cuidados, e é inerente ao cuidar em enfermagem no contexto de internamento de pediatria em estudo.

Wright, *In* McMahon & Pearson (1998: 113), defende que para a prática de enfermagem se tornar terapêutica é necessário que seja holística, humana e reparadora (*healing*) evidenciando como condições determinantes o próprio enfermeiro e o contexto institucional. McMahon, também *In* McMahon & Pearson (1998: 7), aponta como actividades terapêuticas de enfermagem: relação enfermeiro-cliente, cuidar e confortar, intervenções físicas baseadas na evidência, ensinar, adequar o ambiente e adoptar práticas de saúde alternativas. Enquanto Ersser (1988) lhes chama categorias da enfermagem terapêutica outros estudiosos apresentam-nas na sua especificidade: o toque, o conforto, a presença, a gestão de sentimentos. Mas independentemente do modo como são denominadas, o uso das emoções em enfermagem pediátrica e no contexto estudado presenteia todos os aspectos dos cuidados, pois está presente em todas as actividades terapêuticas de enfermagem.

Outra característica da enfermagem terapêutica é a sua intencionalidade. Lopes (2005) defende que o processo de intervenção terapêutica de enfermagem engloba toda a intervenção dos enfermeiros que possui intencionalidade terapêutica. Os enfermeiros participantes do nosso estudo usam as emoções com intencionalidade terapêutica na sua prática assumindo 3 sentidos diferentes, que embora estejam intimamente relacionados surgem em momentos diferentes da acção. Os primeiros 2 sentidos dizem respeito à própria acção, antecipando-a e orientando-a, e o terceiro e, último, refere-se ao que se espera atingir da acção desenvolvida. Na perspectiva de Hesbeen (2000: 42) “cuidar da pessoa, constitui um todo coerente e indivisível no qual todos os componentes se interligam, se interrelacionam e no qual o que é importante e o que é secundário depende da percepção da pessoa que é cuidada e em função do sentido que esse todo faz para a singularidade da sua vida”. Assim sendo, os enfermeiros direccionam os cuidados de enfermagem consoante as necessidades individuais do cliente e também identificam e mobilizam os recursos da pessoa de quem cuida, em prol de capacitá-la para lidar ou minimizar os seus factores de stress. Hesbeen (1999) defende, igualmente, que ser enfermeiro é ter a capacidade de ir ao encontro do Outro tendo em vista caminhar com ele para obter mais saúde, através de pequenas coisas que, contextualizadas numa situação de vida, não são banais para a pessoa – dão sentido à vida e alimentam a esperança – e lhe testemunham a grande atenção que o enfermeiro foi capaz de lhe dar e o profissionalismo que tal requereu. Também Honoré (2004) valoriza as pequenas coisas porque são actos que dão ao cliente o sentimento de ser considerado e valorizado enquanto pessoa que vive uma experiência.

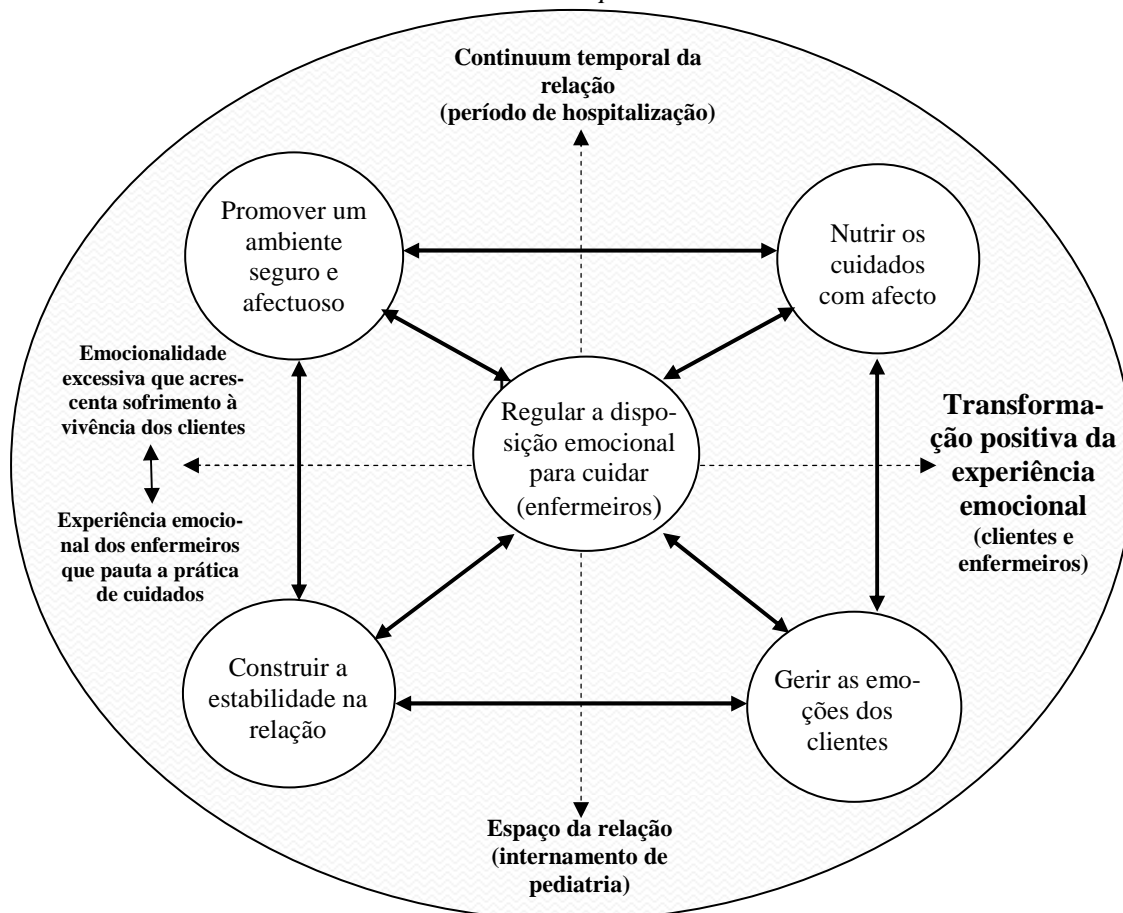
A acção de cuidar dos enfermeiros, tendo em conta os 5 sub-processos transformativos no uso terapêutico das emoções descritos neste estudo, permite emponderar (*empowerment*) os clientes no sentido da adaptação à situação, capacitando-o no seu potencial máximo. Promovem o crescimento através de conceder oportunidades de resolver os problemas, informação, incentivo e reforçar os focos de força das pessoas, facilitar o bem-estar, encorajar a independência e alcançar objectivos. O estudo de Roden (2005), sobre a participação dos pais nos cuidados em internamento, revela que os pais cujos filhos apresentam um estado de saúde crítico estão muito vulneráveis ao stress e ansiedade e a comunicação de suporte dos enfermeiros é necessária para almofadar a sua experiência de hospitalização. Os enfermeiros podem ajudar o cliente a utilizar as situações de stress como experiências de aprendizagem através das quais este pode adquirir novos tipos de comportamento e assim evoluir. O objectivo é, no imediato, a sobrevivência do indivíduo, e logo que este objectivo tenha sido alcançado, a segunda finalidade é ajudar os indivíduos a compreender os seus problemas de saúde e a aprender com essas experiências (Peplau 1990). O objectivo centra-se no auxílio aos indivíduos para se movimentarem no desenvolvimento da sua personalidade. Para alcançar este objectivo,

Peplau (1990) evidencia não ser apenas o cliente quem evolui, mas também a enfermeira através da compreensão do Outro. A proximidade profissional permite desenvolver uma relação com o cliente, centrada nas suas necessidades ou frustrações e dirigida para o crescimento desse mesmo indivíduo. Em cada nova situação há uma oportunidade para nova aprendizagem dos enfermeiros à medida que vão observando as diferentes maneiras das pessoas reagirem a situações universais. Estas aprendizagens e crescimento para os enfermeiros são, também, evidenciados no nosso estudo e são corroborados por autores de enfermagem clássicos como Peplau, e autores da actualidade como Henderson (2001), Collière (2003) ou Honoré (2004). Rogers (1985) defende o caminho de desenvolvimento pessoal como essencial nas profissões de relação. Para o autor a capacidade de criar relações que facilitem o crescimento do Outro como pessoa independente avalia-se pelo desenvolvimento que o próprio atingiu, e aquele que está interessado em criar relações de ajuda tem, para toda a vida, uma tarefa apaixonante que ampliará e desenvolverá as suas potencialidades em direcção à plena maturidade. Os enfermeiros participantes tendem a manter a sua disposição emocional, não recorrem a mecanismos defensivos e revelam sentimentos de gratificação e compensação na sua prática de cuidados que reforçam a sua intencionalidade para cuidar e, simultaneamente, a sua “saúde emocional” (Sandgren *et al.* 2006). Mas também revela a sua maturidade e desenvolvimento pessoal, enquanto sensibilidade do ser humano tomar consciência da sua experiência e evoluir no seu auto-conhecimento. Podemos inferir que o processo de uso terapêutico das emoções dirige-se para o crescimento tanto dos clientes como dos enfermeiros.

Em síntese, os enfermeiros participantes, estando conscientes de uma emocionalidade intensa vivida pelos clientes associada à experiência de doença e hospitalização, e à sua experiência emocional de cuidar, procuram transformar positivamente as emoções, procedem de modo a gerir os estados emocionais e, simultaneamente, dão alimento afectivo, o que concorre para o alívio do sofrimento, para o bem-estar, para a recuperação e/ou para a adaptação à nova condição. A disposição emocional que os enfermeiros canalizam nos seus cuidados nutridos com afecto, através da qual a estabilidade das relações vai sendo construída, influencia positivamente a gestão do estado emocional dos clientes e potencia a promoção de um ambiente seguro e afectuoso. O resultado é a transformação positiva da experiência emocional que produz progressivas mudanças no contexto/condições ao longo do continuum temporal da relação enfermeiro-cliente, e no espaço do internamento de pediatria onde essa relação se constrói. Defendemos, então, que existem 5 sub-processos transformativos que se inter-relacionam e se alimentam entre si, para formarem o processo de uso terapêutico das emoções na prática dos enfermeiros em contexto pediátrico (Diagrama XVI).

Por outro lado, o processo descrito permite realçar o relacionamento enfermeiro-cliente como foco central da acção de cuidar, pois é num continuum temporal e no espaço onde esta relação evolui que o processo de uso terapêutico das emoções se desenrola.

Diagrama XVI – *Processo de uso terapêutico das emoções na prática dos enfermeiros em contexto pediátrico*



Newman, Sime & Corcoran-Perry (1991) defendem que a enfermagem preocupa-se em facilitar a saúde, e o cuidar é a qualidade da relação que potencia uma conexão transformativa entre os enfermeiros e os clientes. Do mesmo modo Newman, Smith, Pharris & Jones (2008) referem que a ênfase reside numa presença para cuidar que é transformadora, tanto para os clientes como para os enfermeiros, revelando uma nova visão e compreensão da experiência humana na saúde.

Embora o processo seja descrito frequentemente por investigadores da *grounded theory* por estados ou fases, também pode ser definido em termos do encadeamento ou alternância na natureza das acções/interacções (Strauss & Corbin 1998). A escolha da forma depende dos dados e da pergunta de investigação e, assim, como o processo é descrito e teorizado é variável. O uso terapêutico das emoções é um processo, como já foi demonstrado, mas que não é explicitado na perspectiva dos seus estados ou fases, mas sim do encadeamento entre os seus

sub-processos transformativos. O que é importante é que tal processo esteja relacionado com as condições estruturais, ou seja, o alinhamento das acções/interacções com as condições, e como os resultados de um conjunto de acções/interacções influenciam o contexto para se tornarem parte das condições, influenciando as próximas acções/interacções (Ibidem). Esta dinâmica foi explicitada tanto na natureza como no processo que ilustra o fenómeno do uso das emoções em enfermagem, em contexto de pediatria.

