

**AS REPRESENTAÇÕES BIOMÉDICAS DA
SAÚDE E DA DOENÇA TIDAS PELOS
ENFERMEIROS NO CONTEXTO
MULTICULTURAL DA PRESTAÇÃO DE
CUIDADOS DA UCCI DA SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO**

José Carlos Pinto da Costa

Tese de Doutoramento em Antropologia

FEVEREIRO, 2011



Tese apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em
Antropologia, realizada sob a orientação científica de
Jorge Narciso Ferreira Crespo

Apoio financeiro da FCT e do FSE no âmbito do III Quadro Comunitário de Apoio.

Aos meus pais, esses grandes cuidadores.

Aos enfermeiros da minha vida...

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não poderia ser realizado sem a contribuição de várias entidades e pessoas. Na impossibilidade de as nomear a todas, fica aqui o meu especial reconhecimento à Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Portimão, em particular, nas pessoas do Director Clínico, Dr. João Amado, e do Secretário-Geral, Dr. João Correia, cuja disponibilidade foi total. Agradeço também a todos os enfermeiros da Unidade, cuja colaboração foi inexcedível e fundamental, com destaque para as enfermeiras Mafalda e Marta. Deixo, igualmente, o meu apreço aos fisioterapeutas, que se mostraram sempre prontos a colaborar, fornecendo uma preciosa visão exterior à perspectiva dos enfermeiros, em especial os fisioterapeutas João Novo, João Amado e José Escudeiro. Ao Dr. Luís, médico fisiatra, agradeço a sua posição crítica sobre a reabilitação realizada na Unidade. Às assistentes sociais, Dr.^a Ângela Firmino e Dr.^a Cláudia Rufino agradeço a sua disponibilidade e interesse pelo projecto. Agradeço ainda a colaboração das secretárias da Unidade e dos auxiliares da acção médica.

A todos os doentes que participaram neste estudo, deixo aqui o meu apreço e o meu desejo de que tenham visto a sua condição melhorar. Aos seus familiares, em particular à Sr.^a Nadine Vandebuerie, agradeço a sua confiança no meu trabalho.

Ao meu orientador, agradeço as sábias palavras e o permanente apoio. Espero que este trabalho consiga diminuir a dívida que contraí para com ele desde o início do meu percurso académico.

À minha família, agradeço o apoio e a compreensão por eu não poder ter estado presente quando de mim precisaram.

À minha esposa, deixo o reconhecimento da dificuldade do seu papel. Enalteço-lhe a compreensão, o apoio e a disponibilidade para manter a vida a funcionar.

RESUMO

AS REPRESENTAÇÕES BIOMÉDICAS DA SAÚDE E DA DOENÇA TIDAS PELOS ENFERMEIROS NO CONTEXTO MULTICULTURAL DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO

JOSÉ CARLOS PINTO DA COSTA

Este trabalho resulta de uma investigação antropológica cuja finalidade consiste em encontrar a resposta para a pergunta: como é que os enfermeiros representam a saúde e a doença no contexto multicultural de prestação de cuidados da Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Portimão? Para atingir este fim caracterizou-se o contexto multicultural da prestação de cuidados de enfermagem na Unidade e levantaram-se as representações que os enfermeiros possuem sobre a saúde e a doença, através de uma metodologia apoiada na observação participante e na realização de entrevistas semi-directivas aos enfermeiros. Observou-se que, apesar de acolher doentes estrangeiros, a Unidade não dispõe de qualquer forma de informação nos seus idiomas. As respostas dos enfermeiros às entrevistas mostraram que eles se apoiam na definição de saúde proposta em 1946 pela OMS para objectivarem a saúde e a doença, respectivamente, como bem-estar e como mal-estar. Desta definição, os enfermeiros reforçam a natureza orgânica da manifestação de doença, salientando a dimensão física do indivíduo em relação às psicológica e social. Este pendor traduz-se numa visão biomédica apoiada em constelações etiológico-terapêuticas que relevam a objectividade da doença e a centralidade do organismo como balizas para a interpretação da realidade do cuidado. Por força desta perspectiva, os enfermeiros têm tendência a olhar para o doente indistintamente, sem reconhecerem a diversidade psicológica e cultural das interpretações sobre a saúde e a doença. Daqui resulta que os enfermeiros não realizam um trabalho de adaptação do cuidado à nacionalidade dos doentes, impondo uma visão ética pretensamente universal às diferentes realidades étnicas que encontram. Esta atitude traduz-se em desadequações ao nível do cuidado e da comunicação com os doentes, onde, a incompreensão da linguagem do doente estrangeiro e a presunção do consentimento emergem como principais problemas, que podem mesmo questionar a legitimidade do princípio de beneficência. Estes dados suportam o argumento de que as desadequações entre as representações da saúde e da doença tidas pelos enfermeiros e a multiculturalidade do contexto de prestação de cuidados da Unidade resultam da proximidade da enfermagem ao modelo biomédico, que interpreta a estrutura da realidade clínica como um cenário regulado pela objectividade e pelo reducionismo da vida à existência orgânica. Com efeito, os dados mostram que as representações da saúde e da doença tidas pelos enfermeiros são moldadas pelas instituições onde eles se fazem e se realizam e que são concebidas como lugares de produção da verdade absoluta, associando o saber à sua vontade de poder dentro de uma lógica de governabilidade aparentemente exterior à biopolítica do Estado, transformando as suas políticas neoliberais multiculturalistas em práticas autoritárias assimilacionistas.

PALAVRAS-CHAVE: saúde, doença, representações, enfermagem, multiculturalismo

ABSTRACT

BIOMEDICAL REPRESENTATIONS OF HEALTH AND ILLNESS MADE BY NURSES IN THE MULTICULTURAL CONTEXT OF CARE PROVIDING AT UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS OF SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE PORTIMÃO

JOSÉ CARLOS PINTO DA COSTA

This is an anthropological research which purposes to find the answer to the following question: how nurses represent health and illness in the multicultural context of care giving of Unidade de Cuidados Continuados Integrados of Santa Casa da Misericórdia de Portimão? To reach this goal, I have described the multicultural context of nursing care in the Unidade and questioned about representations of health and illness through a methodology combining participant observation and semi-structured interviews. It was observed that, although the presence of foreign patients in the Unidade, this one does not provide any information in their idioms. The answers obtained by interview show that nurses define health and illness like WHO had defined health in 1946, as well-being and non-well-being, respectively. Based on this definition, nurses point out the physical dimension of well-being, comparing to psychological and social well-being. This fact shows that nurses share a biomedical vision supported in etiological-therapeutic constellations which reveal the objectivity of illness and the centrality of the organism as boundaries to interpret the reality of care. This means that nurses have tendency to look at the patient indistinctively, and don't recognize the psychological and cultural diversity in health and illness interpretation. Thus, nurses don't adapt care providing to patients nationalities, imposing an ethical vision supposed universal to different emic realities they found. Such attitude brings maladjusted care and communication with the patients, where, the miscomprehension of patient's language and the presumed consent rise up as main problems which can be counterproductive to legitimacy of beneficence principle. We argue that these maladjustments between the representations of health and illness made by nurses and the care necessities in the context of multiculturalism of Unidade result from the proximity of nursing to biomedical model, which interprets the structure of clinical reality like a scenario regulated by objectivity and reductionism of life to organic existence. In fact, data had shown that the representations of health and illness made by nurses are shaped by institutions who form them and who defines nursing practices so they are conceived as places of production of absolute truth, associating the knowledge to will of power into logic of governmentality apparently out sided to State biopolitics, transforming its neoliberal multicultural policies in authoritarian assimilating practices.

KEYWORDS: health, disease, representations, nursing care, multiculturalism

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I: ESTUDO DE CASO	10
I.1. Formulação do problema.....	10
I. 2. Objectivos do estudo.....	16
I. 3. Descrições de termos.....	17
I.3.1. As representações da saúde e da doença.....	17
I.3.1.1. A relação entre o normal e o patológico e a origem da biomedicina.....	27
I.3.1.2. Modelo biomédico vs. Modelo holístico.....	42
CAPÍTULO II: ESTRUTURA CONCEPTUAL.....	48
II.1. Definição da problemática.....	48
II.1.1. Modelos etiológico-terapêuticos em enfermagem	49
II.1.2. A UCCI-SCMP: uma representação institucional da biopolítica actual.....	56
II.2. Definição do objecto.....	64
CAPÍTULO III: METODOLOGIA	69
III.1. Selecção de técnicas	70
III.2. Selecção de temas	72
III.3. Recolha de dados.....	73
III.4. Análise dos dados.....	76
CAPÍTULO IV: RESULTADOS E DISCUSSÃO	79
IV.1. Descrição dos resultados.....	81
A – O cenário multicultural da prestação de cuidados de enfermagem na UCCI-SCMP.....	81
1. Sistema sócio-técnico	81
1.1. Estrutura física.....	89
1.1.1. Lotação da Unidade	90
1.1.2. Espaços e funções.....	90

1.2. Recursos humanos	93
1.2.1. Equipa multidisciplinar.....	94
1.3. Organização e funcionamento	96
1.3.1. Admissão, transferência, alta e óbito	96
1.3.2. Visitas	102
1.3.3. Alimentação.....	104
1.3.4. Reposição de material de consumo clínico, farmacêutico e de esterilização	107
1.3.5. Circuito de roupa limpa, roupa suja e lixo	108
1.4. Organização dos serviços de enfermagem	108
1.4.1. Organização e terapêutica	110
1.4.2. Manutenção e utilização do carro de unidoses	110
1.4.3. Registos de enfermagem.....	110
1.4.4. Carga de trabalho de enfermagem	112
1.5. Principais funções dos enfermeiros	113
1.5.1. Funções dos enfermeiros	113
1.5.2. Funções da enfermeira coordenadora	159
1.6. Protocolo de cuidados em vigor	161
1.6.1. Protocolos clínicos em vigor	164
2. Documentação e serviços acessíveis ao doente estrangeiro	165
2.1. Informação dirigida à população estrangeira	165
2.1.1. Idioma estrangeiro nos meios de informação ao público.....	165
3. Processo de integração do doente estrangeiro por parte dos enfermeiros	166
3.1. Acolhimento de enfermagem	166
3.1.1. Acolhimento ao público estrangeiro.....	166
B – Representações biomédicas da saúde e da doença.....	167
4. Representação linguística	167
4.1. Modelo explicativo da saúde e da doença.....	168

4.1.1. Representações da saúde	168
4.1.2. Representações da doença	178
4.1.3. Modelo etiológico.....	191
4.1.4. Modelo terapêutico	214
5. Representação prática.....	242
5.1. Interação terapêutica enfermeiro-paciente estrangeiro.....	243
5.1.1. Rituais de instituição	243
6. Comunicação com doentes estrangeiros	257
6.1. Relação experiência de doença – experiência de cuidado	257
6.1.1. Comunicação intercultural	258
C – As representações da saúde e da doença tidas pelos enfermeiros	277
CONCLUSÃO	284
BIBLIOGRAFIA.....	287
LISTA DE FIGURAS	324
LISTA DE TABELAS.....	325
APÊNDICE 1 – Autorização para aplicação do projecto.....	i
APÊNDICE 2 – Grelha de registo de dados da observação.....	ii
APÊNDICE 3 – Lista de descritores do contexto institucional.....	iii
APÊNDICE 4 – Guião da entrevista semi-directiva realizada aos enfermeiros	iv
APÊNDICE 5 – Entrevistas directivas	v
APÊNDICE 6 – Matriz da qualidade da UCCI-SCMP.....	x
APÊNDICE 7 – Quadros estatísticos da análise de conteúdo.....	xiii

INTRODUÇÃO

Durante a minha experiência enquanto docente de metodologia da antropologia a alunos de enfermagem constatei que, na construção curricular do enfermeiro, é dada primazia à epistemologia positivista, e que, entre as ciências humanas e as ciências naturais, é construída uma distância epistemológica de tal forma vincada que as competências fornecidas pelas primeiras são obliteradas na avaliação final da formação dos enfermeiros. Dessa experiência, apoio-me especialmente em três situações, que penso serem representativas de como o ensino da enfermagem se distancia do cuidado enquanto realidade antropológica.

Numa conversa com o enfermeiro coordenador da Licenciatura em enfermagem, falávamos da questão da etiologia das doenças. Contei-lhe que, nessa altura, falava-se do caso de um rapaz que estaria possesso pelo demónio e que a sua família procurava ajuda junto de um bruxo, para que este lhe tirasse o mal. Esta atitude, apresentava-se, dizia-lhe, como uma possibilidade perfeitamente legítima, visto que, o que importava para os familiares do rapaz era a crença na sua eficácia. Depois de ouvir, o enfermeiro respondeu: “Há doenças psíquicas...”. Eu dizia-lhe que não era isso que as pessoas em causa acreditavam, e ele retorquia: “Há pessoas com doenças do foro psicológico...”.

Numa outra situação, desta vez com um médico, que leccionava Anatomia aos futuros enfermeiros, falávamos do corpo. Ele falava do corpo nu, uniforme e universal. Eu falava de um corpo culturalmente vestido, perguntando-lhe se, ali no refeitório apinhado onde falávamos, via algum corpo. Ele, pensando um pouco disse: “Não. Vejo...” (tocando na gola do seu casaco, indicando que via vestuário). Falei-lhe do corpo construído no espaço e no tempo, na “história do corpo”, recorrendo à síntese de Jorge Crespo (1990). Quando lhe disse que o corpo tinha uma história, o médico espantou-se e perguntou-me: “O quê, uma história desde o Adão e a Eva?”. Esta pergunta pareceu-me uma tripla afirmação, pois, representava, a meu ver, as características do pensamento do médico: primeiramente, a ideia do corpo como constructo parecia-lhe simplesmente irracional, como se se tratasse de uma negação da própria visão científica sobre a *zōē* – para utilizar aqui a distinção aristotélica entre esta, como vida animal e puramente orgânica, e a *bíos*, como uma vida humana, dotada de uma *biografia*, para acentuar o carácter inerentemente

político da vida humana, relevado por Hannah Arendt (2001 [1958]) –; em segundo lugar, a ideia de uma evolução histórica do corpo, traduzida num processo civilizacional, para usar as palavras de Norbert Elias (2006 [1939]), não tinha razão de ser, pois, para ele, o corpo era uma *natureza*, algo dado; finalmente, ao associar a antropologia a um mito, o médico revelava ter muito pouca informação sobre a ciência antropológica, olhando para esta através de umas lentes que pareciam retirar-lhe legitimidade no campo da racionalidade científica, como se se tratasse de um conhecimento do tipo simbólico – e por isso impróprio da racionalidade científica –, enfim, uma visão encantada da realidade.

A terceira situação é mais geral e, a meu ver, (ainda) mais preocupante. Apesar de eu ter ensinado os futuros enfermeiros a abordar a problemática do cuidado servindo-se sempre do olhar antropológico, o qual é praticado pela aplicação de métodos de descrição da realidade observada na situação da sua prestação, reparei que os trabalhos de final de curso empregavam todos, sem excepção, metodologias do tipo quantitativo. A minha preocupação com esta situação aumentou quando, mais tarde, quando já me encontrava fora dessa escola, enquanto almoçava num restaurante, vi alguns dos meus anteriores alunos a preencher os questionários que eles próprios usavam como instrumento de recolha de dados. Confrontando-os com o que estavam a fazer, eles responderam que na escola só aceitavam trabalhos finais que utilizassem a estatística como método de análise de dados, e que eles não concordavam com essa visão e que gostariam de estudar o homem, razão pela qual estavam a defraudar os resultados, como que querendo comprovar que a utilização desses métodos correspondia a qualquer coisa distante da vida como *qualidade* do ser vivo.

Na minha opinião, entre estas três situações há uma correlação fundamental. A orientação dos alunos de enfermagem para a realização de trabalhos finais com recurso a técnicas do tipo quantitativo, ignorando-se a dimensão qualitativa da vida humana (pois que é disso que trata a enfermagem), deve-se a uma visão assimétrica dos docentes sobre a realidade do cuidado de saúde, que, movidos por uma racionalidade biomédica, relegam para o campo da não racionalidade tudo aquilo que não permitir a quantificação e a manipulação de variáveis.

O pendor dado à modelização biomédica do cuidado remete para um problema que já muitos identificaram: o facto de os modelos biomédicos do cuidado de saúde remeterem para um quadro epistemológico que começou com a identificação visual do mal, no sentido em que a anatomia patológica o permitiu a partir dos trabalhos de Bichat, conforme Michel Foucault documenta na *Naissance de la Clinique* (2007 [1963]). Numa crítica mais aguda,

George Engel lembrava que o modelo biomédico é uma falácia (1997) que interpreta a realidade actual da realidade clínica usando uma visão do mundo do século XVII (1997 [1988]) e que adquiriu o estatuto de dogma, identificando o pensamento biomédico com o pensamento religioso (1977). Vinte e cinco anos depois desta última acusação, verificou-se que a situação se mantinha muito semelhante (Borrell-Carrió & Epstein 1004), e trinta anos depois também (Fava & Sonino 2008), concluindo-se, tal como Engel tinha aludido, que “nothing will change unless or until those who control resources have the wisdom to venture off the beaten path of exclusive reliance on biomedicine as the only approach to health care” (1977:135, citado por Fava & Sonino 2008:2), sugerindo que as atitudes dos especialistas são influenciadas pelos contextos.

Como as situações relatadas indicam, a presença de tal dogma no currículo dos enfermeiros e a sua intromissão no cuidado de enfermagem é, em parte, da responsabilidade das escolas. Num tempo em que, cada vez mais, os enfermeiros se deparam com pessoas oriundas de outros grupos culturais e étnicos vivendo experiências de doença, é fundamental que amadureçam a sua sensibilidade dirigindo-a para a diferença e para a diversidade que só a interpretação antropológica da arte do cuidado pode fornecer, pois que, como concorda Marie-Françoise Collière, “cada situação de cuidados é uma situação antropobiológica” (1999:12).

Um dos maiores problemas desta tendência curricular resulta do desajuste entre o que se ensina nas escolas e o que se encontra nos locais de trabalho, que pode provocar problemas na interpretação prática dos modelos aprendidos pelos enfermeiros.¹ Se, tradicionalmente, a dimensão cultural do cuidado era ignorada, não o pode ser na actualidade. O Portugal actual não se coaduna com a imagem de um Estado-nação no sentido tradicional, mas sim de um Estado multicultural, que obriga à inclusão na agenda política de modelos de gestão da diversidade étnico-cultural que abandonem a orientação assimilacionista tradicional e definam uma abordagem multicultural (Marques 2003), ou uma nova noção de cidadania (Costa 2004), o que implica, desta vez, os instrumentos de regulação do Estado, entre eles os profissionais de saúde, a interiorizarem a necessidade da

¹ As escolas e as instituições de saúde são, no entender de Marie-Françoise Collière (1999), os dois agentes estruturantes da prática de enfermagem. As primeiras porque fornecem os modelos; as segundas porque os põem à prova, confrontando-os com os constrangimentos do contexto do cuidado.

realização de uma ética jusante da diversidade cultural, mais próxima das ideologias² dos diferentes povos integrados no território nacional (Massé 2000). A questão surge com todo o vigor que a realidade social portuguesa mostra: como é possível uma prática fundada em éticas plurais (ler étnicas)?

Em Portugal, a diversidade cultural é uma realidade que tem vindo a sofrer transformações às quais não são alheias as políticas de integração da União Europeia. Enquanto que, nos anos 80 do século XX, ainda se reflectiam na população nacional os efeitos da época colonial e da predominância de populações oriundas dos PALOP, exceptuando a intromissão de algumas populações da Europa Ocidental e mesmo dos Estados Unidos da América, no final do século, regista-se com maior expressão que anteriormente, a presença de populações originárias da China e do Canadá. Em dez anos (1989-1999) a população estrangeira residente legalmente em Portugal passou de 101.011 indivíduos para 191.143 (Rocha-Trindade 2003). Estes números revelam-se como um dos efeitos da melhoria generalizada das condições de vida no nosso país, que o transformaram num destino apetecível para as populações de países mais pobres (Mateus et al 2004), mas também revelam uma mudança nas políticas de integração das minorias étnicas, visível no aumento do número de autorizações extraordinárias de residência concedidas especialmente em 2001, ano em que se permitiu a residência a mais de 100.000 pessoas (Mateus et al 2004). Nos anos seguintes, o número de autorizações de residência manteve-se elevado, atingindo o seu pico nos anos 2003 e 2004, com 183.655 e 183.833 autorizações, respectivamente, mas sofreu uma redução significativa a partir de 2005 (INE 2005), e, em 2007, apenas foram concedidas 5.741 autorizações de residência (INE 2009). Apesar desta aparente inversão da política de concessão de autorizações de residência, a população estrangeira em Portugal continuou a aumentar e, no final da primeira década do século XXI, residiam em Portugal 454.191 estrangeiros (INE 2009).

Este valores reflectem-se em taxas de crescimento migratório positivas durante toda a primeira década do século XXI, que, todavia, vão diminuindo à medida que nos aproximamos do último ano (2009). Os números não traduzem, necessariamente, mais imigração do que emigração, em termos de movimentos populacionais; eles podem indicar uma oscilação nas políticas de reconhecimento de direito de residência, cujo comportamento desvirtua os dados reais (que, por isso, não são totalmente conhecidos).

² No sentido que Marc Augé dá a estas, isto é, como “...somme du possible et du pensable dans une société donnée...” (1994 [1984]:86).

Seja como for, a Taxa de Crescimento Migratório tem vindo a aproximar-se do nulo desde 2007, quando se situava em 0,18. Em 2008, por exemplo, o saldo situava-se em 0,09. Com apoio nos dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE 2009), esta diminuição justifica-se tanto pelo aumento da emigração (especialmente entre 2004 e 2007, com 10.680 saídas e 26.800, respectivamente) como pela diminuição do número de entradas (de 72.400, em 2003, para 29.718, em 2008). Entre outras consequências, a redução dos níveis de fecundidade da população portuguesa, directamente ligados à saída de cidadãos portugueses em idade de procriar e ao abrandamento na entrada de cidadãos estrangeiros nessas mesmas condições, resulta no acentuar do envelhecimento populacional, o que, ademais, tem vindo a caracterizar a estrutura etária da população nacional nas últimas décadas (INE 2009). Este último resultado terá implicações directas na definição das políticas de saúde, como veremos mais adiante.

Por agora, interessa-nos observar sobretudo a presença de populações estrangeiras no nosso país; realidade que nos obriga a analisar com a seriedade necessária a adequação das políticas de integração dessas populações, nomeadamente no acesso aos cuidados de saúde, o qual implicará, a meu ver, uma adequação dos modelos de acolhimento e de cuidados. Mateus et al avançam mesmo a hipótese segundo a qual a integração de minorias étnicas no âmbito profissional da prestação de cuidados de saúde poderá ter reflexos positivos ao nível do próprio cuidado (2004:59). Esta consequência poderá ser realista especialmente em espaços do território nacional tradicionalmente experimentados em lidar com populações estrangeiras, como no caso das regiões que constituem destinos turísticos, entre as quais se situa o Algarve. Em 2009, por exemplo o número de hóspedes em estabelecimentos hoteleiros nesta região situou-se em 1.711.920. Destes turistas, destaca-se o número de ingleses (663.611), espanhóis (233.353) e alemães (203.717). A estes números correspondem 9.375.665 dormidas em estabelecimentos hoteleiros, destacando-se, neste aspecto, os ingleses (3.882.341), os alemães (1.268.561) e os holandeses (1.235.003), significando que os espanhóis ficam menos tempo que os holandeses e o alemães. Segundo a Entidade Regional de Turismo do Algarve (2009), os proventos económicos resultantes do turismo elevam esta à primeira posição no *ranking* das regiões de turismo nacionais, que colhe 29,3% do total dos proventos gerados pelo turismo, correspondendo a 519.735.365 euros (dados de 2009).

Acrescenta-se aos turistas estrangeiros os designados imigrantes de luxo, que residem na região. Fora deste círculo, vivem no Algarve 73.277 estrangeiros (Ataíde & Torres 2010), correspondendo, segundo os dados do INE (2008) a cerca de 17% da

população total (que é de 430.084 pessoas, segundo estimativas de 2008). No que concerne a Portimão – onde se localiza a Unidade de Cuidados Continuados Integrados que é a unidade de estudo seleccionada neste projecto –, residem no seu concelho 10.662 estrangeiros (Ataíde & Torres 2010), correspondendo a 21,4% da população total (49.881 pessoas, segundo os dados do INE para 2008).

Como podemos constatar, o multiculturalismo tem-se revelado como uma realidade irreversível.³ Apesar de se observarem alterações no número de imigrantes a adquirirem autorização de residência, as taxas de crescimento migratório ao longo das últimas quatro décadas têm sido positivas, significando que Portugal é cada vez mais um país de acolhimento para populações estrangeiras. Os últimos dados estatísticos indicam ainda um aumento na variedade étnica dos estrangeiros. Em 2009, por exemplo, o maior número de autorizações de residência foi concedido a brasileiros (23.138), romenos (8.111), cabo-verdianos (4.575), ucranianos (2.362), ingleses (2.154), chineses (1.947), angolanos (1.543), moldavos (1.533) e búlgaros (1.519). Menos de metade (47%) dos estrangeiros que adquiriram autorização de residência em Portugal pertencem aos PALOP, percentagem que decresceu em relação a 2008 (Ataíde & Torres 2010).

De acordo com o Artigo 64º da Constituição da República Portuguesa, todas as pessoas têm direito à protecção à saúde. Apesar deste formalismo, a Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, designada por Lei de Bases da Saúde, limitou o acesso aos serviços de saúde por parte dos cidadãos estrangeiros em condições de reciprocidade e ao cidadãos apátridas (Costa 2004).

As questões formais do acolhimento das populações estrangeiras nos serviços de saúde interessam-nos essencialmente porque reflectem o modo como o Estado se prepara para integrar essas populações, fazendo-as circular, num plano de direito público, dentro de um quadro de racionalidade que representa a sua arte de governar (cf Jeremy Bentham, apud Foucault 2004), tornada visível na sua *agenda*.⁴ Em poucas palavras, o modo como o

³ Para um estudo dos comportamentos da imigração nas últimas décadas do século XX ver, por exemplo, José Bastos & Susana Bastos (1999).

⁴ Juntamente com a *non agenda*, a *agenda* é um conjunto de actividades económicas do governo, que acrescentam ou não felicidade, que, segundo Bentham, é o objectivo de qualquer acção política e que se adquire pela maximização dos prazeres e a minimização das penas (Foucault 2004:26-27). Pelo conjunto formado pelos dois tipos de actividades económicas, constituir-se-á o *regime de verdade* da arte de governar, que consiste na articulação de uma série de práticas com uma série de discursos ligados com traços inteligíveis e que permite legislar em termos de verdadeiro ou falso (Foucault

Estado legisla define a sua biopolítica, ou política sobre a vida das populações, conceito cuja importância é central neste trabalho, pois, em última análise, esta política configura a forma como o sistema de saúde interfere com as populações, reflectindo-se, essa interferência, em modelos de governabilidade que traduzem os regimes de verdade inerentes aos planos de intervenção política no seu conjunto.

É este o quadro em que se inscrevem as interacções terapêuticas na pós-modernidade. De um lado destas interacções temos o paciente estrangeiro, cujo actos, visto que reflectem a condição social de inclusão numa população, que é sujeita à intervenção prescrita na agenda política, se caracterizam pela espontaneidade.⁵ Do outro lado, temos o enfermeiro, que assume o papel de técnico cuja legitimidade assenta na sua integração numa tecnologia de regulação da vida humana, que opera através da manutenção médica da sociedade, tanto ao nível anatómico (individual) como ao nível social (população), e que traduz na prática os tais regimes de verdade que caracterizam a razão de Estado. *Stricto sensu*, na interacção terapêutica revela-se todo um programa de regulação política do corpo, em ambas as suas escalas de representação; nela está presente a política do Estado (pelas actividades económicas integradas na *agenda* e na *non agenda*) e a liberdade do indivíduo (pelas actividades económicas sem intervenção do Estado, reflectidas nos *sponta acta*). Esta célula de confronto Estado-Indivíduo, por intermédio da Sociedade constitui o fulcro da presente problemática sobre o cuidado de enfermagem, visto que é nas tensões (leia-se relações) entre estes termos da realidade social que se manifestam e (re)constróem as

2004:20). Tal como refere Lemke (2000), Foucault não entende esta verdade como absoluta, que está exterior à história, mas sim como uma relação entre o plano de governação e a racionalidade das políticas. Este plano pode ter efeitos inesperados quando aplicado à prática, não significando esse facto que ele é falso.

⁵ Na filosofia política de Jeremy Bentham, os actos espontâneos, ou *sponta acta*, caracterizam-se como actividades económicas que os membros de uma comunidade desenvolvem espontaneamente, sem qualquer intervenção do governo. No conjunto, os *sponta acta*, a *agenda* e a *non agenda* são as três classes da arte de governar, e “le partage des domains entre ces trois classes varie selon le temps et les lieux, l’extension des *sponta acta* étant relative au degré de développement économique des pays”. (Foucault 2004:27). Slavoj Žižek tem frisado a importância que os *sponta acta* desempenham na configuração das sociedades caracterizadas pelo multiculturalismo. A variedade que os actos espontâneos tomam nos Estados multiculturais representa, segundo este filósofo, um verdadeiro desafio à ordem estabelecida ou ao *status quo* do próprio Estado, que, por força de ter que respeitar as premissas do Humanismo, traduzidas nos preceitos da Declaração Universal dos Direitos do Homem, e que resultam numa ideia abusiva de tolerância, se vê impedido de impôr as suas políticas com a força que a história actual motiva, em face das crises verificadas no sector financeiro e da alteração geopolítica provocada pelo 11 de Setembro (Žižek 2006 [2004]).

representações sobre a saúde e a doença, ao ponto de não podermos compreender as que são utilizadas por um sem a relacionar com as que são interpretadas pelo outro.

O modo como o enfermeiro representa a problemática da saúde e da doença poderá revelar se essa problemática se mostra culturalmente competente e/ou politicamente conforme. Para sabermos isto, temos, portanto, que perceber como é que eles representam a saúde e a doença e como essa representação se traduz em possibilidades práticas, entendidas como o resultado do modo como as representações foram problematizadas no quadro da governabilidade. Considera-se, assim, que é pelo jogo de palavras e de actos que os enfermeiros mostram aquilo que são enquanto elementos sócio-técnicos integrados numa tecnologia de gestão da vida. Os modos de representação da saúde e da doença reflectirão a maneira como essa tecnologia é interpretada dentro das estratégias de governação. É por isso que é tão importante perceber que modelos são elaborados para interpretar o fulcro problemático da acção do cuidar, que, a meu ver, é formado pela diferença e/ou pela identidade que se estabelece entre a saúde e a doença. Neste âmbito, a linguagem apresenta-se como principal meio de acesso ao regime de verdade da enfermagem, porque fornece o fundamento da sua realidade. Através do seu estudo poder-se-á compreender qual a força que a linguagem técnica e profissional ocupa no cuidado e que lugar é aí reservado para a linguagem culturalmente sensível. Preocupando-se com esta problemática, Collière afirma mesmo que “a linguagem profissional pode estropiar, desviar, deslocar, apagar, excluir completamente os significados [e o] campo das representações dos profissionais dos cuidados empobrecer-se-á cada vez mais, de dia para dia, se estes não se esforçarem por (...) esclarecer as suas próprias representações, as que o seu campo profissional forjou” (1990:120), isto, considerando a eventualidade que “muitas das vezes, a instrução age primeiramente como um entrave para os enfermeiros (...) porque ela é mal digerida, demasiado rígida, demasiado generalizante e conceptual” (Collière 1990:121). Sendo assim, o estudo das representações da problemática da saúde e da doença, que enforma a própria razão de ser do cuidado de enfermagem, pode contribuir para se conhecer o que significa o cuidado prestado a outrém, cujo interesse de estudo é motivado pela postura em questão sobre se se trata de um cuidado com o outro ou sem ele, e, se com ele, se é com um corpo, isto é, uma representação da biosfera, ou com um sujeito, ou seja, uma representação da humanidade.

Justificando-se em qualquer contexto sócio-histórico, o estudo das representações da saúde e da doença construídas pelos enfermeiros, bem como de todos os elementos envolvidos em interacções terapêuticas, adquire maior urgência no actual contexto da

multiculturalidade, em que, por força do aumento da imigração verificado nas últimas décadas, é inevitável que se observe uma proporcional necessidade de novos grupos étnicos a recorrerem a cuidados de saúde, que trazem consigo atitudes, expectativas, práticas e representações específicas sobre a saúde e a doença que os profissionais de saúde não estão habituados a reconhecer.

Em suma: porque as representações não são entidades suspensas no etér e são realidades do real, ou seja, interagem com os contextos, são contingentes, marcam as coisas, como inequivocamente comprovou Foucault (2005 [1966]), e como as *coisas*, quando totalmente sociais, não existem fora de uma *raison d'État* (Foucault 2004), isto é, sejam elas realizadas pelos sujeitos ou por populações são sempre o resultado de uma *governalidade* (Foucault 2004), e, no caso concreto das estratégias de governação em saúde, são sempre o resultado de um tipo particular de governalidade, a qual o mesmo filósofo designa *medicalização* da sociedade; isto é, visto que as representações da saúde são, em última instância, forjadas pelo Estado, durante aquele *tempo longo* (Elias 2006 [1939]) em que a civilização se processa, na forma de políticas, simultaneamente, do *self* e das populações (Foucault 1988 [1984], 1999 [1976]; Lemke 2000; Hortoneda 2005), este problema obriga a reflectir sobre os instrumentos que o Estado dispõe para integrar as minorias étnicas numa realidade de prestação de cuidados de saúde tradicionalmente nacional, adequada à concepção do Estado como um Estado-nação. A meu ver, é aqui que se apresenta o verdadeiro desafio à governalidade do Estado no âmbito de um novo contexto social e histórico que obriga à adequação das políticas da vida, dentro das quais os enfermeiros funcionam como instrumentos técnicos de regulação. Entre as políticas da vida, tal como ela naturalmente nos aparece e as políticas do vivo, tal como este é socialmente construído, eis onde se situa o debate sobre a saúde e a doença (Fassin 2000, 2006; Fassin & Memmi 2004).

CAPÍTULO I: ESTUDO DE CASO

A doença... constitui de preferência uma intersubjectividade secreta no seio de um mesmo indivíduo. A doença como avaliação da saúde, os momentos de saúde como avaliação da doença. ...Da saúde à doença, da doença à saúde, mesmo que fosse apenas na ideia, esta mesma mobilidade é uma saúde superior, este deslocamento, esta ligeireza no deslocamento é o sinal da “grande saúde”.

Friedrich Nietzsche (citado por Deleuze 1994:12)

I. 1. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

O texto de Nietzsche traduz na perfeição a compulsiva e obstinada relação entre as “inúmeras saúdes do corpo” (Nietzsche 2000 [1881-1887]:137). A *grande saúde* a que ele se refere apresenta-se como a condição a partir da qual se reflecte sobre o estado em que se está, passando-se, ou não, por alguma experiência de doença. Esta, para o filósofo, faz parte da saúde; é ela própria um estado de saúde, visto que, de facto, “não existe qualquer saúde” (Nietzsche 2000 [1881-1887]:137). Nietzsche fala como filósofo e como alguém que viveu grande parte da sua vida numa condição de saúde que, sob a perspectiva biomédica se traduz em estado de doença. Não é por ser filósofo que Nietzsche pensa assim; a diferença em ser filósofo é que ele é capaz de lançar as palavras certas que lhe chegam à mente para exprimir os pensamentos sobre a doença e a saúde. Qualquer pessoa poderia facilmente perceber que sofrer também é viver e que o bem-estar se revela pelo equilíbrio dentro de si em referência a uma condição de vida que é socialmente constrangente e reveladora de uma contextual condição humana, no sentido que Hannah Arendt (2001 [1958]) lhe dava, isto é, no campo de uma existência inevitavelmente sócio-política.

Paralelamente, qualquer pessoa notará que, estando numa ou noutra situação de vida, sente sempre algo que se revela como um desequilíbrio, que é, na maior parte das vezes, passageiro, o que empresta à experiência da doença um cariz ritual (Loux 1981; Collière 1999), como se se tratasse de um acontecimento que provoca uma transformação

ao nível da identidade do indivíduo, que se torna no protagonista de uma epifania (Denzin 1989).⁶

David Morris (2000), numa fase avançada do seu livro sobre a saúde e a pós-modernidade perguntava ao leitor se, por acaso, não sentiria alguma coisa semelhante a uma doença, como, uma dor lombar, deficiências de visão na leitura do texto, cansaço, dores no pescoço, enfim, qualquer coisa... Quando ele perguntou isso, tomei, de facto, consciência de que as costas me doíam. Se eu me queixasse a um médico, o que é que ele me diria? Que havia algum problema de saúde? Receitar-me-ia um qualquer fármaco? Ou, por outro lado, diria que era *normal*? Se fosse normal, em que é que essa dor diferiria dos estados ditos patológicos, em que, presumivelmente, a dor *sinaliza* um evento tipicamente mórbido e, por isso, é não apenas uma dor, mas um sintoma? Mais ainda: porque é que eu não pensei em queixar-me a um médico, se, com efeito, sentia uma dor? Será que o médico dentro de nós estava atento? Será que este médico-em-nós teria percebido que tal dor se devia ao meu comportamento, e não a qualquer lesão indiciadora de patologia? Será que esta dor é, apenas, um *sinal* de vida, do ser-aí-no-mundo, ou do *Da-sein*, de que Heidegger (2003 [1924]) falava, e que revela a realidade da nossa própria história no aqui e agora, traduzida na materialidade do nosso corpo?⁷ Essa dor não se explicará pela realidade do meu ser estar em jogo, de se jogar aí o meu ser? Não é, esta dor, um sinal do meu ser-aí enquanto vida humana, enquanto um ser-possível? Não se trata, então, essa dor, de uma investidura do mundo em mim pelo facto de eu viver no mundo? Será, então, o resultado desta mútua implicação, simultaneamente existencial e política?

Qual é, então, a fronteira entre o *normal* e o *patológico*? Será a lesão? E se a há, será ela patológica, isto é, distinta do não patológico – um *ente* – ou será um prolongamento *normal* das resistências do corpo à posição demorada a que foi sujeito, portanto, uma realidade meramente social? Georges Canguilhem ocupou praticamente toda a sua carreira em perceber se, de facto, a doença existia independentemente da vida da pessoa, opondo-se-lhe, ou se, pelo contrário, era uma condição de estar vivo (Macherey 2009). Essa

⁶ O aspecto transformador da doença tem provocado a produção de variadíssimas narrativas sobre as experiências de doença na primeira pessoa, como, por exemplo, a do médico Oliver Sacks (2000 [1984]).

⁷ O *Da-sein* é traduzido por “Ser-aí”; por vezes, aparece como “Ser-aí-no-mundo”. O seu sentido está relacionado com a associação íntima entre o Ser e o Tempo. Na *Carta sobre o Humanismo*, Heidegger referia que, através da linguagem, o pensar consome a relação do ser com a essência do homem, e que, por isso, o homem habita no ser através da linguagem, que se realiza pelo diálogo do sujeito com o mundo (1980 [1973]:37).

fronteira situar-se-á na diferença entre a actividade que o sujeito exerce na sociedade e a sua capacidade para a exercer? Será a revelação de uma possibilidade de ser-aí que simultaneamente revela uma impossibilidade de ser-aí?

Todas estas questões parecem ser legítimas num contexto de prestação de cuidados de saúde. Nelas revela-se a postura em jogo do corpo, num campo onde interferem forças do tipo existencial e vital e do tipo social e político (Karsenti 1998). Na interferência destas forças revela-se sempre uma interpretação sobre a própria vida, tal como defende George Canguilhem em toda a sua obra. Mais, a vida resulta por ser uma conjunção de forças que determinam o que os sujeitos são, mostrando-se como o produto de uma ideologia, ou melhor, como produto de um composto ideológico, que dá a ilusão de conferir essência à existência, como Jean-Paul Sartre acreditava. A condenação do homem à liberdade significa precisamente que, embora podendo agir por sua conta, o indivíduo nunca poderá exceder os limites impostos, primeiramente, pelas fronteiras da capacidade biológica e, em segundo lugar, pelas fronteiras da condição humana definidas pelo contexto sócio-político em que o indivíduo *é* no mundo. Ora, o saber biomédico interfere simultaneamente na existência e na essência do indivíduo, no *em-si* e no *para-si*, para usar os termos sartrianos. A biomedicina estabelece, por assim dizer, os modos de regulação biológica, pela indução de comportamentos que contrariam o comportamento tal qual ele existe nesse momento (isto é, um corpo alterado na sua condição biológica), e, através da emancipação da existência corporal do indivíduo, transforma a sua essência humana num *para-si* elaborado sob o prisma de uma reconceptualização biopolítica.

Independentemente de o indivíduo que vive uma experiência de doença ser da mesma cultura ou de culturas diferentes, ele está integrado numa rede social (McKinlay 1981), onde as pessoas que o rodeiam desempenham um papel fundamental no momento de acederem ao sistema de cuidados de saúde, que é formado, pelo menos, por três arenas respeitantes a cada sector social onde se prestam cuidados de saúde: o profissional, o popular e o *folk* (Kleinman 1978). Arthur Kleinman garante que, ao sector profissional, que é o que corresponde ao meio de desempenho da chamada medicina oficial, o lugar onde está o enfermeiro, portanto, apenas acede uma pequena parte das pessoas que vivem experiências de doença. Ao sector popular acorrerão entre 70% e 90% dos casos, o que significa – como Freidson (1988 [1970]) tinha reparado – que os casos que chegam aos hospitais e aos consultórios médicos não são representativos dos casos totais de experiências de doença, daí que não seja possível estabelecer uma verdade oficial sobre a doença enquanto experiência humana. Isto significa que a rede social onde a pessoa se

encontra, onde assumem especial preponderância os *outros significativos* (Lewis 1981), determina o caminho a seguir na esmagadora maioria das situações em que se experimenta a doença. Este aspecto relativiza a função social dos profissionais de saúde, acabando por contrariar a centralidade que a biomedicina reivindica no âmbito dos cuidados de saúde. Além disso, os comportamentos das pessoas quando vivem experiências de doença revelam apoiar-se em opiniões e pareceres daqueles que lhes estão mais próximos, relegando o recurso ao médico ou ao serviço de saúde dito oficial para um plano complementar. Decerto que não se pode negligenciar este facto, já que, além de ele condicionar os comportamentos sociais no que respeita ao modo como as pessoas lidam com a sua saúde, demonstra que as políticas de saúde ocupam uma posição relativa nesses comportamentos, e que não são tão determinantes como se poderia supor. Isto não significa que a função política da sociedade seja relativizada. A apoiarmo-nos nas teses que defendem a implicação recíproca do indivíduo com a sociedade, nomeadamente, entre outras, as de Marcel Mauss (1936), Norbert Elias (2004 [1987], 2006 [1939]), Michel Foucault (1999 [1975], 2007 [1979]), e Pierre Bourdieu (1972, 1979, 1989), bem como as posições da filosofia existencialista e fenomenológica, especialmente de Sartre (1999 [1943]), Heidegger (2003) e Nietzsche (2000 [1881-1887], 1962 [1872]), ou até da filosofia política utilitarista de Stuart Mill e de Jeremy Bentham, nenhum indivíduo vive, de facto, fora da sociedade.

Vários autores da corrente da antropologia médica crítica (Fassin 1996; Lock & Scheper-Hughes 1990; Turner 1992; Massé 1995; Thébaud-Mony 1991) incidem na importância deste aspecto, lembrando que “la production et la qualification des faits de santé est un enjeu politique” (Thébaud-Mony 1991, citada por Fassin 2000:101). Por esta razão, o estudo das representações da saúde não se deve fazer como se elas fossem simples formas mentais, que não interagiriam com o mundo prático e apenas aparecessem como marcas (no sentido que Foucault emprega o termo) da realidade. Além de marcarem a realidade, de funcionarem como sinais de leitura do mundo, as representações mostram com a humanidade interage com ele. Claudine Herzlich (2005 [1969]) foi severamente criticada por ter estudado as representações sociais da saúde e da doença distanciadas do contexto de vida das pessoas que as representavam. Este erro é por si reconhecido nas suas últimas publicações (Herzlich 2005 [1991]), onde valoriza o papel que as representações têm na construção da realidade, e vice-versa – ou seja, na dupla estruturação entre a *agency* e a *structure* (Giddens 1984), entre a vontade individual e a vontade geral –, estabelecendo-se as mesmas na inter-relação entre os indivíduos e a estrutura social e funcionando como um “*modo de pensamento sempre ligado à acção*, à conduta social e colectiva, uma vez que [elas] criam

ao mesmo tempo as categorias cognitivas e as relações de sentido que são exigidas” (Herzlich 2005 [1991]:59, itálico da autora). Isto significa que as representações da saúde e da doença, como todas as outras, resultam da interacção entre as pessoas e o meio social em que vivem, as quais, por sua vez, tratam sócio-politicamente o ambiente físico que ocupam. Daqui resulta que as representações da saúde e da doença são construídas localmente e que, por isso, os cuidados de saúde, eles próprios estruturados da mesma maneira, com práticas e representações locais, reflectem o meio social onde são produzidos e onde a sua utilidade é reconhecida. Como referem Francine Saillant e Éric Gagnon, “le domaine des soins n’est pas une réalité qui va de soi, transculturelle et évidente. Il apparaît dans un moment particulier et s’exprime différemment selon les contextes culturels, économiques et politiques” (1999:5).

Esta realidade tem duas repercussões igualmente úteis para esta discussão; elas são mesmo indissociáveis. Por um lado, as representações da saúde e da doença são especialmente conferidas pelas instituições médicas, “verdadeiras instâncias de consagração social do poder de definir o normal e o patológico” (Carapinheiro 1986:11). Como instrumentos de regulação das políticas da vida em variáveis escalas territoriais, as instituições médicas são extensões locais da própria razão de Estado – que representa a escala de racionalidade governamental mais abrangente em dado território nacional – como tal, reflectem nos seus modelos de organização as necessidades e os interesses do mesmo, criando-se um desfasamento entre a “razão sócio-técnica” e a razão de Estado, havendo lugar a que apareça, no caso específico da enfermagem, a “malaise de la profession”, provocada pela “tension entre l’idéal éthique du soin infirmier, les nouvelles exigences des patients et les impératifs de rentabilité de l’ “hôpital-entreprise”” (Bouvet & Sauvage 2005:2). Por outro lado, visto que as representações são construídas localmente, não se pode falar de doença ou de saúde a nível global ou universal, como se de uma realidade *real* se tratasse. Este realismo ingénuo (cf Roland Barthes, citado por Potter 1996:74) induz a biomedicina em erro e arrasta consigo as práticas dos profissionais de saúde. Por outras palavras, a doença e a saúde variam de cultura para cultura, logo, ao invés de apelarmos a uma visão transcultural da saúde e da doença, que pretenda desfazer as diferenças de sentido, devemos reconhecer a importância da diversidade de interpretações culturais sobre a saúde e a doença, o que obriga, no plano ético, a enveredar pela *creoulização* ética (cf. Bibeau e Corin 1994). Num contexto inexoravelmente multicultural, os enfermeiros – porque são eles que importam aqui – encontram-se num duplo dilema ético. Eles situam-se i) entre uma ética sócio-técnica traduzida numa *business history* (Donzé 2005) inspirada num

plano de governabilidade que traduz uma certa racionalidade do Estado acerca da vida dos indivíduos e das populações e uma ética profissional inspirada nos modelos de prestação de cuidados interiorizados no âmbito da sua formação e especialização técnica, e ii) entre uma ética universal e uma ética plural. Algures entre estes dois dilemas, os enfermeiros procuram as referências para organizar os seus sistemas de representações sobre o seu próprio papel, pois, acabam por descobrir, eventualmente, com desencanto, que a ética é mais ideológica que moral (Massé 2000). Para que essa organização seja possível, necessitam de realizar um exame de consciência profundo, cujo objectivo será descobrir onde estão fixadas as âncoras das representações que constantemente objectivam, seja por palavras, seja por actos. No centro destas tensões, o que eles precisam de reconhecer é a sua própria noção do que é a saúde e o que é a doença. Porque os enfermeiros são elementos fundamentais no sistema sócio-técnico (cf. Emery 1959) de prestação de cuidados de saúde, o acometimento de dúvidas e de tensões deve ser estudado com seriedade. No conjunto desse sistema, os enfermeiros são aqueles que mais tempo passam com os pacientes numa instituição, mantendo a sua presença ao longo das vinte e quatro horas do dia. Na verdade, são os únicos profissionais de saúde a terem um acompanhamento tão extenso. Por si só, este facto obriga a que eles tenham bem ciente qual é a sua posição, não apenas no seio do sistema sócio-técnico, mas também no seio da interacção terapêutica com o paciente. Visto que “une représentation est représentation de quelq’un autant que représentation de quelque chose” (Herzlich 2005 [1969]:11), ouvir o enfermeiro e observar a sua prática poderá ajudar a compreender que elementos estão em jogo no cuidado de enfermagem que possam caracterizar este para além do que os seus fundadores dizem ou mesmo para além do que os próprios enfermeiros pensam.

François Laplantine (2009 [1989]) sugere que o estudo das representações sobre a saúde e a doença pode realizar-se a partir: i) do estatuto social dos indivíduos, ii) dos sistemas etiológico-terapêuticos presentes, iii) dos modelos epistemológicos, e iv) de uma perspectiva diferencial das culturas de representação. Ora, sabendo-se que, como o próprio autor refere, estas linhas de investigação são interpenetrativas, e que, hoje, a representação da saúde e da doença não se constrói sem ser no contacto da cultura biomédica, importa mais do que nunca interrogar as lógicas dos sistemas etiológico-terapêuticos. Posto isto, a questão que dirige o presente estudo interroga sobre: como é que os enfermeiros representam a saúde e a doença num contexto de prestação de cuidados multicultural?

I. 2. OBJECTIVOS DO ESTUDO

O problema remete para o estudo de duas dimensões principais da realidade dos cuidados de enfermagem: as representações da saúde e da doença e o contexto multicultural da prestação de cuidados. Daqui resulta a necessidade de se estabelecerem dois objectivos principais, relacionados com a descrição de cada uma das dimensões. Este estudo cumpre-se, portanto, em i) caracterizar o cenário multicultural da prestação de cuidados de saúde na Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Portimão (UCCI-SCMP) e em ii) levantar as representações biomédicas da saúde e da doença tidas por parte dos enfermeiros.

O primeiro objectivo geral será atingido através do cumprimento dos seguintes objectivos específicos:

- a) levantar indicadores que permitam definir o conceito de multiculturalidade no âmbito da prestação de cuidados de saúde na Unidade;
- b) caracterizar a documentação e os serviços acessíveis ao doente estrangeiro;
- c) descrever o processo de integração do doente estrangeiro nos serviços por parte dos enfermeiros.

O segundo objectivo geral será atingido através do cumprimento dos seguintes objectivos específicos:

- a) entrevistar os enfermeiros sobre as representações que possuem sobre o processo terapêutico e sobre a saúde e a doença;
- b) descrever as práticas do enfermeiro em situações concretas de prestação de cuidados de saúde a doentes estrangeiros;
- c) identificar reacções dos doentes que revelem problemas de comunicação e/ou discordância em relação ao processo terapêutico.

I. 3. DESCRIÇÕES DE TERMOS

Don't ask for the meaning, ask what's the point

Ian Hacking (2003 [2000]:5)

Pela interferência representação-contexto, que se processa nas duas vias, podemos perceber como as representações da saúde e da doença são socialmente produzidas e são influenciadas pelos factores do contexto, tanto micro como macrosociológico, incluindo aqui os campos dos jogos de poder através dos quais se revela a biopolítica e a forma como esta se traduz num poder sobre a vida dos sujeitos e das populações, isto é, como um instrumento de governabilidade que faz sentir no corpo a racionalidade do Estado.

I.3.1. As representações da saúde e da doença

Enquanto representação social, a saúde é, simultaneamente, um projecto político e um projecto individual, significando que o seu estudo não pode omitir nenhuma destas duas dimensões da sua revelação. Enquanto projecto político e individual, a saúde mostra-se como um discurso que pretende regular, ou normalizar, a vida dos sujeitos, e é através dessa discursividade que o seu ideal se faz corpo, que se torna num *ethos* que remodela as relações entre a cultura, a sociedade e o indivíduo (Massé 2001).

Se a saúde é um discurso sobre a ética, então os elementos que o canalizam não passam de metáforas desse discurso, que, por sua vez, discursa sobre a ordem social e política (Hours & Selim 2000). Isto quer dizer que, no que concerne à saúde, os profissionais *de saúde* não passam de lugares de passagem do discurso da saúde, o qual assume, por seu meio, uma função material. E quer dizer também que, tanto os discursos sobre a saúde como os profissionais de saúde são representações criadas para efeito da medicalização da sociedade, assumindo, os últimos, a forma de sistema sócio-técnico. Esta é a tradução da biopolítica do Estado, que, portanto, pode ser acedida por intermédio do estudo das representações da saúde e da doença.

Nos Estados multiculturais, a política de reconhecimento parte da compreensão do Outro. Reconhecendo nós, com Andrew Fagan (2006), que a sociedade portuguesa não é culturalmente homogénea e que, por isso, no seu seio há interesses e visões do mundo

diferentes, e, reconhecendo, com Will Kymlicka (2008), que as minorias étnicas têm direitos culturais, entre os quais o direito à protecção dos efeitos de decisões institucionais e, com isso, o direito a inscrever-se no quadro da justiça social, através, nomeadamente, do reconhecimento da diferença, tal como Van Parijs (citado por Savidan 2010 [2009]) referiu, e, reconhecendo, igualmente, que a biopolítica é sempre um meio de representar a *raison d'État*, a sua governalidade, então, devemos igualmente reconhecer que é necessário estudar as representações da saúde e da doença como meio para compreendermos a problemática que está em jogo nos contextos de prestação de cuidados de saúde. Esta necessidade foi também identificada por Georges Devereux, como lembra Patrick Fermi, ou seja, “la clinique des personnes migrantes et de celles qui en subissent les effets devrait nous inciter à entendre les différences. La représentation n'est pas un pur reflet du monde, elle est aussi construction” (1998). Visto que as representações sociais da saúde e da doença estabelecem um elo histórico e um elo lógico com o real (ora porque são inscritas no tempo, ora porque são formas de construção da realidade), o seu estudo permite perceber como, na contingência dos contextos, os grupos sociais lidam com a vida corporal, “dans la mesure où la maladie, signifiant social, fait objet de discours qui, variant en fonction de l'histoire et selon les insertions sociales et groupales des acteurs, donne sens et orientations aux pratiques privées et institutionnelles” (Jodelet 2006:219). Estudar as representações da saúde e da doença ajuda-nos, portanto, a compreender a biopolítica traduzida pelos aparatos do Estado através das acções individuais, isto é, o sentido que as pessoas dão à vida, como defende Janine Pierret (2006). Ora, tal vantagem do estudo das representações da saúde e da doença adquire ainda maior valor num contexto multicultural, onde, o que importa no estado actual é compreender como os diferentes grupos étnicos vêem o mundo e o sentem através do corpo.

Situando-se no centro da racionalidade médica, a relação entre a saúde e a doença transformou-se no busílis da problemática antropológica sobre o acto médico ou clínico. As abordagens sobre a saúde e a doença são díspares e evoluem ao longo da história. Na minha pesquisa, encontrei três classificações dessas abordagens, que não são coincidentes nem nos táxones utilizados nem nos períodos cronológicos (cf. Fassin 2000; Good 1998 [1994]; Grønseth 2009). Destas três classificações apoio-me no resumo realizado por Sylvie Carbonnelle (2006) sobre a de Byron Good, por ser a que versa directamente sobre as representações da saúde.

Good distingue quatro tradições no estudo das representações da saúde e da doença: i) a empirista, ii) a cognitivista, iii) a interpretativista, e ii) a crítica. A primeira

situa-se entre as décadas de 20 e 50 do século XX e entende as doenças como crenças; a segunda situa-se entre a década de 50 e a de 60 e trata as doenças como modelos cognitivos; a terceira tem o seu início na década de 70 e mantém-se na actualidade, e olha para a doença como um sistema de sentido, finalmente, a quarta teve início na década de 80 e prolonga-se no presente, e vê a doença como uma mistificação. Irei desenvolver aqui estas correntes apenas com a intenção de fornecer o quadro geral em que se enquadra a perspectiva do presente trabalho, não sendo intenção fazer uma análise de cada uma destas tradições, o que, aliás, só por si, justificaria a realização de uma história da ciência.

A primeira tradição caracteriza-se pelas abordagens da antropologia médica de William Rivers (apud Fainzang 2000), que publicou, em 1924, *Medicine, Magic and Religion* (são conhecidas leituras realizadas por Rivers e por Elliot Smith já em 1915 e 1916 no Royal College of Physicians onde se apresentam algumas definições de saúde e de doença levantadas na Melanésia e na Nova Guiné, mas que só foram publicadas em 1924). Rivers tinha como objectivo estudar a natureza dos conceitos de doença elaborados nas diferentes sociedades, tendo concluído que as práticas médicas “primitivas” derivam de crenças e que tomam um sentido apenas em relação a elas. Rivers considera que a medicina é um processo social que deve ser estudado como os outros processos sociais e que a prática medicinal “primitiva” assenta em princípios tão lógicos como aqueles que se acredita ter a medicina moderna.

Segundo Fainzang (2000) este foi o primeiro trabalho de antropologia médica, que motivou o surgimento de outros que se distribuíram em duas orientações: a funcionalista e a cognitivista. Na primeira destacou-se Hallowell, que, num artigo publicado em 1941, destacou que “l’interprétation et le traitement de la maladie remplissent une fonction de contrôle social dans les sociétés dépourvues d’institutions politiques et judiciaires spécialisées pour régler les conflits et imposer le respect de leurs normes” (apud Fainzang 2000). Um pouco mais tarde, Ackerknecht (1946) defendeu, sob o prisma do relativismo cultural, que as sociedades tinham modelos médicos diferentes e igualmente válidos. Estes modelos organizavam-se internamente de modo funcional.

Na classificação coligida por Carbonnelle, estes são os estudiosos que compõem a primeira fase da antropologia médica, na qual a doença era entendida como crença. Porém, Fainzang (2000) inclui também nesta classe Victor Turner (1968), que estudou os rituais Ndembu, e que descobriu que estes procuravam a causa das doenças no contexto social do doente. O curandeiro fazia, então, uma análise da situação social do doente, incluindo a sua localização na estrutura social e as relações que tinha com o meio.

Para Fainzang (2000), a tradição cognitivista é representada por Evans-Pritchard (1968), devido à sua tese segundo a qual, a bruxaria que os Azande praticavam com o objectivo de descobrir as causas das doenças tinha sentido nesse contexto. Na perspectiva cognitivista, a doença é considerada, sob o ponto de vista das medicinas locais, como sendo relevante para a própria cultura, sendo trabalhada por esta através da linguagem. “L’idée majeure au sein de cette tendance – diz Carbonnelle – fut de reconnaître la “rélativité culturelle” de la maladie, à savoir qu’elle dépend de la culture et de l’éthique d’une société et varie selon celles-ci” (2006:14). Byron Good inclui nesta linha de investigação o trabalho de Arthur Rubel (1964) sobre o susto, realizado no México.⁸ As consequências principais das conclusões destes estudos observam-se na nova abordagem sobre a saúde a doença, que passam a ser entendidas como construções cognitivas que variam de cultura para cultura. Isto significa que, nas sociedades ocidentais, os programas de saúde devem ser entendidos como sistemas culturais, que é necessário compreender para se adoptarem comportamentos e ideias. Esta mesma conclusão tinha sido atingida por Benjamin Paul (1955), considerado o fundador da abordagem cognitivista sobre a saúde e a doença. Durante a década de 60 foram realizados vários trabalhos dentro desta perspectiva, que contribuíram para a compreensão das tradições medicinais nas grandes e nas pequenas culturas (Carbonnelle 2006:15).⁹

A partir da década de 70 testemunha-se uma das fases mais profícuas dos estudos sobre as representações da saúde e da doença. As abordagens guiam-se pela intenção de se interpretarem os sistemas médicos como sistemas culturais (cf Kleinman 1978). Os estudos apoiam-se na hipótese de que a doença não é uma entidade, mas um modelo explicativo: “la culture n’est donc plus seulement un moyen de représenter la maladie, mais elle participe à sa constitution en tant que réalité humaine. C’est alors le rapport entre la culture et la maladie qui est placé au centre des analyses.” (Good 1998 [1994]:125-6, citado por Carbonnelle 2006:15). Isto significa que a doença tem o seu fundamento no sentido e na compreensão; ela é traduzida como um acto interpretativo sobre a experiência da crise e, por isso, só pode ser compreendida por uma *démarche* interpretativa.

⁸ É conhecida uma reedição de 1984 com alterações. O Susto foi estudado também em comunidades de imigrantes na Austrália por Geoff Holloway (1994). Recentemente, Arthur Rubel voltou ao tema do susto, publicando um artigo juntamente com Carmelle Moore (2001).

⁹ Ver, por exemplo, o primeiro trabalho de Claudine Herzlich (2005 [1969]). Dentro ainda da tradição cognitivista enquadra-se o volume editado por Peter Morley e Roy Wallis (1978).

Esta *démarche* apoia-se na definição do sistema de práticas medicinais como não se podendo separar dos restantes sistemas culturais e que, no seu interior, esse sistema de práticas envolve diferentes agentes, centrados na interacção médico-paciente. É possível reconhecer uma tradição francófona e uma anglo-saxónica. A primeira incide os seus estudos sob uma perspectiva da saúde e da doença como significantes sociais; a segunda estuda especialmente os modos de operacionalização que as sociedades dão às representações da saúde e da doença, ou seja, vêem a saúde e a doença como significados de práticas sociais.¹⁰

Kleinman sustenta a sua tese na ideia segundo a qual, a doença é interpretada diferentemente pelo paciente, pelo médico e pela sociedade. As diferenças nos modelos explicativos da doença foram, primariamente, estudadas por referência à distinção entre modos especiais de ver a doença, quer se trate de uma patologia identificada pelo médico (*disease*), uma experiência do paciente (*illness*) ou um papel social com tipificação de comportamentos baseados em expectativas da sociedade (*sickness*). Por um lado, temos a pessoa que experimenta a doença, por outro temos aqueles que dizem se ele deve ou não estar doente, que o *rotulam* como tal.¹¹ A identificação da doença liga-se à identidade da pessoa, que passa, conforme o profissional acreditado o diga, da condição de saudável para a de doente, ou vice-versa. O vestir do *sick-role*¹² é uma imposição de alguém. Mesmo as pessoas que experimentam doenças podem não aceitar a condição de serem socialmente considerados doentes. No plano oposto, temos o todo-poderoso médico, que é o principal construtor das realidades clínicas (Freidson 1960, 1988 [1970]).

¹⁰ A tradição francófona é sobretudo representada por Claudine Herzlich (2004, 2005) e Marc Augé (Augé & Herzlich 1994 [1984]), Janine Pierret (2003), François Laplantine (1984, 1992 [1986]) e Denise Jodelet (2006). No Canadá, destacam-se os trabalhos de Sylvie Fainzang (1999, 2000, 2001), Jean Benoist (1981, 1996, 1993, 2002), Jean Benoist e Pascal Cathebras (1993) e de Marc-Adélar Tremblay (1982). Na tradição anglo-saxónica, destacam-se, em especial, Mervyn Susser (1974, 1990), Arthur Kleinman, Leon Eisenberg e Byron Good (1978), George Engel (1973) e Cecil Helman (1981).

¹¹ Aqui ajusta-se a teoria do *social labeling*. Inicialmente elaborada com base na noção de rotulagem do desvio, de Edwin Schur (1971), funda-se na ideia que a doença é um desvio, no sentido parsoniano, e depende da posição social do indivíduo doente e das normas da sociedade (cf. Waxler 1981).

¹² O *sick-role* refere-se ao papel que a pessoa doente desempenha na sociedade, como se exercesse uma função no plano exterior à sociedade dos saudáveis. O conceito foi inicialmente construído por Talcott Parsons (1951) e tomou razão de ser após a detecção, por parte de Michel Foucault, do registo histórico de um processo de medicalização da sociedade.

Entre a realidade dos leigos e a realidade dos especialistas opera-se uma tradução, sempre com base no vocabulários dos últimos, produzindo-se, assim, a saúde, tal como ela *deve* ser entendida. Kleinman (1978:87 e segs.) chama a este vocabulário modelos explicativos (*explanatory models*).¹³ Segundo ele, estes modelos “construct different clinical realities for the same sickness episode, which in turn are reflected in discrepant expectations and miscommunication, and ultimately in poor clinical care” (1978:88). Este autor frisa a importância que a compreensão da linguagem do leigo tem para o bom encaminhamento do processo clínico, referindo que a insatisfação do paciente em relação a esse processo não resulta de problemas com o conhecimento técnico e científico do profissional de saúde,¹⁴ mas sim com a maneira como é tratado como pessoa. Para o entendimento correcto das linguagens detidas por cada um dos elementos da interacção clínica ser possível é necessário fazer uma negociação de modelos partilhados, que resultam do confronto e adequação dos modelos relativos, resultando numa aliança terapêutica (Katon & Kleinman 1981).

Nesta aliança residirá a confiança entre o paciente e o profissional de saúde e, tanto a *help-seeking career* (McKinlay 1981), grandemente influenciada pelo grupo social onde o indivíduo se integra, como a *sickness career* (Twaddle 1981) se processarão com maiores garantias de sucesso, visto que, através da negociação dos modelos partilhados, se combate o medicocentrismo (Pfifferling 1981) e se zela pela circulação das significações, condição necessária para uma efectiva alteridade nas interacções terapêuticas (Saillant & Gagnon 1999).

Ainda nesta abordagem, é incontornável o trabalho de François Laplantine (1984, 1992 [1986]). Adoptando uma metodologia estruturalista, o antropólogo definiu pares de oposições que configuram modelos etiológicos e modelos terapêuticos. A noção de modelo etiológico parece coincidir com a noção de *explanatory model* de Kleinman. Para Laplantine, o modelo é uma “construction théorique que ne saurait se substituer aux discours tant des

¹³ Byron Good (1994, 1980) reelaborou o conceito de “modelo explicativo” e, a partir da ideia segundo a qual este é construído por vários autores por meio de múltiplas narrativas, forjou o conceito de “rede semântica” (apud Coelho & Filho 2002).

¹⁴ Kleinman refere-se concretamente ao médico. O estudo da comunicação terapêutica em enfermagem a partir da utilização de modelos explicativos nos processos de cuidado não tem preocupado os investigadores, que passam simplesmente ao lado deste problema. Este factor talvez se deva à centralidade atribuída ao médico no destino que as interacções clínicas tomam, olhando-se para o enfermeiro como alguém que apenas segue o que o médico diz, omitindo-se a autonomia relativa que existe entre o tratar e o cuidar.

malades que des médecins puisqu'il a précisément pour but d'en rendre compte, en mettant en évidence ce que ces derniers dissimulent. [...] Est une matrice qui consiste dans une certaine combinaison de rapports de sens et qui commande, le plus souvent à l'insu des acteurs sociaux, des solutions originales, distincts et irréductibles, pour répondre au problème de la maladie” (1992 [1986]:43-4). Os modelos são, então, as partes visíveis das tais redes semânticas de que fala Byron Good (1994, 1980), e representam as interpretações dos vários agentes envolvidos nos processos médico-terapêuticos. Segundo Laplantine, a doença pode ter duas representações principais: a ontológica – que confere à doença uma realidade própria, autónoma em relação ao paciente e que orienta a atenção para a doença; e a funcional – que traduz uma ruptura de equilíbrio, ou seja, um acontecimento que afecta o paciente na sua globalidade e orienta a atenção para o doente (1992 [1986], apud Dapreri 2004). Segundo esta classificação, a doença pode ser algo exterior ao corpo e ser o contrário de saúde, remetendo, então, para um tratamento que funcione como uma jugulação alopática de uma positividade inimiga (Laplantine 1992 [1986]), cujo objectivo é negar os sintomas; ou ser algo próprio ao corpo, uma alteração, que não é necessariamente diferente da saúde, e que remete para um tratamento regulador, não antagonista aos sintomas. Assim sendo, a doença existe (é um *onthos*) ou não existe (é uma perturbação). No primeiro caso, a doença é considerada uma realidade de *per se*; no segundo, é um sentido e um valor. Ou ainda, no primeiro caso, é uma alteridade; no segundo é uma alteração (Laplantine 1984). Estas representações principais apresentam quatro variações que se reflectem em quatro estruturas etiológicas e suas correspondentes estruturas terapêuticas, que, no conjunto formam “constelações etiológico-terapêuticas” (Laplantine 1992 [1986]:41). Os modelos etiológicos são estabelecidos nas oposições: ontológico/relacional, exógeno/endógeno, substractivo/aditivo e benéfico/maléfico. Os modelos terapêuticos estruturam-se nas oposições: alopático/homeopático, exorcístico/adorcístico, aditivo/substractivo e sedativo/excitativo (Laplantine 1992 [1986]:41-3). Apesar de constituir um avanço na compreensão dos vários sistemas de representações da saúde e da doença, que se relacionam directamente com as atribuições, esta classificação, como todas, aliás, é redutora. Além disso, como bem observou Louis-Vincent Thomas no Prefácio da obra, os seus modelos não são operatórios. Thomas critica o facto de, por exemplo, Laplantine considerar a cirurgia como essencialmente substractiva, não explicando como é que as cirurgias plásticas, ou a neurocirurgia, baseadas na aplicação de enxertos, ou até as cirurgias de ortopedia, se possam caracterizar pela subtracção.

A abordagem interpretativista é criticada pela excessiva atribuição de racionalidade aos relatos dos pacientes. Raymond Massé é um dos principais críticos desta atitude. Para este autor, a demasiada dependência das representações da saúde e da doença dos contextos culturais polariza as abordagens entre “ancrages locaux et les défis globaux” (2006:7). Limitando-se à descrição dos saberes e das práticas, a abordagem interpretativista descarta “la critique politique des impacts des rapports sociaux inégalitaires (de genre, de classe, Nord-Sud, ethnique, etc.) et des rapports de pouvoir, de se cantonner dans une vision culturaliste des rapports à la santé en mettant de côté les dimensions économiques et politiques, d’isoler les savoirs et les pratiques reliés à la santé et à la maladie des autres dimensions de la vie sociale” (2006:8). Alan Young (apud Coelho & Filho 2002) havia referido que nem Kleinman nem Good analisaram as relações de poder nos discursos e nas práticas médicas. Gilles Bibeau e Ellen Corin (1994) acusam a abordagem interpretativista de não considerar a construção estrutural da condição patológica, nomeadamente por efeitos patogénicos do ambiente sobre a pessoa e por regulação do que é a patologia pelos modelos políticos.

Estas posições definem o mote da abordagem crítica da antropologia da saúde, que estabelece um corte com as abordagens anteriores, ditas “clássicas”. Segundo Massé, “L’un des principaux enjeux contemporains pour l’anthropologie de la santé sera [...] de réconcilier ces deux approches, classique et critique. [Si] l’anthropologie souhaite conserver sa spécificité aux côtés de la sociologie de la santé, de l’économie politique de la santé, de la philosophie de la santé, de la géographie de la santé, elle doit miser sur ses habilités à concilier analyse microsociale et macrosociale et analyse des déterminants culturels et politiques et économiques de la santé” (2006:8).

Largamente inspirada pelos trabalhos de Michel Foucault, a antropologia crítica entende que a saúde e a doença são tanto mistificações como significações, isto é, são elaborações realizadas de acordo com os jogos de poder que se realizam e que, portanto, escondem as reais razões de serem interpretadas como são. São formas camufladas das relações sociais e das relações de poder.

Considera-se que todo o cenário construído à volta da saúde e da doença configura um uso do conhecimento científico e da sua legitimidade. É nestes termos que os sistemas

sócio-técnicos traem o sujeito,¹⁵ pois que se associam a políticas da vida que, mais não são que ideologias (Canguilhem 2009 [1977]), no sentido da primeira tese de Althusser sobre o conceito, ou seja, de ideologia como representação do “rapport imaginaire des individus à leurs conditions réelles d'existence” (1976:68), referindo-se à sua concepção particular, isto é, “comme des travestissements plus ou moins conscients de la nature réelle d'une situation” (Mannheim 1956 [1929]:24), muito semelhante à noção popular de “mentira”, que pode ter lugar nas interações clínicas (Fainzang 2005).

No final, resulta que, ao longo da história se vão construindo sistemas sócio-técnicos, caracterizados, no caso das profissões de saúde, por um misto de modos de gestão de políticas da vida e de uma tecnologia (Donzé 2005) utilizada e instrumentalizada (cf. Habermas 1987 [1968]) como meio de aplicação dessas políticas.

Nas palavras de Didier Fassin (2000), a versão oficial sobre a saúde acaba por resultar de uma negociação – desequilibrada, bem entendido – entre as políticas do vivo e as políticas da vida onde estas ditam as regras do jogo. O resultado deste jogo é a produção da saúde e da doença como “une traduction de réalités sociales dans le langage sanitaire [...]” (Fassin 2000:109). Para Fassin, “ce sont bien les *effets de sens* ainsi constitués qu'il s'agit de réperer et d'interpréter. Ces effets de sens sont d'ailleurs d'autant plus importants à saisir qu'ils tendent à échapper à l'analyse par un double mécanisme d'opacification. D'une part, la santé semble toujours faire consensus. [...] D'autre part, la santé paraît toujours une affaire de spécialistes. Ses discours et ses dispositifs prétendent offrir des solutions techniques à des problèmes concrets, indépendamment de toute position idéologique: que viendraient faire le citoyen et, *a fortiori*, l'anthropologue, eux qui sont tellement étrangers au savoir biologique et médical? C'est donc à la fois contre la propension *compassionnelle* et au-delà des apparences *techniciennes* qu'il s'agit de rendre la santé signifiante” (2000:109). Ou seja, como as representações da saúde e da doença às quais temos acesso pelos comportamentos e pelas palavras dos técnicos escondem o verdadeiro sentido dessas experiências, esta dimensão oculta (cf. Hall (2005 [1966])), só é apreensível se mergulharmos no tabuleiro onde se desenham os campos que servem de aparato de camuflagem às regras do jogo possíveis.

A saúde e a doença são resultados tornados possíveis pelas condições em que as relações de poder se organizam nos vários campos envolvidos na sua definição; são

¹⁵ No sentido dado por Julien Benda (2003 [1927]). A este respeito, é também relevante a conversa entre Foucault e Deleuze sobre os intelectuais e o poder na “Microfísica do Poder” (1979).

realidades humanas traduzidas para linguagem técnica com a ajuda de um dicionário político. É neste jogo linguístico (cf. Wittgenstein 1968 [1921]) que se transformam as realidades em falácias categoriais, no sentido que Kleinman (1987) lhes dá.¹⁶ Daqui surgem definições arbitrárias do que é normal e do que é patológico, competindo à antropologia não se bastar a interpretar o sentido das representações, tomadas fora do seu contexto de formação, sob pena de estar a contribuir para a construção de um discurso biomédico homogêneo: a sua função é criticar o modo como as representações são construídas e distribuídas, só assim será capaz de lhes captar o seu regime de verdade. Considerando-se, portanto, a saúde e a doença como representações mistificadas, a sua análise “implique dès lors de démasquer des intérêts dominants afin de ne pas transformer des problèmes sociaux et politiques en troubles médicaux, ce qui relèverait d’une “neutralisation” de la conscience critique” (Good 1998:136, citado por Carbonnelle 2006:17). Não se trata, de acordo com a noção de *regime de verdade* de Foucault, de encontrar a verdade das representações, mas sim, de colher a grelha de leitura e descodificação da realidade (Mannoni 2003:119). Foi isso que procuraram os principais representantes desta nova corrente de estudo das representações sociais da saúde e da doença, onde se destacam Nancy Scheper-Hughes (1995, 2002), Didier Fassin (1996, 2000, 2005), Guy Rumelhard (1998), Raymond Massé (2001), Bernard Hours (2001), Jean Benoist (1996), Sylvie Fainzang (2000), entre outros.

Os diferentes estudos da antropologia médica e da saúde mostraram até este ponto que a saúde e a doença são elementos da construção social da realidade produzidos pelo jogo conceptual que confronta as visões leiga, técnica e política. Cada visão tem os seus modelos epistemológicos distintos. A diferença mais discutida é entre modelos leigos e modelos especializados (técnicos): estes vêem a doença como algo extraordinário, com a sua ontologia própria; aqueles vêem-na como uma experiência que altera a condição de vida. Os primeiros vêem a doença como um Outro; os segundo vêem-na como um Mesmo diferente. A primeira abordagem é do tipo biomédico e é partilhada pelos especialistas; a segunda é biopsicossocial e é própria do leigo (Fabrega 1974, 1977; Engel 1977).

¹⁶ Uma falácia categorial é “the reification of a nosological category developed for a particular cultural group that is then applied to members of another culture for whom it lacks coherence and its validity has not been established” (Kleinman, 1987:452). Trata-se da convicção de que os conceitos usados na racionalidade ética bastam para abafar a racionalidade émica. A divisão ético-émico foi introduzida na linguística formal por Kenneth Pike (1967), e foi relacionada aos contextos concretos por Marvin Harris (1975, 1976), e enquadra precisamente o modo como as falácias categoriais são construídas.

A discussão anda sempre à volta da estrutura radical que descreve a relação entre a saúde e a doença, e foca-se na qualidade das relações entre o *normal* e o *patológico*. As duas posições sobre a interpretação desta estrutura são responsáveis pelas maiores divergências nas representações da saúde e da doença. A este propósito, Joel Birman lembra que é às categorias de normal e patológico “que se deve retomar, sempre que se queira discutir os sentidos da saúde nos novos contextos que se anunciam” (1999:9-10). Por outras palavras, não podemos compreender os modelos de representação da saúde e da doença em qualquer contexto, incluindo o multicultural, se não percebermos o que está em jogo nessa relação. Georges Canguilhem (2007 [1966]) diz que é a própria vida.

I.3.1.1. A relação entre normal e patológico e a origem da biomedicina

Canguilhem (2007 [1966]) parte do exemplo de duas medicinas antigas contrárias para mostrar como a doença é socialmente definida. Por um lado, a medicina egípcia, que faz uma representação ontológica do mal, entendia a doença como algo que entra no e sai do homem como que por uma porta; por outro, a medicina grega, que, tal como as práticas hipocráticas estabelecem, entende a doença como algo dinâmico, um desequilíbrio entre os humores do corpo. Influenciado pela filosofia da vida de Alain (1895), seu professor, Canguilhem combatia o determinismo ambiental, não aceitando “que le réel puisse être considéré comme un donné non susceptible d’être transformé” (Braunstein 2000:12).

Nesse sentido, Canguilhem (2007 [1966]) combateu as ideias de Comte e de Broussais, segundo as quais, os fenómenos patológicos decorrem de variações quantitativas no interior do organismo e traduzem-se, não por prefixos “a” ou “des”, mas sim “hipo” ou “hiper” à volta de um ponto central que representa um valor médio ao qual corresponderia o estado “normal”, de acordo com a teoria do Homem Médio, de Adolphe Quetelet. Para Canguilhem (2007 [1966]), a saúde e a doença diferem em termos qualitativos, pois que, elas são sustentadas numa estrutura vital; enquanto a saúde é uma norma superior, que permite a transformação da condição por instituição de novas normas, a doença é uma norma inferior, que impede o indivíduo de se libertar dela por espontânea vontade. A estrutura vital constitui a própria normatividade, que consiste na potencialidade de a vida se adaptar, de acordo com uma resposta ao ambiente, ou mesmo como meio de o alterar, de acordo com a teoria do Síndrome de Adaptação Geral, de Hans Selye (1936, 1946), e a

teoria das respostas *fight or flight*, de Walter Cannon (1932), que cunhou o conceito de homeostase, em 1926, a partir do de *milieu intérieur*, de Claude Bernard (1966 [1865]).

A doença é um estado temporário, que serve, sobretudo, para definir a saúde. Canguilhem “argumenta que se a possibilidade de testar a saúde pela doença fosse eliminada, o ser humano não teria mais a segurança de ser saudável” (Coelho & Filho 2002:322). Se pela doença se define o estado saudável, então, tanto a doença como a saúde têm um carácter normativo e são estados que traduzem a normalidade da vida, logo, tanto a saúde como a doença são normais. Sendo assim, o patológico é normal; um e outro são dois estados do mesmo princípio vital, daí que, contrariamente à visão biomédica, não possamos considerar o patológico fora do plano da normalidade. Ambos os estados são suportados pela norma vital. Em termos epistemológicos, estas considerações levam a que seja dada a primazia aos aspectos clínicos ao invés de aos fisiológicos, isto é, a medicina deve apoiar-se na observação e na perspectiva do paciente e não apenas nos exames físicos, já que estes variam conforme os organismos, o que significa que não existe uma quantificação do estado saudável e que os valores médios de Quetelet não servem para estabelecer o diagnóstico e o tratamento; no máximo, a quantificação deve ser entendida sobre o mesmo indivíduo, ao longo de um prazo longo de tempo, para se poder discernir sobre que valores são “bons” e sobre que valores são “maus”.

O que Canguilhem nos ensina é que a doença e a saúde são socialmente construídas (Hoffman 2007). A intenção da sua tese é contrariar a continuidade entre o fisiológico e o patológico, e não a continuidade entre o normal e o patológico. A continuidade entre o fisiológico e o patológico foi defendida por Broussais, que pensava que a passagem do estado saudável ao de doença acontecia sempre que houvesse um déficit ou um excesso de excitação em relação a um ponto considerado normal, que estabelecia a fronteira entre o fisiológico e o patológico (Canguilhem 2007 [1966]). Esta tese era semelhante à de Brown, que encontrava nas mudanças quantitativas da incitabilidade para além ou aquém do “normal” as razões da doença (Canguilhem 2007 [1966]). A escala da incitação construída por Lynch, um seu aluno, foi considerada por Daremberg um “véritable thermomètre de la santé et de la maladie” (citado por Canguilhem 2007 [1966]:28). Ora, para Canguilhem (2007 [1966]), a excitação poderia exceder os limites ditos “normais” durante os processos de adaptação, como Selye (1946) havia demonstrado.

A detecção das fontes do mal no corpo foi feita primeiramente por Bichat, o fundador da histologia – Michel Foucault (2007 [1963]) considera-o o pai da anatomia patológica –, cujas experiências foram publicadas no seu *Tratado das membranas*, em 1827.

Esta detecção revolucionou a forma como se *olhava* para a saúde e para a doença. Pela primeira vez foi possível perceber (leia-se, perceber) o mal, vê-lo, tocar-lhe, manipulá-lo... Contrariamente a Comte e a Broussais, Bichat defendia que a irritabilidade e a irregularidade eram características da vida, que é naturalmente dinâmica. Para Bichat, a saúde existia quando as propriedades fisiológicas se encontravam no seu estado natural e a doença acontecia sempre que essas propriedades se encontrassem aumentadas, diminuídas ou alteradas. Canguilhem encontra aqui um sinal de ambiguidade: tanto Bichat como Comte e Broussais misturavam valores quantitativos (aumento e diminuição) com valores qualitativos (alteração). Esta confusão entre valores quantitativos e qualitativos é especialmente detectável em Comte, que teria matematizado a biologia no seu *Cours de Philosophie Positive*, publicado em 1905, não sem incluir nessa intenção um pendor ideológico, caracterizado pela tentativa de criação de uma filosofia política. Ele “se justifie d’affirmer que la thérapeutique des crises politiques consiste à ramener les sociétés à leur structure essentielle et permanente, à ne tolérer le progrès que dans les limites de variation de l’ordre naturel que définit la statique sociale” (Canguilhem 2007 [1966]:31). Sendo assim, a bioestatística de Comte, tal como a física social de Quetelet, tem a função de instrumentalizar uma ideologia de regulação social.