Prosseguimos com a apresentação da formulação teórica explicativa e com a sua argumentação.

4 – FORMULAÇÃO TEÓRICA EXPLICATIVA DO FENÓMENO: METAMORFOSE DA EXPERIÊNCIA EMOCIONAL NO ACTO DE CUIDAR

A teorização do fenómeno em estudo oferece o que pode ser explicitado e formalizado por via de uma redução teórica. Este processo predominantemente indutivo culmina com a identificação e nomeação de um conceito que representa uma explicação genérica desse mesmo fenómeno – a teoria de médio alcance (Corbin & Strauss 2008).

O conceito que identificámos encerra a explicação enraizada nos dados da realidade estudada, e por isso emerge da natureza e do processo de uso terapêutico das emoções, que apresentámos anteriormente. O conceito que brotou da investigação, e que veio clarificar o fenómeno do uso das emoções enquanto instrumento terapêutico em enfermagem pediátrica, é designado por **metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar**. Propomos, então, uma expressão de argumento sucinta e breve que engloba os 5 sub-processos transformativos e as suas interligações, e que brota do processo de uso terapêutico das emoções.

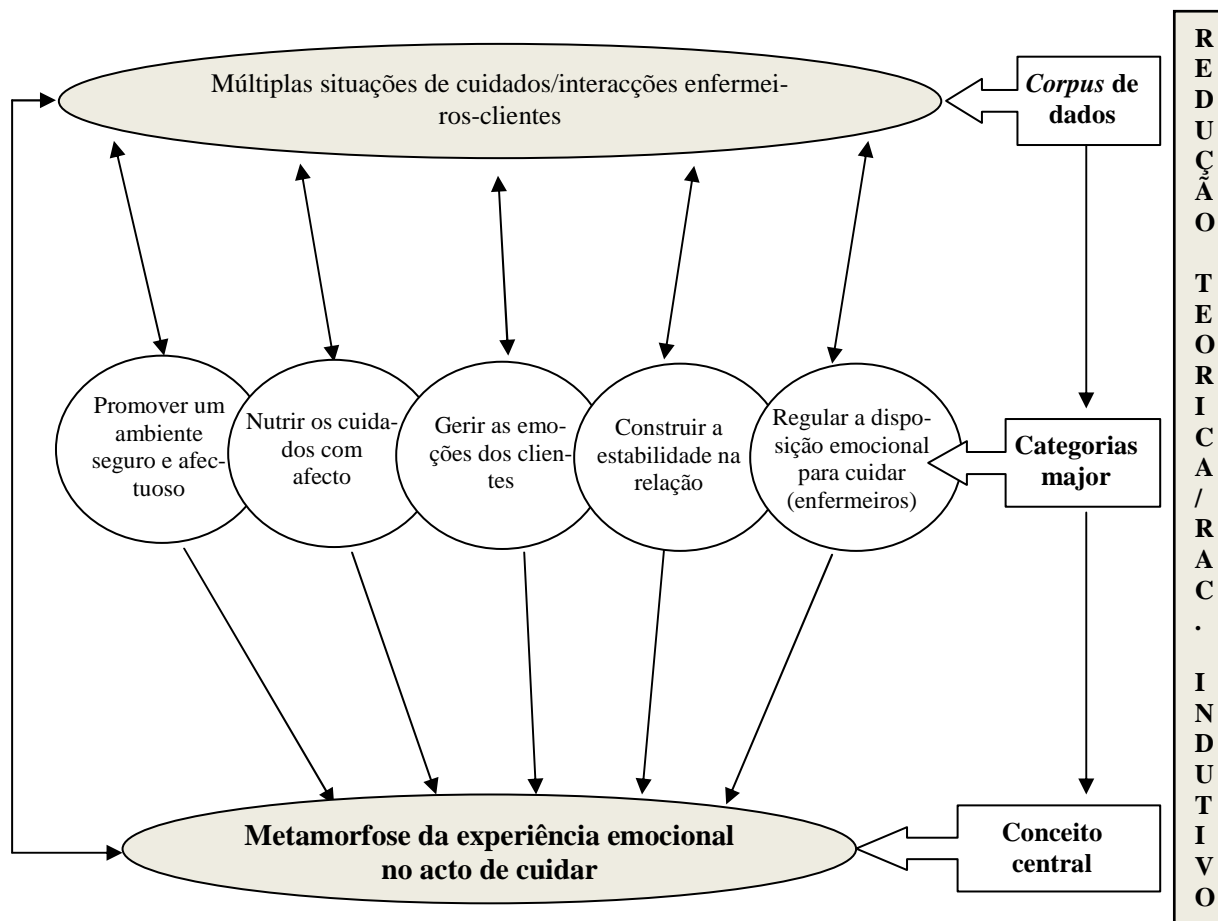
A metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar é o conceito central deste estudo pois é o seu cerne e, simultaneamente, é transversal a todas as categorias. Fazer brotar novos conceitos é uma finalidade dos estudos de *grounded theory* (Corbin & Strauss 2008). E também Ersser, *In* McMahon & Pearson (1998: 41), considera essencial fazer derivar conceitos reveladores das acções de enfermagem que possuem potencial terapêutico.

Glaser (1978) denominou este conceito de variável central ou foco da teoria. Corbin & Strauss (2008) fazem alusão a um conceito explicativo superior – *core concept* – que deriva e sustem as categorias. Já Morse (2004b) defende que o processo de teorização, nos estudos qualitativos, permite transformar categorias ou temas em conceitos. A autora alerta para que os termos categorias e conceitos não devem ser confundidos, pois na melhor das hipóteses uma categoria é um conceito imaturo. Um conceito emerge de um conjunto de categorias muito trabalhadas, com as suas características bem identificadas tal como os antecedentes, consequências, atributos e limites (Ibidem). À semelhança da lógica das estratégias de desenvolvimento de conceitos (Meleis 2007), as categorias correspondem às características dos conceitos.

Strauss & Corbin (1998) defendem que apesar de os conceitos serem abstrações derivadas dos dados, não representam uma história individual ou de um grupo, mas antes as histórias de muitas pessoas ou grupos numa forma reduzida e representada por termos conceptuais macro, e são “construídos” do exterior dos dados pelo investigador. Por “construir” os autores enten-

dem uma redução analítica a partir de muitos casos e conjuntos de declarações relacionadas que podem ser usadas para explicar, de um modo geral, o que se está a passar. Geralmente os conceitos representam as vozes e as experiências de muitos participantes, numa expressão reduzida que emerge do raciocínio indutivo (Diagrama XVII).

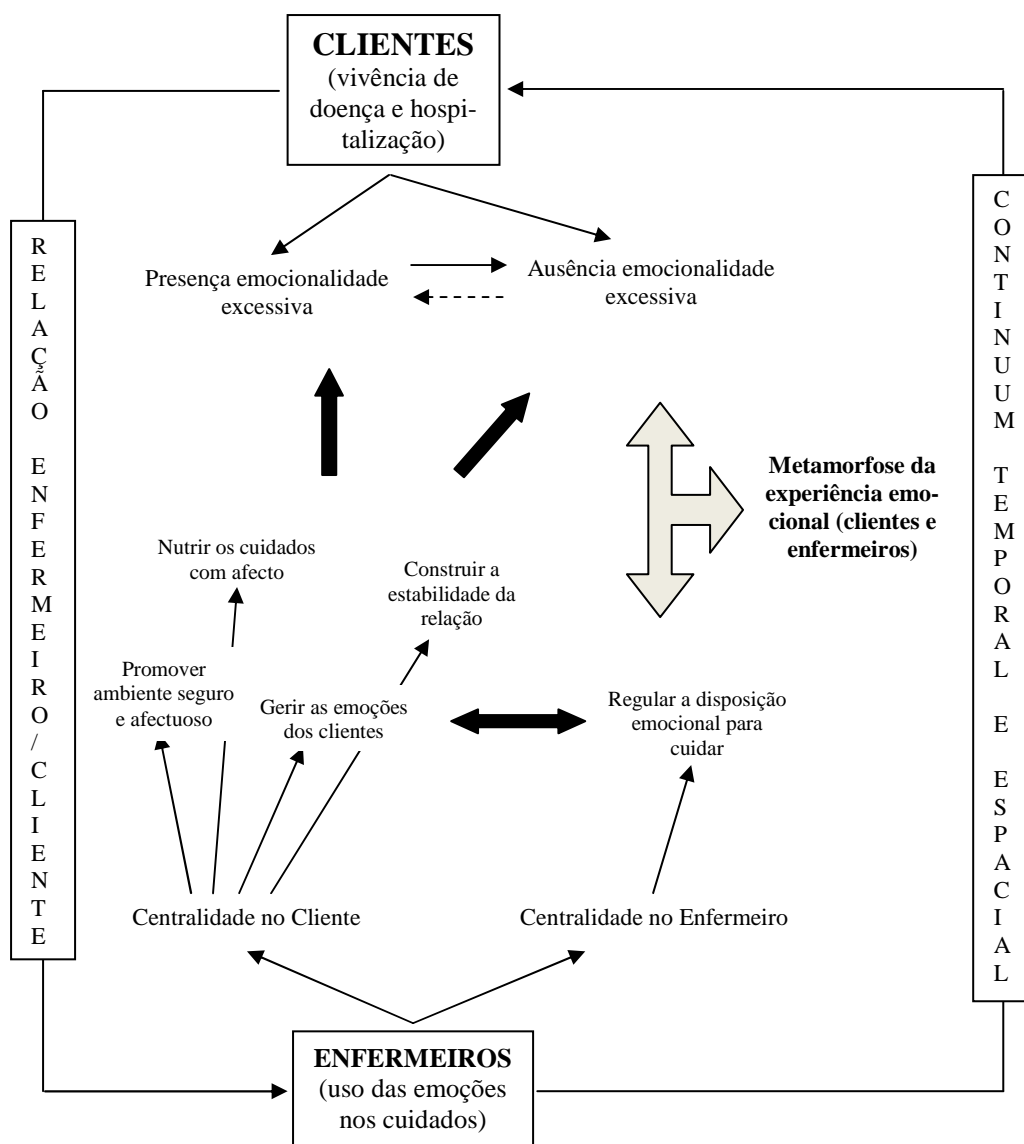
Diagrama XVII – *Redução teórica e raciocínio indutivo: do corpus de dados à emergência do conceito central*



Por outro lado, na perspectiva de Morse (2004a), novos conceitos emergem quando existem sinais ou indicações de “coisas” que são menos óbvias, que não estão directamente visíveis nos dados ou estão ofuscadas por aspectos comuns e superficiais. Estes sinais devem ser considerados como significativos, como aspectos subtis que apontam para “coisas” que não são directamente observáveis mas que podem constituir acções e seus significados para os quais estamos pouco atentos, que ainda não foram nomeados e que não foram introduzidos no vocabulário formal. Os conceitos podem constituir processos subliminares (que ainda não atingiram um nível que manifeste a sua presença), mas que existem apesar de não serem reconhecidos ou constituem conceitos que esperam ser identificados. O conceito é uma única expressão de argumento que encerra a essência do fenómeno e uma explicação teórica desenvolvida.

Os achados do nosso estudo revelam que os enfermeiros participantes fazem a **metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar** com centralidade nos clientes e nos próprios enfermeiros, pois promovem um ambiente seguro e afectuoso, nutrem os cuidados com afecto, gerem as emoções dos clientes, constroem a estabilidade na relação e regulam a sua disposição emocional para cuidar, num continuum temporal da relação e no espaço do internamento de pediatria. E é desta forma que usam as emoções enquanto instrumento terapêutico. Os 5 sub-processos identificados são estratégias desta metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar, enquanto instrumento terapêutico em enfermagem pediátrica (Diagrama XVIII).

Diagrama XVIII – *METAMORFOSE DA EXPERIÊNCIA EMOCIONAL NO ACTO DE CUIDAR* (transformação de situações emocionalmente intensas em experiências positivas e de crescimento para os clientes e para os próprios enfermeiros)



Defendemos, então, que a metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar é a resposta à nossa pergunta de investigação – como é que os enfermeiros usam as emoções enquanto instrumento terapêutico em contexto de cuidados pediátricos? O que acontece é que os enfermeiros participantes utilizam intencionalmente a emocionalidade dos clientes e dos próprios, para influenciar positivamente a experiência de doença e hospitalização, os relacionamentos e o cuidar, promovendo o alívio do sofrimento e incrementando o bem-estar. Isto é, fazem a metamorfose da experiência emocional em cada interacção enfermeiro-cliente de modo intencional, sistemático e com resultados terapêuticos para os clientes.

Esta explicação teórica, ilustrando a transformação do “medonho em borboleta” (metamorfose) relativamente à experiência de doença e hospitalização dos clientes e à prática de cuidados dos enfermeiros, indica que os enfermeiros usam sistematicamente as emoções enquanto instrumento terapêutico, através dos 5 sub-processos transformativos com relações recíprocas, constituindo um modo de alcançar resultados terapêuticos para os clientes mas também um modo de garantir a sua homeostasia e bem-estar emocional para cuidar. Por isso a regulação da sua disposição emocional é essencial para o desenvolvimento de todo o processo transformativo (Diagrama XVIII). A metamorfose da experiência emocional, no acto de cuidar dos enfermeiros participantes, é condicionada pelo espaço de interacção (serviço de internamento) e evolui no período de tempo de contacto com os clientes, pois como foi possível constatar a construção da relação dá-se ao longo de um contínuo temporal durante a hospitalização. O conceito também revela as habilidades dos enfermeiros participantes para responderem e/ou se adequarem às situações de emocionalmente excessiva que acrescentam sofrimento à vivência dos clientes, e à sua própria experiência emocional que pauta a prática de cuidados. Por isso, a metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar em enfermagem pediátrica envolve a transformação das emoções com centralidade simultânea nos clientes e nos enfermeiros. Tal explicação representa o encadeamento conceptual que permite apresentar o fenómeno com uma perspectiva inovadora.

Associado a esta formulação teórica explicativa do fenómeno constatámos um conjunto de ilações que passamos a destacar. No seu sentido lato, a metamorfose da experiência emocional constitui um “meio” para produzir resultados terapêuticos nos clientes, através de um processo de transformação da emocionalidade negativa em experiências positivas, tanto dos clientes como nos enfermeiros, no seio da relação entre ambos. É, portanto, um instrumento terapêutico cuja finalidade é criar e manter uma sensação de bem-estar global nos clientes à luz do conceito de saúde holística e dinâmica, defendido por algumas teóricas de enfermagem (Rogers 1970, Parse 1992, Neuman 1989, Watson 1985).

Lopes (2006) já identificou a gestão de sentimentos como um instrumento terapêutico de enfermagem. Também Diogo (2006: 238) concluiu no seu estudo que “A utilização da emotividade, como veículo condutor dos cuidados, implica que o enfermeiro perspetive a experiência humana de sentir como instrumento de cuidar. As emoções sentidas são orientadoras do seu agir e explicitam-se em cada acto, são utilizadas como ferramenta de cuidar e assim, com intencionalidade, no cuidar afectivo”. Porém os nossos achados revelam uma formulação teórica mais abrangente, que engloba a gestão de emoções e a dádiva de afecto. Ainda nesta lógica, segundo o modelo teórico de Neuman (1989) os clientes estão em constante interacção com o ambiente num jogo entre o equilíbrio e o desequilíbrio, estando sujeitos a factores de stress interpessoais, extrapessoais e intrapessoais. Para restabelecer ou manter a homeostasia dos clientes torna-se fundamental, no processo de cuidar, a componente de “estar com” (Swanson 1991). Esta deve ser parte integrante do cuidar, na qual os enfermeiros estão numa dimensão emocional de abertura para a realidade do outro, numa disponibilidade constante de abertura e compreensão dos sentimentos positivos e negativos (Ibidem). A transmissão de emoções é influenciada e influencia a comunicação entre enfermeiros e clientes, que por sua vez irá ter consequências positivas ou negativas no estabelecimento da relação terapêutica. E ainda Travelbee (1971: 19) defende que “quando os enfermeiros usam o *Self* terapêuticamente estes estão a usar a sua personalidade conscientemente e o seu conhecimento de modo a produzir mudanças positivas nas pessoas doentes. Estas mudanças são consideradas terapêuticas quando aliviam o stress do indivíduo”.

As perspetivas dos autores referidos acima fundem-se no conceito de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar, que foi identificado no nosso estudo. Ilustram os 5 sub-processos que caracterizam esta metamorfose das emoções enquanto instrumento terapêutico, que agora se relacionam e se explicam num conceito único. Esta nova perspetiva permite, também, ultrapassar a dicotomia entre os conceitos trabalho emocional (*emotional labor*) e trabalho das emoções (*emotion work*), conseguindo integrá-los à luz da prática de enfermagem.

No presente estudo damos nome a este instrumento terapêutico de enfermagem pediátrica, que emerge no processo transformativo que os enfermeiros desenvolvem na sua prática quando usam terapêuticamente as emoções. É um instrumento de cuidados na lógica da “enfermagem terapêutica” (MacMahon & Pearson 1998), na qual o resultado da acção traduz benefícios concretos na saúde das pessoas.

Esta metamorfose da experiência emocional coaduna-se com a perspetiva de Watson (2002a) sobre a arte de cuidar em enfermagem como um ideal moral, pois é um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos através da co-participação total de nós próprios na

enfermagem. O processo de cuidar é amplamente arte, devido à forma como toca na alma da pessoa e sente as emoções e a união com outros, sendo o objectivo o movimento da pessoa em direcção a um elevado senso do Eu e um maior sentido de harmonia na mente, no corpo e na alma (Ibidem).

Assim sendo, também podemos inferir que esta metamorfose da experiência emocional é promotora de desenvolvimento nos clientes e nos enfermeiros. Os enfermeiros fazem, em cada acto de cuidar, a transformação das experiências emocionalmente perturbadoras características da vivência de doença e hospitalização em experiências positivas, gratificantes e com potencial de crescimento, tanto para os clientes como para os próprios enfermeiros. Na perspectiva dos clientes capacita para uma maior autonomia no autocontrolo emocional e para uma eficácia cada vez maior dos seus mecanismos de *coping* face a eventos stressantes. De acordo com Swanson (1993: 356) “capacitar é assegurar o bem-estar prolongado dos clientes”. Por outro lado, a experiência de hospitalização é uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento, pois os clientes podem beneficiar de relações positivas e apoiantes com elementos da equipa de saúde e de uma relação mais próxima com os familiares (Barros 2003). O esforço de confronto e a aprendizagem de novas estratégias conduz ao desenvolvimento nas pessoas, “envolvendo movimentos, acções, operações, etc., que abrem a possibilidade da mudança e de novas significações ou convicções” (Joyce-Moniz & Barros 2005: 99). Também as teorias psicológicas do desenvolvimento humano concordam que o amor incondicional é vital para o desenvolvimento da pessoa. Stickley & Freshwater (2002) alertam para a necessidade do reconhecimento da centralidade da relação de cuidar na prática diária, dando ênfase ao amor enquanto necessidade fundamental da experiência e desenvolvimento humano. Na perspectiva dos enfermeiros, o saber pessoal que estes mobilizam na sua prática como saber específico, já identificado por Carper (1985), implica conhecimento de si que é desenvolvido de modo individual ou na partilha com o grupo, ao longo do confronto que as múltiplas situações de cuidados. Os enfermeiros ao lidarem com experiências emocionais intensas fazem também a sua própria metamorfose, e com isso aprofundam o conhecimento de si, crescendo e conseguindo melhorar a prática para incrementar a bem-estar dos clientes. Os enfermeiros usam as emoções, de tonalidade positiva e negativa para se tornarem melhores profissionais, melhorando o bem-estar dos clientes e também a sua prática de cuidados. Como nos lembra Watson (2002a), todo o cuidar está relacionado com respostas humanas intersubjectivas às condições de saúde-doença; um conhecimento de saúde-doença, interacções ambiente-pessoa; um conhecimento do processo de cuidar; um auto-conhecimento e conhecimento das nossas capacidades e limitações para negociar. A ideia de transcendência representa opções para o verdadeiro crescimento humano dos enfermeiros, e oportunidade para se

tornar completamente humano. As observações inerentes nestas ideias de Watson permite-nos voltar para o nosso interior e considerarmo-nos e aos outros com reverência e dignidade, como seres espirituais, capazes de contribuir para a evolução individual do Eu e da civilização.

O cuidar situa-se numa encruzilhada de experiências (Collière 2003) que fomenta o crescimento e conduz à descoberta, à expressão genuína do próprio e a novos caminhos para resolver os problemas. Aqui o termo experiência não é vasto, pois não chega ter vivido uma situação para ter feito dela uma experiência (Vermersch 1999). Couceiro (2000) defende que uma experiência envolve a consciência e a auto-reflexividade e Josso (2002) define-a como uma vivência particular. Experiência é o fruto de um conhecimento pessoal directo cujas emoções e impressões ficaram gravadas na pessoa. Para além de envolver sensibilidade e afecto, a experiência tem uma dimensão de interpretação do que acontece em quem a vive. É portadora de um sentido que vai afectar a compreensão do mundo, de cada um e dos outros. Através da experiência o indivíduo envolve-se na acção, percebe-a e interroga-se sobre ela, consciencializa os factores que nela intervêm e as emoções dela decorrente. O sujeito relaciona-se globalmente com ela (experiência), confronta os seus conceitos, reajusta-os e, ao analisá-los e sobre ela reflectir, torna-a fonte de saberes, se estes processos levarem à descoberta de novos significados, de uma nova inteligibilidade, se conduzirem à aprendizagem.

De regresso a Carper (1985), o saber pessoal dos enfermeiros é essencial para o uso terapêutico das emoções, mas esta metamorfose da experiência emocional é simultaneamente promotora desse desenvolvimento pessoal. Podemos assim inferir que o conhecimento e compreensão das emoções humanas se inscrevem num caminho de desenvolvimento pessoal, nutrindo-o mutuamente. A consciencialização e libertação de emoções perturbadoras ajudam a ultrapassar as dificuldades no processo de cuidados, e a manter a sua disposição emocional para cuidar, ao mesmo tempo que promove o seu crescimento como pessoa. Para isso, Watson (2002b) lembra que precisamos de nos habituar a pensar sobre os nossos sentimentos, o que não é um hábito interiorizado em nós. Agir continuamente, sem analisarmos o que estamos a sentir faz com que vivamos cada uma das situações de cuidados sem com ela aprendermos ou evoluirmos. Assim, é “essencial aprender a perceber emoções e sentimentos, tanto dos prestadores de cuidados como das pessoas cuidadas, é fonte incomensurável de saberes” (Collière 2003: 158).