Com Claude Bernard surgiu a patologia experimental, inspirada em Comte e em Magendie (este último, seu mestre). Estes três nomes, diz Canguilhem (2007 [1966]), eram indissociáveis. A fama de Bernard advém essencialmente do seu trabalho sobre a diabetes. O comportamento da diabetes mostrou-lhe que o elemento potenciador de doença pode existir sem se sair do estado normal. A glicémia, diz Bernard (citado por Canguilhem 2007 [1966]:36), é um “phénomène normal et constant de l’organisme à l’état de santé. Il n’y a qu’une glycémie, elle est constante, permanente, soit pendant la diabète, soit en dehors de cet état morbide. Seulement elle a des degrés...”. Em acordo com Comte e com Broussais, Bernard também entende que a diferença entre saúde e doença é de grau. E também em acordo com eles, Bernard fala de “exagero”, “desproporção”, “desarmonia”, misturando valores quantitativos e valores qualitativos.

Com base nos exemplos apresentados, Canguilhem pergunta: “le concept de maladie est-il le concept d’une réalité objective accessible à la connaissance scientifique quantitative?” (2007 [1966]:40). Denotando dificuldade, a partir da quantificação dos indicadores, de atestar da saúde do indivíduo, os autores acima referidos tendem a não aceitar a possibilidade de haver uma saúde perfeita, o que significa que só existem doentes Canguilhem (2007 [1966]). Ora, para Canguilhem, esta resposta não é solução. Optando

por fazer uma filosofia do homem imperfeito,¹⁷ Canguilhem é céptico quanto à existência do homem perfeito, vitruviano, já que, para ser perfeito, o homem teria que dar existência a si próprio.

Todos os exemplos apresentados por Canguilhem são unidos pelo princípio da identidade entre a fisiologia e a patologia. Bernard representa a unidade no pensamento de Comte, Broussais, Magendie e Bichat, que é traduzida na tese segundo a qual a fisiologia é a condição da realização de uma patologia experimental, que é o método terapêutico por excelência. A ser assim, doença e saúde são apenas diferentes porque indicam valores biométricos (cf. Galton) e antropométricos (cf. Quetelet) diferentes. Ora, para Canguilhem é precisamente o contrário. Ligadas pela normatividade vital, doença e saúde correspondem a dois estados diferentes. A doença é para o doente “une autre allure de la vie” (2007 [1966]:51). Quer dizer que a própria pessoa difere num e noutro estado; é o “Mesmo diferente”. O estado patológico, portanto, “n’est pas un simple prolongement, quantitativement varié, de l’état physiologique, qu’il est bien autre” (Canguilhem 2007 [1966]:51). Para Leriche, por exemplo, refere Canguilhem, o indivíduo não importa para efeitos de diagnóstico e de terapêutica. Segundo este último, a saúde é a inconsciência do corpo e a doença a consciência dos seus limites. A definição de doença só tem utilidade para a consciência, sendo irrelevante para a ciência. A este respeito, Canguilhem é claro: “C’est [...] parce qu’il y a des hommes qui se sentent malades qu’il y a une médecine, et non parce qu’il y a des médecins que les hommes apprennent d’eux leurs maladies.” (2007 [1966]:53-4). E, conclui: “la vie est polarité” (2007 [1966]:79).

A questão de fundo da tese de Canguilhem e que serve os propósitos de discussão no presente trabalho traduz-se na problematização da relação entre a abordagem biomédica da saúde e da doença e a sua abordagem biopsicossocial. No final, todas as representações da saúde e da doença se arrumam nestas duas abordagens. E, num contexto multicultural, a última é não apenas necessária como a única possível, já que os indivíduos oriundos de culturas e etnias diferentes trazem consigo representações diversas sobre a saúde e a doença, o que requer atenção por parte dos profissionais de saúde, que representam a

¹⁷ Maurice Merleau-Ponty havia criticado o facto de, tradicionalmente, a filosofia só filosofar sobre o homem adulto e saudável, e não sobre o homem infantil e doente. Na sua perspectiva, “o conhecimento [...] das crianças e dos doentes permaneceu, durante muito tempo, rudimentar, em virtude dos mesmos preconceitos: as perguntas que o médico ou o experimentador lhes faziam eram questões de homem, não se tentava compreender como vivem por sua conta, mas medir a distância que os separa do adulto ou do homem são nas suas condições ordinárias” (2003 [1948]).

saúde e a doença sob a perspectiva biomédica. Para Canguilhem como para nós, o princípio é simples: “en matière de normes biologiques c’est toujours à l’individu qu’il faut se référer”. [E,] “une moyenne, statistiquement obtenue, ne permet pas de décider si tel individu, présent devant nous, est normal ou non. Nous ne pouvons pas partir d’elle pour nous acquitter de notre devoir médical envers l’individu. S’agissant d’une norme supra-individuelle, il est impossible de déterminer l’“être malade” [...] quant au contenu. Mais cela est parfaitement possible pour une norme individuelle” (Canguilhem 2007 [1966]:118). Sendo assim, “la frontière entre le normal et le pathologique est imprécise pour des individus multiples considérés simultanément, mais elle est parfaitement précise pour un seul et même individu considéré successivement” (Canguilhem 2007 [1966]:120). Por outras palavras, não pode haver definições gerais de saúde e de doença, porque esta é *sentida* pelo indivíduo, e não pode ser *medida* no supra-indivíduo; ambas são experiências do sujeito. É por esta razão que Canguilhem defende que o diagnóstico seja obtido a partir da relação clínica.¹⁸

Para Canguilhem, a saúde será sempre considerada, para o indivíduo, a partir do *comportamento privilegiado*, enquanto a doença será considerada a partir de uma *reação catastrófica* ao ambiente (2007 [1966]:121). Em síntese, “la santé c’est une marge de tolérance des infidélités du milieu [et] la maladie [c’est] une réduction de la marge de tolérance des infidélités du milieu” (2007 [1966]:130-2). O sujeito vive sempre em função da possibilidade da ocorrência de acidentes, de acontecimentos (2007 [1966]:131). Quanto à saúde, a ela pede-se contas através da doença, tal como, com Bichat, como lembra Foucault (2007 [1963]), se pede contas à morte sobre a vida. Canguilhem remata a sua tese dizendo que “la menace de la maladie est un des constituants de la santé” (2007 [1966]:217).

O trabalho de Canguilhem foi publicado em 1966, já depois do trabalho de Leighton et al (1957), que incide sobre as doenças do foro psicológico. Estes autores falam

¹⁸ Vinte anos depois, Canguilhem reconheceu ser necessário haver indicadores que não se suportem apenas no diagnóstico subjectivo, na história do paciente, porque, além das questões relacionadas com a competência do paciente para discernir sobre a experiência que tem (que pode estar em causa, como no caso dos pacientes inconscientes), pode não haver sentimento mas haver patologia (como no caso dos tumores e de outras patologias que não revelam sintomas). Nas “Nouvelles réflexions concernant le normal et le pathologique (1963-1966)”, Canguilhem escreve: “Je ne dis [...] pas de substituer le laboratoire à l’hôpital. Je dis au contraire: aller d’abord à l’hôpital, mais cela ne suffit pas pour arriver à la médecine scientifique ou expérimentale; il faut ensuite aller, dans le laboratoire, analyser expérimentalement ce que l’observation clinique nous a fait constater.” (2007 [1966]:172).

de um “equilíbrio existencial” entre a saúde e a doença, sendo a primeira a normalidade e a segunda a patologia. Contrariamente a Canguilhem, Leighton et al aceitam que o normal e o patológico possam ser discernidos tanto por via do cálculo estatístico como por via do modelo dinâmico da personalidade. Estatisticamente, o normal corresponde à distribuição dos valores numa curva, que foi adoptada pelos estatistas a partir das análises de Gauss. O “normal” corresponderia à concentração da maior parte dos dados num dado sector da curva, que pode variar de 60% a 95% dos valores. Porém, lembram os autores, o facto de os dados obtidos num grupo indicarem, na sua maioria, uma concentração dos valores, não significa que tal maioria corresponda à normalidade, pois, a maioria da população pode padecer de uma determinada patologia. Sendo assim, a norma estatística não pode definir com rigor quem é são e quem não é num dado grupo. Se os dados de uma população forem analisados sob a perspectiva sintomatológica, isto é, negativa, então, a saúde será residual, corresponderá à ausência de doença, à sua negação. Sob esta perspectiva sintomatológica, também as declarações dos pacientes podem ser de pouca ajuda para definir um diagnóstico, já que, em última instância, os sintomas reflectem as representações da doença. Por esta razão, defendem os autores, os sintomas não podem servir de apoio à definição de um diagnóstico (apud Tremblay 1983). Podemos ver que Leighton et al contradizem radicalmente Canguilhem, que defendia a relação clínica e a atenção às expressões do paciente como meios de obtenção do diagnóstico. Em acordo com esta posição, Michel Foucault (2007 [1963]) considerava que o *olhar clínico* era fundamental para a elaboração do diagnóstico.

Através do modelo dinâmico da personalidade, o clínico deve examinar as experiências dos indivíduos nos diferentes meios e descobrir como é que estes moldaram o paciente. Nesta perspectiva, “le pathologique est défini comme étant une constellation d'attitudes et de conduites qui empêchent la réalisation d'un type de personnalité qui soit équilibré et bien intégré socialement. Cette conception s'applique peut-être plus naturellement à la santé psychologique mais elle est tout aussi pertinente à la santé biologique. Dans ce dernier cas, les signes organiques de la maladie empêchent le patient de poursuivre ses activités coutumières” (Tremblay 1983:50). Como a maturação da personalidade do paciente se faz num ambiente cultural, Leighton et al (1957) preferem, ao invés de falar de “normalidade”, falar de “optimalidade” (*optimalité*), isto é, o normal como sendo a realização óptima das tarefas num determinado contexto ambiental (físico e cultural).

Como vemos, a fronteira entre o normal e o patológico não é possível de determinar com exactidão, nem pela bioestatística, nem pelo depoimento dos pacientes, por si só. Esta constatação já havia sido feita por Claude Bernard a propósito da diabetes (apud Giroux 2010). Michel Foucault apontou o caminho para superar esta dificuldade: “dans la clinique *être vu* et *être parlé* communiquent d’emblée dans la *vérité manifeste de la maladie* donc c’est là précisément tout l’être. Il n’y a de maladie que dans l’élément du visible, et par conséquence de l’énonçable” (2007 [1963]:95). Ou seja, a doença é primeiramente uma representação de uma realidade.

Entre esta tese de Foucault e a de Canguilhem encontram-se pontos de concordância e de discordância. Através do método genealógico, Foucault viria a revelar o contexto concreto do nascimento da clínica, que se articula estreitamente com a representação que as sociedades fazem do mal e usam este como objecto de políticas sobre a vida (Foucault 2005 [1969]). A teoria histórico-social de Foucault distingue-se perfeitamente da filosofia biológica do seu mestre, mas, ambos foram, no século XX “les deux grands penseurs de l’immanence de la norme et de la puissance des normes” (Macherey 2009:7), daí que, não considerar as suas posições sobre o normal e o patológico é não reconhecer o seu contributo para o debate sobre as representações da saúde e da doença. Se Canguilhem entendia a norma como a vida, Foucault entendia-a como a vida em sociedade. Nas suas principais obras, Foucault defende que a norma é, simultaneamente, um princípio de exclusão e um princípio de integração. Na *História da Loucura* (1972), a “libertação” dos loucos nos manicómios consistia, de facto, na sua alienação e exclusão da sociedade e na separação destes dois mundos, o da razão (sociedade) do da desrazão (hospício); em *Vigiar e Punir* (1999 [1975]), o Panóptico encarrega-se de fazer sentir aos excluídos da humanidade (por incumprimento das normas humanas) que estão, de facto, totalmente institucionalizados: o espectáculo da penitência, demonstra que os transgressores têm que sentir a norma no corpo, através da disciplina e o Panóptico nada mais é que uma representação microcós mica da sociedade; na *História da Sexualidade* (1999 [1976], 1998 [1984]), o desejo sexual é “libertado” por um movimento de expansão aparentemente ilimitado, mas que é, de facto, regulado sob a forma de “sexualidade”, que consiste num artefacto forjado pelo biopoder. Estes três estudos mostram como as normas servem para regular as populações (biopolítica) e os sujeitos (anátomo-política), ou seja, mostram como as normas são tomadas como instrumentos de poder, que servem para fixar ao sujeito as condições da sua liberdade, segundo regras externas ou leis internas, que enunciam critérios de verdade cujo valor pode ser restritivo

ou constitutivo e que se apresentam como normas de saber. As normas de poder e as normas de saber constituem, respectivamente, aspectos negativos e aspectos positivos da norma. É aqui que reside o carácter produtivo das normas, como se pode ver em *As Palavras e as Coisas* (2005 [1966]). Nestas quatro obras, Foucault defende a íntima ligação entre normas de poder e normas de saber. Na *Arqueologia do Saber* (2005 [1969]), Foucault reflecte sobre a questão de a vontade de saber se transformar em poder-saber, dentro da lógica nietzschiana da vontade de poder. É precisamente nesta conformação às normas que se define o sujeito. Mas, Foucault também mostra como a conformação às normas molda o sujeito ao ponto de ele se perceber como alguém que não é o *si*, mas o *nós*. O sujeito é *sujeitado* pelas normas que a sociedade (leia-se, Estado) impõe (Macherey 2009:77-8) e entende-se a si próprio como autêntico, do mesmo modo que a consciência do empregado de mesa de Sartre o convence de que é a mesma coisa que ele. Ser sujeito depende, portanto, da exposição às normas. Remetendo para o campo da normalidade clínica, encontramos aqui a sincretização da dimensão subjectiva da doença e da sua dimensão social. De outro modo: a exposição do sujeito às normas leva-o a consciencializar-se que a natureza patológica da sua experiência de doença é real. Pela sua condição de sujeito de saber e de sujeito de poder, o paciente expõe-se à produção social, pois, é enquanto sujeito de saber e sujeito de poder que ele participa nos jogos de poder que resultam na sua localização social. O sujeito “trouve sa place déjà toute tracée dans un domaine signifiant de légitimité précisément circonscrit, à l’intérieur duquel il doit maintenir et garantir son identité de sujet” (Macherey 2009:83). É assim que o poder prescritivo da medicina transforma o sujeito em doente. E é por isso que a fronteira entre o normal e o patológico se encontra do lado da sociedade, e não do lado do corpo.

Por conseguinte, definir a fronteira móvel entre o normal e o patológico implica reunir as abordagens e reconhecer os sinais em cada uma delas, unindo-os numa única narrativa relacionada ao contexto cultural. Como refere Fainzang (1999), o normal e o patológico têm que ser pensados em conjunto, tomando-se como estruturas da própria experiência do vivo. Mais do que fronteiras, são figuras de marginalidade e de liminaridade, que se reflectem em distinções como: saúde-doença, pureza-impureza, bem-mal, ordem-desordem (Fainzang 1999). A fronteira entre o normal e o patológico varia de cultura para cultura, daí que não se pode ignorar o seu poder prescritivo (Dorvil 1985). Do mesmo modo, esta fronteira também varia com o tempo. “Normal” e “patológico” são, portanto, conceitos relativos (Giroux 2010).

Considerando-se a flutuação da fronteira entre normal e patológico, é necessário distinguir entre essas marginalidade e liminaridade, “c'est-à-dire entre ce qui est tout près d'être intégré à la norme et ce qui est totalement situé en marge de cette norme, l'une et l'autre, pouvant dans des contextes sociaux et historiques différents, passer aisément d'un état à un autre” (Fainzang 1999:12). Trata-se da criação de um estado de excepção (cf. Agamben 2005 [1942]), tornado visível pela rotulagem e pela referenciação do sujeito como doente, estatuto este que o remete a um espaço de excepção. Mesmo que se possa pensar que é possível objectivar essa fronteira, na forma de uma modificação num órgão ou numa função, devemos lembrar que as objectivações são produtos de construções culturais, tal como o estudo das representações comprova:¹⁹ “Cette guerre de frontière que pose la problématique du normal et du pathologique ne peut être tranchée par une autorité suprême qui serait la bio-médecine. Car pour l'anthropologue, la bio-médecine est un système de pensée comme un autre, face aux différents systèmes culturels à l'intérieur desquels est pensée la frontière entre le normal et le pathologique. La bio-médecine est donc pour les anthropologues un univers culturel supplémentaire avec sa logique propre, mais non doté d'une compétence supérieure” (Fainzang 1999:12). Isto, porque, “avant d'être un savoir, la clinique était un rapport universel de l'humanité à elle-même.” (Foucault 2007 [1963]:110).

A perspectiva biomédica da doença, tendo aparecido simultaneamente com o processo de “medicalização” (Foucault 2007 [1963]) da sociedade, nas passagens do século XVII para o século XVIII, é, actualmente responsável pelo facto de, nas sociedades ditas ocidentais, se considerar que a doença é radicalmente má e a saúde é o mais precioso de todos os bens (Laplantine 1984), operando-se uma oposição radical entre saúde e doença. Esta ontologização da doença foi combatida tanto na fenomenologia de Canguilhem como na arqueologia de Foucault, que partilham um ponto comum fundamental: criticam radicalmente a “prétension d'objectivité du positivisme biologique” (Macherey 2009:102). Michel Foucault, em particular, entende o médico como um instrumento de poder ao

¹⁹ Se há uma conclusão a tirar da evolução do estudo sobre a fronteira entre normal e o patológico é que não há consenso sobre a sua localização. O método genealógico de Michel Foucault mostra, também, que as realidades são tornadas objectivas sempre em função do surgimento dos conceitos que servem de apoio à análise da objectividade, isto é, a objectividade é medida através de conceitos socialmente produzidos, que estão directamente dependentes da nossa capacidade subjectiva para os produzir. Um bom exemplo desta dependência é a objectivação da dor: que instrumentos poderão torná-la objectiva? Escalas de dor? Não, estas são apenas representações que requerem interpretações subjectivas.

serviço de uma normalização do corpo do sujeito doente. A partir do *olhar clínico*, simultaneamente normalizado e normalizador, o médico decide das condições de normalidade submetendo o sujeito a uma normatividade comum (apud Macherey 2009). Aqui é totalmente visível o modo como as normas de poder e as normas de saber se constituem num saber-poder. O saber-poder reflecte os modelos de reconhecimento da experiência da doença. De acordo com Foucault, historicamente, estes modelos favorecem a interpretação biomédica da doença, onde o paciente apenas figura como representante de um termo da relação clínica na definição institucional da experiência clínica. Inserido numa estrutura correlacional de três posições, juntamente com o prestador de cuidados e a instituição de saúde, o sujeito vê-se ultrapassado pela doença, esta sim, valorizada no quadro clínico como objecto de intervenções. O doente é substituído pela doença, que serve de realidade a partir da qual se define o domínio da medicina e o seu estatuto epistemológico (Giroux 2010:12).

Os modelos de reconhecimento da experiência da doença são representações da estruturação conceptual da experiência clínica ao longo da história. Sendo assim, “décomposer cette expérience clinique en révélant la structure qui la supporte, c’est aussi exposer les règles d’une sorte d’art de vivre, en rapport avec tout ce qui est compris sous les notions de santé et de normalité” (Macherey 2009:106). Por outras palavras, o estudo dos modelos ajuda a compreender como a relação/experiência clínica é estruturada, mostrando a posição relativa dos elementos em jogo e o modo como essa posição se encontra de algum modo impregnada de historicidade, isto é, os modelos mostram a maneira como essa posição é contingente e reflecte posições ideológicas que impõem limites entre o que é normal e o que é patológico. Em suma, descrever a qualidade das relações que constroem a estrutura conceptual da experiência clínica é imperativo para compreendermos o modo como o campo de jogo é estruturado e que qualidade têm as relações entre os elementos do triângulo.

A realidade da experiência clínica, combinando saber-poder e historicidade, demonstra a intrínseca relação entre ciência, política e meio. A grande questão a relevar daqui é que, sendo assim, o conhecimento científico nunca poderá declarar uma independência absoluta nem uma verdade objectiva. Esta, aliás, é a base da filosofia de Canguilhem e o ponto de chegada da de Foucault. A biomedicina é um produto sócio-político, como qualquer outro discurso; ela só aparece porque há possibilidade para isso; há um universo que a torna possível. Em última instância, é a vida social que constrói a realidade, e, a estrutura conceptual da experiência clínica não é mais do que uma

representação, com valor histórico, sobre a definição da fronteira entre o normal e o patológico, onde interferem as regras do jogo (e inerentes transgressões) como Goffman (1961), Bourdieu (1977, 1979, 1994, 1997, 1998 [1982]) e Agamben (1999 [1994], 2007 [1995], 2004 [2002]) descreveram. Relacionando a filosofia biológica de Canguilhem e a teoria histórico-social de Foucault podemos concluir que as normas vitais e as normas sociais são indistintas, pelo que, objectivar o “normal” não é a mesma coisa que lhe retirar o seu valor de normatividade, ou seja, o normal e o patológico não existem sem o social, assim como não existe objectividade fora da consciência.

Sendo assim, a doença é o sinal de que a vida é dinâmica e precisa os limites do seu processo. Ora, como a vida só existe no meio, então, a doença revela o modo histórico-social da sua estruturação. Em última análise, a doença é um “sintoma” da vida em dado contexto social e histórico, incluindo aqui, evidentemente, as formulações e informações políticas que organizam a vida das populações e dos indivíduos. Deste modo, a doença também aparece como um sinal do grau de controlo (biopoder) que o homem tem sobre a sua própria vida (que inclui os modos de evitar a morte). É aqui que o estudo das representações da saúde e da doença pode ajudar a descrever a condição humana. Esta é, aliás, a razão que move tantos estudiosos à volta deste tema.

De facto, o estudo sobre a relação entre o normal e o patológico não parou em Canguilhem e Foucault. Além destes grandes teorizadores, outros investiram no estudo dessa relação, mostrando-se, ora a favor das – com destaque para o filósofo sueco Lennart Nordenfelt (1987) – ora contra as – especialmente o filósofo norte-americano Christopher Boorse (1975, 1977) – suas teorias. A definição da saúde e da doença a partir da definição da fronteira entre normal e patológico continua a motivar estudos. O trabalho de Élodie Giroux (2010) mostra as tendências mais recentes dessas definições. A autora constata o que nós podemos detectar a partir do que foi exposto no presente trabalho: as noções de saúde e de doença são múltiplas, ambíguas e complexas. No que respeita à doença, lembra Giroux, há pelo menos três acepções possíveis do conceito (*sickness, illness e disease*) que remetem para origens diferentes, respectivamente, social, subjectiva e objectiva. O termo *disease* aponta para uma posição naturalista (biomédica) enquanto os termos *illness* e *sickness* remetem para uma posição normativista.

Na sua definição de doença, Élodie Giroux parte dos radicais das palavras francesas “*pathologie*” e “*maladie*”. No primeiro caso temos o *pathos* (sofrimento/sentimento como definido no grego) e o *logos* (a consciência ou ideia), ou seja, a patologia é a ideia/consciência do sofrimento/sentimento; no segundo temos o *mal* (em francês

significa, simultaneamente, mal e dor) e *adie*, que remete para um adorcismo, algo acrescentado, adido. Num e noutro caso, há a referência ao sentimento, o que, segundo Giroux, revela a natureza pessoal da doença, algo que, como também o disse Foucault (2007 [1963]), tem origem fora do campo do saber. Noutros termos, é o sujeito que possui a competência para saber se está doente. Para Canguilhem, é precisamente o sofrimento que inaugura a experiência de doença (apud Giroux 2010:32). Mas, e quando não se sente nada de excepcional? Não se está doente? Christopher Boorse tentou responder pela perspectiva biomédica.

Boorse (1975) defende um conceito de saúde multinivelado, em que a saúde se revela de acordo com parâmetros a partir do primeiro nível (vivo/morto) até ao sexto (ótimo), passando pelo nível sistémico (ill/well), terapêutico, de diagnóstico e teórico. Estes níveis situam-se em três planos interdependentes: o biológico (primeiro e segundo níveis), o clínico (terceiro e quarto níveis) e o fisiológico (quinto e sexto níveis). Cada nível é composto por uma oposição estrutural e cada uma destas estruturas é desproporcional e desequilibrada, de maneira que o pólo da anormalidade abranja os dois pólos (anormal e normal) do nível precedente. Graças a este desequilíbrio é possível, por exemplo “rendre compte des cas où l’on peut être anormal d’un point de vue *théorique* tout en étant normal d’un point de vue *diagnostique* [...] En suite, on peut très bien avoir des anormalités qui ont été diagnostiqués sans pour autant qu’elles nécessitent un traitement comme dans le cas des tumeurs bénignes [...]. Dès lors, ces conditions sont considérées comme normales d’un point de vue *thérapeutique* bien qu’elles soient anormales sur la place *diagnostique*. Pour finir, des états ou processus pathologiques n’ont pas toujours pour effet d’entraîner des incapacités qui touchent l’ensemble de l’organisme: la myopie ou les polypes intestinaux par exemple [...]” (Giroux 2010:67-8). Boorse pretende comprovar que a bioestatística é suficiente para definir o funcionamento normal; embora, evitando o homem médio de Adolphe Quetelet, apoia-se no conceito estatístico de intervalo de variação. Porém, também aqui há dificuldade em definir a fronteira entre o normal e o patológico, visto que se impõe o estabelecimento de limites dessa variação, que, como se sabe, são definidos por convenção dos estatistas, que estabeleceram o limite crítico do teste de hipóteses em $p \leq 0,05$, ou 5% da curva de distribuição normal. Mais, caso os dados não tenham uma distribuição normal (o que pode acontecer especialmente quando a amostra é pequena), não é possível realizar os testes estatísticos. O próprio Boorse aceita o facto de que “la ligne entre le normal et le pathologique est arbitraire. [...] le concept d’un état pathologique a des frontières vagues” (apud Giroux 2010:90). Embora Boorse considere que é

igualmente difícil definir os limites normais de uma função, ele defende que a doença deriva de um disfuncionamento.

No plano oposto, Nordenfelt (1987, 2007) entende que a saúde deve ser pensada sempre tomando-se em consideração a interferência de três elementos fundamentais: o agente (com a sua capacidade de agir), os seus objectivos (ou fins vitais) e o seu ambiente (ou oportunidades). A saúde resulta da interferência destes factores, ou seja, é “la capacité qu’une personne a, dans des circonstances acceptées, de réaliser ses buts vitaux [...], ceux nécessaires et suffisants pour vivre un bien-être [...] minimal et durable” (apud Giroux 2010:112).

Para Nordenfelt, a capacidade é uma possibilidade prática que está sempre dependente das características do agente e do meio; este deve proporcionar oportunidades para o agente desenvolver a sua capacidade. Desta forma pode-se interferir na saúde mexendo nas condições do meio. Transformando-se impedimentos em oportunidades aumenta-se a saúde das pessoas. Na filosofia, esta perspectiva é original, pois, vai de encontro à perspectiva da antropologia médica crítica, isto é, confere aos administradores do meio a responsabilidade pela saúde dos indivíduos. Estes, se experimentarem dificuldades, tal deve-se, primeiramente, à ineficiência dos administradores do meio e só depois à sua incapacidade física ou mental. Sendo assim, a doença só é negativa quando o indivíduo é incapaz de atingir os seus fins vitais. Estes são atingidos quando há uma consonância entre a capacidade – que se configura como uma liberdade interior para agir – e a oportunidade – que se revela pela existência de condições favoráveis para a acção.

Curiosamente, a ideia de que o ajustamento entre a capacidade e a oportunidade se traduz na actividade, ou, inversamente, que a actividade é o resultado do ajustamento entre a capacidade e a oportunidade é uma das vias para qualificar a incapacidade através da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), formulada em 2001. Segundo a OMS, “se a capacidade é inferior ao desempenho, então o ambiente habitual da pessoa permite-lhe um melhor desempenho que os dados sobre a capacidade deixavam prever: o meio ambiente facilitou o desempenho. Por outro lado, se a capacidade é superior ao desempenho, então algum componente do meio ambiente constitui uma barreira ao desempenho” (apud Ministério da Saúde 2004).

Esta abordagem da saúde e da doença deixa perceber a possibilidade de “haver vida” durante a experiência da doença ou da incapacidade. Trata-se de uma perspectiva positiva sobre a doença que permite olhar a pessoa que a experimenta com a ideia de que

ela pode levar uma vida normal, no sentido que o “normal” assume em Canguilhem e em Nordenfelt, isto é, como uma forma de normatividade que, embora inferior, permite atingir os fins vitais (ou, em uma palavra, *viver*). Foi assim que Jean-Dominique Bauby, o redactor-chefe da revista *Elle* em França, que, depois de ter sofrido um Acidente Vascular Cerebral ficou “preso dentro de si”, subjugado ao *locked-in syndrome*, mexendo apenas um olho, “escreveu” um livro.²⁰ É assim, também, que Stephen Hawking, estando paraplégico, mantém-se como um dos mais eminentes físicos na actualidade. Estes dois exemplos impõem-nos duas questões: serão eles doentes? Serão incapazes? Estas questões poderiam ser postas por Nordenfelt, que percebeu que a actividade é a medida concreta da saúde e da doença e que a sua amplitude encontra-se na relação entre a capacidade em atingir os objectivos vitais (adequados à condição de vida) e a oportunidade que o meio proporciona. Deste modo, e para jogar com Foucault, a saúde é entendida como a medida dos possíveis.

A partir do debate acerca do normal e do patológico, deparamo-nos com um dilema: por um lado é impossível determinar a fronteira entre o normal e o patológico, por outro é absolutamente necessário fazê-lo (Giroux 2010). A experiência clínica assume-se como o ponto de localização dessa fronteira e a CIF traduz-se como o instrumento transnacional actual para determinar a fronteira entre o normal e o patológico. A *construção* desta Classificação mostra como a definição do normal e do patológico é, de facto, um produto cultural. Com efeito, atestar da incapacidade de um indivíduo remete para um conjunto de mecanismos de apoio social que reflectem os diversos modelos oficiais de administração da vida. A este propósito, Giroux lembra que “caractériser un état comme pathologique a, dans nos États-providence, d’importantes conséquences sociales, éthiques, politiques et juridiques. Outre les conséquences sur le plan des investissements, choix et orientations de la recherche biomédicale, une telle categorization decide et justifie de la prise en charge thérapeutique, du remboursement par les assurances sociales, donne des droits sociaux spécifiques et, dans le domaine judiciaire, décide de l’irresponsabilité du criminel. Or, l’enjeu pratique de la définition de la santé et de la maladie semble n’avoir jamais été aussi important.” (2010:6-7). Tratando-se as políticas da vida de um tema que

²⁰ *Le Scafandre et la Papillon*. Paris, Pocket, 1998. A partir do livro foi realizado um filme com o mesmo nome, realizado por Julian Schnabel, que estreou em 2007. Bauby usava apenas um olho que piscava uma vez para “sim” e duas para “não”. Com a ajuda de uma terapeuta da fala (que funciona aqui como instrumento do ajustamento do meio) “ditou” o livro onde descreve aquilo que sente e onde faz uma sinopse da sua vida.

abrange a população em geral, isto é, na sua diversidade, a OMS assume-se como a organização transnacional à qual os Estados têm necessidade de recorrer para definirem as suas biopolíticas, em especial, quando eles são multiculturais.

A definição oficial de saúde, avançada pela OMS, sofreu uma mudança significativa em 1946, mas, a partir daí, estagnou, mudando apenas as intenções dos programas de saúde. Até essa data, a saúde era entendida como a ausência de doença. Desde então, a saúde passou a ser *a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity* (OMS 1946). Em 1978, na Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários, realizada em Alma-Ata, Casaquistão, na então URSS, sob a divisa “Health for All”, qualificou-se a saúde como um “direito humano fundamental”. Em 1986, o conceito sofreu alterações na sua aplicabilidade, permanecendo, contudo, a sua definição. Nesta data realizou-se a Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, em Otava, Canadá. A grande novidade foi considerar-se que se podia prevenir a doença através da intervenção no ambiente social, reconhecendo-se que este é patogénico. Desde então, realizaram-se mais seis conferências para a promoção da saúde. A última foi realizada em 2009, em Nairóbi, Quênia, reflectindo-se a continuidade de integração dos países em desenvolvimento na rota das conferências da OMS, iniciada em 1997, com a Conferência de Jacarta. Ao longo destes últimos anos, a OMS tem vindo a afirmar a necessidade de se considerarem os factores sociais como determinantes da saúde das populações. Apesar da definição de saúde ser a mesma desde 1946, a OMS acredita que ela “extends beyond the traditional Western biomedical paradigm which treats body, mind and society as separate entities and reflects a more holistic understanding of health. Indigenous peoples have a similar understanding of health, as well-being is about the harmony that exists between individuals, communities and the universe”. Este holismo ingenuamente progressista, e mesmo escatológico, supostamente contraria a estagnação da definição, pelo simples facto de incluir o conceito de “povos indígenas”, cujo sentido parece assemelhar-se ao de “minoría nacional” não reconhecida, tal como definido por Will Kymlicka (2008).

Esta última referência da OMS reflecte, sobretudo, duas questões do contexto em que se debate a saúde nos nossos dias: o multiculturalismo (com a referência aos povos indígenas), e a dicotomia modelo biomédico/modelo holístico.

I.3.1.2. Modelo biomédico vs. modelo holístico

O modelo biomédico é, actualmente, a representação da saúde e da doença dominante nas sociedades ditas ocidentais e representa a doença como um desvio do estado normal, que é determinado através da medida de variáveis antropométricas e biométricas. A doença (*disease* por distinção a *illness*) é provocada por causas naturais e a eliminação destas causas resulta na cura (*cure* por distinção de *healing*) e na melhoria do paciente (Engel 1977).

O modelo biomédico é caracterizado como “científico”, porque envolve regras e asserções que relevam da aplicação de métodos científicos. A doença apresenta-se como um fenómeno natural que precisa de explicação científica. Fundado sobre o método experimental positivista, “il commande une médecine qui peut être qualifié de *médecine des spécifités*: isoler des spécifités étiologiques, différencier des tableaux symptomatologiques, administrer des spécialités chimiothérapeutiques qui, par leurs propriétés spécifiques, combattent frontalement les causalités pathogènes et feront disparaître les symptômes.” (Laplantine 2009 [1989]:303).

Descrito na generalidade por Colby e Van Den Berge (1961) no seu trabalho sobre as relações entre os *ladinos* de São Cristóbal e os índios de Zinacantan, no México, o modelo biomédico foi associado às etnias brancas. Mais tarde, Horacio Fabrega (1974, 1977) aprofundou a descrição do modelo e localizou-o em oposição ao modelo popular (*folk*). Para Fabrega (1974), o modelo biomédico é especialmente caracterizado pela profissionalização dos procedimentos.

A primeira descrição mais detalhada do modelo biomédico foi operada pelo psicólogo George Engel. Crítico acérrimo deste modelo, Engel (1977) acusa-o de ser reducionista e dualista. O reducionismo, segundo ele, revela-se pela ideia de que os fenómenos complexos derivam, em última instância, de um único princípio; o dualismo apoia-se na ideia segundo a qual o indivíduo é dotado de um corpo e de uma mente que funcionam por princípios diferentes.

Fabrega havia já remetido para o facto de que a doença é um termo linguístico usado para referir um fenómeno ao qual qualquer membro de qualquer sociedade, em dado momento, esteve exposto (1972, citado por Engel 1977). Esta definição de doença remete para o seu carácter de construção social. Na definição do modelo biomédico constante na *Encyclopedia of Medical Anthropology*, Atwood Gaines e Robbie Davis-Floyd (2004) fazem uma

crítica ao mesmo apoiando-se nesta mesma abordagem. Seguindo o preceito de Thomas Kuhn, segundo o qual a ciência é culturalmente construída, Gaines & Davis-Floyd demonstram como, não apenas o modelo biomédico, mas a biomedicina em si é *construída*. Primeiro, a biomedicina é “a distinctive domain within a culture that features both specialized knowledge and distinct practices based on that knowledge; second, Biomedicine exhibits a hierarchical division of labor as well as guides or rules for action in its social and clinical encounters; third, as an internally cohesive system, Biomedicine reproduces itself through studies that confirm its already-established practices and, most salient, through apprenticeship learning-mentors tend to pass on to students what they are sure they already know. This self-reproduction is encapsulated in a term physicians themselves often use to refer to their knowledge system: "traditional medicine." Yet all biomedical practitioners are taught, and tend to believe, that Biomedicine is science-based.” (Gaines & Davis-Floyd 2004:97).

Robert Hahn e Atwood Gaines (1985, citados por Gaines & Davis-Floyd 2004:96) definiram a biomedicina com um sistema sociocultural, que consiste numa construção cultural e histórica dotada de crenças, regras e práticas que lhe dão consistência interna. O modelo biomédico é um modelo etnomédico como qualquer outro, e reflecte os valores e as normas dos seus criadores (Hahn & Gaines 1985, citados por Gaines & Davis-Floyd 2004:96). A sua reprodução social é assegurada pelos modos de circulação das representações que o constituem, especialmente através das relações de comunicação. Mais, Hahn e Gaines (1985, citados por Gaines & Davis-Floyd 2004:96) referem que a *socialização médica* encarrega-se de convencer os jovens profissionais que estão envolvidos numa prática científica de fundamentos inabaláveis, e as verdades são construídas a partir da replicação das ideias dos docentes para os alunos, isto é, as verdades reflectem-se como produtos de conhecimentos do tipo anedótico, que se apoiam especialmente nas experiências e nas visões dos docentes, que passam a mensagem do mito da intocabilidade. Nestes *poderosos processos formativos* (cf. Byron Good (1998 [1994]) e na prática clínica, é usada uma “teoria empírica da linguagem” (Good & Good 1981), em que se acredita que o que é nomeado existe de forma independente, no mundo natural. A própria natureza – acredita-se – existe “*out there*”, independente da mente do conhecedor (Hahn & Gaines 1982). Este aspecto é comprovado pela recente *démarche* em apoiar o conhecimento numa medicina baseada na evidência. Mesmo esta evidência “científica” é o resultado de construções forçadas, como o revelam inúmeras revisões sistemáticas, nomeadamente, devido à divergência metodológica dos estudos, visível essencialmente pela diversidade de instrumentos de medida utilizados,

pelos critérios de selecção dos indivíduos para a realização dos ensaios clínicos controlados e aleatórios e pela perspectiva biomédica utilizada (Heller & Page 2002; Woolf 1999).

Consequentemente, o modelo biomédico entende “comme connaissance “objective” ce qui relève [...] d’une étude de représentations” (Laplantine 2009 [1989]:300). Através da nomeação e do diagnóstico, a linguagem médica “affects and effects transformations of culturally perceived reality” (Gaines & Davis-Floyd 2004:97). Mais, como referem Hahn e Gaines (1985), visto que a biomedicina é um sistema cultural, então também é uma representação colectiva da realidade, e isto não implica que a realidade representada seja negada, “which affects and is affected by what it represents. It is rather to emphasize a cultural distance, a transformation of reality; an ultimate reality cannot be known except by means of cultural symbol systems. Such systems are both models *of* and *for* reality and action [Geertz 1973]. Our representations of reality are taken to be reality though they are but transformations, refracted images of it” (citados por Gaines & Davis-Floyd 2004:97). Porém, a representação biomédica da realidade opera pela ilusão da sua separação desta mesma realidade, que é sempre social. Este “princípio de separação”, como referem Davis-Floyd e St. John (citados por Hahn & Gaines 1985, apud Gaines & Davis-Floyd 2004), constitui-se como uma economia linguística segundo a qual, as coisas são mais bem percebidas fora do seu contexto, isto é, isoladas dos factores contingenciais, as categorias obtêm o seu valor de verdades absolutas. Este é, segundo estes autores, o modelo biomédico de operar com a realidade. É pela classificação dos componentes do corpo, ou seja, pelo procedimento analítico das partes do organismo, que a biomedicina realiza a sua construção da realidade, que se traduz numa interpretação dos sintomas *um a um* e na sua articulação *em um* diagnóstico. A elementarização da realidade é um princípio de análise que a biomedicina transporta do laboratório para a realidade social. Esta obsessão analítica impede os profissionais de saúde de verem o todo, o *bolos*, como, aliás, Bruno Latour e Steve Woolgar (1979) haviam reparado. Segundo Hahn e Gaines (1985), esta tendência separatista da biomedicina está relacionada com a industrialização, que colocou a máquina no centro da economia. A máquina tornou-se na metáfora do corpo e, a teoria dos sistemas veio tornar esta ideia mais lógica, devido à sua noção de micro e de macrossistemas, ou de sistemas dentro de sistemas.

Hahn e Gaines (1985) encontram também aqui a razão pela qual o indivíduo é denominado nas referências inscritas no hospital com os elementos administrativos da sua identidade. A referência ao doente da cama X, com o diagnóstico Y situa-o fora do

processo de tratamento e cura, tal e qual uma máquina que precisa de conserto, transformando o sujeito num *malade-objet* (cf. Bonvin 2007 [1993]).