Além disso, como demonstrámos no nosso estudo a metamorfose da experiência emocional tem como resultado terapêutico a “transformação do sofrimento” no acto de cuidar, pelo que pode ser perspectivada como uma competência dos enfermeiros participantes. Maunder (2008) alerta para que os cuidados à criança e jovem e suas famílias exigem competências

especializadas num domínio que pode ser considerado um grande desafio para os enfermeiros – a área das emoções. E de acordo com outros estudos, esta enforma habilidades específicas que constituem uma competência dos enfermeiros. Como salienta Sandgren *et al.* (2006), para o desempenho do trabalho com as emoções é necessário que os enfermeiros possuam habilidades emocionais, que são também designadas de competências emocionais. Existem diferentes níveis destas competências e os enfermeiros com elevada competência emocional sentem-se positivos e desenvolvem boas relações, possuem auto-conhecimento e autocontrolo. São habilidades de processamento das emoções, prevenindo a exaustão emocional e em que os enfermeiros controlam os seus pensamentos, sentimentos e comportamentos (Ibidem). O efeito de sentir as emoções está na transformação do enfermeiro num profissional mais informado, sensível e de maior ajuda para o cliente, ao usar conscientemente tais emoções para refinar, desenvolver e pautar a sua prática. Alguns enfermeiros do estudo de Henderson (2001) referem que monitorizam conscientemente e regulam as suas respostas emocionais em relação aos efeitos no cliente. É uma competência de alto nível e que requer grande honestidade, tenacidade e perseverança (Ibidem).

O conceito de metamorfose da experiência emocional inscreve-se nas perspectivas comuns de Watson (2002a), Hesbeen (2004) e Honoré (2004) sobre o humanismo e atmosfera humana no cuidado ao Outro, o conceito de pessoa e a sua experiência singular e subjectiva, a qual está impregnada pela experiência das emoções. Humanização é cuidar da pessoa atendendo a que os enfermeiros e os clientes se relacionam e experienciam um todo, num mundo humano unitário. Exemplos desta unificação incluem as percepções de prazer ou sofrimento, aceitação ou resistência, intrepidez ou medo, esperança ou desespero, tranquilidade ou ansiedade, respeito ou desrespeito, saúde ou doença, conforto ou desconforto e viver ou morrer – as múltiplas experiências que são partilhadas. Humanizar, enquanto práticas dos enfermeiros, implica uma mente aberta, cuidar, intencionalidade, atenção e aceitação incondicional responsável e um conhecimento profundo da pessoa na sua singularidade. Os enfermeiros envolvem-se na experiência humana da pessoa e modelam a relação humana em prol da outra pessoa. Humanização, como acção de nutrir na prática de enfermagem, é manifestada quando os enfermeiros trabalham com as pessoas na sua totalidade, com base na ontologia do ser humano, nos seus aspectos relacional, experiencial, valorativo, respeito merecedor, busca de sentido, falhas, imperfeições, vulnerabilidades, fragilidades, complexidade e capacidade para a saúde ou *healing*, mesmo que não seja possível alcançar a cura.

Por último, a metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar é uma perspectiva que vai ao encontro daquilo que nos lembra Collière (2003), quanto ao desafio actual da enfermagem, que é romper com os velhos laços da preocupação com os procedimentos, com os

factos *per si*, definições rígidas, racionalismo severo, operacionalidade, manipulação variável, e assim sucessivamente. São precisas abordagens adicionais para estudar e investigar a área da experiência humana associada a fenómenos de saúde-doença e do cuidar, que não esgote o significado dos factos ou conceitos. É necessário desenvolver métodos que preservem o contexto humano e permitam o avanço do conhecimento acerca do mundo da experiência humana. Aprender as emoções, as formas de sentir, perceber a sua relação com os factos vividos e constatados permite tê-las em consideração ao mesmo título que outros aspectos dos cuidados (Collière 2003).

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

O percurso de teorização sobre o uso das emoções, enquanto instrumento terapêutico, em enfermagem pediátrica revelou-nos numa primeira análise a sua natureza caracteristicamente composta por 5 categorias maior: 1) Promover um ambiente seguro e afectuoso, 2) Nutrir os cuidados com afecto, 3) Gerir as emoções dos clientes, 4) Construir a estabilidade na relação, e 5) Regular a disposição emocional para cuidar (nos enfermeiros). Cada uma destas categorias engloba as condições do contexto, as acções/interacções e as suas consequências, que passamos a resumir.

1) Os enfermeiros participantes, na sua prática de cuidados, procuram “Promover um ambiente seguro e afectuoso” porque as emoções perturbadoras que os clientes vivem estão associadas a um ambiente percebido como estranho e stressante, frio e assustador ou adverso e dominador. Os enfermeiros participantes procuram atenuar estas percepções, muitas vezes pré-concebidas, e fazem-no por via de um ambiente afectuoso que é criado na relação com os clientes durante os procedimentos, mas também entre os próprios enfermeiros. Usam ainda fardas coloridas e com bonecos. Uma condição importante é a existência de ambiente físico com pinturas nas paredes e tectos, vídeos de desenhos animados, brinquedos, sala de brincadeiras. Mas as suas acções/interacções específicas são: acolher, cumprimentar, expressar afecto, gerar ambiente familiar, preservar a segurança no quarto, sintonia com o mundo infantil (brincar, cantar, mobilizar personagens de contos de fada, de filmes ou desenhos animados), despedidas calorosas e tirar fotografias com as crianças/jovens. Estas práticas concorrem para transformar positivamente a experiência e facilitar a adaptação à situação de doença e hospitalização.

2) Os enfermeiros participantes procuram “Nutrir os cuidados com afecto”, defendendo mesmo que não há cuidados sem afectos. As condições que caracterizam este contexto (as crianças têm necessidades afectivas, a exposição a factores de stress e outras) conduzem para uma dádiva de afecto presente em cada acto de cuidar. Também coexistem factores facilitadores como os enfermeiros gostarem muito de crianças, possuírem um modo afectivo de ser e a duração da relação enfermeiro-cliente. A dádiva de afecto dos enfermeiros (sorriso, voz embalada e suave, olhar meigo, falar amimado, carinho e pegar ao colo) surge em momentos únicos para o efeito ou vinculado aos procedimentos. Existem 2 formas de dar este alimento afectivo: de um modo espontâneo (acto natural durante a interacção) ou intencional (em substituição dos pais ou para aliviar o sofrimento de uma criança/jovem que está só). Em conse-

quência destas práticas os clientes sentem tranquilidade, bem-estar e a percepção de não ser tão mau estar hospitalizado. Os clientes sentem-se amados e considerados e isto conduz ao alívio do seu sofrimento, constituindo uma forma de ajuda e apoio. Na perspectiva dos enfermeiros a colaboração dos clientes nos cuidados é facilitada. Uma consequência fundamental é o desenvolvimento e consolidação da relação enfermeiro-cliente.

3) Os enfermeiros participantes na sua prática de cuidados procuram “Gerir as emoções dos clientes” no confronto com a doença e hospitalização porque estas vivências possuem o potencial de serem perturbadoras e de fragilizar as pessoas. Porém, os enfermeiros sabem que os clientes conseguem lidar com a experiência se forem ajudados a geri-la. Os factores que facilitam uma prática que envolve a gestão das emoções são: o acesso prévio à informação sobre o estado emocional dos clientes, o saber experiencial e a sensibilidade vigilante. No saber experiencial inclui-se a experiência profissional, mas também a experiência pessoal de parentalidade como fontes de conhecimento. Esta gestão das emoções dos clientes caracteriza-se por uma gestão emocional de antecipação (que tem como finalidade não despoletar ou não acentuar emoções de tonalidade negativa) e uma gestão de emoções reactivas (com a finalidade de minimizar estados emocionais perturbadores já instalados). É de realçar que a gestão emocional de antecipação torna-se predominante na prática dos enfermeiros, à medida que uma relação de proximidade e confiança cresce, o que significa que progressivamente é possível prevenir picos emocionais intensos e incrementar a tranquilidade e bem-estar nos clientes.

4) Os enfermeiros participantes, na sua prática de cuidados, procuram “Construir a estabilidade na relação” porque os clientes vivem uma experiência emocional intensa que projectam na interacção, gerando por vezes episódios hostis e de conflito que contaminam o relacionamento. As relações entre os enfermeiros e clientes estão impregnadas de emoções tanto de tonalidade positiva como negativa, responsáveis pelas suas oscilações, com origem nos sujeitos em interacção mas também que emergem da própria interacção. Os enfermeiros sabem que a estabilidade das relações é essencial na gestão das emoções e na prática de cuidados. Os factores que facilitam esta estabilidade são: pais afáveis e simpáticos, crianças/jovens receptivos, enfermeiros com disponibilidade de tempo, sentimento de empatia, sentimento de confiança, duração da relação e a figura do enfermeiro de referência. A sua acção/interacção implica o investimento num envolvimento emocional (ligação afectiva, proximidade, conhecimento mútuo e confiança), a gestão de episódios de conflito (abordagem calma e de controlo, dar espaço para a expressão, desmontar o problema, procurar a reconciliação e não fazer juízo de valores negativos) e ainda o equilíbrio de poderes (tomada de decisão partilhada, dar espaço à função parental, colaboração mútua, participação e partilha de informação). Na maioria dos

relacionamentos é possível alcançar a estabilidade; um convívio pacífico num ambiente tranquilo e afectuoso. As relações são de confiança e os conflitos são escassos. Observa-se uma tranquilidade da parte dos pais e a uma percepção de que podem contar com os enfermeiros. Os clientes lidam melhor com a situação de doença e hospitalização. Os enfermeiros têm a percepção de que facilita a prestação de cuidados e que as orientações e explicações que fornecem aos clientes são levadas em conta por estes.

5) Os enfermeiros participantes procuram ainda “Regular a disposição emocional” para cuidar porque a sua atenção e sensibilidade afectiva para com as pessoas (clientes), e para com as suas experiências emocionais pode sofrer oscilações. Por um lado, a motivação dos enfermeiros para ajudar está associada à afeição que sentem pelas crianças, à missão da enfermagem que estes abraçam, à sua persistência para cuidar e ainda na sua postura uma vontade construtiva para a relação. Por outro lado, acompanham as situações emocionalmente intensas dos clientes que podem ser pontuais (pico de ansiedade dos pais) ou contínuas (criança em fim de vida). Os enfermeiros também sofrem, apesar da sua motivação, persistência e vontade para cuidar das pessoas, e é exactamente a disposição emocional que estes procuram manter. As condições que facilitam este processo de regulação são: as relações com os clientes predominantemente gratificantes; quando os enfermeiros estão a viver algum problema que os perturba, são as próprias crianças que os ajudam pois animam-nos; a consciência dos enfermeiros relativamente à necessidade de gerirem as suas emoções para conseguirem ajudar na gestão das emoções dos clientes; o conhecimento de si; o apoio entre colegas. Mas coexistem condições que dificultam: o excesso de trabalho; as fragilidades pessoais; os conflitos no seio da equipa; a (in)capacidade para gerir as próprias emoções. Neste processo de regulação os enfermeiros procuram analisar as experiências falando com os colegas para compreenderem as situações, mas também através de leituras, da escrita e da própria reflexão. Partilham o que sentem numa conversa com um colega específico ou com o grupo de colegas do turno, o que é percebido como um apoio e forma de desanuviar. Esta partilha leva também a uma aprendizagem e crescimento do grupo. Outra estratégia é a compreensão das reacções dos clientes, na qual os enfermeiros revelam uma capacidade de entender as atitudes e respostas dos clientes quanto à sua agressividade ou revolta. Possuem também a capacidade de atenuar positivamente as experiências emocionais intensas e perturbadoras decorrentes de procedimentos que não correm bem, quando percebem que não são os únicos a falhar e acreditando na sua competência para lidar de forma positiva com as situações. Os enfermeiros conseguem ainda regular a sua disposição emocional através da estratégia de não se deixar afectar, pois conseguem descentrar-se do foco das emoções. Nas situações extremas, em que os enfermeiros consciencializam que não conseguem lidar com as situações, que se sentem emocional-

mente afectados e exaustos na sua prática de cuidados, chegam mesmo a cessar funções nesse serviço de internamento de pediatria. Porém, esta é também uma estratégia de regulação da disposição emocional pois os enfermeiros vão para outros contextos onde se sentem mais gratificados, um maior bem-estar e conseqüentemente uma maior disposição emocional para cuidar. Como conseqüências das acções/interacções descritas os enfermeiros conseguem inibir ou induzir emoções nos próprios, alcançando o seu bem-estar e equilíbrio emocional, de modo a manterem uma disposição emocional que é essencial para cuidar.

Numa fase posterior da teorização, constatámos que cada uma destas categorias constituíam sub-processos inter-relacionados de um processo macro denominado “uso terapêutico das emoções”. Tendo como condição genérica e comum a emocionalidade excessiva que acrescenta sofrimento à vivência dos clientes, e a própria experiência emocional dos enfermeiros que pauta a prática de cuidados, as diferentes acções/interacções com centralidade nos clientes mas também nos enfermeiros possuem uma conseqüência global – a transformação positiva da experiência emocional. Promover um ambiente seguro e afectuoso é essencial para a gestão das emoções do cliente e para nutrir os cuidados com afecto, que por sua vez afecta a gestão das emoções do cliente e a ambiente seguro e afectuoso. Tudo isto concorre para construir a estabilidade na relação que, por sua vez, influencia os outros sub-processos. No cerne desta dinâmica constatámos a capacidade dos enfermeiros de fazerem a regulação da sua disposição emocional para cuidar, que também é influenciada pelos sub-processos anteriores. Concluímos, então, que existem 5 sub-processos transformativos que se inter-relacionam e se alimentam entre si, para formarem o processo de uso terapêutico das emoções na prática dos enfermeiros em contexto de pediatria. Por outro lado, o processo descrito permite realçar o relacionamento enfermeiro-cliente como foco central da acção de cuidar, pois é num continuum temporal e no espaço no qual esta relação evolui que o processo de uso terapêutico das emoções se desenrola.

O culminar da teorização conduziu-nos para a identificação do conceito central – metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar. Geralmente os conceitos representam as vozes e as experiências de muitos participantes, numa expressão reduzida que emerge da redução teórica. É uma única expressão de argumento que traz à luz a essência do fenómeno resultante da explicação teórica desenvolvida. É uma expressão de argumento sucinta e breve que engloba os 5 sub-processos transformativos e as suas inter-relações, e que brota do processo de uso terapêutico das emoções. A metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar é a resposta à nossa pergunta de investigação – como é que os enfermeiros usam as emoções enquanto instrumento terapêutico nos cuidados em contexto pediátrico? Os enfermeiros participantes utilizam intencionalmente a emocionalidade dos clientes e dos próprios, para

influenciar positivamente a experiência de doença e hospitalização, os relacionamentos e o cuidar, promovendo o alívio do sofrimento e incrementando o bem-estar. Isto é, fazem a metamorfose da experiência emocional em cada interação enfermeiro-cliente de modo intencional, sistemático e com resultados terapêuticos para os clientes. O conceito também revela as habilidades dos enfermeiros participantes para responderem e/ou se adequarem às situações de emocionalmente excessiva que acrescentam sofrimento à vivência dos clientes, e à sua própria experiência emocional que pauta a prática de cuidados. Por isso, a metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar em enfermagem pediátrica envolve a transformação das emoções com centralidade simultânea nos clientes e nos enfermeiros.

Esta formulação teórica explicativa representa a transformação do “medonho em borboleta” (metamorfose), relativamente à experiência de doença e hospitalização dos clientes e à prática de cuidados dos enfermeiros, e revela que os enfermeiros usam sistematicamente as emoções enquanto instrumento terapêutico. A metamorfose da experiência emocional constitui um “meio” para produzir resultados terapêuticos, através de um processo de transformação da emocionalidade negativa em experiências positivas, tanto nos clientes como nos enfermeiros, no seio da relação entre ambos. Os enfermeiros usam as emoções, de tonalidade positiva e negativa para se tornarem melhores profissionais, melhorando o bem-estar dos clientes e também a sua prática de cuidados.

Por último, numa perspectiva macro este conceito encerra a explicitação da dimensão emocional da prática de enfermagem em contexto de internamento de pediatria. Confere ênfase à experiência humana de sentir, numa perspectiva do humanismo e atmosfera humana no cuidado ao Outro, enquanto orientação da prática dos enfermeiros, reconhecendo a dimensão emocional dos cuidados a par de outras dimensões. A metamorfose da experiência emocional faz parte dos cuidados e facilita os outros aspectos dos cuidados, é inerente ao cuidar em enfermagem. Por outro lado, constitui só por si um cuidado e presenteia todos os aspectos dos cuidados, pois está presente em todas as actividades terapêuticas de enfermagem.

Após a síntese das principais ilações que retrospectivamente o estudo revelou, colocámos em perspectiva as suas implicações para o saber prático, para a formação e para a investigação em enfermagem.

Implicações para o Saber Prático

A metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar reflecte a prática dos enfermeiros participantes, uma vez que explicita o que os enfermeiros fazem, o seu campo de acção. A existência de uma forma de nomear as práticas permite uniformizar a linguagem, e enaltecer e até justificar a importância dos cuidados de enfermagem. A metamorfose da experiência emo-

cional não é uma “prática nova”, pois esta inscreve-se no cuidar do dia-a-dia dos enfermeiros do contexto estudado. Porém, ao ser trazida à luz, explicitada e nomeada, ilumina a sua existência e contribui para a compreensão de uma realidade da enfermagem impregnada de uma carga de natureza emocional, na experiência de cuidar da criança/jovem e da sua família. Desse modo redefine e enriquece a esfera de acção dos enfermeiros. Os enfermeiros fazem “muitas coisas” que não são reconhecidas como práticas terapêuticas. Os achados trouxeram à luz um conceito que ilustra as práticas e dá visibilidade aos seus resultados.

Revela também um instrumento terapêutico de enfermagem, um “meio” para produzir resultados terapêuticos, através de um processo de transformação da emocionalidade negativa em experiências positivas, tanto nos clientes como nos enfermeiros. É necessário e imprescindível que se identifiquem instrumentos terapêuticos tendo em conta a perenidade dos cuidados de enfermagem, e a sua finalidade que é ser terapêutica.

Desvenda, ainda, o processo emocional inscrito na relação enfermeiro-cliente que explicita o uso dessas mesmas emoções com intencionalidade terapêutica, e que resulta em ganhos em saúde para o cliente dos cuidados de enfermagem.

Por último, traduz uma competência dos enfermeiros. A metamorfose da experiência emocional envolve conhecimento profundo, práticas concretas e intencionais, e a capacidade de influenciar o bem-estar emocional e a saúde dos clientes.

Implicações para a Formação

A metamorfose da experiência emocional é um processo que caracteriza a prática de cuidados dos enfermeiros e que tem como resultado terapêutico a transformação do sofrimento, da emocionalidade excessiva da vivência de doença e hospitalização, pelo que enforma habilidades específicas que constituem uma competência dos enfermeiros. Tal como qualquer competência deve ser ensinada e aperfeiçoada. A dimensão emocional dos cuidados à criança/jovem e suas famílias é um domínio que pode ser considerado um grande desafio para os enfermeiros. Apesar de esta competência também depender da personalidade dos enfermeiros, deve ser desenvolvida de modo formal na formação inicial e avançada.

Os objectivos de incorporar a dimensão emocional, e mesmo a “metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar”, no treino e nos curricula dos cursos de enfermagem visam por um lado explicitar as práticas que foram identificadas e fazer um treino deste instrumento terapêutico, e por outro lado aumentar o conhecimento de Si e do Outro e desenvolver competências que respondam às necessidades psicossociais, particularmente, o auto-conhecimento e consciência de si, auto-regulação emocional e competências sociais/comunicacionais. O saber pessoal que os enfermeiros mobilizam na sua prática, como saber específico, implica conhe-

cimento de si que é desenvolvido de modo individual ou na partilha com o grupo, ao longo do confronto que as múltiplas situações de cuidados. Para o desempenho da metamorfose das emoções é necessário um conhecimento de Si e compreensão das suas próprias emoções. O efeito de sentir as emoções está na transformação do enfermeiro num profissional mais informado, sensível e de maior ajuda para o cliente, ao usar conscientemente tais emoções para refinar, desenvolver e pautar a sua prática. As práticas de enfermagem avançada são definidas pelo desenvolvimento do uso terapêutico do *Self*, no qual a consciência e a intuição são ferramentas essenciais.

As abordagens que incluem a prática reflexiva e auto-análise constituem propostas para trabalhar os aspectos emocionais na formação em enfermagem. Um curriculum de enfermagem deve incluir: aprendizagem reflexiva, mentoria, modelagem, trabalho criativo, conhecimento de si, desenvolvimento da empatia. E algumas estratégias: auto-questionamento, narrativas escritas, discussões reflexivas, drama, arte e filmes, exercícios de escuta, espelhamento e *role play*.

Os enfermeiros valorizam o uso da intuição, estar consciente dos seus sentimentos e o auto-conhecimento, relativamente a eles enquanto profissionais e enquanto pessoas, para avaliar e gerir situações difíceis nos cuidados como um elemento essencial para uma enfermagem avançada. Agir continuamente, sem analisarmos o que estamos a sentir faz com que vivamos cada uma das situações de cuidados sem com ela aprendermos ou evoluirmos. Assim, é essencial aprender a perceber emoções e sentimentos, de modo a ser genuíno e autêntico nos encontros com os clientes e construir confiança e autenticidade: ser nós mesmos e enfrentar as nossas emoções. Esta congruência diz respeito a uma consciência emocional e a uma capacidade da gestão interna das emoções, que pode ser alcançada através de formação da parte das instituições de saúde dirigida para um trabalho interior de cada enfermeiro, de questionamento sobre a influência das emoções na relação com os clientes e de reflexão sobre a prática, conduzindo ao aperfeiçoamento profissional. As reuniões de análise das práticas nos serviços com carácter formativo podem ir ao encontro destes objectivos. Mas um trabalho mais individualizado de supervisão com cada enfermeiro permite também uma aprendizagem e aperfeiçoamento crescente da utilização do instrumento terapêutico que foi identificado – a metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar

Implicações para a Investigação

A metamorfose da experiência emocional na prática de enfermagem possui um potencial terapêutico no qual se deve investir, mas é necessária mais investigação para tornar esta dimensão dos cuidados mais explícita na perspectiva da enfermagem terapêutica. Este processo de

metamorfose no acto de cuidar pode ser investigado em diversos contextos da prática (em serviços de adultos e idosos) ou em situações mais específicas da prática de cuidados pediátricos, por exemplo: como é que os enfermeiros fazem a metamorfose da experiência emocional nos cuidados a crianças que estão sós no hospital? Por outro lado, os seus 5 sub-processos transformativos podem ser mais explorados tanto nas sua múltiplas interligações como isoladamente. Isto concorre para o desenvolvimento do conceito.

A investigação pode incidir, ainda, nas estratégias formativas desta competência.