As críticas ao modelo biomédico subiram de tom nos últimos anos. No final do século XX, Robert Hahn dizia que o modelo biomédico estava em crise, e que era necessário uma nova medicina, a que ele chamou a medicina antropológica (1996, citado por Comelles 1997:38). Na base dessa crise, situa-se o facto de o modelo biomédico não conseguir resolver algumas questões fundamentais relacionadas com a saúde e a doença: além de privilegiar uma visão reducionista, mecanicista e dualista, a biomedicina está sempre sujeita a uma avaliação negativa por parte dos indivíduos, que, quando não se sentem satisfeitos, reclamam da forma como são tratados, focando sobretudo aspectos da interacção e não tanto aspectos técnicos. O decurso das interacções clínicas é cada vez mais motivo para reclamação.²¹ No plano estritamente medicinal, o modelo não reconhece as perturbações mentais como patologias, tem dificuldade em perceber e avaliar a dor e, sobretudo, não é eficaz contra a cronicidade. Além disso, como aliás havia demonstrado a corrente interpretativista da antropologia da saúde, a separação da biomedicina do modelo popular é simplesmente impossível (Fabrega & Manning 1973). François Laplantine concorda com esta ideia. Segundo ele, “nous avons, en Occident, tellement intériorisé le [...] mode de compréhension qui inscrit la maladie dans une logique du mal absolu et le l’adversité que nous ne l’appréhendons plus comme système de représentation possible, mais comme *réalité* et que nous avons de la peine, ne serait-ce qu’à imaginer qu’il puisse en exister un autre” (2009 [1989]:303). De acordo com George Engel, o “imperativo cultural” de excluir o humano do científico fez cair a biomedicina num círculo vicioso, e, no centro deste círculo encontra-se a omissão ou a ignorância da função construtora da linguagem. Nas palavras de Engel (1997:527), “from the beginning, those interested to understand what distinguishes being “sick” from being “well” have never not known the importance of verbal exchange as a primary source of the data needed to that task”.

²¹ Em 4 de Dezembro de 2010, o jornal Público noticiava que, desde 2002, registaram-se mais de mil queixas de negligência médica, à média de mais de 130 casos por ano. Há cinco anos, foi criada uma secção especializada neste tipo de queixas no Departamento de Investigação e Acção Penal (DIAP) de Lisboa, que recebe entre 50 e 60 queixas anualmente. No Conselho Disciplinar do Sul da Ordem dos Médicos (OM) estão pendentes entre 500 e 600 processos. (cf. Alexandra Campos & Mariana Oliveira “Mais de mil queixas por erro e negligência na saúde foram feitas desde 2002”, em <http://www.publico.pt/Sociedade/mais-de-mil-queixas-por-erro-e-negligencia-na-saude-foram-feitas-desde-2002_1469459>).

O reconhecimento da centralidade da palavra no decurso das interações terapêuticas é o ponto de partida para que se aborde a realidade clínica como uma construção social. Enquanto produção linguística, a saúde e a doença são formas mentais, de índole psicológica. Daí que, para compreendermos, de facto, a saúde e a doença temos que nos remeter sempre às suas condições psicossociais de produção, ao contexto.

O modelo biopsicossocial não nega a importância da dimensão biológica no campo da saúde. O corpo é o centro das atenções clínicas. A diferença é que este é elaborado pela sociedade, não é uma natureza dada (Scheper-Hughes & Lock 1987; Lock 1993).

O modelo biopsicossocial reconhece que as fronteiras entre a saúde e a doença estão longe de ser claras e nunca o serão, visto que a saúde e a doença são difusas, por força das considerações culturais, sociais e psicológicas sobre elas (Engel 1977:132). Por esta razão, os sintomas são o resultado de um conflito intrapsíquico e são sentidos pelo indivíduo como fazendo parte de uma câmara secreta dentro da sua mente. A experiência da doença – e não a doença – é a justificação de o indivíduo recorrer aos serviços de saúde, e, em última instância, o que ele procura é o alívio do seu sofrimento, que apenas ele consegue perceber (Laplantine 2009 [1989]:303-4). A doença não é sentida como um *ser*, mas sim como um sentimento entre a harmonia e a desarmonia em relação ao meio, é um sinal de um desequilíbrio social (Laplantine 2009 [1989]:304).

Na sua teoria sobre a enfermagem, Jean Watson (2007 [1988]) frisa a importância do contexto – simplesmente ignorado pela visão biomédica – traduzido pelo *being-in-the-world*, ou o *Da-sein*, de Heidegger. Para Watson, as teorias fundadoras da enfermagem nem sequer foram realizadas, e a enfermagem “foi apanhada entre o paradigma da ciência médica com a sua visão da pessoa como um corpo e a ciência pesada [*hard science*] que dá ênfase ao controlo inultrapassável, ao rigor, ao objectivismo, à neutralidade dos valores, aos factos, aos procedimentos, aos conhecimentos, à tecnologia, etc.” (2007 [1988]:14, tradução nossa).

Recorrendo à dicotomia fundamental da filosofia sartriana, Watson alerta para o facto de a abordagem da enfermagem, sob a perspectiva biomédica, correr o risco de reduzir o ser humano ao *para-si*, ou à existência do indivíduo, obliterando o *em-si*, ou a essência do sujeito. Numa palavra: des-subjectivando-o. Para a biomedicina resta a existência, já que a essência não se expõe ao olhar clínico, no sentido em que este erigiu a medicina moderna (Watson 2007 [1988]).

Relacionando a constatação de Foucault com o *Da-sein* heideggeriano, e considerando que “o ser-aí enquanto ente não é passível de demonstração. Nem sequer de mostração, [e que a] ligação primordial ao ser-aí não é a observação, mas o sê-lo,” (Heidegger 2003:41) conclui-se que a biomedicina foi construída sobre a existência do indivíduo e não sobre a essência do sujeito.

Na *Carta sobre o Humanismo*, Heidegger levanta a questão, que serve perfeitamente para confrontar a racionalidade biomédica com a essência do homem, tendo como referência o cuidado: “Para onde se dirige “o cuidado”, senão no sentido de reconduzir o homem novamente para a sua essência? Que outra coisa significa isto, a não ser que o homem (*homo*) se torne humano (*humanus*)?” (1980 [1973]:46).

CAPÍTULO II: ESTRUTURA CONCEPTUAL

"Man has, as it were, discovered a new method of adapting himself to his environment. Between the receptor system and the effector system, which are to be found in all animal species, we find in man a third link which we may describe as the symbolic system. This new acquisition transforms the whole of human life. As compared with the other animals man lives not merely in a broader reality; he lives, so to speak, in a new dimension of reality."

Ernst Cassirer, *An Essay on Man*, 1944:26

II. 1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A prática da enfermagem tem algumas particularidades que a impedem de se confundir com uma visão biomédica sobre o cuidado e sobre a saúde e a doença em geral. Clette Pierre-Evrard releva “a natureza dos cuidados dependentes do papel de enfermeira, que, através da satisfação de necessidades de base do paciente, aproxima frequentemente a sua actividade ao papel de mãe, esposa, filha, irmã, avó e confidente do paciente, relação rara com o médico, que será considerado mais como um técnico, “ídolo” ou amigo” (2001 [1996]:45). Para esta enfermeira, o cuidado de enfermagem deve apoiar-se numa filosofia essencialmente interpessoal que beneficie a dimensão global do paciente. Florence Nightingale havia referido este aspecto nas suas *Notas sobre Enfermagem*, e defendia que a enfermeira não se podia bastar a satisfazer as necessidades físicas do paciente, mas que devia ter um papel activo de encorajamento do paciente no sentido da utilização dos potenciais de saúde, tornando-se, assim, num “agente real de saúde” (apud Pierre-Evrard 2001 [1996]:47).

De acordo com a enfermeira e investigadora Marie-Françoise Collière, a intenção de Nightingale parece ter sido desvirtuada à medida que a enfermagem perdia a sua natureza vocacional e adquiria a sua forma profissional. Segundo Collière (1999), a enfermagem foi historicamente reprimida, essencialmente, devido à posição subalterna da enfermeira em relação ao médico e, é por esta razão que, hoje, a enfermagem vive uma

“ilusão de poder”, alimentada pelo reconhecimento da competência da investigação, considerada um domínio de elite. A investigação poderá ser o *leit-motif* para o despreendimento da enfermeira do seu meio natural, que é ao pé do leito. Através da investigação, a enfermeira move-se na sociedade e pode assumir as funções de especialista e docente que antes estavam reservadas às matronas e aos médicos. Para Collière, a investigação é entendida como “um privilégio exorbitante ao serviço de um ascendente pessoal ou de um corporativismo profissional” (1999:208).

Seguindo esta última ideia de Collière, podemos, então, entender que a investigação foi adoptada como a via privilegiada para a enfermagem se libertar do domínio do médico. Desde Nightingale surgiram muitas teorias da enfermagem. A primeira ocasião em que se falou de uma enfermagem científica aconteceu com Faye Abdellah, em 1961, três anos após o referencial trabalho de Virginia Henderson que classificou as Necessidades Humanas Fundamentais. Abdellah (1961) formalizou as bases científicas do cuidado, que consistem na definição de vinte e um problemas de cuidados relacionados com as funções do organismo. Com a introdução da Teoria Geral dos Sistemas de von Bertalanffy, em 1968, não tardaram a nascer os primeiros modelos de cuidados, ou conjuntos de princípios fundamentais agrupados em sistemas utilizáveis em situações de cuidado. Martha Rogers foi a primeira enfermeira a definir o conceito de modelo teórico de enfermagem, em 1970. Para ela, o modelo conceptual é “uma abstracção, uma representação do universo ou de uma das suas partes: este modelo [...] representa uma matriz de ideias que, na sua totalidade, simboliza o homem, visto que é o processo de vida do homem que adopta como modelo de referência” (apud Collière 1999:217).

II.1.1. Modelos etiológico-terapêuticos em enfermagem

A construção de modelos teóricos em enfermagem colheu adeptos, mas também opositores. Madeleine Leininger foi, desde logo, contra a utilização dos modelos, referindo que a prática do cuidado não era redutível a nenhuma forma teórica (Collière 1999:218). A resistência de Leininger não se impôs como regra e surgiram de todo o lado enfermeiras interessadas no novo modo de sistematizar os cuidados. Lentamente, os modelos transformaram-se em normas de funcionamento e em bases normativas e prescritivas da enfermagem.

De acordo com Collière, “o modelo conceptual não é uma matéria académica entre outras, não é um conteúdo a situar num programa [...]. Pelo contrário, o modelo conceptual, porque oferece directivas para a formação, a prática e a investigação, está na base do programa; é o seu próprio fundamento. O modelo precede, então, a elaboração do programa e a admissão dos estudantes; indica os fins e os objectivos e guia a escolha de todas as matérias académicas” (1999:218). O modelo está, portanto, no centro de toda a formação em enfermagem e na exteriorização dessa formação; ele estabelece-se como o suporte que associa a teoria e a prática e é inculcado pela escola. Como refere Collière, ele modela a pessoa da enfermeira, o que, em última análise, significa que “o modelo conceptual clarifica o que é uma enfermeira” (1999:218). A julgar pela posição de Collière, a enfermagem foi revolucionada com a introdução dos modelos teóricos. Pela sua adopção, já não vemos a enfermagem como um papel pré-determinado pelos princípios de Nightingale, mas sim como o resultado da produção de identificações com modelos diversos. Os enfermeiros passam a adoptar tal ou tal visão de tal ou tal modelo. A liberdade nesta adopção é relativa; ela está sempre estrangida pelas possibilidades do meio, começando pelos modelos inculcados durante a formação e acabando em modelos de aplicação impostos por via política. Como todos os actores sociais, os enfermeiros localizam-se algures na combinação entre as representações inculcadas e as representações impostas (cf. Bourdieu & Passeron 1976).

Melanie McEwen & Evelyn Wills (2007) realizaram uma das classificações mais exaustivas dos modelos de enfermagem e apresentaram as suas características.²² Não sendo objectivo do presente trabalho fazer uma apresentação geral dos modelos, penso, contudo, que é importante enumerarmos aqueles que melhor caracterizam a prática de enfermagem, que configuram o seu metaparadigma.²³ As autoras concordam que o modelo biomédico

²² Outras excelentes classificações podem ser encontradas em, por exemplo: Afaf Meleis, *Theoretical nursing: development and progress*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2007; Hugh McKenna, *Nursing Theories and Models*. Nova Iorque, Routledge, 1997; J. Cristina Del Rey, *De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. Concepciones presentes en el ejercicio profesional*, em: http://dspace.uah.es/jspui/bitstream/10017/2700/1/Tesis_De%20la%20pr%C3%A1ctica%20a%20la%20teor%C3%ADa.pdf

²³ Servindo-se da definição elaborada em 1977 por Thomas Kuhn, McEwen e Wills entendem o metaparadigma como uma “perspectiva global que identifica os fenómenos primários de interesse dessa disciplina e explica como ela lida com tais fenómenos de maneira exclusiva [...] inclui as principais orientações filosóficas ou visões do mundo da disciplina, os modelos conceptuais e as teorias que orientam a pesquisa e outras actividades de estudos e os indicadores empíricos que operacionalizam os conceitos teóricos [...]. A [sua] finalidade ou função [...] é resumir as missões

predomina no pensamento da enfermagem, embora haja sinais de mudança de uma atitude positivista para uma atitude fenomenológica (McEwen & Wills 2007:34). Em conformidade, as metodologias quantitativas têm sido preferidas em relação às qualitativas: “um ponto de vista que persiste no século XXI é a presunção de que a pesquisa descritiva ou qualitativa deva ser valorizada apenas onde existe pouca informação disponível ou quando a ciência for recente” (McEwen & Wills 2007:42). As autoras distinguem as teorias de enfermagem em grandes, de médio alcance (altas, médias e baixas) e práticas. Visto que as grandes teorias são as que maior influência têm na teorização da enfermagem, ficar-nos-emos por elas. As grandes teorias são: a Teoria das Necessidades Humanas, a Teoria do Processo Interactivo e a Teoria do Processo Unitário. Na Tabela 1 (páginas seguintes), apresenta-se uma síntese das teorias, seus autores, suas influências e as respectivas definições de saúde e de doença.²⁴

Ao ler a Tabela 1 não podemos deixar de nos surpreender com a concentração de teorias sobre a enfermagem na última metade do século XX e de notar que entre a primeira teoria (Nightingale) e a segunda (Henderson) passou-se quase um século. A este aspecto não será alheia a ideia de Collière, segundo a qual a investigação foi usada pela enfermagem como via de libertação do jugo médico (e até do religioso).

Como dissemos, esta lista apenas enumera as teorias principais. McEwen & Wills classificaram ainda vinte e seis teorias de médio alcance e nove tipos de teorias práticas, perfazendo o total de cinquenta e uma teorias. Este número reflecte-se em iguais posições sobre a saúde e a doença. Tal diversidade parece, contudo, não esgotar o sentido da definição de Florence Nightingale. A sua abordagem simples sobre a saúde e a doença remete para a ambivalência dos conceitos: por um lado, a saúde é “estar bem”, por outro, para termos esta objectivação, é necessário que o paciente possua a capacidade de usar todos os poderes que tem, remetendo para o carácter subjectivo da saúde e da doença.

intelectuais e sociais da disciplina e impor limites ao assunto dessa disciplina.” (2007:66). As autoras apoiam o metaparadigma da enfermagem em quatro proposições: 1) Indivíduo e Sociedade, 2) Indivíduo e ambiente, 3) Saúde e enfermagem e 4) Indivíduo, ambiente e saúde. A nós interessa apenas as noções de saúde e de doença.

²⁴ Conforme a perspectiva, pode haver teorias que apenas representem a saúde (positivas), teorias que apenas representam a doença (negativas), teorias que representam a saúde e a doença (ambivalentes) ou ainda teorias em que essas representações não estejam explícitas.

Tabela 1 – Grandes teorias de enfermagem e representações da saúde e da doença (Fonte: McEwen & Wills 2007:67, 156-244)

Grande teoria	Autor	Teoria	Influências	Representação da saúde e da doença
Teoria das Necessidades Humanas	Florence Nightingale (1859)	O que é a enfermagem e o que não é	Indutivamente, com base na experiência	Saúde: “estar bem, mas ser capaz de usar bem todos os poderes que temos”
	Virginia Henderson (1955; 1966)	Necessidades Humanas Fundamentais (14 actividades)	Thorndike (as necessidades fundamentais do homem)	Saúde: “equilíbrio em todos os domínios da vida humana”
	Faye Abdellah (1960)	Enfermagem centrada no paciente (21 problemas)	Indutivamente, com base na experiência	–
	Dorothea Orem (1971)	Déficit de auto-cuidados	Parsons (teoria da acção social); Bertalanffy (teoria dos sistemas)	Saúde: “ser estrutural e funcionalmente inteiro ou sólido [...] capacidade de reflectir sobre si mesmo, simbolizar a experiência e comunicar com os outros.”
	Dorothy Johnson (1959; 1980)	Modelo do sistema comportamental	Nightingale; Selye (teoria do stress); Grinker (teoria do comportamento humano); Buckley e Chris (teoria dos sistemas)	Saúde: o oposto da doença. Algum grau de regularidade e constância no comportamento” Doença: o oposto da saúde.
	Betty Neuman (1974; 1982)	Modelo dos sistemas	Teilhard de Chardin e Cornu (totalidade dos sistemas), Bertalanffy e Lazlo (teoria dos sistemas); Selye e Lazarus (teoria do stress)	“A saúde e a doença estão em extremidades opostas.” Saúde: “estabilidade ideal do sistema que é o melhor estado de saúde em determinado momento. As variações de bem-estar ou os vários graus de instabilidade do sistema são causados pela invasão da linha normal de defesa pelos stressores”
Teorias do Processo Interactivo	Myra Levine (1967; 1973; 1989)	Modelo de conservação	Nightingale; Tillich (princípio da unidade da vida); Bernard (ambiente interno); Cannon (homeostase); Waddington (homeorrese)	Saúde: “padrões de mudança adaptativa de todo o ser”
	Barbara Artinian (1997)	Modelo intersistema	Antonofsky (senso de coerência); Maturana e Varela (o indivíduo como sistema)	Saúde: “contínuum multidimensional. O foco está sobre a estabilidade e a adaptação. Estado dinâmico de funcionamento dentro das limitações do indivíduo e inclui o elemento de adaptação efectiva que ocorre pelo fortalecimento do senso situacional de coerência. Em consequência, o modelo define a saúde como “um forte senso situacional de coerência”
	Helen Erikson, Evelyn Tomlin, Mary Swain (1983)	Modelagem e modelagem de papel	Maslow; Erikson; Piaget; Bowlby; Winnicott; Engel; Hindemann; Selye; Lazarus; Selignam	Saúde: “estado de bem-estar físico, mental e social, não meramente a ausência de doença ou enfermidade”

Tabela 1 (cont.) – Grandes teorias de enfermagem e representações da saúde e da doença (Fonte: McEwen & Wills 2007:67, 156-244)

Grande teoria	Autor	Teoria	Influências	Representação da saúde e da doença
Teorias do Processo Interactivo	Imogene King (1971; 1981; 1989)	Realização e meta e processo transaccional	Bertalanffy	Saúde: “experiência dinâmica da vida do ser humano, que induz o ajuste contínuo aos stressores nos ambientes interno e externo por meio do uso ideal dos recursos pessoais, de modo a atingir o potencial máximo para a vida diária”
	Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney (1983; 1996)	Modelo com base nas actividades da vida	Indutivamente, com base na experiência	Saúde: “modos como o indivíduo realiza as actividades da vida (manter um ambiente seguro, comunicação, respirar, comer e beber, eliminação, limpeza e arrumação pessoal, controlar a temperatura, mobilização, trabalhar e brincar, expressar a sexualidade, dormir, morrer), em interação com cinco factores (biológico, psicológico, sócio-cultural, ambiental, político-económico), no continuum dependência/independência.”
	Callista Roy (1976; 1980)	Modelo de adaptação	Johnson (modelo de enfermagem); Helson (teoria da adaptação); Bertalanffy; Rapoport (sistemas); Selye; Dohrenrend (adaptação); Lazarus (modelo de enfrentamento)	Saúde: “estado e processo de estar e tornar-se integrado e completo”
	Jean Watson (1979; 1985; 1989)	Teoria do cuidado humano transpessoal (10 factores caritativos)	Nightingale; Rogers; Heidegger; Merleau-Ponty	Saúde: “unidade e harmonia dentro da mente, do corpo e da alma; a saúde está associada com o grau de congruência entre o eu percebido e o eu vivenciado” Doença: “confusão, agitação subjectiva, uma desarmonia interna ao indivíduo”
Teorias do Processo Unitário	Martha Rogers (1990)	A ciência dos seres humanos irreduzíveis e unitários	Bertalanffy; Rapoport; Herrick (evolução da natureza humana)	Saúde: “manifestação do campo humano irreduzível. Não pode ser medida pelos parâmetros da biologia, da física ou das ciências sociais”
	Margaret Newman (1999)	Saúde como conscientização expandida	Rogers; Bentov (conscientização); Young (reconhecimento do padrão); Bohm (teoria da ordem implicada)	Saúde: “processo de desenvolvimento da consciência de si e do ambiente, juntamente com o aumento da capacidade de perceber alternativas e responder de uma série de maneiras. [...] conscientização expandida; padrão em evolução da vida como um todo. Processo unitário, é um padrão flutuante de fenómenos rítmicos que inclui a doença no padrão de energia. Doença: “pode ser o choque que reorganiza as relações do padrão da pessoa de maneira mais harmoniosa”
	Rosemarie Parse (1998)	Teoria do tornar-se humano	Rogers; Heidegger; Sartre; Merleau-Ponty (fenomenologia existencial)	“Maneira de estar no mundo; não é uma sequência da saúde para a doença, nem é uma dicotomia de saúde ou doença, é o viver, dia-a-dia, as maneiras de ser.”

Enquanto agente real de saúde, a enfermeira deve prestar cuidados de enfermagem para o doente e cuidados de enfermagem para a saúde (Pierre-Evrard 2001 [1996]:46). “Os cuidados de enfermagem correctos consistem [...] em ajudar o paciente, que sofre uma doença, a viver, enquanto que os cuidados de enfermagem para a saúde consistem na preservação da saúde de um ser humano na fase em que já não se desenvolve a doença.” (Pierre-Evrard 2001 [1996]:47).

No mesmo sentido de Nightingale, Henderson entendia o papel da enfermeira como tendo carácter subjectivo, isto é, a enfermagem deveria aproximar-se do íntimo do paciente no sentido de conhecer as suas necessidades. Da associação das ideias de Henderson e de Nightingale resulta uma enfermagem próxima do paciente e eminentemente qualitativa, apoiada, em especial, na relação com a pessoa doente. Será talvez por reconhecer o contraste entre a autenticidade deste papel da enfermeira clássica e a predominância do modelo biomédico em enfermagem na actualidade que Jean Watson tenha referido que estas ideias ainda não foram cumpridas: “[...] a enfermagem não desenvolveu a *ciência* da enfermagem em acordo com as suas *teorias*. Mais, há paradigmas conflituosos a operar entre as diferentes visões da teoria da enfermagem, a prática da enfermagem e a investigação em enfermagem. Este conflito relaciona-se com o facto de que as visões pioneiras da enfermagem que persistiram através do tempo ainda não foram realizadas na educação e na prática. Os anos que passaram entre os líderes pioneiros e os teóricos contemporâneos tornaram-se problemáticos com a luta da enfermagem para avançar como disciplina e como profissão.” (2007 [1988]:14, tradução nossa).

Uma das mais importantes teorias da enfermagem na actualidade é representada no modelo da enfermagem transcultural, de Madeleine Leininger (curiosamente, Leininger era contra o uso de modelos, como referiu Collière). A intenção de Leininger (1994:viii) é fundar cientificamente a enfermagem, apoiada numa metodologia que combina métodos da antropologia e da enfermagem. De acordo com a autora, a enfermagem transcultural é uma necessidade da enfermagem no mundo de amanhã e apoia-se na necessidade prévia de o enfermeiro identificar os sistemas de valores das culturas como bases para providenciar os cuidados às populações, acedendo à realidade émica. Nas suas palavras, “the emic and ethic concepts are the bases for determining universal and nonuniversal aspects of nursing care” (1994:15).

A teoria do cuidado cultural foi desenvolvida na década de 70 do século XX e representa-se pelo modelo *Sunrise*. Este modelo representa as influências recíprocas entre o processo de cuidado e os factores ambientais e a visão do mundo do paciente, pois, para

Leininger, a saúde é “um estado de bem-estar culturalmente definido, valorizado e praticado, o qual reflecte a habilidade do indivíduo (ou grupos) de realizar suas atividades diárias em estilos de vida saudável, padronizados e expressados culturalmente.” (apud Oriá 2007:130).

Embora a teoria de Leininger seja comumente conhecida por teoria da enfermagem transcultural, parece mais adequado denominá-la de teoria do cuidado cultural (Leininger 2002). Torna-se mais adequado porque, como se sabe, a antropologia não reconhece a hipótese de se desenvolverem modelos aplicáveis em qualquer cultura, de modo *transcultural*, já que a sua essência consiste em relevar as diferenças que assistem à diversidade cultural e que necessitam de uma atenção ao relativo e ao particular. Este aspecto havia sido detectado já em 1988, por Nina Bruni, que acusou Leininger de construir, com o seu modelo Sunrise, um “*freeze frame*” da cultura de outros grupos étnicos. A definição destes últimos é outra limitação do modelo, que, segundo McKenzie e Crowcroft e também de acordo com Mulholland não é possível num quadro multi-étnico (cf. Seaton 2010). Mulholland refere que o modelo da enfermagem transcultural apresenta um grupo homogêneo para o indivíduo em questão e perfeitamente delimitado de outros grupos, apagando a natureza caleidoscópica das diferenciações étnicas (apud Seaton 2010).

Os modelos de cuidado de enfermagem apresentados revelam uma diversidade de perspectivas sobre a saúde e a doença que reflecte a construção teórica dos enfermeiros da sua própria profissão e do seu próprio perfil. Tais modelos representam a construção da identidade do enfermeiro. É por isso que eles se tornam modelos de cuidados e modelos de enfermagem, ou, o que é o mesmo, em instrumento de “modelação da pessoa da enfermeira” (Collière 1999:219).

Como também lembra Collière (1999), a identidade do enfermeiro faz-se no jogo entre as representações que aprende nos locais de formação e as que organizam os serviços. De um lado, o enfermeiro traz os modelos teóricos da enfermagem que aprendeu, no outro, ele confronta-se com as possibilidades que o campo deixa existirem (cf. Srour 1998). Em suma, o enfermeiro obtém referências para a sua prática tanto do lado da escola, que lhe inculcou as representações, como do lado do serviço, que lhe impõe novas representações. No final, a prática do cuidado deverá apoiar-se tanto em representações aprendidas na escola como em representações cumpridas no serviço. Daqui resulta que o enfermeiro é moldado pela noção de enfermagem que ele aprendeu e que é obrigado a levar à prática num campo dado. O que Collière quer dizer é que o enfermeiro é aquilo que lhe deixam ser a partir da forma que ele aprendeu a sê-lo. Para Bourdieu (1989) e Agamben

(2007 [1995]), o campo de realização e produção das representações reflecte uma inspiração constrangida pelas relações de poder que aí se jogam. O campo é a última possibilidade da realização das representações; ele é, simultaneamente, uma representação – porque representa uma biopolítica – e um contexto, porque torna possível essa biopolítica pela definição estratégica do biopoder num âmbito prático específico. A espacialização institucional da doença, que começou no século XVIII, é uma condição para a realização de uma medicina activa (Foucault 2007 [1963]:16, 19), isto é, uma medicina que se guia pela imposição de normas e de disciplinas em nome da saúde (Fassin 2000). Ora, estas normas e disciplina são impostas pelo sistema sócio-técnico, do qual fazem parte os enfermeiros. Estes são instrumentos de realização de uma governabilidade, razão pela qual são produtos das representações que a *raison d'État* determinou como características do seu regime de verdade, que é traduzido em linguagem prática através das instituições, cujos rituais os enfermeiros cumprem. Simultaneamente disciplinadores e disciplinados, os enfermeiros realizam-se como instrumentos das políticas da vida num dado campo.

II.1.2. A UCCI-SCMP: uma representação institucional da biopolítica actual

Como foi referido anteriormente, a UCCI-SCMP é a unidade de estudo seleccionada no presente trabalho. Composta, por uma Unidade de Convalescência (UC) e uma Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), localiza-se na Avenida S. João de Deus, na cidade de Portimão, a UCCI-SCMP, e outrora Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Portimão, vulgarmente conhecida por Hospital da Misericórdia, confronta a poente com a principal via de acesso ao centro da cidade de Portimão e à Praia da Rocha (V6), que prolonga a principal via de acesso à cidade (Av. Paul Harris), no início da qual se situa o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

As unidades de Cuidados Continuados Integrados surgiram neste novo século como respostas políticas ao contexto sócio-demográfico caracterizado pelo envelhecimento populacional e pelos correlativos aumentos do índice de dependência funcional e da incapacidade.²⁵ Este quadro motivou a necessidade de se definir modelos de prestação de

²⁵ Os cuidados continuados integrados procuram manter uma ligação entre o hospital e o ambiente do paciente acompanhando o seu percurso para além do âmbito sanitário, i.e., incluindo o âmbito social no contexto do cuidado, o que obriga à inclusão nas equipas de saúde de agentes

serviços e cuidados de saúde que promovessem o sucesso do processo de envelhecimento, isto é, que contribuíssem para manter o processo de envelhecimento dentro de um modelo de apoio na realização das actividades de vida diária.

De acordo com Sequeira (2007:40) “o índice de dependência apresenta perspectivas de aumentar nos próximos anos, atingindo em 2050 os 57,8%, o que significa que mais de metade dos idosos se encontrarão numa situação de dependência de outrem”. Esta tendência para o aumento do índice de dependência deve-se ao maior acréscimo da população que contrai males que são próprios de idades muito avançadas, resultando no incremento da probabilidade de se observarem limitações ao nível da autonomia do indivíduo. Se se considerar que os cuidados são formas de compensar as limitações de autonomia, então, mesmo naturalmente, o idoso constitui um alvo privilegiado dos cuidados, pois, ele possui predisposição para a perda de autonomia. Porém, o grau de dependência pode aumentar grandemente com a manifestação de doenças ou traumas (ou a combinação das duas, como, por exemplo, no caso dos osteoporóticos fracturados).

Em idades muito avançadas surgem doenças tais como a Doença de Alzheimer (com taxas de incidência na ordem dos 40%, a partir dos 90 anos), responsável por 60 a 70% dos casos de demência, especialmente incapacitantes (Cummings & Cole 2002, citados por Sequeira 2007). A prevalência de demência, que pode derivar de um conjunto de doenças do tipo neurodegenerativo, aumenta com a idade: “a partir dos 60 anos verifica-se uma duplicação da incidência por cada 5 anos” (Sequeira 2007:63). Os problemas resultantes de complicações cardiovasculares podem contribuir igualmente para o aumento do grau de dependência dos idosos. Com a idade, as mazelas incuradas durante a vida manifestam-se e podem enquadrar situações de cronicidade. Os resultados de problemas de insuficiência cardíaca, por exemplo, podem registar-se também a nível neurológico, afectando as capacidades autonómicas das pessoas. Outras doenças com maior prevalência na classe idosa, como, por exemplo, a Doença de Parkinson, podem igualmente limitar a autonomia dos indivíduos ao ponto de precisarem de cuidados de saúde e outros em regime de permanência.

tradicionalmente estranhos. A intenção de reabilitar as pessoas interferindo no meio reflecte-se numa abordagem própria da linguagem da CIF. Daqui se depreende haver uma relação mais ou menos próxima entre a CIF e os CCI. Este modelo é, portanto, o resultado da articulação entre as recomendações da OMS e as políticas nacionais de saúde, numa lógica de governação que alguns designam por *glocalização* (cf. Busino 2006, Blatter et al 2009).

As situações de dependência inscrevem-se entre os extremos da dependência parcial e da dependência total (José et al 2002). Dentro desta polaridade situa-se a imensa variedade das situações de dependência, que remetem para situações de cuidados particulares. Estas situações de cuidado estão, portanto, directamente relacionadas com as situações de dependência do idoso. O cuidador terá que adaptar um plano de cuidado adequado a cada situação clínica particular, que, por sua vez, será dirigido ao combate da dependência do sujeito. Para que a dependência possa ser combatida em proporção, utilizam-se instrumentos de diagnóstico específicos.²⁶

Os idosos dependentes podem, portanto, ser incapazes de tratar de si, requerendo cuidados especializados e/ou continuados, conforme a razão da incapacidade – aguda, reabilitadora, convalescente ou crónica.

O Estado português confirmou oficialmente a natureza pública do problema da dependência em idosos em 1994, com o desenvolvimento do PAII (Programa de Apoio Integrado a Idosos), que motivaria o surgimento do SAD (Serviço de Apoio Domiciliário). Três anos mais tarde, foi criado o PILAR (Programa Idosos em Lar). Em 2001, surgiu o PNAI (Plano Nacional de Acção para a Inclusão), através do qual foi desenvolvido o SAD.

Apesar destes instrumentos, o sistema de saúde nacional continuou com dificuldade em dar resposta às necessidades levantadas pelo aumento do número de idosos dependentes, cujos dados são periodicamente levantados por instrumentos de diagnóstico social a nível local. O resultado da insuficiência das respostas dadas pelos programas governamentais era sobretudo visível na acumulação de idosos, que requeriam cuidados de média e/ou longa duração, em hospitais, especialmente vocacionados para situações agudas, isto é, de curta duração. O *modelo* de cuidados continuados integrados pretende ser a resposta a estas necessidades, articulando os dois pólos institucionais tradicionais: os hospitais e os centros de saúde. A continuidade dos cuidados apresentou-se como o meio

²⁶ Estes instrumentos avaliam a dependência em geral – Escala de Karnofsky e Escala EasyCare – ou a partir da detecção das limitações que os pacientes têm nas actividades básicas da vida diária (ABVD) – Índice de Barthel e Índice de Katz – e nas actividades instrumentais da vida diária (AIVD) – Índice de Lawton. Existem ainda instrumentos de avaliação do estado mental dos pacientes (Mini-Mental State Examination – MMSE) e de Avaliação de Risco de Úlceras de Pressão (Sequeira 2007:147 e segs.). Para uma familiarização com os instrumentos de diagnóstico, ver, especialmente, Centro de Formação Profissional para a Qualidade (CEQUAL), Instituto Português da Qualidade (IPQ) e União das Misericórdias Portuguesas (UMP) *Manual de Gestão da Qualidade para Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 2004, em: http://www.ipq.pt/backfiles/MGQ_UCCI.pdf.

de resolver a inexistência de planos de acompanhamento e tratamento das pessoas que não estavam em situações agudas e que permaneciam no hospital, “entupindo” o fluxo de doentes e dificultando a gestão das altas, ou de pessoas cujo prognóstico não indicava modificações do seu estado. Entre os hospitais e os centros de saúde foram criadas as Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), que se responsabilizam pelo internamento de pessoas que estão a convalescer ou que possuem condições crónicas que exijam cuidados de saúde.

Os Cuidados Continuados Integrados são o actual paradigma da prestação de cuidados, que já não são apenas de saúde, mas também sociais (Dias & Santana 2008). A integração do cuidado de saúde com o apoio social é a principal característica do modelo. A dimensão social do modelo obriga à sua articulação estreita com a realidade social local, razão pela qual não se pode falar de um modelo europeu ou mesmo mundial de cuidados continuados integrados. Esta articulação entre as políticas de implementação dos cuidados continuados integrados e as necessidades reais das populações constitui-se como um dos pontos fortes do modelo, que é “capaz de contribuir para a solução de diversos problemas criados pela fragmentação dos serviços sociais e de saúde, geradora de ineficiências na gestão dos recursos disponíveis, baixa qualidade na prestação dos serviços e, concomitantemente, insatisfação no cidadão-utente” (Dias & Santana 2008:18).

Em Portugal, o modelo foi apresentado em 21 de Abril de 2006, pelo Ministro da Saúde do XVII Governo Constitucional e pela Secretária de Estado Adjunta da Saúde. Na apresentação, o Ministro da Saúde referiu que a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) pretendia dar resposta às “crescentes necessidades não-satisfeitas na saúde e no apoio social às pessoas idosas e em situação de dependência”. No mesmo texto, o ministro reconhecia que “as respostas são [...]desadequadas, insuficientes, ineficientes e, o mais grave, de acesso profundamente inequitativo”. O governo propôs um modelo de cuidados centrado no “cidadão”, de “natureza preventiva, recuperadora e paliativa”, que se constituísse como “um novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre o internamento hospitalar e os cuidados de base comunitária”.

Para operacionalizar a Rede, o Ministro da Saúde referiu a necessidade de formar adequadamente os profissionais, para trabalharem em equipa no sentido de darem respostas globais e integradas às necessidades das pessoas. Paralelamente firmaram-se protocolos de cooperação com parceiros sociais, tais como, as IPSS, as Misericórdias e as Ordens Religiosas.

De acordo com a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), no ano 2006, existiam 63.091 altas com demora média superior a vinte dias que permaneciam em internamento de agudos. Destes casos, 52,8% eram pessoas com 65 anos de idade ou mais.

Segundo a UMCCI, os custos do estado com um internamento em hospital de agudos com medicação ascendem a 897€ por dia, enquanto que, numa unidade de convalescença, ficam-se pelos 80,2€ por dia.

Em 6 de Junho de 2006 entrou em vigor o Decreto-Lei n.º 101/2006, que define a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que começou a experimentar-se no terreno, que havia sido inspirada na Rede de Cuidados Continuados de Saúde, criada pelo Decreto-Lei n.º 281/2003, de 08 de Novembro (UMCCI 2009). O então Hospital da Misericórdia de Portimão foi uma das instituições a participar nesta experiência piloto.

O modelo de gestão da Rede define os critérios de referenciação e admissão que norteiam todo o processo de alta e está dotado de mecanismos de regulação próprios, que permitem manter a continuidade dos cuidados na medida em que o doente vai sendo mobilizado de um tipo de serviço para outro.

O fluxo de referenciação tem início na Equipa de Gestão de Altas (EGA) e na Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EISCP), que propõem às Equipas de Coordenação Local (ECL) a referenciação dos doentes para uma das unidades de internamento ou para o domicílio (ver Ilustração 1).

A EGA tem autonomia para fazer a referenciação directa para as unidades de convalescença e para as unidades de cuidados paliativos. As Equipas de Coordenação Regional (ECR) são informadas pelas ECL sobre os casos referenciados e acompanham, avaliam e realizam “o controlo de resultados da execução dos contratos para a prestação de cuidados continuados, verificando a conformidade das actividades prosseguidas com as autorizadas no alvará de licenciamento e em acordos de cooperação. [Simultaneamente,] promovem a avaliação da qualidade do funcionamento, dos processos e dos resultados das unidades e equipas e propõem as medidas correctivas consideradas convenientes para o bom funcionamento das mesmas” (UMCCI 2009).

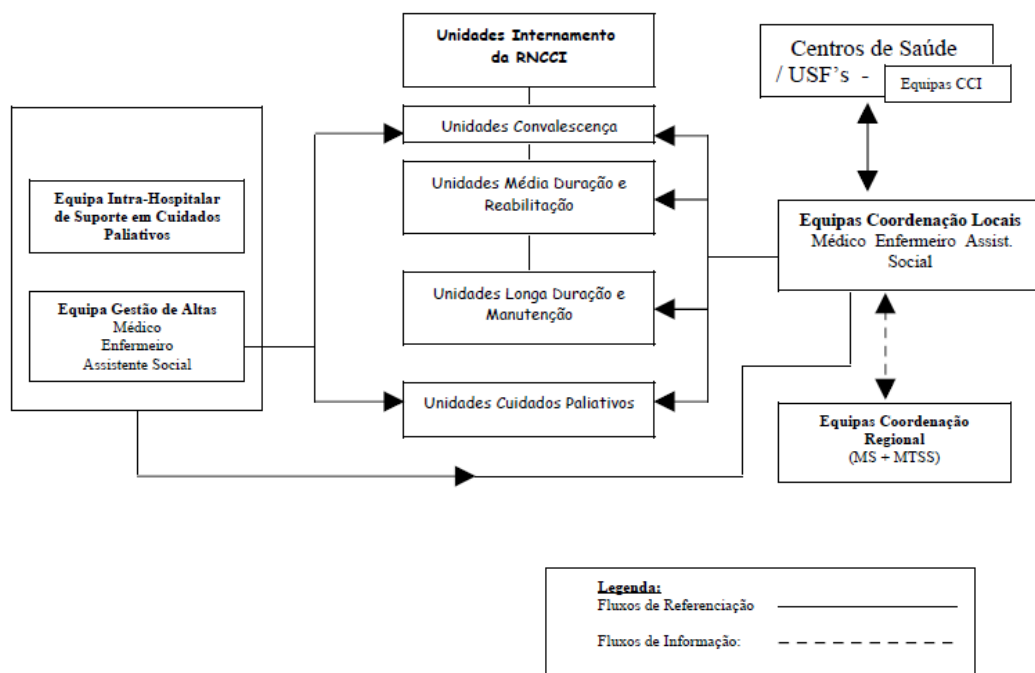


Ilustração 1 – Fluxo de referência das unidades da RNCCI (Fonte: UMCCI)

A RNCCI oferece quatro tipos de resposta aos problemas diagnosticados: unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipa hospitalar e equipas domiciliárias. As Unidades de Internamento dividem-se em Unidades de Convalescença (UC), Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM), e Unidades de Cuidados Paliativos (UCP). As Unidades de Ambulatórios são Unidades de Dia e de Promoção da Autonomia. As equipas hospitalares são a equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos e a equipa de gestão de altas. As equipas domiciliárias são as equipas de cuidados continuados integrados e a equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos.

Dentro das Unidades de Internamento, a UC “tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, devendo para esta tipologia ser referenciadas pessoas que se encontram em fase de recuperação de um processo agudo ou recorrência de um processo crónico, com elevado potencial de reabilitação com previsibilidade até 30 dias consecutivos” (UMCCI 2009); e as UMDR “visam responder a necessidades transitórias, promovendo a reabilitação e a independência, em situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo crónico, cuja previsibilidade de dias de internamento se situe entre 30 dias e 90 dias” (UMCCI 2009).

A nível nacional, a RNCCI é coordenada pela UMCCI, a nível regional pela ECR e a nível local pela ECL. As ECR “são constituídas por representantes da Saúde e dos Centros Distritais da Segurança Social” (UMCCI 2009) e têm como principais competências: divulgar informação à população sobre a RNCCI, analisar propostas para integrar a Rede, acompanhar a controlar a execução financeira, garantir a qualidade dos cuidados prestados, monitorizar e controlar a actividade prestada, garantir a equidade e adequação no acesso à Rede, formar os profissionais, desenvolver um plano regional de implementação e previsão orçamental, garantir a articulação em entidades e parceiros. As ECL “são compostas por, pelo menos, dois elementos dos centros de saúde (médico e enfermeiro) e um elemento do sector social” (UMCCI 2009) e têm como principais competências: assegurar a articulação das unidades e equipas ao nível local, apoiar e acompanhar o cumprimento dos contratos, assumir os fluxos de referência dos utentes na Rede, actualizar o sistema de informação da Rede, assegurar a preparação de altas, apoiar e acompanhar a utilização dos recursos da Rede e promover parcerias para a prestação de CCI.

No conjunto, equipas e prestadores de cuidados estão envolvidos numa cadeia contínua de acompanhamento de saúde e social.

O financiamento da Rede é partilhado e faz-se conforme a responsabilidade que caiba ao Ministério da Saúde ou a este em conjunto com o Ministério da Solidariedade Social. Na altura da apresentação da Rede, o Ministro da Saúde referiu que “as unidades de convalescença e as unidades e equipas de suporte aos cuidados paliativos serão financiadas pelo sector da Saúde, mas os centros de dia serão da responsabilidade da Segurança Social. Já as unidades de média duração e reabilitação e as unidades de longa duração e manutenção serão financiadas de forma mista, com a Saúde a assumir 70% do financiamento das primeiras e 20% do financiamento das segundas”. Nos anos seguintes foram saindo diplomas reguladores dos modelos de financiamento da RNCCI, cuja monitorização ficou a cargo da UMCCI, que foi criada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 168/2006, de 18 de Dezembro. Entretanto, a Portaria n.º 994/2006, de 19 de Setembro, já tinha definido os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados no âmbito das experiências piloto da Rede Nacional, que estavam a decorrer. O Despacho normativo n.º 12/2006, de 12 de Outubro, veio definir as condições em que a segurança social comparticipa a Rede. A Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de Setembro, fixou os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas unidades de internamento e ambulatório da Rede, bem como as condições gerais para a contratação no âmbito da RNCCI e revogou a Portaria n.º 994/2006, de 6 de Setembro. Finalmente, o Despacho

Normativo n.º 34/2007, de 19 de Setembro, veio definir os termos e condições em que a segurança social comparticipa os utentes pelos encargos decorrentes da prestação dos cuidados de apoio social nas unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Durante a experiência piloto foram sendo testados instrumentos de avaliação que permitissem obter dados para analisar o desenvolvimento da Rede. Para a avaliação da eficácia da Rede contribuiu o desenvolvimento de um sistema de registo e de monitorização *on-line*. Os indicadores incluem dados sobre “referenciações, admissões, grau de autonomia obtido, estado nutricional, situação cognitiva e emocional, úlceras de pressão, quedas, dor, infecção, uso de fármacos, alocação de recursos humanos, entre outros.” (UMCCI 2009). Este sistema de registo começou a ser implementado em 2008 e complementou-se com um instrumento de avaliação da situação global do doente, ou Instrumento de Avaliação Integrada (IAI).

No ano de 2008 tinham sido referenciados para a Rede cerca de 24.000 doentes, tendo sido assistidos 16.200. Dados mais recentes, divulgados pelo Jornal de Notícias de 18 de Setembro de 2009, indicam que, na primeira metade de 2009, o número de camas contratualizadas aumentou 22% e o número de utentes referenciados 48%. Segundo a mesma fonte, no final de Junho de 2009 havia “3 498 camas contratadas com 179 prestadores em vários graus de cuidados que implicam internamento.” O jornal acrescenta que mais de metade (51%) das camas contratadas são garantidas pelas misericórdias, restando um quarto para as entidades privadas, 15% para as IPSS e 9% para o Serviço Nacional de Saúde, o que demonstra a enorme importância que as misericórdias têm no âmbito da Rede. Os dados actuais, fornecidos pelo Governo, referem que, em final de 2010, e passados quatro anos do início do Programa, cerca de 50.000 pessoas foram beneficiadas com a Rede. O número de camas ascende a 5.000, distribuindo-se por unidades de Convalescência (754 camas), de Média duração e reabilitação (1.549 camas), de Longa duração e manutenção (2.426 camas) e de Cuidados paliativos (163 camas), às quais se acrescentam 7.823 lugares em Cuidados domiciliários prestados por 201 equipas (fonte: Portal do Governo).

As modalidades de cooperação entre o Estado e as instituições do sector solidário da sociedade no âmbito da RNCCI foram formalizadas pelo Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de Março. O anterior regime de licenciamento, definido pelo Decreto-Lei n.º 133-A/97, de 30 de Maio, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 268/99, de 15 de Julho, foi revogado. Tal é o quadro legal onde se situa a actividade actual da UCCI-SCMP.

II. 2. DEFINIÇÃO DO OBJECTO

Vimos que as representações da saúde e da doença tidas pelos enfermeiros resultam da adopção de modelos de prestação de cuidados que acabam por definir o tipo de enfermeiro que se é. O contexto institucional da Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Portimão impõe uma interpretação particular do papel do enfermeiro, que se vê perante novas ritualizações no seio de equipas multidisciplinares criadas (leia-se, construídas) com objectivos diferentes daqueles que, tradicionalmente, são definidos no âmbito das equipas de saúde. O enfermeiro vê-se incluído num campo onde as funções do sistema sócio-técnico extrapolam a área específica da saúde. Habitado a ter o seu espaço bem definido – e quase exclusivo – na interacção com o paciente, o enfermeiro deve, agora, partilhar o seu saber com profissionais tão diversos como o psicólogo, o assistente social, o terapeuta ocupacional, o fisioterapeuta, o animador sócio-cultural, ou o terapeuta da fala. Do mesmo modo, obtém novas perspectivas sobre novas *zonas* do corpo.

Em tal contexto, os saberes e as práticas estão constantemente em escrutínio, e agora já não apenas pelo paciente, mas também pelos outros profissionais. No contexto multidisciplinar do cuidado em UCCI, o enfermeiro sente que o seu saber pode ser criticado e desenham-se, com estas novas possibilidades de ser e de estar, novas modalidades de jogar com a realidade do cuidado. As relações de poder já não são estabelecidas unicamente com o médico. Saber sobre a saúde e a doença já não é monopólio do profissional de saúde.

As instituições de saúde são sistemas sócio-técnicos que estão sujeitos a normas administrativas e clínicas que provocam alterações nos estatutos profissionais, como é o caso da fragmentação funcional que representam as equipas multidisciplinares. Esta fragmentação tem que ser compensada com a harmonização dos saberes a partir de um modelo epistemológico comum, que funcione como um quadro de delimitação da acção (Tremblay 1983). Neste aspecto, a criação do modelo dos cuidados continuados *integrados* veio obrigar os profissionais de saúde tradicionais a re-observar a sua posição relativa no contexto da conceptualização da problemática respeitante à saúde e à doença.

A delimitação funcional dos vários profissionais que constituem a equipa multidisciplinar é conseguida a partir da representação que cada um faz da saúde e da doença, visto que é a conceptualização da problemática da estrutura saúde-doença que define as fronteiras da responsabilidade de cada profissional, influenciando as suas atitudes e o seu comportamento perante o paciente (Engel 1977). Cada profissional, bem como cada instituição – em lugares respectivos na estrutura triangular do cuidado – constituem-se, assim, como metáforas da ordem política e social, em virtude de se apresentarem dentro dos limites política e socialmente impostos de uma racionalidade médica e biopolítica (Hours & Selim 1997, citados por Massé 2001). Por conseguinte, deve-se interpretar as representações da saúde e da doença como resultados dos constrangimentos políticos e sociais que moldam os profissionais de saúde para se limitarem a cumprir determinado papel e determinado programa político. É possível, como observou Raymond Massé (2006), perceber os problemas de tratamento desigual em contextos de prestação de cuidados de saúde como resultados dessa moldagem. Partindo de uma atitude de análise deste tipo, enveredamos pela realização de uma antropologia crítica das políticas, escapando a uma antropologia nas políticas (Massé 2006).

Estudar a significação da saúde remete para o estudo da “redefinição do sentido da liberdade de acção, da autonomia e responsabilidade social face aos grupos vulneráveis.” (Massé 2001:21, tradução nossa). Por esta razão, a antropologia da saúde deve adoptar um certo equilíbrio entre a análise macro e a análise micro. Em saúde não é possível, nos nossos dias, isolar o que se vê num campo daquilo que se passa no mundo inteiro. De acordo com Didier Fassin, isto deve-se ao facto de aquilo que se observa a nível local estar relacionado, pelo menos em parte, com as relações económicas e políticas mundiais; de “a circulação mundial dos modelos sanitários em termos de representações e de práticas tende[r] a constituir [...] um referencial global” (Fassin 2000:25); e de a doença representar em todo o lado uma preocupação dos Estados, que procuram, através da sua governabilidade, transformar a subjectividade política (Fassin 2000).

A globalização do local é deveras visível quando novos grupos sociais, estrangeiros, se apresentam como agentes na construção social da realidade autóctone. Enquanto indivíduos aparentemente livres de uma biopolítica local, as minorias estrangeiras, sejam turistas, nacionalizados, ou imigrantes, representam o mundo e, por conseguinte, a saúde e a doença, segundo moldes não aprendidos no nosso país. As migrações internacionais remetem para a questão da desnacionalização dos indivíduos, que se encontram na eventualidade de estarem desprovidos de cidadania, de se sentirem nus, no sentido dado

por Giorgio Agamben (2007 [1995]). No processo de acolhimento (ou de nacionalização), os serviços de saúde são os representantes das políticas de integração do corpo na matriz que a maioria usa para definir as políticas da vida. Consequentemente, os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, podem sentir-se desadaptados no seu próprio domínio. Para que os problemas identificados por Natália Ramos (2008)²⁷ possam ser encarados com seriedade por parte dos enfermeiros, é necessário que eles se esforcem em “retrouver les mots et de décoder les représentations de ceux qu’ils soignent et d’élucider leur propres représentations, celles forgées par leur champ professionnel” (Collière 1990:120). Visto que, através das representações podem constituir-se mentalidades ou crenças que influenciam comportamentos (Moscovici 2000:157), só considerando-as como objectos de reflexão é que os enfermeiros podem, de facto, questionar-se como instrumentos de integração das minorias étnicas nos serviços de saúde.

No actual cenário de cuidado, espera-se que o enfermeiro use de conhecimentos e de habilidades para negociar com o utente e com o sistema de saúde no sentido de se atingir um plano de saúde que efectivamente beneficie todos (Jezewski 1990; AAVV 2004). Este papel de negociador só pode ser realizado se o enfermeiro tomar consciência da sua posição no jogo da construção social da realidade clínica, no cenário social global, no qual a sua função é necessária. Esta tomada de consciência passa por reconhecer a diferença entre os modelos explicativos do pensamento biomédico e as normas culturais tradicionais fundamentais. Na base de uma política de reconhecimento, espera-se que o enfermeiro reconheça, igualmente, a semelhança. A auto-percepção como elemento constituinte de um sistema de serviços de prestação de cuidados embebido – tanto o elemento como o sistema – em cultura é um primeiro passo para se reconhecerem as referências que marcam tanto o discurso e a prática biomédica como o discurso e a prática popular (leia-se, do leigo).

Ao reconhecer a sua posição cultural, o enfermeiro torna-se capaz de reconhecer igualmente que existem diferentes crenças sobre a saúde e a doença que remetem para variados modelos explicativos onde as etiologias e os tratamentos são observados como formulações simbólicas, ou, melhor dizendo, como compostos de representações sociais próprias da cultura em que o visado se insere. É por isso que Mali Guyon (1986), entre outros, considera o cuidado como um empreendimento antropológico. A finalidade remota

²⁷ A saber: problemas de ordem linguística; de incapacidade dos profissionais em fornecer apoio individualizado; e de falta de preparação especial no que se refere à prestação de cuidados de saúde aos imigrantes e refugiados.

deste estudo consiste precisamente em sensibilizar o prestador de cuidados de saúde e mesmo o sistema de saúde para a questão fundamental, já referida, enunciada por Collière (1998), segundo a qual, cada situação de cuidados é uma situação antropológica.

O objecto de estudo focado no presente trabalho – as representações da saúde e da doença num contexto multicultural de prestação de cuidados de enfermagem – desenha-se precisamente no seio da construção social da realidade clínica, onde o enfermeiro assume um papel importante. Não apenas porque é o único profissional de saúde que acompanha o paciente durante as vinte e quatro horas do dia, mas também porque é aquele que lida mais directamente com as suas emoções, o enfermeiro deve ter a noção concreta da sua posição na interacção terapêutica, que, antes de mais, é uma interacção social especial, marcada pela complementaridade das relações de comunicação. Nas interacções com pacientes estrangeiros, essa complementaridade remete para o facto de o enfermeiro reconhecer o seu papel de mediador cultural, entre a cultura do paciente e a sua cultura (da qual faz parte a cultura da organização onde a interacção terapêutica tem lugar). Para isso, é necessário que ele tenha consciência que as representações que faz da saúde e da doença são diferentes das que o paciente traz consigo; consciência, essa, que só terá se caracterizar as suas próprias representações e lhes procurar o sentido no contexto da sua própria produção, que é sempre política e social. É nestas condições que o enfermo pode ser um indivíduo de plenos direitos na interacção terapêutica, conforme se estipulou, em 1994, aquando da aprovação, pela Secretaria Regional da Europa da OMS, da Declaração sobre a Promoção dos Direitos dos Pacientes na Europa.²⁸

A consulta da tradição teórica acerca das representações da saúde e da doença em contextos multiculturais de prestação de cuidados de enfermagem motivou a formalização de quatro questões essenciais que contribuem para a definição do objecto de estudo.

Primeiramente, as representações não constituem um simples reflexo do real, mas a sua construção (cf. Herzlich 2005). Em segundo lugar, não há uma definição universal de doença, visto que esta resulta de um processo de negociação social (cf. Waxler 1981), significando que, as representações da doença, quando conceptualizadas por cuidadores,

²⁸ De acordo com a Declaração, os pacientes têm cinco tipos de direitos: 1) Direitos do Homem e valores humanos nos cuidados de saúde, 2) Direito à Informação, 3) Direito ao Consentimento, 4) Direito e 5) Direito aos Cuidados e ao Tratamento. Para uma análise sucinta, ver Rivero & Galán (2001 [1996]).

traduzem a sua interpretação acerca do doente e do cuidado e o modo como se comportam perante os pacientes (cf. Engel 1997). *Mutatis mutandis*, o modo como os enfermeiros cuidam reflecte o modo como representam a saúde e a doença (cf. Pfifferling 1981). Os modos de comportamento e de representação são elaborados num campo institucional onde jogam três elementos principais: o enfermeiro, o paciente e a instituição. No contexto da institucionalização, cada um dos elementos produz a realidade clínica em função de um modelo de realização clínica predictivo e pré-elaborado. Nos enfermeiros, os modelos associam-se numa elaboração entre as representações dos fundamentos da enfermagem, que são representações que lhe foram inculcadas numa *chrestomathia* (cf. Bentham 2004 [1816]) dada, e as representações impostas pelo modelo institucional de prestação de cuidados continuados integrados (no caso, representado pela UCCI-SCMP). As representações inculcadas e as representações impostas podem ajustar-se na perfeição ou não, significando que os enfermeiros podem representar diferentemente a sua responsabilidade nesses cuidados, traduzindo-a pela forma como definem a saúde e a doença, ou seja, como delineiam os contornos do seu lugar no seio do sistema das políticas da vida. Em terceiro lugar, a doença é construída com base na ideologia que molda as interacções, servindo o propósito da governabilidade, por isso é necessário estudar as relações de poder contidas nas representações e, paralelamente a estas, nas acções, porque os sistemas de saúde profissionais representam a combinação das expressões de governabilidade, inseridas no composto tecnologias médicas - tecnologias políticas. Só através do estudo da economia política da saúde é possível compreender a razão de ser das representações profissionais da saúde e da doença. Isto significa que analisar a problemática da saúde e da doença implica o estudo crítico das realidades dos jogos de poder e de aplicação política e que o estudo da saúde começa onde a doença põe em jogo o corpo social (cf. Fassin 1996, 2000). Finalmente, os significados simbólicos atribuídos à experiência da doença (*illness*) são os meios culturais para gerir os problemas clínicos, e adquirem especial importância em contextos de mudança social e pluralismo cultural (cf. Kleinman 1978).

CAPÍTULO III: METODOLOGIA

Em geral, os autores consideram que os estudos qualitativos são indispensáveis para o estudo das representações (Abriç 2009 [1989]:222), especialmente a observação (Moscovici 2000:75). De acordo com Moscovici (2000:76), apenas uma descrição cuidada das representações, da sua estrutura e da sua evolução em vários campos nos permitirá compreendê-las.

Enquanto táxones da realidade social, as representações devem ser estudadas a partir da classificação do seu valor numa taxonomia, cuja hierarquização pressupõe sempre uma qualificação no sistema simbólico em questão. Como matrizes da regulação da vida, as representações da saúde e da doença são resultados da conceptualização das características e das qualidades dos acontecimentos que determinam a fronteira entre o normal e o patológico.

Como vimos, a definição da doença e da saúde envolve vários agentes e determinações políticas. Na tradição biomédica, o saber e o poder confundem-se na definição da fronteira entre o normal e o patológico, percebendo-se que o primeiro termo se refere à exclusão do segundo e este à ausência do primeiro. Daqui decorre que, sem sabermos o que se passa dentro da carapaça das modalidades políticas de conceptualização do normal e do patológico, não poderemos saber de que realidade social se trata quando falamos de doença e de saúde. Apenas sentimos os efeitos dessa conceptualização. Para compreendermos porque é que os acontecimentos resvalam em classificações das manifestações do corpo e na rotulagem das pessoas com novos papéis sociais, temos que abrir a caixa e olhar as representações por dentro; só pelo contacto com o olhar é que as representações se tornam conscientemente apreensíveis, tal como acontece com o gato de Schrödinger. Por esta razão, entendemos que uma descrição densa da expressão prática das representações e uma análise da sua expressão simbólica ou linguística constituem o caminho necessário para esboçar o arranjo taxonómico que resulta da representação da saúde e da doença. Através da descrição dos rituais de instituição e da análise do conteúdo e do discurso poderemos captar, simultaneamente, a representação simbólica e a representação prática, isto é, as representações incutidas (ancoradas numa *chrestomathia*) e as representações impostas (onde se objectivam as representações aprendidas por adequação ao jogo *biopolítico*).

Porque o objecto de estudo consiste na representação da saúde e da doença num contexto multicultural de prestação de cuidados de enfermagem, tornou-se necessário seleccionar uma unidade de estudo onde fosse possível realizar uma etnografia do cuidado. Os critérios de selecção da unidade de estudo resumiam-se a estes dois: ter presente o objecto de estudo e possibilitar a realização de uma etnografia.

Os critérios de selecção da unidade de estudo eram plenamente cumpridos pela instituição hospitalar, pelo que se pediu colaboração ao então Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Portimão. Depois de ter sido dada autorização, pelo Director Clínico, para poder implementar o projecto na instituição,²⁹ marcámos uma reunião de apresentação, que se realizou em Setembro de 2008, após um período de modificação das características do Hospital, que passou a ser uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados, o que, por si só, não punha em perigo o cumprimento dos critérios de selecção, já que, apesar da modificação do quadro em que a enfermagem se praticava, continuava a ser possível estudar as representações da saúde e da doença elaboradas pelos enfermeiros num contexto multicultural.

III. 1. SELECÇÃO DE TÉCNICAS

A descrição do contexto multicultural da prestação de cuidados constitui o primeiro objectivo geral do projecto e foi realizada através da observação participante. O levantamento das representações da saúde e da doença elaboradas pelos enfermeiros, que constitui o segundo objectivo geral do estudo, foi realizado na fase final da observação através de entrevista semi-directiva.

Na Tabela 2 vê-se que, na primeira parte do trabalho etnográfico, levantaram-se os indicadores que permitem definir o conceito de multiculturalidade no âmbito da prestação de cuidados de saúde na Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Portimão (1º objectivo específico), caracterizou-se o modelo de acesso para doentes estrangeiros existente na Unidade através da relação entre os conteúdos e meios de informação que lhes são disponibilizados (2º objectivo específico) e descreveu-se o modo como os enfermeiros processam a sua integração nos serviços (3º objectivo específico); na

²⁹ Ver Apêndice 1 – Autorização para a aplicação do projecto.

segunda, levantaram-se as representações biomédicas da saúde e da doença tidas por parte dos enfermeiros (2º objectivo geral). Observaram-se as práticas do enfermeiro em situações concretas de prestação de cuidados de saúde a doentes estrangeiros (5º objectivo específico) e identificaram-se as reacções dos doentes que relevaram problemas de comunicação e/ou discordância em relação ao processo terapêutico (6º objectivo específico).

As entrevistas semi-directivas complementam a objectivação das representações obtida pela observação das práticas dos enfermeiros. Além de servirem para objectivar as representações por palavras, as entrevistas também suscitam a explicação dessas objectivações (4º objectivo específico); pela solicitação de justificações abrem a memória para as imagens que identificam o valor das representações (processo de ancoragem), mostrando-se as atribuições dadas às representações, que formam as teorias sobre a enfermagem em contexto multicultural de cuidados.

Tabela 2 – Métodos e técnicas utilizados para cumprir os objectivos do projecto

Objectivos do projecto		Métodos / Técnicas
Gerais	Específicos	
1) Caracterizar o cenário multicultural da prestação de cuidados de enfermagem na UCCI-SCMP)	a) Levantar indicadores que permitam definir o conceito de multiculturalidade no âmbito da prestação de cuidados de saúde na Unidade	Lista de descritores, Observação participante, Entrevistas semi-directivas aos enfermeiros (questões gerais)
	b) Caracterizar a documentação e os serviços acessíveis ao doente estrangeiro	Consulta documental
	c) Descrever o processo de integração do doente estrangeiro nos serviços por parte dos enfermeiros.	Observação não participante, Entrevistas semi-directivas aos enfermeiros (questões gerais)
2) Levantar as representações biomédicas da saúde e da doença tidas por parte dos enfermeiros	a) Entrevistar os enfermeiros sobre as representações que possuem sobre o processo terapêutico e sobre a saúde e a doença;	Entrevistas semi-directivas aos enfermeiros (questões específicas)
	b) Observar as práticas do enfermeiro em situações concretas de prestação de cuidados de saúde a doentes estrangeiros	Observação participante, Observação não participante, Observação indirecta, Entrevistas semi-directivas aos enfermeiros (questões específicas)
	c) Identificar as reacções dos doentes que relevaram problemas de comunicação e/ou discordância em relação ao processo terapêutico	Observação participante, Entrevista semi-directiva (Madame Nadine) Entrevistas semi-directivas aos enfermeiros (questões específicas)

III. 2. SELECÇÃO DE TEMAS

A prossecução dos objectivos traçados no início do projecto realiza-se através da sua tradução em categorias de análise. As categorias de análise focadas pelos diferentes objectivos foram seleccionadas durante a descoberta da realidade da unidade de estudo (ver Tabela 3). Ao longo do trabalho etnográfico foram-se identificando os indicadores, ora do contexto, ora das representações. Ambas as dimensões de análise foram categorizadas a partir dos objectivos do estudo e estudadas com recurso a diversos instrumentos.

Tabela 3 – Categorização do problema de estudo

Problema	Dimensões de análise	Categorias de análise	Sub-categorias de análise	Indicadores
Como os enfermeiros representam a saúde e a doença num contexto multicultural de prestação de cuidados?	A – Cenário multicultural da prestação de cuidados de saúde da Unidade	1 – Sistema sócio-técnico	1.1. Estrutura física	1.1.1. Lotação da Unidade
				1.1.2. Espaços e funções
			1.2. Recursos Humanos	1.2.1. Equipa multidisciplinar
			1.3. Organização e funcionamento	1.3.1. Admissão, transferência, alta e óbito
				1.3.2. Visitas
				1.3.3. Alimentação
				1.3.4. Reposição de material de consumo clínico, farmacêutico e esterilização
				1.3.5. Circuito da roupa limpa, suja e lixo
			1.4. Organização dos serviços de enfermagem	1.4.1. Organização da terapêutica
				1.4.2. Manutenção e utilização do carro de unidoses
				1.4.3. Registos de enfermagem
				1.4.4. Carga de trabalho de enfermagem
			1.5. Principais funções dos enfermeiros	1.5.1. Funções dos enfermeiros
				1.5.2. Funções do Enfermeiro Coordenador
			1.6. Protocolo de cuidados em vigor	1.6.1. Protocolos clínicos em vigor
2 – Documentação e serviços acessíveis ao doente estrangeiro	2.1. Informação dirigida à população estrangeira	2.1.1. Idiomas estrangeiros nos meios de informação ao público		
3 – Processo de integração do doente estrangeiro por parte dos enfermeiros	3.1. Acolhimento de enfermagem	3.1.1. Acolhimento ao público estrangeiro		

Tabela 3 (cont.) – Categorização do problema de estudo

Problema	Dimensões de análise	Categorias de análise	Sub-categorias de análise	Indicadores
Como os enfermeiros representam a saúde e a doença num contexto multicultural de prestação de cuidados?	B – Representações biomédicas da saúde e da doença	4 – Representação linguística	4.1. Esquemas simbólicos explicativos da saúde e da doença (modelo incutido)	4.1.1. Representações de saúde
				4.1.2. Representações de doença
				4.1.3. Modelo etiológico
				4.1.4. Modelo terapêutico
		5 – Representação prática	5.1. Interação terapêutica enfermeiro-paciente estrangeiro	5.1.1. Rituais de instituição
				6 – Comunicação com doentes estrangeiros

III. 3. RECOLHA DE DADOS

A observação directa participante e não participante foi o método privilegiado de levantamento e registo de dados, especialmente porque, através dela, pode descrever a realidade do cuidado inscrito no seu meio natural de realização, ou seja, na sua contingência com o campo institucional da regulação das representações. Pela observação, pode captar e registar as representações impostas e vislumbrar as representações incutidas durante a realização dos cuidados de enfermagem.³⁰ A observação desenvolveu-se em duas fases, ao longo de vinte e seis sessões de cerca de três horas cada, com duração total de mais de oitenta horas. A primeira fase foi realizada em dezanove sessões, nos dias 18, 19 e 20 de Março, 1 e 9 de Abril, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 22, 25, 26 e 27 de Maio, e nos dias 28, 29, 30 e 31 de Julho de 2009. A segunda fase decorreu durante sete sessões: 3, 4 e 5 de Agosto, 29 e 30 de Setembro, 1 de Outubro e 17 de Dezembro de 2009.

Para descrever o sistema sócio-técnico, a primeira categoria de análise da dimensão A – “Multiculturalidade na prestação de cuidados de saúde na Unidade,” optou-se pela

³⁰ Ver Apêndice 2 – Grelha de registo de dados de campo.

utilização de uma lista de descritores,³¹ elaborada a partir dos relatórios de estágio dos alunos de enfermagem (Tabela 4).

Tabela 4 – Adaptação da lista de descritores do sistema sócio-técnico às categorias de análise

Lista de descritores e respectivos indicadores		
Categoria	Sub-categoria	Indicadores
1 Sistema sócio-técnico	1.1. Estrutura física	1.1.1. Lotação da Unidade
		1.1.2. Espaços e funções
	1.2. Recursos humanos	1.2.1. Equipa multidisciplinar
	1.3. Organização e funcionamento da Unidade	1.3.1. Admissão, transferência, alta e óbito
		1.3.2. Visitas
		1.3.3. Alimentação
		1.3.4. Reposição de material de consumo clínico, farmacêutico e esterilização
		1.3.5. Circuito da roupa limpa, suja e lixo
	1.4. Organização do serviço de enfermagem	1.4.1. Organização da terapêutica
		1.4.2. Manutenção e utilização do carro de unidoses
		1.4.3. Registos de enfermagem
		1.4.4. Carga de trabalho de enfermagem
	1.5. Principais funções dos enfermeiros	1.5.1. Funções do Enfermeiro
		1.5.2. Funções do Enfermeiro Coordenador
	1.6. Protocolos em vigor na unidade	1.6.1. Protocolos clínicos em vigor

As segunda e terceira categorias de análise da dimensão A (rever Tabela 3), cuja análise cumpre os segundo e terceiro objectivos específicos do estudo, foram descritas com dados fornecidos pela observação.

Para o cumprimento dos objectivos da dimensão de análise B –“ Representações da saúde e da doença”, foram realizadas entrevistas semi-directivas a dezasseis enfermeiros em vinte nove possíveis, durante os meses de Fevereiro e Março de 2010, com uma duração total de mais de cinco horas.³² A estrutura da entrevista foi adaptada segundo as categorias de análise que resultaram da sua leitura e da leitura da tradição teórica sobre a problemática das representações da saúde e da doença (ver Tabela 5).

³¹ Ver Apêndice 3 – Lista de descritores do sistema sócio-técnico.

³² Ver Apêndice 4 – Guião da entrevista realizada aos enfermeiros.

Tabela 5 – Adaptação das perguntas da entrevista às categorias de análise

Estrutura da entrevista semi-directiva com respectivos indicadores e questões			
Categorias	Sub-categorias	Indicadores	Questões
4. Representação linguística	4.1. Modelo explicativo da saúde e da doença	4.1.1. Representação da saúde	1. O que pensa que é a saúde?
		4.1.2. Representação da doença	2. O que pensa que é a doença?
		4.1.3. Modelo etiológico	3. Segundo a sua perspectiva, o que é que causa as doenças?
			4. O que receia mais sobre a doença?
			5. Que tipos de doenças teme mais?
		4.1.4. Modelo terapêutico	6. No seu curso deve ter aprendido alguns modelos teóricos de cuidado. Há algum que inspire a sua prática diária?
			7. Que resultados espera obter com os procedimentos terapêuticos que executa?
			8. Pensa que as suas práticas terapêuticas são criticadas pelos doentes?
			9. Considera que as suas acções vão de encontro às expectativas dos doentes?
			10. Como acha que os doentes estrangeiros a vêem?
5. Representação prática	5.1. Interação terapêutica enfermeiro-paciente estrangeiro	5.1.1. Rituais de instituição	11. Recebe sugestões de tratamento por parte dos doentes?
			12. Como é que se obtém o consentimento informado de um doente estrangeiro?
6. Comunicação com doentes estrangeiros	6.1. Relação experiência de doença – experiência de cuidado	6.1.1. Comunicação intercultural	13. Como pensa contribuir para melhorar a comunicação com os doentes de outras origens nacionais?
			14. Tem dificuldades em relacionar-se com doentes que não falem português?

Dos enfermeiros entrevistados, treze eram do género feminino e três do masculino, e distribuíam-se entre as categorias de Enfermeiro Coordenador (um) enfermeiro estagiário (um) e enfermeiro (catorze). O tempo de serviço dos enfermeiros é variável, situando-se entre os dois meses (no caso do enfermeiro estagiário) e mais de quarenta anos. A maioria (cinco enfermeiros) tem entre mais de cinco anos e dez anos de serviço, seguidos daqueles que têm entre três e cinco anos de serviço (quatro enfermeiros), dos que têm menos de um ano (três enfermeiros) e dos que têm entre um e três anos de serviço e dos que têm mais de dez anos (dois enfermeiros, respectivamente). Mais de metade da amostra (56,25%) tem, portanto, entre mais de três e dez anos de serviço.

Durante uma das entrevistas, pedi colaboração mais estreita a uma enfermeira, que se mostrou particularmente sensível com o projecto. Ela consentiu em fornecer-me os dados que eu precisasse. Como um dos obstáculos epistemológicos encontrados na fase da observação participante era a impossibilidade de permanecer na Unidade as vinte e quatro

horas do dia e, assim, observar a prestação de cuidados para além das horas em que estive presente, pedi-lhe que me descrevesse o seu dia-a-dia na Unidade, como se de um diário se tratasse. Ela enviou-me um primeiro relatório, descrevendo, no geral, uma jornada completa (que abrange os três turnos) de trabalho. Lendo-o, fiz alguns comentários e formulei questões sobre os dados que ela me forneceu. Entendi, também, que o relato, por ser precioso para o bom encaminhamento da investigação, poderia ser aumentado, com descrições substantivas, e pedi à enfermeira que me relatasse outra jornada, acrescentando a sua posição sobre aquilo que aconteceu e que fez. Depois de me esclarecer sobre as questões que levantei, a enfermeira enviou-me mais um relato, desta vez mais pormenorizado.

Compreendi que, além dos outros elementos envolvidos no processo de cuidado, há três cujas funções estruturam esse processo: o médico fisiatra, ou especialista em medicina de reabilitação, a assistente social e o responsável pela qualidade da prestação de cuidados. Entendi que, devido à sua posição, estes elementos possuem conhecimentos que ajudariam a interpretar melhor as características do contexto de operacionalização da Unidade no âmbito do Sistema Nacional de Saúde e da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Por esta razão, e fundamentando-me nos diplomas consultados, elaborei entrevistas directivas e focalizadas em cada uma das áreas funcionais,³³ cujas respostas não foram fornecidas pelos informantes seleccionados.

III. 4. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados da observação foram tratados em conjunto e distribuídos pelas respectivas categorias de análise. Estes dados foram estudados como objectivações de representações, isto é, o seu registo indica uma possibilidade de realização dentro de um campo dado. Para entender o desempenho do enfermeiro e dos restantes elementos vejo-o, primeiramente, em referência ao conjunto de cenários possíveis nesse campo. Estes cenários resultam de uma elaboração que mistura criatividade com hábito, e, por isso, as práticas de enfermagem visualizadas são objectivações de si (do enfermeiro), uma parte da representação de si.

³³ Ver Apêndice 5 – Entrevistas directivas.

Para se representar em consciência, o enfermeiro tem que pensar sobre si, tem que olhar para si do exterior, como se fosse um Outro. Os dados das entrevistas permitem estudar a representação de si através da inferência sobre as responsabilidades que o enfermeiro assume no seu papel, que são traduzidas pela sua posição em relação à estrutura fundamental que justifica a sua função na sociedade: a relação saúde-doença. A partir do guião da entrevista e de um tratamento inicial dos dados das entrevistas, foram identificados os seis indicadores à volta dos quais se organizam as perguntas e os dados resultantes: representação da saúde, representação da doença, modelo etiológico, modelo terapêutico, rituais de instituição e comunicação intercultural. Inicialmente, os dados das dezasseis entrevistas foram distribuídos pelas três subcategorias de análise da categoria “representações da saúde e da doença” e triangulados entre os enfermeiros (ver Tabela 6). Na análise de concordância distinguiu-se os dados que remetem para a objectivação e os que remetem para a ancoragem, no conjunto total da amostra.

Tabela 6 – Matriz da análise de concordância dos conteúdos das entrevistas

Enfermeiros	Categorias		
	4. Representação linguística	5. Representação prática	6. Comunicação com doentes estrangeiros
1			
2			
3			
4			
...			

A análise categorial quantitativa permitiu isolar as palavras e, a partir da sua frequência, deduzir sobre a mesma (ver Tabela 7). Este processo serviu para perceber que conceitos preocupam mais o enfermeiro – por princípio de economia cognitiva, ele não fala por falar – e para deduzir da estruturação das representações, identificando-se o seu núcleo (categorias mais frequentes) e a sua periferia (categorias menos frequentes).

Tabela 7 – Matriz da análise categorial quantitativa do conteúdo das entrevistas

Categories	Sub-categories	Indicadores	Unidades de numeração	Frequência	Frequência
4. Representação linguística	4.1. Modelo explicativo da saúde e da doença	4.1.1. Representação da saúde			
		4.1.2. Representação da doença			
		4.1.3. Modelo etiológico			
		4.1.4. Modelo terapêutico			
5. Representação prática	5.1. Interação terapêutica enfermeiro-paciente estrangeiro	5.1.1. Rituais de instituição			
6. Comunicação com doentes estrangeiros	6.1. Relação experiência de doença – experiência de cuidado	6.1.1. Comunicação intercultural			

O cálculo e a identificação das categorias linguísticas mais frequentes no discurso foi facilitado com a utilização do programa informático TextSTAT2[®], que calcula o total de vezes que as palavras aparecem no discurso.

Depois de depurar os resultados desta soma procurei os padrões escondidos no discurso, de maneira a poder descobrir relações estruturantes que pudessem ajudar a perceber como os diferentes enfermeiros interpretam o seu papel em função das suas posições sobre a saúde e a doença. A análise estrutural permitiu destacar o fundo problemático que se esconde no discurso e que condiciona a prestação de cuidados de enfermagem.

A análise das concordâncias e a análise do conteúdo das entrevistas foi, também, triangulada, num segundo tipo de triangulação, entre os dados obtidos pelos vários métodos. Esta triangulação consiste na avaliação dos sentidos representados a partir da relação entre aquilo que é dito e aquilo que é feito, onde se verificam as condições em que a realidade do cuidado em meio institucional se estrutura e é estruturada. É a análise desta relação que permite integrar as representações no seu contexto de formação, e que, no limite, mostra o modelo de prestação de cuidados de enfermagem como o resultado de um jogo de tensões no campo prático.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS E DISCUSSÃO

As coisas em si mesmas, que apenas os limitados cérebros dos homens consideram fixas e estacionárias, não têm existência real, em absoluto.

Friedrich Nietzsche (1962 [1872])

A teatralização da vida social nas organizações (cf. Chartier 1991 [1989]; Turner 1969, 1979)³⁴ consiste na dimensão visível de uma dramaturgia (cf. Turner & Bruner 1986), onde os papéis são complementares, de acordo com a localização (cf. Bourdieu 1979) dos actores no campo social (cf. Boje 2003). Pelo desempenho dos seus guiões (*scripts*), os actores conferem ao espaço físico uma valorização social, transformando-o num cenário configurado (cf. Elias 2006 [1939]) por tensões derivadas dos jogos de poder que resultam da interdependência dos seus papéis.³⁵ Enquanto *performance* (cf. Turner 1987), as interações sociais visíveis nas organizações são actos que representam a prática possível dentro do campo, traduzida em formas prováveis de comunicação dirigidas por um código estruturante da conduta e das interações cuja função é transmitir selecções de informações de um *alter* a um dado *ego* (cf. Luhmann 1995 [1975]). Este código é valorizado e classificado num tecido mais amplo, onde estabelece relações com outros campos, numa taxonomia hierarquizada, e onde cumpre a sua missão biopolítica.

Nesta perspectiva, a UCCI-SCMP é um campo/configuração onde se revelam as imagens que representam a dramaturgia objectivamente ausente. Sendo assim, a descrição do cenário da UCCI-SCMP deve ser entendida como a revelação – sempre limitada, como os lógicos de Port-Royal haviam referido a propósito da tendência à extravagância na

³⁴ Na perspectiva da teoria do teatro social, os líderes das organizações são verdadeiros dramaturgos que constroem personagens que os actores desempenham num cenário cruzado de tensões dramáticas.

³⁵ Para uma síntese sobre a *performance* dramática em cenários de jogos de poder, ver, por exemplo, Conquergood (1989).

interpretação da relação entre o signo e o significado – de uma estrutura oculta (no sentido dado por Edward Hall 2005 [1966]). Entendemos, portanto, que os cenários são representações de uma cultura política que organiza o funcionamento do campo. Sendo assim, conhecer o cenário é contribuir para a descoberta da dimensão escondida daquilo que se vê, e, aquilo que se vê representa o que não se vê, logo, a descrição do que se vê constitui o caminho para aceder ao que não se vê, como Michel Foucault (2005 [1966]) havia lembrado.

Na primeira parte deste capítulo descreve-se o contexto em que se desempenham os papéis sociais dos enfermeiros. Através desta descrição levantam-se os indicadores que permitem definir o conceito de multiculturalidade no âmbito da prestação de cuidados de saúde na Unidade, caracteriza-se a documentação e os serviços acessíveis ao doente estrangeiro e o processo de integração do doente estrangeiro nos serviços por parte dos enfermeiros. Pela observação das práticas do enfermeiro em situações concretas de prestação de cuidados de saúde a doentes estrangeiros procura-se, também, identificar reacções dos doentes que revelem problemas de comunicação e/ou discordância em relação ao processo terapêutico. A descrição do contexto é feita a partir da observação participante, da observação indirecta, consulta documental e informações relativas a questões gerais obtidas através da entrevista realizada aos enfermeiros.

A segunda parte do capítulo mostra e analisa as representações da saúde e da doença que os enfermeiros elaboram. Na linha de análise defendida por Norbert Elias (2006 [1939]), aqui pretende-se salientar o modo como as mutações no exercício do poder se reflectem em transformações das estruturas da personalidade do enfermeiro e das instituições e regras “que governam a produção das obras e a organização das práticas” (Chartier 1991 [1989]:191). As representações linguísticas mostram como os indivíduos aceitam ou resistem às mudanças de *status* resultantes da imposição de novos modelos de governação da prática da enfermagem. A disposição dos enfermeiros face às posições institucionais (cf. Bourdieu 1997) revela-se a partir da interpretação da sua função na estrutura fundamental entre saúde e doença que justifica a existência de cuidados de enfermagem em particular e de cuidados de saúde em geral.

A última parte do capítulo faz a triangulação dos resultados obtidos nos dois momentos de análise.

IV. 1. DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

Tal como disposto na metodologia, a descrição dos resultados está dividida nas duas dimensões de análise do problema de estudo. Dentro da primeira dimensão (A), caracteriza-se o sistema sócio-técnico, onde se incluem as dimensões física e humana da instituição (ponto 1), descreve-se o modo como a UCCI-SCMP inclui o doente estrangeiro nos seus meios de comunicação e informação ao público (ponto 2) e como este é acolhido pelos enfermeiros (ponto 3). Dentro da segunda dimensão (B), descreve-se as representações linguísticas da saúde e da doença tidas pelos enfermeiros (ponto 4), as interações terapêuticas de enfermagem com os doentes estrangeiros (ponto 5) e a forma como a comunicação se processa durante essas interações (ponto 6).