Por último, este estudo sobre a dimensão emocional em enfermagem pediátrica constitui uma pequena luz na investigação sobre a área da experiência humana associada a fenómenos de saúde-doença e do cuidar. Um desafio que autores consagrados de enfermagem na actualidade preconizam. É necessário mais investigação que preserve o contexto humano e permita o avanço do conhecimento acerca do mundo da experiência humana. É necessário dar voz à experiência humana de sentir nos cuidados de saúde, de modo a progredirmos na humanização e contribuir para o florescimento humano no cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allan, H. (2001) A “good enough” nurse: supporting in a fertility unit. *Nursing Inquiry* 8:51 -60.
- Araújo, R., Oliveira, M., Piccoloto, L., Magrinell, M. & Szupszynski, K. (2004). A abordagem cognitivo comportamental dos sonhos de alcoolistas. *Revista de Psiquiatria* 26 (1):70-77.
- Akerjordet, K. & Severinsson, E. (2004) Emotional intelligence in mental health nurses talking about practice. *International Journal of Mental Health Nursing* 13:164-170.
- Allan, H. & Barber, D. (2005) Emotional boundary work in advanced fertility nursing roles. *Nursing Ethic* 12(4):391-400.
- Anderzén-Carlsson A., kihlgren, M., Skeppner, G. & Sorlie, V. (2007) How physicians and nurses handle fear in children with cancer. *Journal of Pediatric Nursing* 22:71-80.
- Ashforth, B. E. & Humphrey R. H. (1993) Emotional labour in service roles: The influence of identity. *Academy of Management Review* 18:88-115.
- Averill, J.B. & Clements, P.T. (2007) Patterns of knowing as a foundation for action-sensitive pedagogy. *Qualitative Health Research* 17(3):386-399.
- Baines, C., Evans, P. & Neysmith S. (1991) *Women’s caring: Feminist perspectives on social welfare*. Toronto: McClelland & Stewart.
- Barrett, C., Borthwick, A., Bugeja, S., Parker, A., Vis, R. & Hurworth, R. (2005) Emotional labour: Listening to the patient’s story. *Practice Development in Health Car.* 4(4):213-223.
- Barros, L. (2003) *Psicologia Pediátrica*. 2.^a edição. Lisboa: Climepsi.
- Beck, A.T. (1979) *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Benner, P. (1984) *From Novice to Expert*. Addison Wesley, Menlo Park, CA.
- Benner, P. & Wrubel, J. (1989) *The primacy of caring*. California: Addison-Wesley.
- Benner, P. (2001) *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X.
- Benner, P. (2000) The roles of embodiment, emotion and lifeworld for rationality and agency in nursing practice. *Nurs Philos* 1:5-19.
- Björk, M., Nordstrom, B. & Hallstrom, I. (2006) Needs of young children with cancer during their initial hospitalization: an observational study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 23:210-219.
- Brennan, A. (1994) Caring for children during procedures: a review of literature. *Paediatric Nursing* 20(5):451-456.
- Blumer, H. (1969) *Symbolic Interactionism Perspective and Method*. University of Califórnia Press, Los Angeles, CA.

- Bogdan, R. & Biklin, S. (1994) *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bolton, S. C. (2001) Changing faces: nurses as emotional jugglers. *Sociology of Health & Illness* 23(1):85-100.
- Bolton, S.C. (2000) Who cares? Offering emotion work as a “gift” in the nursing labour process. *Journal of Advanced Nursing* 32(3):580-586.
- Boyd, C.O. (1993) Toward a nursing practice research method. *Adv Nurs Sci* 16(2):9-25.
- Boykin, A. & Schoenhofer, S. (2001) *Nursing as Caring: A Model for Transforming Practice*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Bradshaw, A. (1999) The virtue of nursing: the covenant of care. *Journal of Medical Ethics* 25:477-481.
- Brooks, F. & Phillips, D. (1996) Do women want women health workers? Women’s views of the primary health care service. *Journal of Advanced Nursing* 23:1207-11.
- Brown, R. B. & Brooks, I. (2002) Emotion at work: identifying the emotional climate of night nursing. *Journal of management in Medicine*. 16(5):327-344.
- Butler, J. (1995) Designing for personal and professional excellence: The designer as lifelong learner In: Cachs J, Ramsden P & Phillips L (eds) *The Experience of Quality in Higher Education*. Brisbane: Griffiths University.
- Caplan, G. (1980) *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar Editores S.A.
- Carper, B. A. (1978) Fundamental patterns of knowing in nursing. *Adv Nurs Sci* 1(1):13-23.
- Carper, B. A. (1985) Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. In: Nicoll LH – *Perspectives on nursing theory*. Boston: Little Brown and Company.
- Chalifour, J. (1993) *Enseigner la relation d’aide*. Montréal: Gaetan Mortin Editeur.
- Charmaz, K. (2006) *Constructing Grounded Theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: SAGE Publications.
- Charmaz, K. (2005) Grounded Theory in the 21st Century: Applications for Advancing Social Justice Studies. pp 507-535. In: The Sage handbook of qualitative research. (Denzin, N.) Sage Publications, Londres.
- Chinn, P. L. (2008) From the editor. *Advanced Nursing Science* 183.
- Cody, W. K. & Mitchell, G. J. (2002) Nursing knowledge and human science revisited. Practical and political considerations. *Nurs Sci Q* 15(1):4-13.
- Collière, M. (1999) *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Collière, M. F. (2003) *Cuidar... A primeira arte da vida*. 2^a ed. Loures: Lusociência.
- Corbet-Owen, C. & Kruger, L. (2001) The Health System and Emotional Care: Validating the Many Meanings of Spontaneous Pregnancy Loss. *Families, Systems & Health: The Journal of Collaborative Family HealthCare* 19(4):411-427.

- Corbin, J. & Strauss, A (2008) *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. 3rd ed. London: Sage Publications. ISBN 978-14129-0643-2.
- Couceiro, M. L. (2000) *Autoformação e ecoformação no Feminino. Abordagem existencial através de histórias de vida*. Tese para o doutoramento em Ciências de Educação pela Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Lisboa.
- Cury, A. (2007) *Inteligência Multifocal: Análise da Construção dos Pensamentos*. Editora Pergaminho, Lisboa.
- Cunha, M. (2000) As emoções no contexto da vida de relação. *Sinais Vitais* 31:10-14.
- Cowling, W. R. (2004) Pattern, participation, praxis, and power in unitary appreciative inquiry. *Adv Nurs Sci* 27(3):202-214.
- Damáσιο, A. (2003) *Ao Encontro de Espinosa: As Emoções Sociais e a Neurologia do Sentir*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Damáσιο, A. (1994) *O Erro de Descartes*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Damáσιο, A. (2001) *O Sentimento de Si: o Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência*. 13.^a ed. Mem Martins: Publicações Europa.
- David, B. (2000) Nursing's gender politics: reformulating the footnotes. *Advances in Nursing Science*. 23:83-93.
- Delaney, K. R. (2006) Following the Affect: Learning to Observe Emotional Regulation. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 19(4):175-181.
- Diogo, P. (2000a) Necessidades de apoio dos familiares da criança com doença oncológica no 1.^o internamento. *Pensar Enfermagem* 4(1):12-24.
- Diogo, P. (2000b) Uma orientação para cuidar... a Criança. *Servir* 49(1):17-21.
- Diogo, P. (2006) *A vida emocional do enfermeiro: uma hipótese explicativa do processo emotivo-vivencial na prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.
- Donaldson, S & Crowley, D. (1986) The discipline of nursing. In: Nicoll L, ed. *Perspectives on Nursing Theory*. Boston: Little Brown & Co. 241-251.
- Dossey, B. M. (2008) Integral and holistic nursing. In: Dossey BM, Keegan L, eds. *Holistic Nursing: A Handbook for Practice*. 5th ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Dowling, M. (2004) Exploring the relationship between caring, love and intimacy in nursing. *British Journal of Nursing* 13(21):1289-1292.
- Ersser, S. J. (1997) *Nursing as therapeutic activity: An ethnography*. Aldershot: Avebury.
- Ersser, S. J. (1998) The presentation of the nurse: a neglected dimension of therapeutic nurse-patient interaction? In: McMahon R & Pearson A (eds) *Nursing as Therapy*. Cheltenham: Stanley Thornes.
- Ewing, R. & Smith, D. (2001) Doing knowing, being and becoming: the nature of professional practice. In: Higgs J & Titchen A (eds) *Professional Practice in Health, Education and the Creative Arts*. Oxford: Blackwell Science.

- Fawcett, J. (1984) The metaparadigm of nursing: present status and future refinements. *Image* 16(3): 84-87.
- Fawcett, J. (1993) *Analysis and evaluation of nursing theories*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Fealy, G. M. (1995) Professional caring: the moral dimension. *Journal of Advanced Nursing* 22(6):1135-1140.
- Figueiredo, R. & Turato, E. (2001) Needs for assistance and emotional aspects of caregiving reported by AIDS patient caregivers in a day-care unit in Brazil. *Issues in Mental Health Nursing* 22:633-643.
- Freshwater, D. (2003) *Counselling skills for nurses, midwives and health visitors*. Buckingham: Open University Press.
- Freshwater, D. (2002) *Therapeutic Nursing: Improving Patient Care through Self Awareness and Reflection*. London: SAGE Publication Ltd.
- Freshwater, D. (1999b) Communicating with Self through Caring: The student nurse's experience of reflective practice. *International Journal of Human Caring*. 3(3):28-33.
- Freshwater, D. & Stickley, T. (2004) The heart of the art: emotional intelligence in nurse education. *Nursing Inquiry* 11(2):91-98.
- Fitzgerald, L. & Hooft, S. (2000) A Socratic dialogue on the question "What is love in nursing?" *Nursing Ethics*. 7(6):481-491.
- Fitzgerald, L. (1998) Is it possible for caring to be an expression of human agape in the 21st century? *International Journal for Human Caring* 2(3):32-39.
- Gameiro, M. (1999) *Sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535.06-6.
- Glaser, B. (1978) *Theoretical sensitivity*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glomb, T. M., Kammeyer-Mueller J. D. & Rotundo M. (2002) *Running head: emotional labor and wages*. Artigo apresentado à Academy of Management Meeting, Denver, CO.
- Goleman, D. (2006) *Inteligência Emocional*. 3ª edição. Espanha: Sábado.
- Goleman, D. (2002) *Inteligência Emocional*. 11.ª ed. Lisboa: Temas e Debates. ISBN 972-759-063-2.
- Goodman, C. (2001) The use of metaphor in district nursing: maintaining a balance. *Journal of Advanced Nursing*. 33(1):106-112.
- Grbich, C. (1999) *Qualitative research in health: An introduction*. London: Sage Ltd.
- Haiat, H., Bar-Mor, G. & Shochat, M. (2003) The world of the child: a world of play even in the hospital. *Journal of Pediatric Nursing* 18:209-214.
- Halligan, P. (2006) Caring for patients of Islamic denomination: critical care nurses' experiences in Saudi Arabia. *Journal of Clinical Nursing* 15:1565-1573.
- He, H., Vehviläinen-Julkunen, K., Pölkki, T. & Pietila A. (2007) Children's perceptions on the implementation of methods for their postoperative pain alleviation: an interview study. *International Journal of Nursing Practice* 13:89-99.
- Heiney, S. P. (1991) Helping children through painful procedures. *American Journal of Nursing* 91(11):20-24.

- Henderson, A. (2001) Emotional labor and nursing: an underappreciated aspect of caring work. *Nursing Inquiry* 8(2):130-138.
- Herdman, E. A. (2004). Nursing in a postemotional society. *Nursing Philosophy* 5:95-103.
- Hesbeen, W. (2004) *Cuidar neste mundo: contribuir para um universo mais cuidador*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-71-1.
- Hesbeen, W (1999) Le caring est-il prende soin? *Perspective Soignante* 4:30-48.
- Hochschild, A. R. (1983) *The managed heart*. Berkeley: University of California Press.
- Holmes, D., Perron, A. & O'Byrne, P. (2006) Evidence, virulence, and the disappearance of nursing knowledge: a critique of the evidence-based dogma. *Worldviews Evid Based Nurs* 3(3):95-102.
- Honoré, B. (2004) *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-58-4.
- Hopia, H., Tomlinson, P., Paavilainen, E. & Astedt-kurki, P. (2005) Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health. *Journal of Clinical Nursing* 14:212-222.
- Hopkinson, J. B. (2002) The hidden benefit: the supportive function of the nursing handover for qualified nurses caring for dying people in hospital. *Journal of Clinical Nursing* 11:168-175.
- Hsieh, H. & Shannon, S. E. (2005) Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research* 15(9):1277-1288.
- Hunter, B. (2006) The importance of reciprocity in relationships between community-based midwives and mothers. *Midwifery* 22:308-322.
- Iacobucci, T., Feferico, B., Pintus, C. & Francisci, G. (2005) Evaluation of satisfaction level by parents and children following pediatric anesthesia. *Pediatric Anesthesia* 15:314-320.
- Inoue, M., Chapman, R. & Wynaden, D. (2006) Male nurses' experiences of providing intimate care for women clients. *Journal of Advanced Nursing*. 55(5):559-567.
- Jacelon, C. S. & Imperio, K. (2005) Participant Diaries as a Source of Data in Research With Older Adults. *Qualitative Health Research* 15(7):991-997.
- James, N. (1992) Care = organisation + physical labour + emotional labour. *Sociology of Health and Illness* 14(4):488-505.
- Jenkins, R. & Elliott, P. (2004) Stressors, burnout and social support: Nurses in acute mental health setting. *Journal of Advanced Nursing* 48(6):622-631.
- Jorge, A. M. (2004) *Família e hospitalização da criança*. Lisboa: Lusociência.
- Josso, M. C. (2002) *Experiências de vida e formação*. Lisboa: Educa.
- Joyce-Moniz, L. & Barros, L. (2005) *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção*. Porto: Edições ASA.
- Justus, R., Wyles, D., Wilson, J., Rode, D., Walther, V. & Lim-Sulit, N. (2006) Preparing children and families for surgery: Mount Sinai's Multidisciplinary perspective. *Pediatric Nursing* 32:35-43.
- Kérouac, S. [et al.] (1994) *La pensée infirmière : Conceptions et stratégies*. Québec: Éditions Études Vivantes.