A – O CENÁRIO MULTICULTURAL DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA UCCI-SCMP

1. Sistema sócio-técnico

O Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Portimão (HSCMP) foi fundado em 1973, então com área de influência à escala distrital. Foi nacionalizado em 1975 e passou a fazer parte da rede de hospitais do Estado. Durante este período, a instituição mãe, a Santa Casa da Misericórdia de Portimão (SCMP), fundada em 1585, teve os seus serviços desactivados.

Em 1986, começa a funcionar o Serviço de Medicina, então dirigido pelo Dr. João Moleiro, que viria aumentar as valências do Hospital, entre as quais se encontrava a Maternidade, dirigida pelo Dr. António Rocha da Silveira.

A reactivação da Santa Casa da Misericórdia de Portimão aconteceu em 1991, quando lhe foi conferido o estatuto de Instituição Particular de Solidariedade Social. Foi a partir desta data que o Hospital desenvolveu algumas das suas principais valências, onde se incluíam o apoio a crianças (através de creches, jardim de infância e centro de actividades de tempos livres) e o apoio a idosos (através do Lar, do Centro de Dia e do Apoio Domiciliário).

Instalado, no dia 23 de Janeiro de 2005, no designado Parque de Saúde de Portimão (inaugurado no ano anterior), o Hospital estabeleceu um protocolo de cooperação no âmbito dos Cuidados Continuados com o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, que oferece os serviços hospitalares públicos na cidade de Portimão. Nesta data, o Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Portimão dispunha de um laboratório de análises clínicas e de gabinetes de consulta de especialidades de Otorrinolaringologia, Cardiologia, Oftalmologia, Ginecologia e Fisiatria, preparando-se para se dotar com dois blocos operatórios e com tecnologias de Ressonância Magnética, Ecografia, Radiologia, Litotricia, Osteodensitometria, Câmara Laser a Seco e Mamografia com esterotáxia.

Um ano depois, o Hospital foi pioneiro na experiência piloto da implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada pelo Decreto-Lei n.º 101/06, de 6 de Junho, passando a ter como objectivo principal responder às necessidades das pessoas idosas e/ou dependentes.

O resultado desta experiência foi apresentado pela Área Regional de Saúde (ARS) do Algarve no final de 2008 e justificou a manutenção da estrutura de prestação de serviços de saúde nos moldes do projecto piloto.

Entretanto, numa entrevista concedida ao jornal Barlavento Online no dia da sua tomada de posse (14 de Janeiro de 2008), José Manuel Correia, Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Portimão, declarou a sua intenção em dotar o Hospital com mais-valias, lamentando, simultaneamente, a situação de precariedade financeira do organismo.

Segundo o Provedor, a situação do Hospital no ano seguinte ao da sua reactivação era caótica “em termos de equipamento e do próprio edifício [...] o edifício estava totalmente degradado e o equipamento que lá ficou foi lixo [...]” (Fonte: www.barvalento.online.pt). Esta situação motivou a definição de estratégias de investimento que, segundo o entrevistado, foi demasiado elevado. Os seis milhões de euros necessários para modernizar a unidade hospitalar empurraram a SCMP para uma situação insustentável, devido às muitas dívidas contraídas. De acordo com a mesma fonte, as dívidas e a fraca participação do Hospital do Barlavento e da ARS Algarve no âmbito dos protocolos anteriormente firmados foram responsáveis pela difícil situação financeira da instituição, que, no final de 2007, se traduzia num prejuízo acumulado de 2,5 milhões de euros.

A possível saída da má situação financeira foi apontada pelo Provedor na mesma entrevista. Segundo ele, as soluções passariam por encontrar um ou mais parceiros que

ajudassem a SCMP a rentabilizar o Hospital. Consequentemente, em 1 de Agosto de 2008, abriu no Parque da Saúde de Portimão, o Hospital de São Camilo, que viria ocupar dois dos três pisos do edifício anteriormente detido pela SCMP. Este Hospital surgiu como resultado do estabelecimento de uma parceria entre a SCMP e o Hospital Particular do Algarve e veio ajudar e manter a continuidade do investimento de reabilitação do edifício, suportado, até então, pela SCMP.

Como resultado da parceria, o Hospital de São Camilo sustenta os seus serviços no estabelecimento de acordos com seguradoras, sub-sistemas de saúde e autarquias, assumindo os anteriores clientes³⁶ do HSCMP como público-alvo da instituição.

Com esta transformação, o HSCMP limitou a sua função à prestação de cuidados continuados, transformando-se numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados, dotada com uma Unidade de Convalescença (UC) e uma Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR). Este estatuto significa que a Unidade depende financeiramente das

³⁶ Uma das características resultantes da implementação do modelo de cuidados continuados integrados consiste na alteração do estatuto do tradicional doente/paciente para o de utente/cliente. Esta mudança foi adoptada, em 2003, pela Ordem dos Enfermeiros. De acordo com o organismo, o termo “cliente” “refere-se à “pessoa que é alvo dos cuidados de enfermagem”, e a nova designação não colide com as “designações como "utente", "doente" ou "consumidor de cuidados", dependendo do contexto da utilização [...] A opção pelo termo "cliente" relaciona-se com a conotação que este termo tem 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 economista, paga. Cliente pessoa-individual ou cliente-família ou cliente-comunidade.” (cf. OE 2003). Porém, esta definição remete para o contexto actual da prestação de cuidados de enfermagem, em especial, pela aproximação à linguagem preconizada pela CIF, cuja utilidade foi reconhecida através da Deliberação n.º 10/2003, de 7 de Janeiro, pelo Conselho Superior de Estatística, coordenado, à data, pelo Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (SNRIPD), actualmente INR (Instituto Nacional de Reabilitação), que cumpre a função, entre outras, de fornecer informações sobre a CIF (conforme se vê no seu sítio electrónico: <http://www.inr.pt/>). Neste contexto, nas Grandes Opções do Plano 2009, o Estado português oficializava o reconhecimento da CIF como um instrumento de gestão da incapacidade que reforça a eficiência administrativa do sistema de segurança social, salientando a necessidade de adaptar a Tabela Nacional de Incapacidades ao novo modelo de Classificação promovido pela OMS, cuja realização contou com a articulação dos esforços de 191 países e várias associações representantes dos incapacitados, de maneira a constituir-se como o “novo sistema de atribuição de ajudas técnicas” a partir de 2009, no qual se integra um “programa de certificação de qualidade para as organizações do sistema de reabilitação” (Ministério das Finanças e da Administração Pública 2009). Por outro lado, a alteração do estatuto tradicional doente/paciente para o de utente/cliente não escapa à ideia da inclusão do paciente no processo de competitividade das instituições de saúde no âmbito da governância clínica enquanto público-alvo das suas actividades no contexto da empresarialização das instituições de saúde dentro da lógica governativa do Estado liberal.

receitas estabelecidas por direito de acordo³⁷ de comparticipação pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, segundo os percentis anunciados pelo Ministro da Saúde por altura da apresentação da RNCCI, na modalidade prevista no Artigo 47º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho e determinada pelos programas de apoio financeiro do Estado conforme definidos no Decreto-Lei n.º 186/2006, de 12 de Setembro. No caso concreto das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), onde se integram as Misericórdias, aplica-se o regulamento de atribuição de apoios financeiros pelas Áreas Regionais de Saúde (ARS) constante na Portaria n.º 376/2008, de 23 de Maio, com a designação de “Programa Modelar”, com as alterações propostas pela Portaria n.º 578/2009 de 1 de Junho.

No quadro da RNCCI, a UCCI-SCMP assume como missão cumprir o disposto nos artigos 4º e 5º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, especificamente, “[p]restar Cuidados Continuados Integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, tendo como finalidade a reabilitação, a readaptação e a reintegração social, tal como a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis.”³⁸ Esta missão implica a adopção de uma visão que situa a Unidade na RNCCI, por articulação com as demais instituições, e pelo firmar de formas de cooperação que envolvem outras instituições e os familiares do utente, na senda da satisfação das necessidades e das expectativas da população e das várias instituições envolvidas. Seguindo esta visão, a UCCI-SCMP procura valorizar a humanização dos cuidados, entendida como “a garantia do respeito pela dignidade humana, nomeadamente no que concerne ao direito dos Clientes/Utentes à sua privacidade, à confidencialidade da informação clínica, à preservação da sua identidade, à não discriminação e ao cabal esclarecimento dos Clientes/Utentes sobre a sua situação de saúde, para que possam decidir de forma livre e consciente sobre a concretização do que lhes é proposto” (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa/SCML 2005:52). A humanização dos cuidados, situada

³⁷ Cf. Regulamento Interno da Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia de Portimão, Artigo 21º, pág. 12.

³⁸ O assumir desta missão foi explicitamente referido no exemplo do Manual de Qualidade-Tipo (cf. Santa Casa da Misericórdia de Lisboa 2005). Este documento é um modelo do manual de qualidade que traduz o modo como as UCCI devem orientar e levar à prática o seu sistema de gestão de qualidade (SGQ). Baseando-se numa minuta proposta pelo Instituto Português da Qualidade (IPQ), os responsáveis pela política de gestão da qualidade da UCCI-SCMP seguiram à risca o texto sugerido pelo IPQ para enumerar os valores que guiam a sua missão, revelando uma adopção automática e não reflexiva dos mesmos.

como primeiro valor da instituição, está relacionada com os restantes valores enumerados pela Unidade, como sejam, a “ética assistencial”, a “qualidade e eficiência”, o “envolvimento da família”, a “continuidade e proximidade dos cuidados”, o “rigor” e a “transparência”, a “responsabilização e hierarquização” a “multidisciplinaridade e interdisciplinaridade” e a “autonomia administrativa” (SCML 2005:52).

Para cumprir a sua missão, a UCCI-SCMP está dotada de uma estrutura organizacional distribuída por três grandes classes funcionais: Corpos Gerentes/Administração, Direcção executiva/Gestão da qualidade, e Unidades e Serviços (ver Ilustração 2). A Enfermagem é um serviço hierarquicamente dependente da Direcção Técnica e Clínica e situa-se na mesma categoria funcional da Clínica, da Reabilitação, do Serviço Social, da Psicologia, da Alimentação e Dietética, da Animação sócio-cultural e da Secretaria da UCCI.

A política de gestão da qualidade da UCCI-SCMP entende os elementos envolvidos na organização como colaboradores de uma mesma cadeia de valor.³⁹

O sistema de gestão da qualidade (SGQ) proposto pela Unidade guia-se pela finalidade de produzir mais-valia ao longo da cadeia de valor, salientando-se a natureza empresarial da instituição e configura-a como um processador, já que, a noção de cadeia de valor está directamente relacionada com o “processo de produção”.⁴⁰

Tratando-se de um conceito da área da gestão, a cadeia de valor remete para a teoria cibernética, e dá relevo à noção de processo *input-output* como via para a identificação dos elementos que geram valor ao longo da cadeia. No contexto da política de gestão da UCCI-

³⁹ O conceito de cadeia de valor foi forjado por Michael Porter (1998 [1985]) e consiste na capacidade interna das empresas para a competitividade. Segundo este autor, as empresas desenvolvem dois tipos de actividades encadeadas num processo de criação de valor: primárias e secundárias. As primeiras têm como finalidade transformar *input* em *output* e são: a logística de entrada, as operações, a logística de saída, o marketing e as vendas, e os serviços. As actividades secundárias suportam as primárias e são: a administração e as finanças; os recursos humanos; a prospecção tecnológica, as compras e os suprimentos; o suporte tecnológico interno e a segurança; e a tecnologia de informação e o suporte logístico. Segundo este autor, a análise destas actividades deve ser realizada em cada um dos momentos do processo de criação de valor; só assim é possível delinear uma estratégia competitiva (1986, 1996).

⁴⁰ Paulo Kuteev-Moreira (2005) é bastante crítico a esta concepção das instituições de saúde, defendendo que os seus processos de produção não são da mesma natureza que os de uma empresa.

SCMP, o valor realiza-se através da satisfação dos utentes e das suas famílias (SCML 2005:55).⁴¹

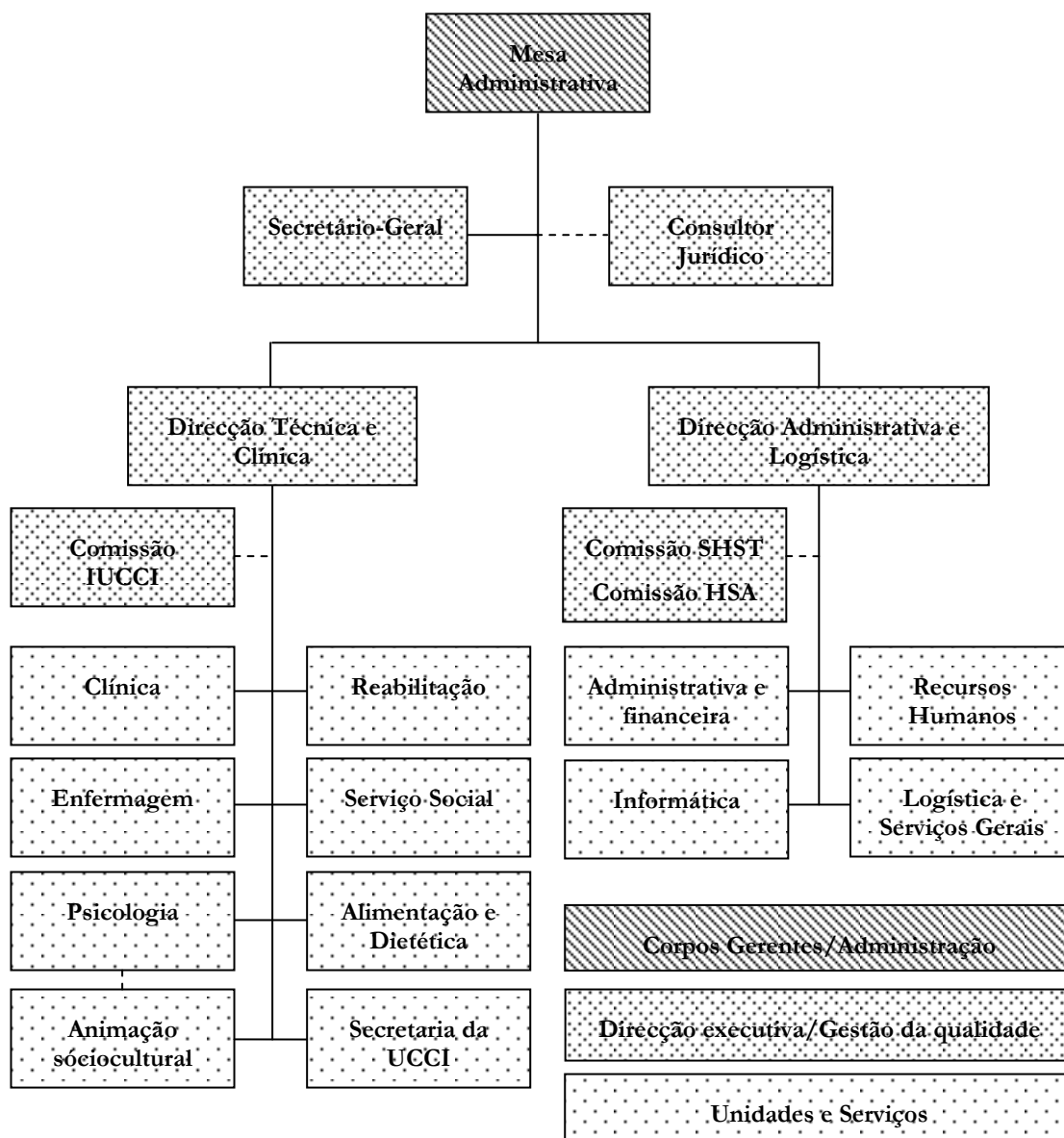


Ilustração 2 – Organograma da UCCI-SCMP

⁴¹ A avaliação da satisfação dos utentes e das suas famílias faz-se através de uma metodologia enquadrada pela Instrução de Trabalho (IT) PS5.GS 01.IT07, cujo modelo consta da segunda parte do MQ Tipo (pág. 52) e que inclui a aplicação de inquéritos de satisfação dos utentes (págs. 120-1) e dos familiares (págs. 123-4) e o tratamento das reclamações dos utentes registadas no Livro de Reclamações cujos resultados são analisados a partir da Matriz Global de Gestão (ver Apêndice 6). Esta metodologia pretende ajudar a implementar medidas correctivas no SGQ da instituição e realiza-se no modelo de auditorias internas (Procedimento 06) cujos resultados são divulgados a nível interno e externo (pág. 149).

Esta perspectiva de gestão implica as diversas actividades dos funcionários num único sistema de conexões entre processos de produção de mais-valias e apoia-se na norma europeia EN ISO 9001:2008, que determina os requisitos exigidos para os sistemas de gestão da qualidade. Os processos de produção de mais-valias incluem actividades que acrescentam valor e fluxos de informação. A UCCI-SCMP identifica três processos-chave da sua política de gestão da qualidade – admissão e acolhimento, prestação de cuidados, e alta – cinco processos de suporte – gestão da qualidade, gestão administrativa e financeira, gestão de pessoas, gestão de infra-estruturas e gestão de compras e logística – e sete sub-processos – cuidados clínicos, cuidados de enfermagem, cuidados de reabilitação, apoio social, apoio psicológico, alimentação e dietética e animação sócio-cultural. Os sub-processos especificam as áreas de actividade que contribuem para a criação de valor e responsabilizam os respectivos elementos da equipa interdisciplinar. Através das suas actividades particulares, os vários elementos contribuem para a realização dos processos-chave, que são suportados pelos mecanismos de gestão, cuja interferência na organização se revela em modalidades orientadoras de informação dentro do sistema.⁴²

Apoiado nas premissas da governância clínica e da medicina baseada na evidência, o modelo de gestão da qualidade da UCCI-SCMP reflecte a sua inspiração nas políticas

⁴² A arquitectura do SGQ da UCCI-SCMP representa um modelo de gestão designado, em primeira mão, por Gabriel Scally e Liam Donaldson (1998), por “governância clínica”. A governância clínica traduz-se nessa conexão de todas as actividades que promovem, revêem, medem e monitorizam a qualidade do cuidado ao paciente num todo unificado e coerente, relacionando a prestação de cuidados com as políticas de gestão, de modo a fazer depender a prestação de cuidados da eficácia clínica, e não apenas da eficácia financeira da instituição (Smith & Harris 1999). As principais características deste modelo de gestão são a centralidade nas necessidades de cuidado dos pacientes, a informação ao público da qualidade dos serviços, a articulação das várias organizações envolvidas no sentido de proporcionar satisfação aos utentes dos serviços, a identificação de vias, por equipas de prestação de cuidados, para providenciar o melhor e mais seguro cuidado, reduzindo os efeitos do acaso (Rattan 2002), e apoiando-se numa medicina baseada na evidência. Segundo Torpy *et al.* (2006), a medicina baseada na evidência combina a melhor evidência obtida por intermédio da investigação com os valores dos pacientes para se tomarem decisões sobre o cuidado. A “melhor” evidência é fornecida pelas revisões sistemáticas dos resultados de ensaios clínicos controlados com amostras aleatórias, vulgarmente conhecidos por *Randomized Controlled Trials* (cf. Evans 2003). A adaptação do “paradigma” da medicina baseada na evidência à gestão das instituições de saúde – o chamado *design* baseado na evidência – não é de realização fácil, especialmente porque cria dificuldades na articulação com a perspectiva dos pacientes e dos próprios profissionais (cf. Stankos & Schwarz 2007).

públicas actuais de gestão da vida,⁴³ cujo efeito mais recente é o modelo de cuidados continuados integrados. Devido à imposição de um novo quadro de prestação de cuidados, este modelo provoca alterações na estrutura funcional e, conseqüentemente, nas relações de poder. Dias & Santana (2008) referem que o novo quadro funcional obriga os profissionais de saúde a realizarem os seus papéis no contexto de uma integração horizontal (dimensão integrada dos cuidados), com os demais elementos da equipa multidisciplinar, e de uma integração vertical (dimensão continuada dos cuidados), com a ligação a outros níveis de prestação de cuidados, relativizando-se os papéis e contrariando-se o monopólio no processo de tomada de decisões outrora detido pelos médicos.

A alteração da estrutura da experiência clínica descrita por Foucault deriva da transformação das responsabilidades dos profissionais tradicionalmente associados à prestação de cuidados de saúde, como o médico, o enfermeiro e o auxiliar. O *saber-poder* tradicional cede lugar ao *skill-mix* (cf. Taylor 1999), como no caso em que o médico perde poder para o enfermeiro quando este presta cuidados equivalentes mais baratos, em virtude de ter adquirido mais posição no processo de tomada de decisões clínicas, em parte, devido à evolução da *chrestomathia* que rege a sua actividade, nomeadamente, pela assunção a um nível de formação superior.⁴⁴ Por sua vez, o enfermeiro perde poder para o auxiliar, devido à intermutabilidade dos seus papéis (cf. Dias & Santana 2008; Carapinheiro 1998).⁴⁵

As alterações nas relações entre os profissionais envolvidos nos cuidados de saúde são visíveis mesmo ao nível da gestão das UCCI, especialmente na atribuição da gestão das UMDR ao Assistente Social, e não ao médico, o que revela a combinação entre as perspectivas biomédica e psicossocial sobre a saúde e a doença, conforme a recomendação

⁴³ A necessidade de regulação política da qualidade dos serviços de saúde é traduzida pela criação, em 2009, do Departamento de Qualidade na Saúde, dependente da Direcção-Geral da Saúde, pelo Despacho do Ministério da Saúde n.º 13793/2009. O Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro, no seu Artigo 25º, determina a obrigatoriedade da aplicação dos modelos de promoção e gestão da qualidade.

⁴⁴ A necessidade política desta *chrestomathia* foi inicialmente identificada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 140/98, e, foi oficialmente formalizada pelo Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de Setembro. No n.º 2 do Artigo 5º, este diploma aprova o alargamento das funções dos enfermeiros à sua “participação na gestão dos serviços, unidades ou estabelecimentos de saúde; [à sua] participação na formação de enfermeiros e de outros profissionais de saúde; [e a]o desenvolvimento da prática da investigação no seu âmbito”. Em 2004, a Comissão Europeia reconheceu a necessidade de se sintonizar as estruturas educacionais da enfermagem ao nível superior na Europa, promovendo um projecto-piloto para o levantamento das competências gerais e específicas dos enfermeiros (cf. Gobbi 2004).

⁴⁵ Observaremos adiante como se concretiza esta intermutabilidade na UCCI-SCMP.

resultante da 54ª Assembleia Mundial de Saúde, que teve lugar em 22 de Maio de 2001, e que daria origem à criação da Classificação da Incapacidade, Funcionalidade e Saúde (CIF). Todas estas alterações não podem ser compreendidas senão no quadro de uma evolução dos processos de tomada de decisão biopolítica ao nível do Estado que, perante a ineficácia das respostas do sistema tradicional – representada, nomeadamente, pela carestia dos cuidados, pelas longas listas de espera e pela desadequação na transmissão da informação –, assumiu a superação das diferenças entre as instituições (formais e informais) como via para aumentar a eficiência do sistema de saúde, política que decorre da consciencialização da sua responsabilidade nos meios de abordagem da doença, tal como foi definido na Carta de Talin, assinada em 27 de Junho de 2008, pelos Estados-membros da Região Europeia da OMS, entre os quais se inclui Portugal.

O modelo de cuidados continuados integrados é imposto pelo Estado e regula o modo como o cenário institucional é construído. O nível orgânico e o nível físico das instituições é ajustado pelas exigências das políticas de gestão das UCCI, ao ponto de não se poder isolar essas duas dimensões, visto que, as actividades principais aí desenvolvidas (processos-chave) são suportadas pela dimensão logística e estrutural (processos de suporte), contribuindo ambas para a criação de valor, que, segundo a inspiração da governância clínica, se traduz na satisfação dos utentes.

1.1. Estrutura física

A UCCI-SCMP ocupa uma parte de um edifício de três pisos situado no Parque de Saúde de Portimão, onde também se situa o Centro de Saúde local. A apresentação do edifício ao público reflecte a alteração do estatuto da instituição ao longo dos últimos anos: o letreiro inicial designava a instituição por Hospital da Misericórdia de Portimão; numa fase posterior, no mês de Abril de 2009, foi finalmente retirada a palavra “Hospital”, adequando-se ao facto de o edifício ser ocupado pelo Hospital de S. Camilo e pela UCCI-SCMP.

A gestão do espaço do edifício é peculiar e a sua descrição obriga ao conhecimento dos termos em que se estabelece a parceria entre a SCMP e o Hospital Particular do Algarve. A gestão do espaço oscila entre a autoridade absoluta da SCMP e a co-utilização. No primeiro tipo de gestão, a UCCI limita a sua função ao terceiro piso do edifício,

embora, uma parte da ala esquerda do segundo piso esteja ocupada com parte da sua administração. Por seu turno, o Hospital de São Camilo ocupa o piso térreo, a totalidade da ala direita do segundo piso e uma parte da sua ala esquerda. No segundo tipo de utilização do espaço, encontram-se o ginásio de Fisioterapia, que, de manhã, é utilizado pelo Hospital de São Camilo e, de tarde, pela UCCI, a cantina, a recepção e os restantes espaços comuns (elevadores, escadas e corredores).

1.1.1. Lotação da Unidade

A Unidade de Cuidados Continuados Integrados está dotada com 48 camas, das quais, 28 na Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), que ocupa o espaço do Serviço de Medicina do anterior hospital, e 20 na Unidade Convalescença (UC), que se situa no espaço da antiga Maternidade.

1.1.2. Espaços e funções

As condições das instalações e de funcionamento da Unidade estão dispostas em vários diplomas, tendo como referência o Anexo I da Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de Setembro, e devem garantir a prestação dos serviços determinados nos artigos 14.º, 16.º, 18.º e 20.º do Decreto-Lei n.º 101/2006. No Artigo 26º do Regulamento Interno da UCCI-SCMP são enumeradas as áreas funcionais que a compõem. No conjunto, a Unidade possui áreas de acesso, recepção e atendimento, de internamento, de apoio técnico (lavandaria ou rouparia, área de sujos, limpos e esterilização), de convívio, de direcção e serviços técnicos, e de apoio geral (alimentação e armazém).

O acesso à Unidade faz-se pela entrada principal, comum ao Hospital de S. Camilo. Passando-se pela recepção, percorre-se um pequeno corredor, que dá acesso ao elevador de serviço, à escadaria para os pisos superiores e à cantina, à qual se acede saindo-se do edifício e atravessando uma pequena esplanada, situada à direita do corredor de acesso à Unidade. Subindo-se as escadas (ou utilizando-se o elevador) acede-se ao piso 1, onde a UCCI tem a directoria, outros serviços de administração e o serviço de voluntariado.

O internamento do Hospital ocupa o piso 2. É aqui que se desenrolam as interações, em especial, as terapêuticas. Quando cheguei ao local captei um conjunto de sensações que se fazem sentir mesmo antes de entrar: desde logo, o odor – uma mistura entre o asséptico e o séptico, entre o limpo e o sujo, distinguindo-se, claramente, uma sobreposição de cheiros de medicamentos e de produtos de limpeza aos odores de fezes e urina; a seguir, a imagem de um lugar soalheiro e claro, onde, a cor amarela das paredes e o azul dos rodapés emprestam um equilíbrio quase idílico a este local de sofrimento, para cujo efeito muito contribuem as amplas janelas viradas a sul e a este (apenas parte da ala da UC está virada a nordeste); finalmente, os sons – uma mistura de queixumes de doentes que sentem dores com o som da televisão, com diálogos entre os funcionários e entre estes e os doentes, e entre estes últimos.

Os espaços do piso 2 (ver Ilustração 3, na página seguinte) distinguem-se entre os que são de acesso livre (onde podem circular os doentes e as visitas) e os de acesso restrito. Estes últimos são lugares especializados e o acesso é limitado, como é o caso das zonas limpa e suja, os serviços administrativos, os serviços farmacêuticos, a arrecadação, o gabinete da Acção Social, o gabinete da Coordenação de Enfermagem, as arrumações, os WC dos funcionários e os postos de enfermagem.

Pela estruturação do espaço salienta-se, especialmente, a distância a que se situam os serviços farmacêuticos. Durante o trabalho de campo nunca acedi a este espaço, onde trabalha, em permanência, o técnico de farmácia, cuja função consiste em organizar os medicamentos de acordo com as prescrições médicas e em libertá-los controladamente, conforme se forem suprindo os carros de unidoses.

A localização dos postos de enfermagem revela a sua grande importância na organização da UCCI. Situados, ambos, na intersecção da ala principal com as alas laterais, são locais de gestão dos três processos-chave definidos pela política de qualidade (Admissão e Acolhimento; Prestação de Cuidados; e Alta).⁴⁶ Nos postos de enfermagem encontram-se as informações que regulam todos os casos internados.

A localização estratégica dos postos de enfermagem indica a função suplementar de controlo do acesso e do comportamento, tanto dos pacientes como dos restantes actores (funcionários e visitas), seja pela atenção prestada às situações de pedido de assistência por

⁴⁶ De acordo com o disposto no Manual de Qualidade-Tipo (SCML 2005:33), “processo-chave é o processo que tem impacto directo na satisfação dos requisitos dos Clientes/Utentes”.

parte dos pacientes que estão nas camas, pois, é aqui que soam os alarmes quando os pacientes primem a campainha para esse efeito, seja pela vigilância dos pacientes e dos restantes actores que circulam nos corredores. Para este último efeito, os enfermeiros que estiverem nos postos têm colocados em pontos estratégicos dois espelhos convexos (cada um está fixado na parede defronte dos postos de modo a permitirem visualizar a circulação na ala central e na lateral respectiva). Esta tecnologia de controlo está concebida de forma a deixar invisível o enfermeiro vigilante na maior parte do espaço de circulação, pelo que, quem circula nos corredores tem a ilusão de estar sozinho, e só detecta o enfermeiro quando já está próximo dos postos de enfermagem. Trata-se de um panopticismo aparentemente flexível, conotando-se mais com uma atitude de controlo do que de vigilância, comum na sociedade actual, como verificou Gilles Deleuze (1990, 1992).

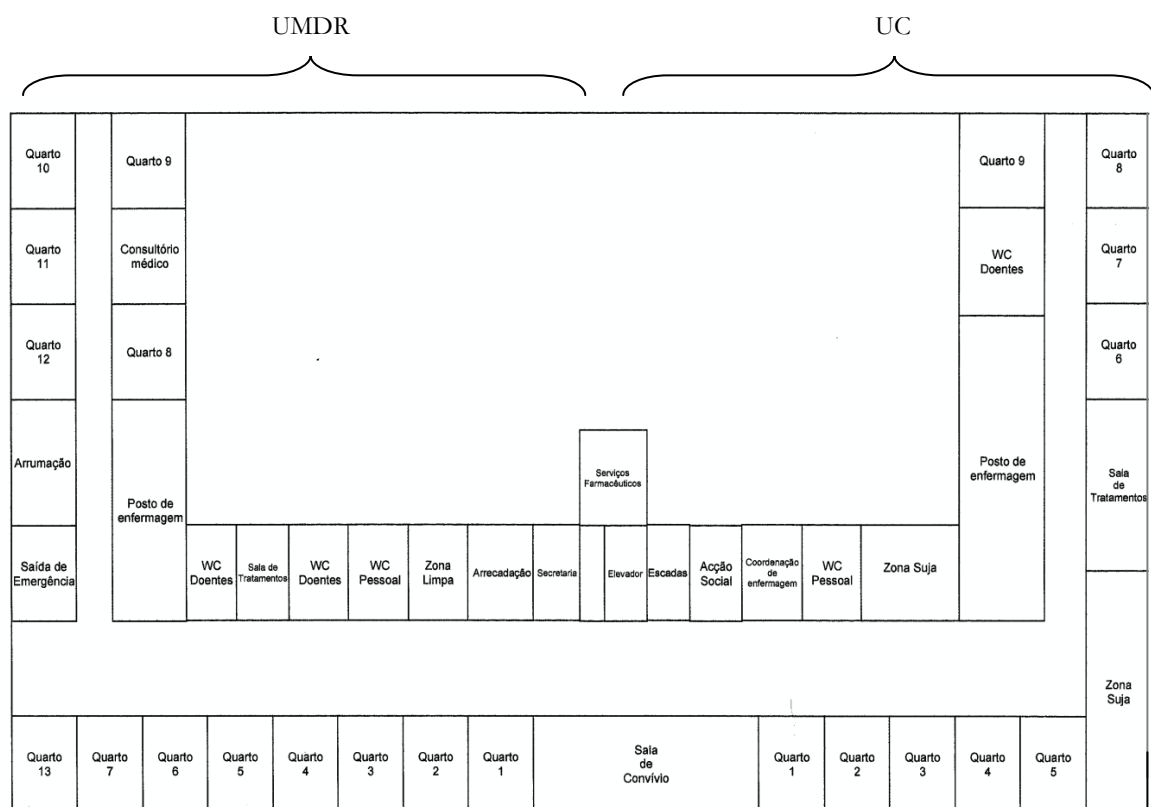


Ilustração 3 – Planta da UCCI

A Sala de Convívio é designada por “Refeitório dos Doentes”. Aqui, ocorrem todos os tipos de funcionários e é possível observar-se a interacção entre eles e os pacientes. Desempenham-se actividades de lazer (como jogos de dominó) e de animação sócio-cultural e servem-se as refeições aos doentes que podem ser deslocados da cama. Durante a observação reconheci que a Sala de Convívio funcionava como espaço de centralidade social. A maioria dos pacientes não interage e limita-se a permanecer sentada em cadeiras normais ou em poltronas com rodas, consoante o respectivo grau de dependência. Existe uma copa anexa à Sala, dotada com frigorífico, onde os funcionários colocam alimentos e água para consumir durante o seu desempenho.

As quarenta e oito camas da Unidade são distribuídas por vinte e dois quartos, que, na verdade, são pequenas enfermarias de tamanho variado e que podem conter entre duas e quatro camas. Não há uma separação nítida dos pacientes por género. A ocupação por géneros é realizada tendo-se o quarto/enfermaria como unidade de distinção e pode variar de um quarto para o seguinte. Esta diversidade é bem visível na Sala de Convívio, frequentada por mulheres e por homens.

1.2. Recursos humanos

De acordo com o Artigo 24º do Regulamento Interno, a UCCI não possui um quadro de pessoal próprio, dependendo dos recursos humanos da SCMP. A descrição presente no Manual da Qualidade Tipo indica que a UCCI-SCMP tem cerca de cem colaboradores, entre contratados e prestadores de serviços.

A Unidade dispõe de médicos (sete, contando com o Director Clínico), enfermeiros (vinte e nove), duas assistentes sociais (uma delas com vínculo), uma psicóloga, fisioterapeutas (três com vínculo e um assistente de fisioterapia), uma terapeuta ocupacional, uma terapeuta da fala, uma nutricionista, uma animadora sócio-cultural e assistentes técnicos, vulgarmente designados como auxiliares (trinta, dos quais seis com vínculo contratual e vinte e quatro em regime de prestação de serviços). Além dos elementos da equipa, a Unidade conta com funcionários nos Serviços Administrativos e Financeiros e nos serviços de hotelaria e de apoio geral.

Estes dados mostram que poucos elementos têm vínculo contratual. No caso específico da enfermagem, apenas três dos vinte e nove enfermeiros que colaboram com a instituição estão integrados nos quadros e cumprem o horário completo (entre 152 e 162 horas mensais), os demais são requisitados em regime de prestação de serviços e acumulam funções em vários locais, como o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, o Hospital de S. Camilo e o Hospital Privado do Alvor, trabalhando na UCCI-SCMP entre 16 e 85 horas mensais.

1.2.1. Equipa multidisciplinar

A equipa multidisciplinar reúne os profissionais envolvidos directamente nos processo-chave enunciados na política de gestão da qualidade e é constituída pelo Director Clínico, um médico assistente, um médico fisiatra, o enfermeiro responsável, uma psicóloga, uma assistente social, um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional, um terapeuta da fala e um dietista/nutricionista. A equipa reúne semanalmente, às terças-feiras, com o objectivo de realizar a visita aos utentes.⁴⁷

Durante a visita da equipa aos utentes, a enfermeira responsável desempenha uma função importante. Segundo a informação fornecida por uma enfermeira, a enfermeira responsável (Enfermeira Coordenadora) é um dos elementos *que colabora mais com o médico, referindo o estado geral do doente, como estão a evoluir as feridas, a medicação que estão a fazer, etc.*

O depoimento da mesma enfermeira salienta a centralidade do médico na equipa. Ele é quem faz as questões aos vários profissionais e que recomenda ou prescreve mudanças no tratamento ou novos planos de reabilitação. A enfermeira informou ainda que, *como o médico que faz a visita médica é um fisiatra, também existe bastante interação com os fisioterapeutas.* De acordo com as informações fornecidas pela enfermeira, durante a visita, o debate concentra-se essencialmente entre estes três profissionais (médico, enfermeira e fisioterapeuta), pois, *apesar de toda a equipa estar envolvida, estes dois profissionais são os que*

⁴⁷ Numa das terças-feiras em que estive presente notei que não se realizava a visita médica. Tendo perguntado a um médico a razão deste facto, ele respondeu que o Director Clínico não estava presente naquele dia e que a sua presença era importante, porque a sua posição central na administração da Unidade era útil para se poder definir estratégias durante a visita que implicassem a Unidade a nível administrativo.

interagem mais com o médico e que conseguem responder com maior facilidade às suas questões. A enfermeira acrescenta que por vezes, são muitas vezes os enfermeiros que fazem a "ligação" entre o médico e os outros profissionais, pois estamos 24h com os doentes, o que não acontece com os restantes profissionais. Por este motivo, temos mais informações sobre os doentes e temos a possibilidade de acompanhar melhor a sua evolução, incidindo muitas das questões na visita médica, sobre problemas de enfermagem e se os nossos objectivos estão a ser atingidos.

Os cuidados médicos e de enfermagem são prestados a todos os utentes. Os restantes cuidados são prestados com base em tomadas de decisão, como os cuidados de psicologia, de terapia da fala e de fisioterapia. A necessidade deste tipo de cuidados – refere a Enfermeira Coordenadora – está registada no Plano Individual de Cuidados (indistintamente designado também por Plano Individual de Intervenção), onde são definidos os objectivos que cada uma destas áreas deve cumprir no âmbito global da reabilitação. Durante o período da observação, 97% dos internados cumpriam planos de fisioterapia (comprovando-se a natureza reabilitadora da Unidade), 42% tinham assistência psicológica e 25% tinham terapia da fala.

As competências da equipa multidisciplinar estão definidas no Artigo 20º do Regulamento Interno da UCCI-SCMP. Além da responsabilidade de realizar a visita médica, a equipa multidisciplinar deve “proceder a uma avaliação multidimensional do doente, elaborar a lista de problemas activos e passivos e definir o “Plano de Intervenção Articulado” e os objectivos a atingir; [...] implementar os “Planos de Intervenção Articulado” apresentados pelas diferentes unidades envolvidas na prestação dos serviços e no seguimento das avaliações periódicas e aferição dos planos; [...] proceder aos registos necessários ao desenvolvimento das acções, sua monitorização e respectivas avaliações multidisciplinares; [...] dar parecer sobre os assuntos que lhe sejam apresentados, nomeadamente sobre questões de ética, humanização e qualidade dos serviços, controlo da infecção hospitalar, entre outros considerados no âmbito das suas competências; [e] propor acções que visem a melhoria contínua da qualidade dos serviços e uma maior eficácia e eficiência na prestação de cuidados de saúde.”

A equipa multidisciplinar representa no terreno a integração dos saberes e das competências dos vários especialistas requerida pela constatação dos limites funcionais de cada especialista, e traduz a necessidade de se articular o contributo de cada área da prestação de cuidados sociais e de saúde em prol de projectos comuns (leia-se, políticos). A Ordem dos Enfermeiros respeita a existência de limites às funções dos profissionais e defende que só trabalhando em projectos comuns é possível “melhorar o nível de saúde da

população, em geral, e, neste caso [dos cuidados continuados integrados], em particular, das pessoas com dependência” (2009:9).

1.3. Organização e funcionamento

Vimos que a organização da UCCI-SCMP está definida pela sua política de qualidade, traduzida no Manual de Qualidade Tipo, cujas principais premissas foram apresentadas acima. Deste ponto em diante importa perceber como se realizam os processos-chave, em particular aqueles que servem o propósito do presente estudo, ou seja, o processo de admissão e acolhimento e o processo de prestação de cuidados (neste caso, de enfermagem).

1.3.1. Admissão, transferência, alta e óbito

A admissão é um procedimento administrativo e o primeiro dos processos-chave do Sistema de Gestão da Qualidade em UCCI. A gestão do processo de admissão na UCCI-SCMP cabe ao Director Clínico e a responsabilidade da sua realização é atribuída à área administrativa. No n.º 2 do Artigo 32º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, define-se que “a admissão nas unidades de convalescença e nas unidades de média duração e reabilitação é solicitada, preferencialmente, pela equipa de gestão de altas na decorrência de diagnóstico da situação de dependência elaborado pela equipa que preparou a alta hospitalar.” No caso específico da UMDR – lê-se no n.º 3 do mesmo Artigo –, a admissão é ainda determinada pela equipa coordenadora local.

A referenciação pela Equipa de Gestão de Altas (EGA)⁴⁸ enquadra-se no processo de mobilidade dentro da Rede e parte da identificação da necessidade de continuar o plano individual de intervenção para além do hospital de agudos ou do apoio domiciliário.

⁴⁸ De acordo com o n.º 2 do Artigo 23º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, “a equipa de gestão de altas encontra-se sediada em hospital de agudos e deve integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um assistente social.”

A referenciação pela Equipa de Coordenação Local (ECL),⁴⁹ dá-se após o levantamento da situação de dependência, realizado a partir do diagnóstico social, elaborado com base nas directrizes constantes no Decreto-Lei n.º 115/2006, de 14 de Junho, e que envolve a actividade dos conselhos locais de acção social (CLAS) e as comissões sociais de freguesia (CSF). Ao diagnóstico social acrescenta-se o diagnóstico de saúde, que comprova a pessoa como “dependente”, culminando com a atribuição do estatuto de “pessoa com necessidades especiais”⁵⁰ ou com a actividade limitada, ao qual corresponde a atribuição do papel de doente, que implica a sua inclusão na instituição e a correspondente identificação como “internado”.

A admissão é feita a partir da identificação do internado, que é elaborada com base em indicadores administrativos, como o n.º de beneficiário e correspondente subsistema de apoio social, o n.º de bilhete de identidade, o n.º de utente do Serviço Nacional de Saúde, a história clínica e social, a medicação a realizar, cópias de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e a concordância formal do utente em ser admitido na UCCI. Estes indicadores são definidos como parâmetros do processo do utente e servem de ponto de partida para a definição do Plano Individual de Cuidados/Plano Individual de Intervenção.

Dos 117 utentes presentes na UCCI-SCMP durante o período de observação, 63 estavam internados na UMDR e 54 na UC. Os utentes admitidos na Unidade de Convalescência são encaminhados quase exclusivamente a partir do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (98% do total dos internados). Apenas um provém de um outro hospital. A proveniência dos utentes internados na UMDR é mais variada: 71% são encaminhados pelo Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (CHBA), 17% provêm da Unidade de Convalescência da própria UCCI, cerca de 5% foram encaminhados da UC do

⁴⁹ Segundo o Despacho n.º 19 040/2006, de 19 de Setembro de 2006, com a mesma redacção do n.º 6 do Artigo 9º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, as equipas de coordenação local “são constituídas de modo multidisciplinar e com desempenho interdisciplinar, integrando, pelo menos, do sector da saúde, um(a) médico(a) e um(a) enfermeiro(a), e do sector da segurança social, preferencialmente, um(a) assistente social e, sempre que necessário, um(a) técnico(a) da autarquia local, designado pelo respectivo presidente de câmara municipal”.

⁵⁰ De acordo com a CIF, pessoas com necessidades especiais ou actividade limitada são indivíduos “de todas as idades que estão impossibilitadas de executar independentemente e sem ajuda actividades humanas básicas ou tarefas como resultado da sua condição de saúde ou deficiência física, mental, cognitiva ou psicológica de natureza permanente ou temporária” (*apud* Ordem dos Enfermeiros 2010:23).

Hospital de S. Gonçalo e um indivíduo provém do Hospital de Cascais, o mesmo número dos que provém do domicílio e do Centro de Saúde de Portimão.

Estes dados comprovam que a UCCI-SCMP está estreitamente relacionada com o hospital público de Portimão, como, aliás, um dos fisioterapeutas me tinha informado. Além disso dão razão a Dias & Santana (2008:17), que tinham referido que “o processo de avaliação está ainda muito fragmentado e assente numa perspectiva de diagnóstico médico, [notando-se que] a fragmentação ainda excede a integração.” Com efeito, os dados obtidos pela observação indicam que os utentes raramente provém directamente do domicílio, o que parece retirar relevância ao diagnóstico social. Visto os utentes da UCCI serem encaminhados quase exclusivamente pelo hospital de agudos, tal significa que a via principal para aceder à Rede passa pelo diagnóstico de uma situação de crise de saúde. De outro modo, os utentes acedem à Rede porque foram ao hospital devido a uma situação concreta que determinou a sua introdução numa carreira de pedido de ajuda, que só acontece quando o indivíduo e a rede de “outros significativos” toma consciência de uma modificação na sua condição de vida habitual. Sendo assim, o ingresso na Rede parece ser determinado pelas equipas de gestão de altas dos hospitais de agudos, e não parece reflectir as necessidades detectadas pelos conselhos locais de acção social (CLAS) e pelas comissões sociais de freguesia (CSF), denotando-se a natureza eminentemente clínica da UCCI. Os dados revelam que a EGA propõe à ECL a admissão dos utentes na UCCI, o que, de resto, está conforme o disposto no n.º 2 do Artigo 32º do Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, como referido acima, e que o hospital é o principal referenciador na Rede, tal como tinha sido salientado aquando do primeiro relatório de monitorização, realizado em 2007.

Quando são admitidos na Rede (UCCI), os utentes são acolhidos sob a responsabilidade do Director Clínico⁵¹ e informados através do Guia de Acolhimento. Neste, estão redigidas as informações gerais, os direitos e os deveres dos utentes, a organização da medicação e das consultas, a composição da equipa de saúde, bem como informações sobre o que podem levar para a Unidade (documentos e objectos pessoais),

⁵¹ Na descrição do SGQ da UCCI-SCMP, constante no Manual de Qualidade Tipo (SCML 2005), a responsabilidade deste processo-chave cabe ao Director Clínico (que, aliás, é responsável pelos três processos-chave da gestão da Unidade), embora, na segunda parte do documento (*Manual de Instrumentos*), a entidade reguladora recomende a atribuição desta responsabilidade ao Enfermeiro Coordenador.

sobre o regime das visitas, a alimentação, as actividades desenvolvidas pela Unidade e a assistência religiosa e espiritual.

A duração do internamento na UMDR está determinada no Artigo 15º do Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, e situa-se entre mais de trinta dias e menos de noventa. Na UC, a duração do internamento situa-se em menos de trinta dias consecutivos (cf. Artigo 13º). Em média, os utentes da UCCI-SCMP permanecem 66 dias na UMDR e 24 na UC. Porém, existem internamentos que vão além do tecto máximo definido no diploma citado. No caso da UMDR, o número máximo de dias que alguém está internado para além do prazo situa-se em 89, e, na UC, em 25. Tratando-se de uma Unidade que articula duas tipologias, por vezes, a gestão do tempo de internamento passa pela mobilidade dentro da Rede, que consiste em conceder a alta da UC e a sequente admissão na UMDR. Quando, nesta, o tempo é excedido e não se atingiu a reabilitação total que permita a reintegração do utente na sua vida habitual, procede-se à mudança para uma Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM).

Os utentes admitidos durante o período de observação tinham, em média, 73,9 anos. A idade mínima registada situava-se nos 35 anos e a máxima em 96. A média de idades observada na UCCI-SCMP coincide com o valor encontrado aquando da realização do primeiro Relatório de Monitorização da Rede, em 2007. Quanto à distribuição por género, 55% dos utentes da UMDR são do género masculino, a mesma percentagem de utentes do género feminino internados na UC.

A origem nacional dos utentes é esmagadoramente portuguesa. Durante o período de observação tive oportunidade de registar a presença de quatro indivíduos estrangeiros: um luxemburguês, de origem alemã (internado da UC), duas senhoras inglesas (uma internada na UC outra na UMDR) e uma francesa (internada na UC). Todos estes utentes estrangeiros foram referenciados pelos Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, e a sua presença comprova o carácter multicultural (multiétnico) do contexto de prestação de cuidados da UCCI-SCMP.

Quanto aos diagnósticos, a maior parte dos casos registados na UMDR eram condições pós-Acidente Vascular Cerebral, ou AVC (33%), e condições resultantes de fracturas do cólo do fémur (11%). Na UC, a maior parte dos casos derivava de fracturas do cólo do fémur (22%), seguidos de condições pós-AVC (17%). Os restantes casos abrangiam um largo espectro de condições, destacando-se as neoplasias (7%, no conjunto das duas Unidades), a diabetes (5%), os traumatismos crâneo-encefálicos e as amputações

(4%, respectivamente) e a gonartrose (3%). Vemos, portanto, que a principal razão do internamento na UC são as fracturas. Além das fracturas do cólo do fémur, foram diagnosticadas fracturas dos membros superiores, bimalcolares, tibiais e subcapitais. Juntamente com as fracturas do cólo do fémur, as fracturas afligem 36% dos internados na UC.

Considerando o total dos casos observados na UCCI-SCMP, destaca-se como principais razões de internamento os AVC (27%) e as fracturas (20%). No total, vemos que estas duas condições são responsáveis por quase metade dos internamentos. Deve-se, ainda, registar o facto de uma grande parte dos utentes sofrer de mais do que uma perturbação. De facto, a co-morbilidade atinge 28% dos internados. Este aspecto remete para o problema das consequências de condições de saúde tais como a diabetes (relacionada com as amputações do membro inferior, que acontecem como resposta ao problema do pé diabético) ou a osteoporose (responsável por grande parte das fracturas e pela dificuldade em recuperar das mesmas, o que leva à debilidade física, devido aos tempos prolongados de inactividade, e à ocorrência de úlceras de pressão).

Os diagnósticos registados durante o período de observação confirmam a existência da tendência de mobilidade dos utentes da RNCCI em consonância com os dados obtidos aquando do relatório de monitorização da Rede, realizado em 2007.

Quando os objectivos terapêuticos são atingidos procede-se à alta. De acordo com o Regulamento Interno da UCCI, a alta começa a ser planeada logo após a admissão do utente, de modo a “permitir a articulação atempada com outras entidades, a elaboração e transmissão de informação clínica e social e a continuidade da prestação de cuidados [quando necessária]”. A alta deve ser documentada ao utente ou seu representante e à ECL através de uma “Nota de Alta”, onde se relata os cuidados que foram prestados. Este documento é acompanhado de um relatório da situação clínica do utente dirigido ao médico assistente ou ao médico de família.

As informações fornecidas ao público através do Guia de Acolhimento referem que “quando estiver planeada a data da alta, a equipa de profissionais da Unidade informa[rá o utente] com a devida antecedência e ajudá-lo-á a preparar o seu regresso a casa, em articulação com os [...] familiares.”

Quando os objectivos terapêuticos não são atingidos, há dois resultados possíveis: a transferência do utente para outro tipo de unidade, ou o levantamento do óbito. Como vimos, no âmbito da RNCCI a modalidade de transferência assume a forma de mobilidade

e é orientada pelo princípio da continuidade dos cuidados. No que respeita ao óbito, o procedimento consiste, segundo a informação fornecida por uma enfermeira, em *dar a conhecer ao médico responsável, no sentido de validar o óbito; informar a família (informação dada pelo médico, no entanto, também pode ser dada por enfermeiros); realizar a preparação do corpo (múmia); e levar para a morgue.*

O procedimento desde a admissão até à alta/transferência ou óbito desenvolve-se em cinco processos (SCML 2005:6): admissão, acolhimento, recolha de dados, processo de recuperação e alta/transferência ou óbito (embora este último processo não seja explicitamente referido, talvez em virtude de não se enquadrar na reabilitação). De acordo com o MQ Tipo, além da responsabilidade pelo processo de acolhimento caber ao enfermeiro, este é co-responsável pelos processos de recolha de dados e da preparação da alta/transferência/óbito. Adiante, veremos em pormenor as responsabilidades do enfermeiro no contexto da UCCI.

Pelo lado do utente, entre outros deveres, ele deve cumprir com os compromissos financeiros assumidos com a UCCI.⁵² O Despacho Normativo n.º 34/2007, de 19 de Setembro, definiu os termos e as condições em que a segurança social comparticipa os utentes pelos encargos decorrentes da prestação de cuidados de apoio social nas unidades de média duração. Segundo este diploma, a comparticipação “tem lugar sempre que o valor a pagar pelo utente [...] não assegure a totalidade dos encargos com a prestação dos cuidados de apoio social [e o seu valor] corresponde ao diferencial entre os encargos com a prestação de cuidados de apoio social e o valor a pagar pelo utente.” Assim, de acordo com a tabela de preços publicada pelos Ministérios das Finanças e da Administração Pública, do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde no Anexo II da Portaria n.º 1087-A/2007, para o ano de 2009, o limite dos encargos com a prestação de cuidados de saúde e de apoio social situava-se nos 89,39 euros por dia na UC e 74,67 euros na UMDR, o que se traduz num total mensal (trinta dias) de 2681,7 e 2240,1, respectivamente. Pelas informações que pude obter junto dos utentes, o valor mais elevado por eles pago ascendia a um pouco mais de 500 euros.

⁵² Segundo o Guia de Acolhimento, além da obrigação citada, o utente deve “zelar pelo seu estado de saúde; [...] fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para a obtenção de um correcto diagnóstico e adequado tratamento; [...] respeitar os direitos dos outros doentes; [...] colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são recomendadas e por si livremente aceites; [...] respeitar as regras de funcionamento da Unidade [...]; utilizar os serviços de saúde de forma apropriada e de colaborar activamente na redução de gastos necessários.”

1.3.2. Visitas

O Guia de Acolhimento refere que receber visitas é um dos direitos do utente.⁵³ As visitas podem ser especiais (quando são realizadas por uma pessoa de referência) ou gerais (nos restantes casos), e decorrem das 13 horas às 19h30 na primeira situação, e das 15 horas às 17, na segunda, podendo ser realizadas no quarto ou na Sala de Convívio.

Segundo informações de uma enfermeira, a gestão das visitas é feita com cartões, que são distribuídos pelas secretárias dos Hospital de S. Camilo e devolvidos no final. São permitidas três visitas por doente (uma especial e duas gerais). É proibida a entrada a crianças com idade inferior a dez anos, excepto: dias de Natal, 1º de Janeiro, Páscoa, dia da mãe e do pai. Se o utente internado for mãe ou pai da criança com menos de dez anos de idade, facilitar-se-á a visita durante os últimos dez minutos de período de cada hora.

O momento da visita é importante para o utente por várias razões. A principal consiste na manutenção da sua ligação ao mundo exterior da Unidade por intermédio dos outros significativos. Durante a observação pude constatar a importância deste momento. Observei que havia utentes que tinham visitas todos os dias. Este hábito beneficiava o utente de várias maneiras. Em alguns casos, a presença do outro significativo era mesmo fundamental no desenvolvimento do processo clínico.

Num dos casos, a esposa de um utente, que o ia visitar todos os dias, contou-me uma situação em que o seu marido ficou “esquecido” na Sala de Convívio após o almoço, e, quando ela chegou, ele não reagia, pois, além do prolongamento exagerado do tempo em

⁵³ São ainda direitos dos utentes “[...] ser tratado no respeito pela dignidade humana, independentemente das suas convicções culturais, filosóficas e religiosas; [...] receber cuidados apropriados ao seu estado de saúde [...]; [a] continuidade dos cuidados; [...] ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados; [...] ser informado sobre a sua situação de saúde; [...] obter uma segunda opinião sobre a sua situação clínica; [...] dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto clínico ou participação em investigação; [ter] confidencialidade [sobre] toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam; [ter] acesso aos dados registados no seu processo clínico; [ter] privacidade na prestação de todo e qualquer acto clínico; [...] apresentar sugestões e reclamações, por si ou por quem o represente; [e ter] a sua liberdade individual.”

que permanecia sentado na cadeira de rodas,⁵⁴ tinham-no colocado muito próximo da janela, que está virada a sul. Durante a tarde, o calor que se fazia sentir desidratou o paciente e fez com que ele ficasse quase inanimado. Quando a esposa chegou à Unidade e reparou na situação ficou alarmada e pediu que levassem o seu marido para a cama. Nos dias seguintes, notou ela, o paciente não reagia como nos dias anteriores. Depois de recuperar desta situação, o senhor mostrava-se especialmente animado quando a esposa o ia visitar, enaltecendo-se o amor que tinha por ela e ela por ele. Esta intensa relação entre o utente e a sua esposa reflectia na perfeição o papel de tónico que as visitas podem ter para os utentes. Além disso, como vemos, o papel da visita também interfere no encaminhamento do processo de reabilitação.

Em outro caso ainda, também notei que a visita podia interferir na vontade do utente em melhorar a sua condição de saúde. Trata-se de uma senhora que não queria comer. Durante três dias, e apesar de teimar com ela, a senhora recusava-se a comer. Mesmo perante a ameaça de ter que ser alimentada por meio de sonda nasogástrica, a senhora manteve-se inamovível na sua recusa em comer. Naquele dia em particular, o seu filho tinha vindo visitá-la durante a hora de almoço. Quando me dirigi ao seu quarto reparei que o tabuleiro da sua refeição estava vazio. Perguntei-lhe se tinha comido e ela respondeu-me, alegremente, que sim. O filho confirmou a sua resposta, frisando que ela tinha comido tudo e com vontade.

Contrariamente a estes casos, muitos dos utentes não recebiam qualquer visita. Este facto parecia reflectir-se no seu estado de espírito. Uma senhora mostrava-se

⁵⁴ Ao longo da observação, pude testemunhar que os doentes permaneciam muito tempo sentados, muitas das vezes queixando-se de estarem ali horas seguidas. Por vezes, os pacientes queixavam-se com dores, especialmente aqueles que estavam a reabilitar de fracturas do fémur e do trocânter. Uma eventual explicação pode estar relacionada com o receio do desenvolvimento de úlceras de pressão se os pacientes forem para a cama (cf. Asher 1947). Esta situação parece ser comum. Nos Estados-Unidos, foi, recentemente, posta em causa a sua eficácia e relevado e o seu carácter contraproducente no contexto da reabilitação das capacidades dos pacientes (Bliss 2003). Ascher referia-se a uma “overdose” de cama, Bliss refere-se a uma “overdose” de cadeira, que provoca a vasoconstrição. Entre outros efeitos nefastos de estar muito tempo sentado, Bliss refere que os pacientes “who try to sleep in chairs complain of cold feet. Excretion of water and electrolytes is reduced in the upright position, especially in old people, causing leg oedema and fluid overload during the day and nocturia and incontinence at night. Prolonged sitting on long flights is known to cause venous thrombosis. Blood flow velocity in the common femoral vein is 20 times less in the sitting than in the supine position” (2003:997). Segundo esta autora, os resultados dos estudos sobre esta matéria recomendam que os pacientes com menor mobilidade (como é o caso dos idosos) não devem estar sentados por períodos superiores a duas horas.

constantemente ansiosa e perguntava-me se eu era o seu sobrinho e se o seu marido já tinha chegado, recusando-se a almoçar alegando que esperava pelo marido e que quando ele chegasse, comeria. Escusado será dizer que o seu marido nunca veio, o que me levou a duvidar da sua existência.

Uma outra senhora, com uma família extensa e sobejamente conhecida em Portimão, queixava-se que estava internada (no hospital público e ali) há cerca de meio ano e que os seus familiares nunca a tinham ido visitar. O semblante da senhora estava constantemente carregado e, nos seus desabafos, reflectia sobre o mal que eventualmente lhes teria feito. Ao longo do tempo notei que a senhora ficara amarga e deixara de dialogar com os funcionários e comigo. Ela salientava que era naquela condição que se via quem lhe queria bem. Ora, segundo ela, se ninguém a ia visitar, isso significava que ninguém lhe queria bem. Este sentimento estava sempre presente e, com o tempo, ela foi ficando cada vez mais deprimida.

As situações de ausência de visitas são mais comuns do que se poderia pensar à partida. Muitos utentes nunca foram visitados. Na falta de amarras à realidade exterior, os utentes sentiam-se abandonados, sem ninguém significativo que os estimulasse para a recuperação.

1.3.3. Alimentação

Vimos que as visitas interferem na alimentação dos pacientes. A alimentação é regulada por um dietista, que, em conformidade com o diagnóstico, recomenda determinada dieta.

As refeições são preparadas na cozinha da Unidade, tanto para os doentes como para os profissionais. Uma enfermeira informou-me que, *após instituída a dieta indicada para o doente (por exemplo: diabética, normal, geral, sonda naso-gástrica, etc...) é dada a indicação à cozinha. Tentamos sempre saber as preferências dos doentes (por exemplo, comida, ou algo, que não come...) e dar resposta a essas preferências.*

Os utentes têm a liberdade de pedirem que as refeições venham do exterior, devendo, conforme informado no Guia de Acolhimento, “comunicar ao Enfermeiro Responsável, para que ele possa informar sobre eventuais restrições decorrentes do seu estado de saúde.”

As refeições são servidas às 8h45 (pequeno almoço), 11 horas (reforço alimentar), 13 horas (almoço), 16 horas (lanche), 19 horas (jantar) e 22 horas (ceia).

Participando na toma das refeições, observei que grande parte dos utentes não tinha autonomia para se alimentar. A função dos auxiliares e dos voluntários assumia especial importância durante estes períodos, pois, como dizia uma enfermeira, *nestas horas todos são poucos*. Então, pude constatar que, na maior parte das vezes, o reforço alimentar consistia em maçã cozida em puré ou assada e inteira. Quando inteira, a maçã era servida em pequenas tigelas acompanhadas com uma colher. Os pacientes esforçavam-se por partir a maçã com a colher naquele pequeno recipiente. Eu próprio tinha dificuldade em cortar a maçã com a colher. Este aspecto lembrou-me os princípios da antropologia da postura descritos por Gordon Hewes (1955). Pareceu-me que os objectos não estavam ajustados à possibilidade gestual dos pacientes, detectando-se um desajuste ergonómico. O mesmo se passava com os sumos, que eram servidos, nas refeições principais, em pequenos pacotes e sorvidos com palhinhas. Os pacientes mostravam ter dificuldade em descolar a palhinha do pacote, retirá-la do seu envólucro e metê-la no pequeno orifício do pacote. A dificuldade na auto-alimentação também se observava, por exemplo, na abertura do envólucro de plástico onde estava o pão e no descascar da fruta, especialmente das maçãs, das pêras e das laranjas. As facas que eram providenciadas não cortavam o suficiente e era sempre complicado descascar a fruta. A tal ponto este problema era geral que afectava os próprios funcionários, de tal forma que um dos auxiliares trouxe uma faca de casa que usava para esse efeito.

Durante as refeições eu esforçava-me por satisfazer todas as vontades dos utentes e alimentava-os ao seu ritmo, que era lento. Reparei que, enquanto eu alimentava um paciente, os auxiliares alimentavam quatro ou cinco. Reflectindo sobre esse aspecto, comecei por aceitar que eles estavam treinados para alimentar os utentes com maior rapidez. Porém, com o tempo, constatei que não era assim. O caso do Sr. Henrique ilustra perfeitamente a tensão criada pela diferença de ritmos entre o acto de alimentar e o de comer. Numa situação, aproximei-me da cama do Sr. Henrique, que estava a ser servido por uma auxiliar. Ele comia, e tinha restos de sopa no queixo e na cara.

_ Sr. Henrique – cumprimento-o.

_ Venha lá aqui ajudar-me – diz o senhor.

_ Abra a boquinha – diz-lhe a Auxiliar – abra a boquinha, Sr. Henrique.

_ Quer que eu dê? – pergunto.

_ Abra a boquinha – continua a Auxiliar – Agora vem o jovem lhe dar. Pode ser que seja mais meigo que eu; eu... todos nós somos ruins...

_ Não... Não são nada ruins, Sr. Henrique.

_ Ok, dê devagar, sim? – disse o paciente.

_ Ele gosta é de falar de história, e dessas coisas... Vamos lá – digo-lhe, enquanto lhe sirvo a sopa com a colher.

_ Assim está bem – diz ele.

_ Porquê? Dão-lhe com mais força, é?

Ele não responde.

_ Deixe limpar-lhe a boca.

_ Ai. Assim, está bem – reage com satisfação.

O Sr. Henrique era um caso típico de abandono. Era casado, mas nunca recebeu a visita da esposa. Segundo ele, esta também estava internada, numa outra instituição, que ele não soube precisar. Sofrendo de neoplasia no pavilhão auricular em estado avançado, o seu prognóstico não era animador. Perante a inevitabilidade da morte, a reabilitação era uma quimera. Este prognóstico viria a confirmar-se. Passados uns dias, constatei que o Sr. Henrique não estava na cama e esta estava ocupada com outro paciente. Dirigindo-me ao Posto de Enfermagem, perguntei à enfermeira que lá estava sobre o paradeiro do paciente. “Que acha?”, perguntou-me ela. Eu, sem saber o que dizer, esperei que ela me informasse. “Foi-se...” – acrescentou. Saí dali entristecido, e meditando sobre o modo como a enfermeira me comunicou o falecimento do Sr. Henrique. Achei que ela foi crua e que não poderia conhecer a riqueza da personalidade do Sr. Henrique como eu a conheci. Tínhamos tido longas conversas, onde ele mostrava ter uma imensa curiosidade pela história do seu povo e onde reflectia sobre o sentido da vida e sobre o que estaria para além dela. A sua teoria sobre o Deus extra-terrestre mostrava a agudez do seu espírito. Aprendi com ele a olhar para o tempo em que Olhão tinha um gerador de electricidade que funcionava a carvão e alimentava toda a cidade; aprendi ainda que, nos anos 30 do século XX, Évora era uma cidade muito pobre, onde as crianças iam para a escola descalças. Enfim, aprendi com o Sr. Henrique que, embora o corpo esteja moribundo, o espírito ultrapassa largamente essa condição. Na falta da devida homenagem, identifico-o pelo seu nome. Este caso mostra, em linhas nítidas, que uma pessoa não deixa de o ser porque vive uma situação de doença. O Sr. Henrique foi o protótipo do moribundo, tal como o descreveu Norbert Elias (2001 [1982]): despersonalizado, fora do mundo, esquecido...

Devido ao pouco pessoal disponível, a toma das refeições prolongava-se e estas ficavam frias, embora estivessem acondicionadas em tabuleiros térmicos. Havia situações em que eu era o único a ajudar a alimentar todos os pacientes que apinhavam a Sala de Convívio. Outras vezes, estava presente apenas uma auxiliar. Mais tarde, percebi que os auxiliares e os enfermeiros almoçavam à mesma hora dos pacientes, pois, o horário de servir os almoços ao pessoal era o mesmo, e, se ultrapassassem esse horário, corriam o risco de não terem refeição, como, aliás, me aconteceu. Ficando com os pacientes durante toda a hora do almoço, quando me dirigia ao refeitório já não havia comida. Alguns pacientes só almoçavam passada uma hora depois da comida chegar. Reparei que os enfermeiros raramente estavam presentes na Sala de Convívio, que funcionava também como refeitório, durante as refeições. Mais tarde, fui informado que a alimentação era administrada fundamentalmente pelos auxiliares, e os enfermeiros incumbiam-se de alimentar os pacientes que tivessem sonda nasogástrica. Depois de consultar os horários de enfermagem constatei, igualmente, que, no máximo, haveria quatro enfermeiros em simultâneo por turno, e este número só se verificava no turno da manhã e devido à presença da Enfermeira Coordenadora, significando que, na realidade, os enfermeiros prestadores de cuidados se resumiam a três. O limitado número de enfermeiros por turno poderia justificar a sua ausência durante o almoço. Além disso, há a considerar que os enfermeiros iam almoçar durante este período de tempo, ficando apenas um dos três destacados para o turno.

1.3.4. Reposição de material de consumo clínico, farmacêutico e esterilização

Segundo informações dadas pela enfermeira Paula,⁵⁵ o material clínico encontra-se numa sala do material, chamada “zona limpa”, onde se encontram os materiais. A enfermeira responsável faz a contagem do material e faz os pedidos ao armazém. Entretanto, o material chega ao serviço e é feita a contagem e a confirmação do que foi pedido e, entretanto, o mesmo é arrumado.

Os produtos farmacêuticos são geridos pela Farmácia, que, actualmente, pertence ao Hospital de S. Camilo e são eles os responsáveis pelo fornecimento da medicação. A medicação é preparada

⁵⁵ Todas as referências aos informantes são realizadas com recurso a nomes fictícios.

mediante as prescrições, colocada nas gavetas e, depois, ou os auxiliares ou um dos enfermeiros, vão buscar à Farmácia, localizada na secção dos Serviços Farmacêuticos da UCCI-SCMP.

A enfermeira informou também que a esterilização também pertence ao Hospital de S. Camilo. Todo o material que é utilizado é recolhido por uma funcionária [designada para o efeito] e depois devidamente limpo e preparado para esterilizar e embalar.

1.3.5. Circuito de roupa limpa, roupa suja e lixo

A roupa é da responsabilidade das funcionárias da lavandaria, que se situa no rés-do-chão. Aquando da muda, *a roupa que sai dos internamentos é colocada pelos profissionais em sacos amarelos, fechados e guardados na sala dos sujos. Entretanto, as funcionárias da lavandaria vêm ao serviço, com contentores adequados, no sentido de recolherem a roupa. Na lavandaria, a roupa é devidamente tratada, e, durante a tarde, as funcionárias vêm entregar a roupa ao Serviço, incluindo a roupa dos doentes.*

A gestão dos lixos não foi documentada pela enfermeira nem tive a oportunidade de observar este processo. Segundo o Plano de Actividades, analisado em pormenor mais à frente, o lixo é recolhido todos os dias às 7h45, às 15h30 e às 23h00 pelos auxiliares e, a seguir, faz-se a colocação do carro de higiene para o qual se recolhe o lixo. De acordo com o disposto no Manual de Qualidade Tipo, a UCCI-SCMP gere o lixos de modo a impedir a propagação de infecções, conforme estipulado pela Circular Normativa n.º 17, do Ministério da Saúde, que define o Plano Operacional de Controlo da Infecção para as Unidades de Cuidados Continuados Integrados.

1.4. Organização dos serviços de enfermagem

Segundo o Estatuto da Carreira de Enfermagem, a enfermagem realiza-se em três áreas de actuação: prestação de cuidados, gestão e assessoria técnica.⁵⁶ A UCCI-SCMP tem

⁵⁶ Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro (n.º 1 do Artigo 3º). A carreira de enfermagem foi reestruturada pelo Decreto-Lei n.º 412/98, de 30 de Dezembro, e alterada pelo Decreto-Lei n.º 411/99, de 15 de Outubro, não se registando alterações ao Artigo citado.

serviço de enfermagem permanente, de acordo com o disposto nos artigos 14º e 16º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.

De acordo com o Artigo 4º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE),⁵⁷ o objectivo da enfermagem é “prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” No Artigo 8º, o mesmo diploma especifica os objectivos da actividade profissional dos enfermeiros: “a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social.”

Os enfermeiros estão presentes em todas as equipas da RNCCI, excepto na ECR, e “agem de acordo com as orientações e os referenciais de práticas recomendadas, participando activamente na identificação, análise e controlo de potenciais riscos num contexto de prática circunscrita” (Ordem dos Enfermeiros 2009). Esta posição revela claramente que os enfermeiros estão obrigados a seguir o modelo imposto pelo Estado.⁵⁸ É aqui que se encontra explícita a força dos modelos impostos na prática da enfermagem, cujos princípios a OE considera serem referenciais, isto é, estruturantes da prática da enfermagem e do papel do enfermeiro no contexto social, particularmente, no âmbito das políticas de gestão da vida incluídas na filosofia dos cuidados continuados integrados. A definição do papel do enfermeiro encontra-se precisamente na interferência da política do Estado na vida das pessoas, tal como o *carer role* definido pelo International Council of Nurses pressupõe (ICN 2002). De acordo com este Conselho, o enfermeiro deve “interagir de acordo com as responsabilidades de confiar em alguém, interiorizando as expectativas das instituições de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados de um prestador de cuidados”

⁵⁷ Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril.

⁵⁸ Aqui adquire centralidade a noção de “cuidados seguros”, forjada na tomada de posição da OE de 2006 intitulada “Condições do exercício profissional – Presente e futuro: tópicos para a reflexão”. Neste documento, a Ordem refere explicitamente que “o exercício de cuidados seguros requer o cumprimento das regras profissionais técnicas e ético-deontológicas (*legis artis*).” A expressão latina submete directamente a função do enfermeiro à arte de legislar, um conceito sinónimo do de “arte de governar”, consagrado por Bentham e revisitado por Foucault, indicando que o papel do enfermeiro é sancionado pelo legislador e, por isso, está incluído na *agenda* política, enquanto função politicamente determinada, revelando que a construção do papel do enfermeiro se realiza dentro de uma *raison d’État* promulgada na sua biopolítica.

(ICN 2002, apud OE 2009). Por outras palavras, o enfermeiro deve, de acordo com as orientações institucionais, representar-se junto da comunidade e dentro das equipas de cuidados segundo um perfil esperado pelas partes envolvidas no processo de prestação de cuidados. Isto significa que, em última instância, o enfermeiro é o responsável pela eficácia das políticas de cuidado e cabe-lhe a ele reconhecer os limites do seu perfil e da sua competência (OE 2009). A partir deste quadro, vejamos como se organiza o trabalho do enfermeiro na UCCI-SCMP.

1.4.1. Organização e terapêutica

Com base nas informações fornecidas pela enfermeira Paula, a terapêutica organiza-se em unidose (ou dose única): a medicação chega dos Serviços Farmacêuticos em gavetas individualizadas que se encaixam no carro da medicação (ou carro de unidoses), que comporta a medicação e permite *fazer a sua preparação, nomeadamente, seringas, agulhas, endovenoso e intramuscular (EV/FM), soro fisiológico, copos unidose, etc.* O carro de unidoses encontra-se no Posto de Enfermagem e é transportado pelos enfermeiros quando ministram os medicamentos.

1.4.2. Manutenção e utilização do carro de unidoses

As gavetas da medicação são trocadas diariamente às 15 horas, excepto ao fim-de-semana, em que a medicação chega na Sexta-feira às 15 horas, para todo o fim-de-semana, e o restante material é repostado conforme os gastos, pelos enfermeiros.

1.4.3. Registos de enfermagem

De acordo com a OE (2007), os registos de enfermagem constituem o núcleo do Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) e devem descrever os indicadores de diagnóstico, intervenções e resultados, que devem incidir nos focos de intervenção de

enfermagem, a saber, o auto-cuidado, gerir o regime e prestador de cuidados, em apoio ao determinado pelo ICN.

Os registos de enfermagem na UCCI-SCMP têm arquitectura e estrutura adaptadas (Modelo de impresso IMP31). Os indicadores considerados são: ambiente seguro, respirar, comunicação, comer e beber, dormir, mover-se, higiene, eliminar e escala da dor. Cada um destes indicadores é avaliado com parâmetros próprios nos três turnos de enfermagem (manhã, tarde e noite).

A OE recomenda a utilização de uma arquitectura de registo que inclua: a linguagem da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE), elaborada pelo ICN, “que permitirá, no tempo, a comparação de dados, a obtenção de indicadores de qualidade, a investigação e a fundamentação para a tomada de decisão política” (OE 2009);⁵⁹ a parametrização dos conteúdos por unidade de cuidados, a integridade referencial dos dados e a incorporação do SIE na Rede de Informação em Saúde.

O ICN publicou a versão alfa da CIPE em 1996 com o objectivo de promover a discussão para a elaboração da versão beta, que veio a público em 1999 (Warren & Coenen 1998). Após discussão das versões piloto, a versão 1.0 da CIPE foi publicada em 2005 (ICN 2005) e traduzida para língua portuguesa pela OE em 2006. Nesta data, Carmen Pignatelli, Secretária de Estado Adjunta e da Saúde referia em entrevista à OE que a CIPE iria ser utilizada em todos os aplicativos onde a enfermagem estivesse presente (OE 2006). A versão actual da CIPE (2.0) foi traduzida para língua portuguesa em 2010 (OE 2010), um ano após a publicação das linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE (OE 2009).

Nas entrevistas realizadas aos enfermeiros da UCCI-SCMP, poucos responderam trabalhar com a CIPE. Mesmo não estando implantada na UCCI, os enfermeiros revelaram

⁵⁹ A CIPE consiste numa plataforma de lançamento de dados sobre os indicadores de enfermagem e tem como objectivos: estabelecer uma linguagem comum para descrever a prática de enfermagem de maneira a facilitar a comunicação entre os enfermeiros a nível internacional e entre eles e outros profissionais; descrever o cuidado de enfermagem ao público nos domínios institucional e não institucional; permitir a comparação de dados de enfermagem através das populações, das áreas geográficas e do tempo; demonstrar ou projectar tendências na provisão dos tratamentos e cuidados e na alocação de recursos para os pacientes de acordo com as suas necessidades; estimular a investigação em enfermagem através de ligações a dados disponíveis nos sistemas de informação de enfermagem e nos sistemas de informação de saúde; e providenciar dados sobre a prática de enfermagem com o objectivo de influenciar a definição de políticas (cf. Warren & Coenen 1998:335–336).

que, mesmo em outros hospitais onde trabalham, raramente usam este instrumento de classificação. Alguns criticam a Classificação, dizendo que, *em termos de registo ficam mais incompletos. Se o plano de cuidado estiver bem planeado facilita-nos bastante a vida; se não estiver, acaba por nos dificultar um bocado. Acabamos por perder mais tempo no computador e menos com o doente. Descura, um bocado, essa parte.* Outros reconhecem que é importante e ajuda a resolver a diferença de linguagem... *É internacional... É uma linguagem comum, para todos.* Além desta vantagem, a Classificação *simplifica muito. É muito mais prática no dia-a-dia* e permite ao enfermeiro *criar o diagnóstico.*

O Manual de Qualidade da instituição não inclui a realização de registos como função dos enfermeiros, remetendo apenas ao Director Clínico e à Enfermeira Coordenadora a garantia da sua realização, mas, considera que na base da pirâmide da documentação da UCCI “estão os documentos que, depois de preenchidos, proporcionam as evidências da eficácia do SGQ – os registos”, considerados como saídas (*output*) do Processo-Chave “Prestação de Cuidados”, como entradas (*input*) do Processo-chave “Alta” e como saídas dos Processos de Suporte “Gestão de Pessoas”, “Gestão de Infraestruturas” e “Medição, Análise e Melhoria” e dos Sub-processos “Animação Sócio-cultural” e “Cuidados de Higiene, Imagem e Conforto”.

1.4.4. Carga de trabalho de enfermagem

De acordo com o Artigo 54º do Estatuto da Carreira de Enfermagem (Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro), os enfermeiros integrados na carreira podem trabalhar em regime de tempo completo (duração de trinta e cinco horas semanais), tempo parcial (entre vinte e vinte e quatro horas semanais) e em horário acrescido (quarenta e duas horas semanais). No Artigo 56º define-se que os enfermeiros têm direito a um dia de descanso semanal, “acrescido de um dia de descanso complementar, devendo, em cada período de quatro semanas, pelo menos um dos dias de descanso coincidir com o sábado ou o domingo.” Este Artigo foi acrescentado pelo Decreto-Lei n.º 412/98, de 30 de Dezembro, com a introdução de períodos de descanso nunca superiores a quinze minutos, para os enfermeiros em regime de jornada contínua, que não podem coincidir com o início ou o fim da jornada de trabalho.

Vimos já que apenas três enfermeiros estão integrados no quadro (da Santa Casa da Misericórdia).⁶⁰ Um dos três enfermeiros cumpre um horário de quarenta horas e meia por semana e, os outros dois, de trinta e oito horas, situando-se todos entre o horário completo e o acrescido. A jornada é dividida em três turnos: manhã (das 8 horas às 16), tarde (das 16 à meia-noite) e noite (da meia-noite às 8 horas). No turno da manhã trabalham, por norma, três enfermeiros, excepto em alguns dias, quando estão presentes quatro. O quarto enfermeiro é a Enfermeira Coordenadora e a sua presença coincide, normalmente, com o dia da visita médica, na qual participa. Nos turnos da tarde e da noite estão presentes apenas dois enfermeiros, um em cada Unidade.

1.5. Principais funções dos enfermeiros

O papel do enfermeiro está definido em vários diplomas, designadamente, no Estatuto da Carreira de Enfermagem, no REPE, no Código Deontológico do Enfermeiro (Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril), nas Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (OE 2002),⁶¹ nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE 2003)⁶² e no Manual de Qualidade da UCCI-SCMP.

1.5.1. Funções dos enfermeiros

Seguindo o disposto no Manual de Qualidade da Unidade, as principais funções dos enfermeiros são: “prestar cuidados de enfermagem aos doentes; colaborar com os médicos e outros técnicos de saúde no exercício da sua profissão; preparar atempadamente a

⁶⁰ A Santa Casa da Misericórdia de Portimão possui um Regulamento Interno Geral que regula o regime de trabalho dos seus funcionários de acordo com a Convenção Colectiva de Trabalho das IPSS.

⁶¹ As competências do enfermeiro em cuidados gerais são definidas segundo a filosofia defendida pelo International Council of Nurses (cf. Alexander & Runciman 2003) e encontram-se publicadas em português pela OE (2003).

⁶² Embora anteriores à criação da Rede, estes padrões relacionam-se estreitamente com a política de gestão da qualidade das UCCI. De acordo com a OE (2009), “o enfermeiro, independentemente do contexto em que presta cuidados, norteia a sua prática pelos padrões de qualidade, a saber, a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem”.

medicação dos Clientes/Utentes; administrar os medicamentos e tratamentos prescritos pelo médico; e providenciar que os doentes sejam vistos pelo médico sempre que necessário”.

No plano concreto, o trabalho dos enfermeiros relaciona-se com o dos restantes elementos da equipa multidisciplinar, mas é com o dos auxiliares que se observam maiores afinidades. Como forma de descrição da actividade dos profissionais, registei os ritmos da instituição tomando como referência os ritmos particulares das actividades dos enfermeiros. Este registo permitiu descrever os modos de interacção entre os enfermeiros e os restantes profissionais de saúde envolvidos e o enquadramento da função dos enfermeiros no contexto das unidades de cuidados continuados integrados, observando-se as suas funções relativas dentro desse contexto.

O registo de actividades dos diferentes profissionais – Plano Diário de Actividades – encontra-se afixado no *placard* de entrada da Unidade. Após um primeiro tratamento dos dados constantes do Plano Diário de Actividades, verificou-se o modo como os enfermeiros e os auxiliares complementam e combinam as suas actividades. No âmbito descritivo, o Plano identifica as principais actividades relacionadas com o cuidado de saúde. O Plano mostra que, a nível representacional (já que o Plano é uma representação do sistema funcional dos agentes implicados) há identidade pontual entre as actividades dos enfermeiros e as dos auxiliares (ver Tabela 8, na página seguinte).