- Kim, H. S. (2000) An integrative framework for conceptualizing clients: a proposal for a nursing perspective in the new century. *Nurs Sci Q* 13(1):37-40.
- King, S. K. (1989) Removing distress to reveal health. In R. Carson & B. Shield (Eds.), *Healers on healing* (pp. 26-30). Los Angeles, CA: Tarcher.
- Klein, M. (1975) The origins of transference. In: *The writings of Melanie Klein*, vol. 3, ed. M Klein, 57-63. London: Hogarth.
- Koenig, K., Chesla, C. & Kennedy, C. (2003) Parents' perspectives of asthma crisis hospital management in infants and toddlers: an interpretive view through the lens of attachment theory. *Journal of Pediatric Nursing* 18:233-243.
- Kolcaba, K. & Dimarco, M. (2005) Comfort theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing* 31:187-194.
- Langton, H (2000) *The child with cancer*. China: Baillière Tindall.
- Larson, P. J. & Ferketich, S. L. (1993) Patients' satisfaction with nurses' caring during hospitalisation. *Western Journal of Nursing Research*. 15:690-707.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984) *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. (1979) *Personalidade e adaptação*. 5.^a ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Lazure, H. (1994) *Viver a relação de ajuda: uma abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidata.
- Lawler, J. (1991) *Behind the Screens: Nursing, Somology, and the Problem of the Body*. Churchill Livingstone, Melbourne.
- Leininger, M. (2007) Theoretical questions and concerns: response from the theory of culture care diversity and universality perspective. *Nurs Sci Q* 20(1):9-15.
- Lerbet, G. (1981) *Une nouvelle voie personnaliste: Le système-personne*. Maurecourt: Mesonance.
- Lessard-Hébert, M., Goyett, G. & Boutin G. (2005) *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*. 2.^a edição. Lisboa: Instituto Piaget.
- Leventhal, H., Leventhal, E. & Cameron, L. (2001) Representations, procedures and affect in illness self-regulation: a perceptual-cognitive model. In: A Baum, T Revesin & J Singer (eds) *Handbook of Health Psychology*. Mahwah N J: Lawrence Erlbaum.
- Lewis, P. (2005) Suppression or expression: an exploration of emotion management in a special care baby unit. *Work Employment Society* 19:565-581.
- Li, H. & Lopez, V. (2005) Children's Emotional Manifestation Scale: development and testing. *Journal of Clinical Nursing* 14:223-229.
- Lindah, B. & Norberg, A. (2002) Clinical group supervision in an intensive care unit: a space for relief, and for sharing emotions and experiences of care. *Journal of Clinical Nursing* 11:809-818.
- Litchfield, M. C. & Jónsdóttir, H. (2008) A Practice Discipline That's Here and Now. *Advances in Nursing Science* 31(1):79-91.
- Liu, J., Mok, E. & Wong, T. (2005) Perceptions of supportive communication in Chinese patients with cancer: experiences and expectations. *Journal of Advanced Nursing* 52(3):262-270.

- Livesley, J. (2005) Telling tales: a qualitative exploration of how children's nurses interpret work with unaccompanied hospitalized children. *Journal of Clinical Nursing* 14:43-50.
- Lopes, M. J. (2003) A metodologia da grounded theory: um contributo para a conceitualização na enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem* 8:63-74.
- Lopes, M. J. (2006) *A relação Enfermeiro-Doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- Lopes, M. J. (2005) Os clientes enfermeiros: construção de uma relação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 39(2):220-228.
- Maunder, E. Z. (2008) Emotion management in children's palliative care nursing. *Indian J Palliative Care* 14(1):45-50.
- Mazhindu, D. M. (2003) Ideal nurses: the social construction of emotional labour. *The European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health* 6(3):243-262.
- McClure, R. & Murphy, C. (2007) Contesting the dominance of emotional labour in professional nursing. *Journal of Health Organization and Management* 21(2):101-120.
- McQueen, A. (2004) Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing* 47(1):101-108.
- McMahon, R. & Pearson, A. (1998) *Nursing as Therapy*. 2nd. Cheltenham: Nelson Thornes Ltd.
- Mead, G. H. (1967) *Mind, Self and Society from the Standpoint of a Social Behaviorist*. 2nd edn, The University of Chicago Press, Chicago, IL.
- Meehan, T. C. (2003) Careful nursing: a model for contemporary nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 44(1):99-107.
- Meirieu, P. (1995) *La pédagogie entre le dire et le faire*. Paris: ESF éd.
- Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994) Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook* 42:255-259.
- Meleis, A. (1997) *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott.
- Meleis, A. (2007) *Theoretical Nursing: Development Strategies*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mercadier, C. (2004) *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar*. Loures: Lusociência.
- Mesquita, B. & Frijda, N. (1992) Cultural variations in emotions: a review. *Psychological Bulletin*. 112:179-204.
- Metrovic, S. (1997) *Postemotional Society*. Sage, London.
- Miles, M. B. & Huberman, M. (1984) *Drawing valid meaning from qualitative data: toward a shared craft*. In: Educational researcher, pp. 20-30.
- Minuchin, S. (1988) *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mitchell, G.J. & Bourne, D. A. (2006) Challenging the a-theoretical production of nursing knowledge: a response to Reed and Rolfe's column. *Nurs Sci Q* 19(2):116-119.

- Moore, W. & Rhonda, M. (2002) *The lived experience of a small number of wives caring for a husband with heart failure*. Dissertação apresentada à Universidade de New York.
- Morse, J. M. (2004b) Constructing Qualitatively Derived Theory: Concept Construction and Concept Typologies. *Qualitative Health Research* 14(10):1387-1395.
- Morse, J. (2004a) Qualitative Evidence: Using Signs, Signals, Indicators, and Facts. *Qualitative Health Research* 14(6):739-740.
- Morse, J., Solberg, S., Neander, W., Bottorff, J. & Johnson, J. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. *ANS Adv Nurs Sci* 13(1):1-14.
- Morse, J. M., Bottorff, J., Anderson, G., O'Briem, B. & Solberg, S. (1992) Beyond empathy: expanding expressions of caring. *Journal of Advanced Nursing* 17:809-821.
- Morse, J. (1994) *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. California: Sage Publications.
- Morse, J. M. (2003) Perspectives of the Observer and the Observed. *Qualitative Health Research* 13(2):155-157.
- Morse, J. M. (2006) Reconceptualizing Qualitative Evidence. *Qualitative Health Research* 16(3):415-422.
- Murphy, N., Canales, M. K., Norton, S. A. & DeFilippis, J. (2005) Striving for congruence: the interconnection between values, practice, and political action. *Policy Polit Nurs Pract* 5(1):20-29.
- Muetzel, P. A. (1988) Therapeutic nursing. In: *Primary Nursing in the Burford and Oxford Nursing Development Units* (Pearson Alan). London: Chapman & Hall, 89-116.
- Music, G. (2002) *Afecto e emoção*. Coimbra: Almedina. ISBN 972-40-1657-9.
- Munhall, P. L. (1993) Unknowing: toward another pattern of knowing in nursing. *Nurs Outlook*. 41(3):125-128.
- Neuman, B. (1989) *The Neuman systems model*. Norwalk: Appleton & Lange.
- Newman, M. A. (1994) *Health as Expanding Consciousness*. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones and Barlett (NLN Press).
- Newman, M. A. (2007) The power of one: confidence in our evolving future. *Nurs Sci Q* 20(3):204-204.
- Newman, M. A., Sime, A. M. & Corcoran-Perry, S. A. (1991) The focus of the discipline of nursing. *Adv Nurs Sci* 14(1):1-6.
- Newman, M. A., Sime, A. M. & Corcoran-Perry, S. A. (1995) The focus of the discipline of nursing. In: Newman MA, ed. *A Developing Discipline: Selected works of Margaret Newman*. New York, NY: National League for Nursing Press. 33-42.
- Newman, M. A., Smith, M. C., Pharris, M. D. & Jones, D. (2008) The Focus of the Discipline Revisited. *Advances in Nursing Science* 31(1):E16-E27.
- Nightingale, F. (2005) *Notas sobre Enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-92-4.
- Oatley, K. & Jenkins, J. (2002) *Compreender as emoções*. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN 972-771-527-3.

- Olabuénaga, J. I. R. (1999) *Metodologia de la investigación cualitativa*. 2.ª ed. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Omdahl, L. & O'Donnell, C. (1999) Emotional contagion, empathetic concern and communicative responsiveness as variables affecting nurses' stress and occupational commitment. *Journal of Advanced Nursing* 29(6):1351-1359.
- Orem, D. E. (1980) *Nursing: Concepts of practice*. New York: McGraw-Hill.
- Orem, D. E. (1987) *Soins infirmiers: les concepts et la pratique*. Montréal: Décarie.
- Pan, H., Chiu, P., Shen J. & Chen C. (2004) Application of therapeutic play in the process of nursing a preschool patient. *Journal of Nursing* 51:94-100.
- Parse, R. R. (1992) Human becoming: Parse's theory of nursing. *Nursing Science Quarterly* 5:35-42.
- Parse, R. R. (1998) *The Human Becoming School of Thought*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Peck, M. S. (1990) *The road less travelled*. London: Arrow.
- Pejlert, A., Norberg, A. & Asplund, K. (2000) From a psychiatric ward to a home-like setting: the meaning of caring as narrated by nurses. *Journal of Clinical Nursing* 9:689-700.
- Perry, B. (2002) Growth and satisfaction: "I became a nurse because I want to help others" is a common response when people are asked why they entered nursing. *The Canadian Nurse* 98:10-19.
- Perry, D. J. & Gregory, K. E. (2007) Global applications of the cosmic imperative for nursing knowledge development. In: Roy C, Jones D, eds. *Nursing Knowledge Development and Clinical Practice*. New York: Springer Publishing. 315-326.
- Peplau, H. E. (1990) *Relaciones interpersonales en enfermería*. Barcelona: Salvat.
- Phaneuf, M. (2005) *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lisboa: Lusociência.
- Phillips, S. (1996) Labouring the emotions: expanding the remit of nursing work? *Journal of Advanced Nursing* 24(1):139-143.
- Polit, D. F., Beck, C. & Hungler, B. P. (2004) *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5.ª ed. São Paulo: Artmed.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1995) *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª Ed., Porto Alegre: Artes Médicas.
- Reed, P. G. & Rolfe, G. (2006) Nursing knowledge and nurses' knowledge: a reply to Mitchell and Bournes. *Nurs Sci Q* 19(2):120-122.
- Rispail, D. (2003) *Conhecer-se melhor para melhor cuidar: uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-42-8.
- Rivero, E. D. & Erdmann, A. L. (2007) The power of loving humane care in nursing. *Rev Latino-am Enfermagem* 15(4):618-625.
- Roden, J. (2005) The involvement of parents and nurses in the care of acutely-ill children in a non-specialist paediatric setting. *J Child Health Care* 9(3)222-240.
- Rogers, C. R. (1957) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *The Journal of Consulting Psychology* 21:95-103.

- Rogers, C. (1985) *Tornar-se pessoa*. 7ª Ed. Lisboa: Moraes Editores.
- Rogers, M. (1970) *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia F.A Davis.
- Rollins, J. (2005) Tell me about it: Drawing as a communication tool for children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 22:203-221.
- Roy, C. & Jones, D. A. eds. (2007) *Nursing Knowledge Development and Clinical Practice*. New York: Springer Publishing.
- Roy, C. (2007) Knowledge as universal cosmic imperative. In: Roy C, Jones DA, eds. *Nursing Knowledge Development and Clinical Practice*. New York: Springer.
- Samarel, N. (1991) *Caring for Life and Death*. Washington DC: Hemisphere.
- Sandelowski, M. (2004) Using Qualitative Research. *Qualitative Health Research* 14(10):1366-1386.
- Sandelowski, M. & Julie, B. (2003) Classifying the Findings in Qualitative Studies. *Qualitative Health Research* 13(7):905-923.
- Sandgren, A. [et al.] (2006) Striving for emotional survival in palliative cancer nursing. *Qualitative Health Research* 16(1):79-96.
- Savage, J. (2000) Participative Observation: Standing in the Shoes of Others? *Qualitative Health Research* 10(3):324-339.
- Savage, J. (1990) The theory and practice of the 'new nursing'. *Nursing Times* 86(4):42-45.
- Selye, H. (1962) *Le stress de la vie: le problem de l'adaptation*. Paris: Gallimard.
- Skinner, R. & Cleese, J. (1990) *Famílias e como (sobre)viver com elas*. 3.ª ed. Porto: Edições Afrontamento.
- Smith, P. (1991) The nursing process: raising the profile of emotional care in nursing training. *Journal of Advanced Nursing* 16:74-81.
- Smith, P. (1992) *The Emotional Labour of Nursing*. Houndmills: Macmillan.
- Smith, P. (1988) The Emotional Labour of Nursing. *Nursing Times* 84(44):50-51.
- Smith, M. C. (1999) Caring and the science of unitary human beings. *Adv Nurs Sci* 21(4):14-28.
- Sobo, E., Eng, B. & Kassity-Krich, N. (2006) Canine visitation (PET) therapy pilot data on decreases in child pain perception. *Journal of Holistic Nursing* 24:51-57.
- Soveral, M. M. (2009) *Escrita e Formação: Pensamento e linguagem do enfermeiro*. Dissertação apresentada para obtenção de grau de Doutor em Ciências de Educação, Educação e Desenvolvimento, à Faculdade de Ciências e Tecnologia/Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Spradley, J. P. (1980) *Participant observation*. Nova Iorque: Holt, Rinehatr & Winston.
- Stickley, T. & Freshwater, D. (2002). The art of loving and the therapeutic relationship. *Nursing Inquiry* 9 (4):250-256.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990) *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Sage Publications.

- Strauss, A. & Corbin, J. (1998) *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. 2nd ed. London: Sage Publications.
- Swanson, K. M. (1991) Empirical Development of a Middle-Range Theory of Caring. *Nursing Research*. 3(40):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.
- Theodosius, C. (2006) Recovering emotion from emotion management. *Sociology* 40:893-910.
- Tomey, A.M. & Alligood M.R. (2004) *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. Loures. Lusociência. ISBN 972-8383-74-6.
- Torres, G. & Yura, H. (1974) *Today's Conceptual Framework: Its Relationship to the Curriculum Development Process*. New York: National League for Nursing.
- Travelbee, J. (1971) *Interpersonal Aspects of Nursing*. 2nd edn. Philadelphia: FA Davis.
- Turner, J. [et al.] (2007.) Oncology nurses' perceptions of their supportive care for parents with advanced cancer: challenges and educational needs. *Psycho-Oncology* 16:149-157.
- Van Sant, J. E. (2003) *The process of connecting with patients' emotional pain in the psychiatric setting*. Dissertação apresentada à Widener University of Nursing, Pennsylvania, EUA.
- Vermersch, P. (1999) *Glossaire de l'explicitation*, chapitre 10, disponível em <http://www.grex-fr.net/publication.html>
- Walworth, D. (2005) Procedural-support music therapy in the healthcare setting: a cost-effectiveness analysis. *Journal of Pediatric Nursing* 20:276-284.
- Watson J. (1985) *Nursing: Human Science and Human Care*. Stamford, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Watson, J. & Smith MC. (2002) Caring science and the science of unitary human beings. *J Adv Nurs* 37(5):452-461.
- Watson, J. (2002a) *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-33-9.
- Watson, J. (2005) *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: F. A. Davis Company. ISBN 0-8036-1169-2.
- Watson, J. (2002b) *Enfermagem pós-moderna e futura : um novo paradigma da enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-37-1.
- Watson, J (2003) Love and caring. Ethics of face and hand — an invitation to return to the heart and soul of nursing and our deep humanity. *Nurs Adm Q* 27(3):197-202.
- Whittemore, R., Susan, K. & Chase, C. (2001) Validity in Qualitative Research. *Qualitative Health Research* 11(4):522-537.
- White, J. (1995) Patterns of knowing: review, critique, and update. *ANS Adv Nurs Sci* 17(4):73-86.
- Williams, A. & Irurita, V. (2004) Therapeutic and non-therapeutic interpersonal interactions: the patient's perspective. *Journal of Clinical Nursing* 13:806-815.

- Williams, A. (2000) A literature review on the concept of intimacy in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 33(5):660-667.
- Williams, A. (2001) A study of practising nurses' perceptions and experiences of intimacy within the nurse-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing* 35(2):188-196.
- Willis, D., Grace, P. & Roy, C. (2008) A Central Unifying Focus for the Discipline: Facilitating Humanization, Meaning, Choice, Quality of Life, and Healing in Living and Dying. *Advances in Nursing Science* 31(1):E28-E40.
- Winnicott, D. W. (1971) *Therapeutic consultations in child psychiatry*. London: Hogarth Press.
- Wollin, S., Plummer, J., Owen, H., Hawkins, R., Materazzo, F. & Morrison, V. (2004) Anxiety in children having elective surgery. *Journal of Pediatric Nursing* 19:128-132.
- Woodgate, R. L. (2006) The importance of being there: perspectives of social support by adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 23:122-134.
- Woodward, V. M. (1997) Professional caring: a contradiction in terms? *Journal of Advanced Nursing*, 26:999-1004.
- Wong, D. & Whaley, L. (1999) *Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- Zengerle-Levy, K. (2004) Practices that facilitate critically burned children's holistic healing. *Qualitative Health Research* 14:1255-1275.

ANEXO: Guiões de observação e entrevista

Guião de Observação Interação Enfermeiro-Cliente

Características da interação Enfermeiro-Cliente
Elementos emotivos da comunicação do Enfermeiro e do Cliente
Conteúdo das mensagens na interação
Expressão de emoções do Enfermeiro e do Cliente
Partilha de emoções entre o Enfermeiro e o Cliente
Valorização pelo Enfermeiro das emoções do Cliente
Gestão dos relacionamentos (do Enfermeiro)
Apelo ao afecto dos clientes
Reciprocidade afectiva
Estado emocional no início e fim da interação

Guião Entrevista Cliente-Jovem

Durante o procedimento observei que o Enfermeiro foi afectuoso, falou de um modo meigo e houve outros aspectos carinhosos na relação que teve contigo. O que achas sobre isto?

É positivo/negativo?

Significado

De que modo te ajuda?

Manifestações de afecto mais significativas

Quando se trata de um procedimento doloroso, o Enfermeiro valoriza o que estás a sentir?

De que forma?

De que modo te ajuda a lidar com a dor?

De que modo te ajuda a acalmar?

Alguma vez estabeleceste uma relação especial com um Enfermeiro? Podes falar-me sobre essa relação?

Afectividade

Manifestações de carinho

Partilha

Reciprocidade

De que modo te ajuda?

Alguma vez embiraste com algum Enfermeiro? Podes falar-me sobre isso?

Descrição do conflito

Características do enfermeiro

Como o enfermeiro procedeu para resolver o conflito

Durante os internamentos sentes necessidade de falar com os Enfermeiros sobre o que estás a sentir, sobre o que te preocupa ou te incomoda?

Sobre o que falam?

Sentes o enfermeiro disponível para te compreende?

De que modo te ajuda falares com o enfermeiro?

De que modo o Enfermeiro te ajuda a lidar com a doença e hospitalização, e com as tuas emoções?

Em que momentos?

Intervenções específicas

O que faz e como faz?

Guião Entrevista Cliente-Família

Pode falar-me sobre o modo emotivo como o Enfermeiro se relacionou com o/a seu/sua filho/filha durante este último procedimento?

Características da comunicação

Afectos/carícias

Disponibilidade

Atenção

Tom de voz

Atitudes meigas

A criança tem enfermeiros preferidos?

Quais as características dos enfermeiros preferidos?

Qual o significado que confere a este cuidado afectivo e valorativo das emoções das crianças/jovens?

O que é mais importantes?

Porquê?

Benefícios para a criança/jovem e para os pais?

De que modo o Enfermeiro valoriza as emoções na relação com o/a pai/mãe (ou outro acompanhante)?

Indicações verbais

Indicações físicas

Em que momentos

Significado

Pode descrever-me situações em que sente que o Enfermeiro compreende e valoriza o seu estado emocional?

Como foi a actuação do Enfermeiro?

Características da situação/intervenção

Quem iniciou a interacção

Actuação do Enfermeiro

Quais os resultados dessa actuação

Numa situação de grande ansiedade ou tristeza, face à doença e hospitalização do/a criança/jovem, de que modo o Enfermeiro o/a ajuda a lidar com tais emoções?

Uma intervenção do enfermeiro que revela compreensão pelas emoções da criança/jovem e seus pais que benefícios pode trazer?

Guião Entrevista Enfermeiro

Na situação de cuidados, à criança/jovem X e família X, como descreve a interação (enfermeiro-cliente) que desenvolveu no que se refere às emoções transmitidas e partilhadas?

Como é que trabalha com as emoções (faz uso, gere) na prática de cuidados à criança, ao jovem e sua família?

Em que situações de cuidados tem necessidade de fazer um trabalho com as emoções? Dirigido a si e ao Outro?

Que sentido confere ao uso das emoções nos cuidados à criança, ao jovem e sua família?

No trabalho com as emoções nos seus cuidados que competências mobiliza?

Como faz a ligação das emoções aos cuidados que presta?

Quais os elementos de comunicação que mobiliza quando usa as emoções na prática de cuidados?

Que respostas recebe do cliente decorrentes do uso terapêutico das emoções na sua prática de cuidados?

Que significado confere a essas respostas do cliente?

Em que situações de cuidados o cliente lhe comunica emoções perturbadoras, negativas ou destrutivas?

Que sentido confere à partilha emocional na prática de cuidados?

Com que intenção usa as emoções na sua prática de cuidados?

De que modo o uso das emoções com intencionalidade terapêutica se traduz em ganhos em saúde para o cliente?

Recorda-se de alguma situação de cuidados especial relativamente ao uso terapêutico das emoções? Pode falar sobre ela?

Como gere o seu estado emocional, face a situações de cuidados emocionalmente intensas?