É possível ver que há certas horas, especialmente na parte da manhã, em que enfermeiros e auxiliares fazem a mesma coisa, não havendo distinção na designação da actividade (ver zonas sombreadas da tabela). Quando essa distinção aparece, as actividades são nomeadas (ver texto em *itálico* na tabela).

De acordo com o Plano, as actividades diárias específicas da enfermagem são:

- Avaliação de Tensão Arterial (três vezes: 06:30, 12:00 e 18:00), pulso (duas vezes: 12:00 e 18:00), Massa corporal (duas vezes: 06:30 e 12:00), e temperaturas (duas vezes: 06:30 e 18:00).
- Administração de terapêutica (cinco vezes: 07:00, 12:00, 15:00, 18:30 e 22:00).
- Reposição de carros unidose (cinco vezes: 07:00, 12:00, 14:00, 18:30 e 22:00).
- Registos (cinco vezes: 07:30, 12:30, 13:30, 15:00 e 23:00)
- Classificação dos doentes (uma vez: 13:00)
- Preparação, verificação da terapêutica (uma vez: 16:00)

Tabela 8 – Atividades de Enfermagem e intermutabilidade com as tarefas dos auxiliares

Período	Hora	Actores	Actividade
Manhã	08:00	Enfermeiros / Auxiliares	<i>Passagem de turno</i> / Passagem de eventual informação
	08:05	Auxiliares	Distribuição de roupa, bacias de banho na cama
	08:15	Auxiliares	Colocação de carro de higiene
	08:30	Auxiliares	Administração do pequeno-almoço, limpeza das mesas de cabeceira
	08:45	Enfermeiros	<i>Administração do pequeno-almoço</i>
	09:05	Enfermeiros e Auxiliares	Higiene, conforto, pensos, levante
	10:45	Enfermeiros e Auxiliares	Administração dos reforços
	11:15	Enfermeiros e Auxiliares	Higiene, conforto, pensos, levante
	12:00	Enfermeiros / Auxiliares	<i>Avaliação de TA, pulso e BM, administração de terapêutica, reposição de carros unidose</i> / Higiene do serviço
	12:30	Enfermeiros / Auxiliares	<i>Registos</i> / Higiene do corredor, higiene do Posto de Enfermagem
	13:00	Enfermeiros / Auxiliares	<i>Administração do almoço, classificação dos doentes</i> / Administração do almoço, limpeza das mesas de cabeceira
	13:30	Enfermeiros / Auxiliares	<i>Registos</i> / Troca de cassetes unidose
	14:00	Enfermeiros e Auxiliares	Deitar, higiene perineal, massajar e posicionar
	15:00	Enfermeiros / Auxiliares	<i>Administração de terapêutica, reposição de carros unidose, registos finais</i> / Higiene da Sala de Convívio, medição de diureses
	Tarde	15:30	Enfermeiros / Auxiliares
16:00		Enfermeiros / Auxiliares	<i>Preparação, verificação da terapêutica</i> / Passagem de eventual informação
16:05		Auxiliares	Administração do lanche
16:15		Enfermeiros / Auxiliares	Administração do lanche / Limpeza das mesas de cabeceira, reposição dos carros de higiene
17:00		Enfermeiros e Auxiliares	Higiene perineal, massajar e posicionar
18:00		Enfermeiros / Auxiliares	<i>Avaliação de TA, pulso e temperaturas</i> / Tarefas de higiene semanal
18:30		Enfermeiros	<i>Administração de terapêutica, reposição de carros unidose</i>
18:55		Auxiliares	Desinfecção dos termómetros
19:00		Enfermeiros / Auxiliares	<i>Administração do jantar</i> / Administração do jantar, limpeza das mesas de cabeceira
21:00		Enfermeiros e Auxiliares	Higiene perineal, massajar e posicionar
22:00		Enfermeiros / Auxiliares	<i>Administração da ceia, administração terapêutica, reposição do carro de unidose</i> / Administração da ceia, limpeza das mesas de cabeceira
22:45		Auxiliares	Medição de diureses
23:00		Enfermeiros / Auxiliares	<i>Registos finais</i> / recolha de lixo
23:30		Enfermeiros	<i>Passagem de turno</i>
Noite		00:00	Auxiliares
	00:05	Enfermeiros e Auxiliares	Higiene perineal, massajar e posicionar
	01:30	Enfermeiros / Auxiliares	<i>Preparar tubos de colheita</i> / Cortar adesivos, dobrar sacos, dobrar babetes
	05:30	Enfermeiros e Auxiliares	Higiene perineal, massajar e posicionar
	06:30	Enfermeiros	<i>Avaliação de TAs, temperaturas e BMs</i>
	06:45	Enfermeiros	<i>Colheita de espécimes para análise</i>
	07:00	Enfermeiros / Auxiliares	<i>Administração terapêutica, reposição do carro de unidose</i> / Medição de diureses
	07:30	Enfermeiros / Auxiliares	<i>Registos finais</i> / Desinfecção de termómetros
	07:45	Auxiliares	Recolha de lixo

- Preparação dos tubos de colheita (uma vez: 01:30)
- Colheita de espécimes para análise (uma vez: 06:45)

- Passagem de turno e eventual passagem de informação (três vezes: 08:00, 15:30 e 23:30)
- Administração de refeições (quatro vezes: 08:45, 13:00, 19:00 e 22:00).

Em complemento com os auxiliares, os enfermeiros realizam as seguintes actividades (de notar que os auxiliares têm tarefas, enquanto os enfermeiros têm actividades):

- Higiene, conforto, pensos, levantar (duas vezes: 09:05 e 11:15).
- Administração dos reforços (uma vez: 10:45).
- Higiene perineal, massajar e posicionar (quatro vezes: 00:05, 05:30, 17:00 e 21:00).
- Deitar, higiene perineal, massajar e posicionar (uma vez: 14:00)

O Plano de Actividades é uma representação esquemática das conexões entre o desempenho dos funcionários. Ele define o guião (cf. *script*) que o enfermeiro tem que cumprir diariamente, através da sua adequação a um contexto dado, transformando-o em cenários de cuidado. Trata-se de um esquema prototípico que reproduz as directrizes técnicas e administrativas que regulam a actividade dos enfermeiros e definem os limites do seu papel. Impondo-se na realidade, o Plano de Actividades assume a função de modelo de configuração das práticas realizadas no contexto da UCCI-SCMP, isto é, um modelo de conduta. Esta representação imposta traduz as regularidades da experiência e denota as figuras que formam a interdependência das práticas de enfermagem. Por outras palavras, o Plano representa o *habitus* estruturante do papel do enfermeiro, a partir do qual ele negocia com o sistema de saúde e com o utente.

Embora útil, esta análise não é suficiente para se fazer a descrição das actividades dos enfermeiros e a sua relação com as tarefas dos auxiliares em contexto real. Tratando-se de um guião, o Plano apenas serve de referência prática, e só adquire valor de realidade quando adequado aos contextos particulares onde se realiza essa prática. Ou seja, o Plano é a representação esquemática de uma realidade possível, que se materializa quando confrontada com o meio prático. Sendo assim, o Plano guia a função do enfermeiro, mas não reflecte a variação dessa função. Para isso, é necessário confrontar a representação com

as situações de cuidado, isto é, é necessário incluir no esquema a acção dos vários agentes envolvidos na dramatização da realidade do cuidado, que é estruturada em cenários. A partir do Plano de Actividades não é possível deduzir os cenários possíveis, pois, estes articulam-se como esquemas reveladores dos modos de adaptação do *habitus* ao *campo*.

Para apreender o cenário do cuidado é imperativo, portanto, observar o modo como o guião inscrito no Plano de Actividades se traduz em actos práticos num contexto particular.

Na impossibilidade de estar presente ao longo de todo o dia, recorri à ajuda da enfermeira Sofia para me relatar o que fazia durante as vinte e quatro horas da jornada de trabalho, que desde logo se prontificou a ajudar-me. Passados poucos dias, a enfermeira deu-me um relatório da sua actividade. Durante a sua leitura foram surgindo algumas dúvidas sobre aspectos específicos da actividade da enfermeira e pedi-lhe que me esclarecesse, ao que ela prontamente correspondeu. Após a leitura senti que o relatório descrevia a sua actividade de uma maneira formal, como se a enfermeira se distanciasse daquilo que vivia no dia-a-dia, descrevendo o que acontecia apenas sob a perspectiva técnica. O relatório não continha informações concretas sobre o que, de facto se passava durante as interações terapêuticas. Comuniquei-lhe, então, que o relatório seria mais rico se ela abordasse as suas actividades sob uma perspectiva empírica, baseada naquilo que, de facto, acontecia durante os turnos. Pedi-lhe, então, que fizesse um relatório de tudo o que se passava, e que acrescentasse aquilo que sentia perante as situações com as quais se depararia nesse período e perante eventuais críticas ao modo como o serviço estava organizado. Passados mais uns dias, a enfermeira forneceu-me novo relatório, desta vez notando-se a implicação dos pacientes nas suas actividades e a descrição dos contextos em que estas tinham lugar. O resultado global foi uma preciosa representação das actividades desenvolvidas pelo enfermeiro na UCCI-SCMP. Nos parágrafos seguintes apresento o resultado dos dois relatórios que a enfermeira me deu. Por se tratarem de descrições realizadas em tempos diferentes, que remetem para contextos específicos de prestação de cuidados, achei por bem não cruzar os dois relatórios, por isso, apresento-os separadamente. As principais vantagens de optar por apresentar os dois relatórios revelam-

se na facilitação em podermos visualizar a actividade da enfermeira e na possibilidade de detectarmos um padrão nessa actividade.⁶³

Os dados são apresentados e interpretados de acordo com a estrutura da organização das actividades da enfermeira, dividida conforme os turnos de trabalho.

a) Primeira jornada

O dia começa com a transmissão de informações do enfermeiro que acaba o turno para o que começa o seguinte. A passagem do turno do enfermeiro da noite para o da manhã acontece às oito horas, conforme estabelecido pelo Plano de Actividades. A enfermeira informou-me que o horário definido no Plano de Actividades não é cumprido à risca, servindo este de guia, apenas.

Segundo a enfermeira, *a passagem de turno é um momento privilegiado para a transmissão de informações acerca dos doentes. A informação transmitida permite aos enfermeiros que irão iniciar o seu turno conhecer a situação dos doentes que lhes estão distribuídos e, deste modo, favorecer a continuidade dos cuidados prestados a cada doente. A distribuição dos doentes é feita pela Enfermeira Coordenadora. Para saber quais os doentes que lhe são distribuídos, está disponível uma escala à entrada da instituição onde tem a distribuição diária dos doentes. Cada doente tem um gestor de caso. Eu, por exemplo, tinha quatro doentes de quem era gestora de caso. Não só alguns enfermeiros são gestores, mas também alguns fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, administrativas, terapeuta da fala, entre outros. A nossa função era saber o máximo de informação sobre cada doente, apresentá-lo durante a visita médica e sermos o “elo de ligação” entre a família e o médico. Enquanto gestores de casos, os enfermeiros têm que registar todos os dados que lhes permitam planificar o seu turno. Os dados são registados numa grelha, que é uma folha específica que existe para registar os dados mais importantes que nos transmitem, com base nas necessidades dos doentes: consciência, comunicar, eliminação, mover-se, pensos, observações, entre outros.*⁶⁴

⁶³ Devemos ter em conta que os dois dias relatados mostram o que acontece durante seis turnos. Considerando a hipótese de cada turno se realizar em dias diferentes, então, os seis turnos descrevem, interpoladamente, o que acontece durante seis dias de prestação de cuidados de enfermagem na UCCI-SCMP, ou seja, uma semana de trabalho de um enfermeiro.

⁶⁴ Para uma descrição pormenorizada desta grelha, ver o ponto 1.4.3. supra.

A passagem do turno realiza-se no Posto de Enfermagem, *numa mesa na unidade de média duração ou perto do balcão na unidade de convalescença, pois são sítios onde nos podemos reunir e onde podemos estar mais à vontade e num ambiente mais silencioso para podermos trocar informações.* As informações transmitidas descrevem como os doentes distribuídos à enfermeira *passaram a noite e se dormiram por alguns períodos, a dependência nos autocuidados (independente, parcial ou total), o estado de consciência, se têm alterações na comunicação, se necessitam de alguma ajuda na alimentação, tendo alguns sonda nasogástrica, se deambulam autonomamente ou se necessitam de algum auxiliar de marcha, se realizam levante, as feridas que têm, o seu estado cicatricial e o material para realizar o penso, se urinaram ou evacuaram no turno e os sinais vitais que se avaliam no turno da noite (temperatura e dor).* A descrição tem como referência *as necessidades humanas básicas dos doentes.* Além do tipo de dependência nos autocuidados, são transmitidas informações sobre *o nível de consciência, que faz parte da avaliação neurológica, e é, normalmente, referido como “calmo ou agitado, consciente, orientado ou desorientado, vigil ou prostrado.”* Esta avaliação não se realiza com apoio em qualquer escala concreta: *tentamos classificar o estado de cada doente, com base nas suas necessidades e cada enfermeiro acaba também por ter uma linguagem própria, baseando-se sempre nos dados teóricos e nos termos científicos que conhece.* Uma das informações transmitida à enfermeira pelo seu colega serve de exemplo: *na cama X está a senhora Y com o diagnóstico de fractura do fémur direito, esteve calma, consciente e orientada, é dependente parcial na satisfação das suas actividades de vida diárias, faz levante para cadeirão, urina na fralda e na arrastadeira, esteve apirética e dormiu por longos períodos.*

O colega transmitiu-lhe, ainda, *que alguns doentes tinham insulina para administrar antes do pequeno-almoço, que havia alguns comprimidos para administrar com o pequeno-almoço pois alguns doentes têm maior facilidade em deglutir com comida do que apenas com água, que tinha uma doente que iria ter de colocar um catéter, pois, o outro que tinha já não estava funcionante e iria ter de contactar o médico assistente de um doente, pois, este tinha chegado do hospital no dia anterior à noite e o médico necessitava de ver a informação que veio com o doente, sendo nós que o contactamos a avisar.*

Durante a passagem do turno, a Enfermeira Coordenadora esteve presente, *o que não acontece todos os dias, pois, ela vai à Unidade dependendo da sua disponibilidade.* Normalmente todas as semanas está presente durante algumas passagens de turno da manhã, para estar sempre actualizada com informações acerca dos doentes e para saber da evolução do seu estado clínico. A enfermeira reconhece a importância desta presença, revelando que a Enfermeira Coordenadora tem um conhecimento mais elevado, pelo facto de ela conhecer melhor os doentes, pois, tem a possibilidade e responsabilidade de contactar mais frequentemente com elementos da equipa multidisciplinar e familiares, sabendo mais detalhes sobre os doentes. Por exemplo, neste dia, ela sabia que determinado doente ia a uma consulta e deu-nos informações sobre como iria ser realizado o transporte e

quem iria com o doente. Como é ela que elabora o plano de pensos de cada doente, também transmitiu maior informação sobre a evolução cicatricial de algumas feridas dos doentes. O plano de pensos é uma tabela que está afixada nas unidades realizada pela enfermeira coordenadora, onde refere o nome do doente, onde está localizada a ferida, o tipo de material com que se deve realizar o penso e a frequência do tratamento. Nas manhãs em que a enfermeira coordenadora está presente, normalmente pede para ver as feridas dos doentes, para seguir a sua evolução cicatricial e para poder ajudar-nos a seleccionar o melhor material para realizarmos o penso e posteriormente ir actualizando o plano.

Durante a passagem de turno, discute-se modos de *promover a melhoria contínua da qualidade de cuidados, enquanto momento de análise das práticas. Assim, neste dia discutimos a forma como um penso foi realizado a uma ferida de uma doente, e chegámos à conclusão que não foi a melhor opção. Comentámos o porquê daquele erro, e qual seria o melhor material a utilizar naquele tipo de feridas. Com esta troca de opiniões, vamos todos aprendendo com os erros e aumentando os conhecimentos teóricos uns com os outros. As trocas de opiniões são conversas informais que surgem em qualquer dia, quando o momento proporciona uma discussão sobre alguma questão.*

De acordo com o Plano de Actividades, a passagem do turno dura entre meia hora e quarenta e cinco minutos. Nesse dia, realizou-se em meia hora. Assim, às 8h30, a enfermeira fez *uma visita pelos quartos para ver como estavam os doentes e para lhes dizer que iria ser eu a estar com eles durante aquela manhã, mostrando a minha disponibilidade para o que necessitassem. Questionando a enfermeira sobre se esta é uma prática comum e por que razão faz esta visita, ela respondeu que pensa que alguns dos seus colegas também têm esse hábito. Segundo ela, faço a visita porque, durante os estágios, aprendi que se devia observar os doentes no início do turno e por achar que é uma boa prática. Normalmente, o enfermeiro deve sempre apresentar-se a quem presta cuidados, não só por uma questão de boa educação mas também para os doentes saberem a quem pedir auxílio se o necessitarem. Isto deverá acontecer quer num internamento, quer numa consulta, entre outros. Penso que faz parte de uma boa prática de enfermagem, mas também é uma tarefa que opto por fazer, ou seja, nem toda a gente se dirige aos quartos no início do turno.*

Após esta apresentação, a enfermeira tratou de resolver a situação da senhora que *tinha urina na fralda (extra-sonda), ou seja a sonda vesical não estava funcionando, problema que o seu colega lhe havia transmitido. Retirei-lhe a sonda e avaliei mais tarde se a doente conseguia urinar espontaneamente, o que se veio a realizar, não voltando a introduzir a sonda. Por vezes, quando chega o dia de mudar as sondas vesicais, experimentamos aguardar umas horas para ver se os doentes já conseguem urinar espontaneamente, pois, se avaliarmos que já não necessitam da mesma, já não introduzimos, comunicando depois ao médico se necessário.*

Às nove horas, a enfermeira começou a administrar os pequenos-almoços em colaboração com as auxiliares de acção médica. Com a informação transmitida durante a passagem de turno sei quem são os doentes que necessitam da minha ajuda para esta actividade e também faço uma avaliação diária destas necessidades. Ponho os doentes em posição confortável para se alimentarem e disponho o tempo necessário para que todos se alimentem num ambiente confortável. Alguns doentes tive apenas de aproximar o tabuleiro para junto deles, outros tive de os ajudar a barrar a manteiga no pão e tinha uma doente a quem tive de administrar alimentação por sonda nasogástrica (apensa os enfermeiros administram esta alimentação). No total, a enfermeira assiste entre quinze e dezassete doentes, dependendo se ficamos na unidade de convalescença, com doentes de ambas as unidades ou só com alguns da unidade de média duração. É uma divisão por zonas da unidade, de modo a que os três enfermeiros fiquem com um número semelhante de doentes. Durante o turno da tarde e da noite um enfermeiro fica na unidade de média duração e o outro fica com quatro doentes da mesma unidade e os restantes da unidade de convalescença. Esta informação revela que os enfermeiros distribuem o número de doentes equitativamente, independentemente do serviço onde estes estejam internados. Como a UC tem menos doentes que a UMDR, o enfermeiro que estiver no primeiro serviço fica responsável por alguns doentes do segundo. Sendo assim, os enfermeiros podem, num mesmo turno, praticar enfermagem nas duas unidades, que, em termos práticos, não implica necessariamente uma mudança do tipo de cuidados prestados.

A ajuda prestada no acto de alimentação está relacionada com o tipo de incapacidade e respectivas necessidades que o doente tem. A avaliação destas necessidades é comunicada na passagem de turno e observada nos casos concretos: *quando vamos junto dos doentes também avaliamos se têm diminuição da força muscular e necessitam que lhes demos o pequeno almoço, se são dependentes, se têm sonda nasogástrica, etc. Por exemplo, se um doente sofreu um AVC e não mobiliza um lado do corpo, poderemos ter de o ajudar chegando apenas o tabuleiro para junto dele de modo a que com a mão que têm força consiga levar os alimentos à boca.*

Depois de servir os pequenos-almoços, a enfermeira administrou uma injeção de insulina a uma paciente.

Segundo a informação dada pelo colega do turno anterior, a enfermeira aproveitou o facto de o médico assistente do doente que tinha chegado na noite do dia anterior e que era necessário contactar ter ido à Unidade para lhe transmitir a informação. Nessa altura, o doente apresentou comportamento sugestivo de dor (não conseguia comunicar verbalmente) e comuniquei ao médico que deu indicação para administrar um analgésico em SOS, que acabou por surtir efeito. Segundo a enfermeira, o conceito “comportamento sugestivo de dor” é utilizado na enfermagem. Por exemplo, um doente que está agitado, que imite gemidos, pode ser sinónimo de dores. Isto

pode acontecer em doentes que não estão conscientes ou devido à patologia não conseguem comunicar verbalmente se têm dores. Nestes casos, a linguagem não-verbal torna-se fundamental. A enfermeira informou-me que a terapêutica SOS é, normalmente, terapêutica pertencente ao grupo dos ansiolíticos. Na prescrição que o médico faz de cada doente, pode colocar em SOS ou em horário fixo este tipo de medicamento, se tiver a informação que o doente tem dificuldade em adormecer. Por vezes, são os enfermeiros que com o passar dos dias transmitem esta informação ao médico, pois como estão mais tempo com os doentes, apercebem-se destas questões, que de início poderão não ser conhecidas.

Às dez horas, a enfermeira foi *ajudar os auxiliares nos cuidados de higiene e conforto no leito. Os doentes que necessitam de ser higienizados na casa de banho são levados pelos auxiliares, estando sempre o enfermeiro a supervisionar. Eu presto os cuidados de higiene dos doentes no leito, porque são doentes mais dependentes, em que é necessário ter um maior cuidado na vigilância da sua integridade cutânea, realizando uma massagem de conforto com creme hidratante sempre após o banho.* Cada enfermeiro tem a seu cargo, em média, entre um e três doentes dependentes que necessitam dos cuidados de higiene e conforto no leito. *São doentes que, devido ao seu estado clínico não são capazes de se sentar numa cadeira e ir à casa de banho com as auxiliares. Podem estar sonolentos, prostrados, sendo alguns muito pesados para poderem ser levados todos os dias à casa de banho, no entanto, esta não é razão para não levar o doente ao W.C. Por vezes, faltam alguns auxiliares durante a manhã e não há possibilidade em termos de recursos humanos e de tempo para levar todos os doentes ao chuveiro.*

Durante esta actividade, os enfermeiros posicionam os doentes, *para evitar o aparecimento de úlceras de pressão. Durante estes cuidados, encostamos sempre a porta do quarto dos doentes a fim de promover a sua privacidade.*

Questionada sobre se havia alguma correspondência de género entre cuidador e doente, a enfermeira informou que, *normalmente, não existem esses cuidados. Só se algum doente se recusar a ser higienizado por alguém do sexo oposto é que se procede a outra distribuição. Penso que como estes doentes já têm uma idade avançada, que não são questões que surjam com frequência. Não estou a querer dizer que não surjam, mas são raras. Nunca me aconteceu nesta instituição. No entanto, já tive experiências durante os estágios, que tiveram em atenção à diferença de género, mas como disse, apenas em pessoas mais jovens e quando alguém recusa determinado elemento da equipa. Nunca tive nenhuma reacção dos doentes, nomeadamente no aspecto da diferença de género. Os doentes aceitam que estamos ali para os ajudar independentemente da questão de sermos mulheres ou homens. Penso que para eles já se torna um hábito estarem com homens ou mulheres. Isto não quer dizer que não sintam por vezes que algumas pessoas se sintam constrangidas por estarem a expor o seu corpo a um estranho, mas por isso mesmo tento cobrir sempre as partes do corpo que não estão a ser higienizadas naquele momento e colocar a cortina entre as*

camas. Como vemos, a questão da privacidade assume especial relevo em situações em que é necessário lidar directamente com o corpo nu. A indiferença em relação ao género dos cuidadores/doentes pode obrigar a adequações especiais. Embora a enfermeira refira que nunca passou por uma situação dessas na UCCI-SCMP, ela também refere que não é, de todo, impossível que tal aconteça. Este aspecto remete para o valor biográfico da vida humana, que acrescenta ao corpo um valor que vai para além da sua natureza orgânica.

Durante este período, os enfermeiros procedem ao levantar dos doentes que podem sair da cama. Neste procedimento, os enfermeiros dão atenção especial à postura dos doentes, para que eles não sofram quedas. Segundo a enfermeira, é aqui que se encontra a justificação para a realização de uma vigilância contínua aos doentes que deambulam pela Unidade. Os doentes em elevado risco de queda são assinalados com braceletes vermelhas, de acordo com um código resultante da avaliação desse risco, para cujo efeito se servem da escala de Morse, que é preenchida aquando da admissão e actualizada todos os meses. De acordo com esta escala, *o doente pode ter baixo risco, médio risco ou risco elevado de queda. Dependendo do risco, existem orientações que o enfermeiro deve seguir para evitar a queda, por exemplo, vigiar a marcha do doente, gerir o meio ambiente, entre outros. Caso o doente tenha risco elevado, coloca-se a pulseira vermelha para identificar o doente. Quando os doentes têm uma queda, existe uma folha que tem uma grelha para registar a queda, a sua causa, o modo como aconteceu e se o doente ficou com alguma lesão.*

Às dez e meia (sensivelmente uma hora e meia depois do que está definido no Plano de Actividades), a enfermeira foi realizar o penso à única paciente que tinha necessidade deste procedimento. A enfermeira mudou também o catéter à mesma paciente, em razão de o que tinha não estar funcionante.

Às onze horas (uma hora mais cedo do que está estipulado no Plano), a enfermeira começou a medir a tensão arterial dos pacientes e a administrar os reforços alimentares do meio da manhã aos pacientes que não conseguiam alimentar-se sozinhos.

Às 11h50, os enfermeiros – a enfermeira fala na primeira pessoa do plural, justificando que o colega que faz o mesmo turno tem as mesmas actividades e que, por isso, constituem uma equipa – começaram *a administrar a medicação e a avaliar a glicemia capilar dos diabéticos, administrando insulinas segundo o protocolo do serviço*. Este protocolo é específico da administração da insulina. A enfermeira informou que *todas as instituições têm um protocolo destes. Não tenho a certeza se é igual, ou seja, universal, mas penso que sim. Existe uma série de protocolos na unidade, que podemos consultar nas pastas que estão nas salas de enfermagem ou no computador: protocolo para saber o que fazer caso um doente morra, entre outros* (a enfermeira informa que a

existência de protocolos na Unidade é um critério para a sua certificação). No caso particular da administração da insulina, o protocolo recomenda as unidades que é necessário administrar em razão do valor do excesso de glicemia.

Às 12h30, a enfermeira começou a elaborar os registos nos processos dos doentes, *registando as tensões arteriais nos gráficos e as notas de enfermagem numa folha adequada ao efeito* (esta folha consiste na grelha de registos, ver o ponto 1.4.3. supra), *onde se regista o estado de consciência, as alterações da comunicação, os auto-cuidados de comer e beber, higiene pessoal, eliminação, se fizeram levante, como foram realizados os pensos, o tipo de tecido cicatricial que as feridas apresentam e o nível de dor dos doentes durante o turno.* Embora o registo destes indicadores seja comum a todos os doentes, *poderão surgir situações em que haja necessidade de registar algo diferente, [pois], cada doente é único.*

Passada meia hora, estive na Unidade o médico assistente de uma doente por quem a enfermeira estava responsável, que *lhe prescreveu alguma medicação depois de ter analisado umas análises que tinha feito no dia anterior.* De acordo com a enfermeira, o médico *prescreveu um suplemento alimentar e disse-me para depois falar com o farmacêutico ou com a dietista para ver a opinião deles de qual seria o melhor suplemento para a doente. Falei com estes, e como a doente era diabética e tinha uma sonda nasogástrica, chegámos à conclusão que era preferível realizar uma alimentação enteral (pacote de comida em formula líquida que é administrada como um soro através da sonda nasogástrica).* Telefonei novamente ao médico para saber se concordava com este tipo de alimentação como reforço ao longo do dia, o que o médico *consentiu.* Perguntando-lhe qual a função do farmacêutico na definição da dieta alimentar dos doentes, a enfermeira informou-me que *o farmacêutico não tem qualquer função na prescrição da dieta alimentar.* No entanto, *como os reforços alimentares são armazenados na farmácia e o farmacêutico necessita de uma prescrição para os fornecer, neste caso tive de entrar em contacto com ele, até porque o farmacêutico é quem conhece melhor os produtos que tem armazenados na farmácia.*

O médico pediu ainda *a realização de um RX ao tórax para a mesma doente, e, a enfermeira avisou as administrativas para marcarem o exame.* O médico tinha marcado o dia e a hora do exame, informação que a enfermeira teve necessidade de saber, *para [a] poder passar na passagem de turno.* Tendo-lhe perguntado se eram as auxiliares a marcar os exames dos doentes, a enfermeira respondeu que sim, e que, neste caso, *o doente ia fazer um exame, a pedido do médico, ao Hospital São Camilo (piso 1). Quando o exame é realizado no hospital do barlavento algarvio, é marcado por funcionários do mesmo e as administrativas da unidade encarregam-se de pedir o transporte para os doentes e de nos avisar destes mesmos exames.*

Às treze horas, a enfermeira foi almoçar. Perguntando-lhe se não faria falta na Unidade, em virtude de esta hora coincidir com a alimentação dos doentes (ver ponto 1.3.3., supra), a enfermeira respondeu que *os enfermeiros e os auxiliares que vão primeiro almoçar ajudam menos na administração dos almoços, mas ficam sempre pessoas suficientes para garantir esta tarefa. E vimos sempre a tempo de ajudar, pois são muitos doentes e é normal que se demore algum tempo.*

A enfermeira esteve ausente durante uma hora. Pelas catorze horas, voltou e foi *administrar a alimentação por sonda nasogástrica. Depois – diz ela – montei o sistema de alimentação entérica na máquina destinada para o efeito e coloquei o reforço de alimentação na doente. Passei pelos quartos para observar se os almoços já tinham sido todos administrados pelas auxiliares.* A enfermeira não soube precisar o nome da máquina utilizada para a administração da alimentação entérica, referindo que não tem a certeza *se estas máquinas terão o mesmo nome daquelas que são utilizadas em algumas instituições para administração de medicação endovenosa: bombas infusoras. Penso que estas são as únicas máquinas que utilizamos na Unidade.*

A enfermeira informou que a grande parte das alimentações é administrada pelos auxiliares, mas *é o enfermeiro o responsável por estas tarefas, devendo sempre delegar estas funções mas com supervisão constante das mesmas.* Perguntando-lhe como fazia esta supervisão durante o seu período de almoço, a enfermeira respondeu que *quando não se avalia o que os doentes comem, pergunta-se sempre às auxiliares a quantidade ingerida pelos doentes, ou vou junto deles e destapo o tabuleiro para ver o que almoçaram.*

Depois do almoço, os auxiliares *fazem a mudança das fraldas dos doentes que necessitam e posicionam os doentes, com ajuda dos enfermeiros quando é necessário, ou seja, quando os doentes são mais pesados, ou se naquele momento está apenas um auxiliar com o doente. Por vezes quando vão mudar a fralda também se transfere o doente da cadeira para a cama e é necessário mais uma pessoa para ajudar, tendo sido preciso nesse dia a minha ajuda.* Neste procedimento, a enfermeira foi verificar como estava um doente e, segundo ela *não o tinham posicionado correctamente, tendo depois pedido auxílio a uma auxiliar para o mudarmos de posição.*

Meia hora depois, a enfermeira foi *acabar de elaborar os registos dos doentes.* Ela informou que os registos podem não ser realizados de uma vez: *dependendo das actividades que tenho de fazer ao longo do turno, posso ter oportunidade de ir realizando os registos ao longo do turno, ou apenas escrever as informações sobre os doentes perto do final do turno. Existem situações em que já efectuei os registos de um doente, e entretanto surgem novas situações ou ocorrências que tenho de registar, e nestes casos, vou anotar no processo do doente mais tarde. Alguns registos têm de ser descritos consoante a hora em*

que ocorreu a situação. Por exemplo às x horas foi administrado um analgésico pelo doente referir dor, às x horas o doente teve uma queda, entre outros.

Às quinze horas, administrou-se, novamente, a medicação. Tal como referido no Plano de Actividades, depois da administração da medicação, repôs-se *o material no carro da medicação que faltava (ampolas de soro fisiológico, agulhas, seringas)*. Contrariamente ao que é referido no Plano, a enfermeira indica que não há hora marcada para a reposição e que esta se faz sempre que há necessidade e falta de material, de maneira a o carro de unidoses estar sempre abastecido. Depois disto, diz a enfermeira, *registei quem tinha evacuado e a quantidade que um doente urinou, pois era o único que tinha sonda vesical. Depois fiquei a aguardar as 15.30h até o colega que nos vinha substituir chegar, para transmitir o que se tinha passado ao longo do turno com cada doente por quem fiquei responsável.*

O turno da tarde começa às 15h30, com a passagem das informações do turno anterior. As informações referem-se ao que aconteceu no turno da manhã e apenas são transmitidas em pormenor em relação a doentes internados recentemente, pois, há já um conhecimento adquirido sobre a condição habitual dos doentes que estão internados há algum tempo: *nestes casos, apenas se diz que os doentes apresentam o mesmo estado geral e outra informação que se achar relevante para a continuidade de cuidados, como a evolução cicatricial das feridas ou se teve alguma alteração do padrão de eliminação (diarreia, urina concentrada, etc).*

Neste dia – refere a enfermeira – *o meu colega não teve tempo de realizar todos os pensos durante o turno da manhã, e transmitiu-me os tratamentos que ainda iria ter de realizar no turno da tarde.* Tendo-lhe perguntado se a falta de tempo do seu colega se devia a uma grande quantidade de pensos a realizar ou a uma manhã especialmente trabalhosa, a enfermeira frisou o facto de *o colega estar em integração, não estando ainda habituado à dinâmica da unidade.*

O enfermeiro do turno da manhã informou ainda a enfermeira que havia *um doente que terá que ter um bipap (género de um ventilador para respirar melhor durante a noite)*, informação que a enfermeira terá que transmitir ao colega que a vier render para o turno da noite.

A enfermeira começou o turno como tinha feito no anterior, fazendo uma visita pelos quartos para ver como estavam os doentes e para lhes dizer que iria ser ela a estar com eles durante aquela tarde.

Às dezasseis horas, a enfermeira preparou a terapêutica *para às 19h e 23h* (no Plano de Actividades, a administração da terapêutica está marcada para às 18h30 e 22h00), *separando em diferentes compartimentos no carro, dentro da gaveta de medicação de cada doente, para ser mais fácil e mais rápido quando chegar a hora de administrar.* Aqui é possível ver que o carro

unidoses não é apenas um equipamento de apoio à terapêutica, mas também um sistema de classificação. A parte superior do mesmo é constituída por pequenas gavetas que correspondem a cada caso particular e que estão divididas nas partes correspondentes aos diferentes turnos e horas de administração.

Vinte minutos depois, a enfermeira foi auxiliar na administração dos lanches, segundo o nível de dependência dos doentes. Como esta hora coincide com a hora das visitas, a enfermeira refere que foi *abordada por vários familiares que [a questionaram] acerca da situação dos seus entes queridos: questionam como passaram a noite, se já estão a realizar fisioterapia, como estão a evoluir as feridas, etc.*

Quando perguntei à enfermeira se havia informações que pode dar e informações que não pode dar, e, em caso afirmativo, que informações é que está impedida de fornecer aos familiares, a enfermeira informou que, embora a informação seja generalizada, há situações em que as informações não são comunicadas às visitas, designadamente, quando *o doente pede sigilo sobre algum aspecto do seu estado clínico, ou se o enfermeiro achar que ainda não será altura de transmitir alguma informação para protecção do doente. No entanto, no caso dos enfermeiros, a nossa obrigação é dar informação sobre os cuidados de enfermagem, algum assunto mais específico de medicina é obrigação dos médicos, apesar de por vezes também o transmitirmos se soubermos.* A enfermeira não especificou se a gestão da informação desta maneira acontece em relação a qualquer visita ou apenas a visitas não próximas dos doentes.

Às dezassete horas, a enfermeira verificou *a temperatura axilar dos doentes. Os sinais vitais que se avaliam durante a tarde são a temperatura e a dor. Alguns doentes necessitam que lhes seja avaliada a tensão arterial, caso esteja prescrito ou se tiverem medicação anti-hipertensora.* No Plano de Actividades, esta avaliação é realizada uma hora mais tarde. Meia hora depois, a enfermeira foi *realizar um penso a um doente com o material segundo o plano de pensos* e retirou pontos de uma ferida cirúrgica a uma senhora.

Às dezoito horas, a enfermeira disponibilizou-se para ajudar os auxiliares que precisassem a posicionar os doentes e a trocar as fraldas. Segundo ela, ninguém precisou da sua ajuda. No Plano de Actividades, esta actividade está marcada para uma hora mais cedo.

Meia hora depois, a enfermeira começou *a administrar a medicação aos doentes e a avaliar a glicemia capilar, de modo a saber se o nível da glicémia está aceitável para administrar a insulina ao jantar.* A enfermeira informou-me que *a insulina é administrada por via subcutânea, mais frequentemente no abdómen ou no braço. Existem pessoas que são insulino-dependentes e que têm insulina fixa ao jantar, por exemplo. No entanto, se os níveis de glicemia capilar (o chamado açúcar no sangue)*

estiverem baixos, não podemos administrar naquela hora, optando por administrar mais tarde, se necessário.

Às dezanove horas, a enfermeira começou a administrar os jantares, *em colaboração com os auxiliares*. Ela conta que *uma doente referiu que no outro dia não comeu pois o jantar era algo que não gostava. Disse que não gostava de dois tipos de carne. Liguei para a cozinha e transmiti essa informação às cozinheiras, para não enviarem mais esses alimentos para aquela doente*. Perguntando-lhe as razões desse gosto, se tinham natureza cultural ou pessoal, a enfermeira referiu que se tratava de um gosto pessoal. A intervenção da enfermeira ao nível da dieta dos pacientes é dotada de uma certa liberdade. Como ela informa, *apesar de serem os médicos que prescrevem as dietas, nós temos a liberdade de as mudar segundo algumas alterações que vamos avaliando, comunicando depois ao médico se for necessário*. A mudança da dieta por parte da enfermeira só se verifica ao nível da *consistência dos alimentos, não dos alimentos em si*. *Em vez de pedir uma dieta ligeira, a considerada normal, com sopa, prato principal e fruta, pode-se pedir uma pastosa (sopa com carne ou peixe misturado), dieta mole (apenas sopa de legumes passada)*. Um exemplo de uma mudança deste tipo é dado pelo caso de uma *doente [que] tinha feito diarreia nessa tarde*. Constatando que a paciente *já estava com este padrão de eliminação há alguns dias*, a enfermeira pediu à cozinha que passasse a dar *uma dieta anti-diarreica para a doente para o dia seguinte*.

Depois de dados os jantares, a enfermeira foi jantar, na Sala de Convívio, *onde se conseguem ouvir as campainhas que tocam, satisfazendo-se os pedidos dos doentes durante este período*. A obrigatoriedade em satisfazer os pedidos dos pacientes é dos enfermeiros e dos auxiliares, embora, a maior parte das vezes sejam os auxiliares a acorrer aos pedidos de ajuda, chamando os enfermeiros, em caso de necessidade. (Ao longo da observação pude presenciar situações dessas. A princípio estranhei que os enfermeiros não acorressem aos pedidos de ajuda, cujo sinal se fazia ouvir, por vezes, por longos períodos de tempo. Numa das situações, estava eu a falar com um fisioterapeuta no Posto de Enfermagem da UC, onde estava uma enfermeira a realizar os registos. Ouvia-se a campainha de um dos pacientes, mas a enfermeira mantinha-se a registar as notas. Não lhe perguntei porque não ia atender, e, mais tarde perguntei o porquê dessa atitude ao fisioterapeuta. Ele respondeu-me que a obrigação de atender aos pedidos de ajuda era dos auxiliares, e, os enfermeiros só iam ao pé do doente se os auxiliares os chamassem. As campainhas estão situadas ao lado da cama, com extensões que as aproximam dos pacientes. Há também campainhas em algumas casas de banho).

Durante o jantar, alguns pacientes também jantam na Sala de Convívio.

Após o jantar, a enfermeira começou a registar as notas nos processos dos pacientes. Os registos são iguais nos três turnos. Nesta altura, a enfermeira começou por descrever *se os pensos estão limpos e secos externamente, como está a evolução cicatricial das feridas tratadas, temperatura, no gráfico de cada doente, se os doentes que estão com oxigenoterapia têm uma respiração eficaz, etc.*

Às 21h45, quarenta e cinco minutos mais tarde do que está definido no Plano de Actividades, as auxiliares começaram a posicionar os pacientes e a trocar as fraldas, pedindo ajuda à enfermeira em caso de necessidade. Nesta altura, refere a enfermeira, *realiza-se a higiene perineal sempre que necessário. Eu inicio a administração da medicação aos doentes, coloco o ventilador ao doente que necessita durante a noite, dou alguma terapêutica em SOS aos doentes que referem dificuldade em adormecer e reponho algum material que faça falta no carro da medicação.*

Uma hora depois, a enfermeira realizou os registos finais, anotando *a quantidade de urina que está nos sacos dos doentes algaliados e se alguém evacuou durante o turno.* Os registos terminam e a enfermeira espera pelo colega que vai fazer o turno da noite. A passagem de turno dá-se às 23h00. A enfermeira transmitiu informações *sobre as actividades desenvolvidas no turno da tarde [e sobre] dados que sejam necessários transmitir sobre algumas actividades a realizar no turno da noite.*

Este mesmo tipo de informações foi-lhe transmitido pelo seu colega quando a enfermeira foi trabalhar no turno da noite, num outro dia. Na passagem de turno, a enfermeira foi informada sobre o que tinha acontecido com cada doente na tarde, que *iria ter de colher urina de manhã para análises de um doente, e que um doente iria ter de realizar a sua higiene mais cedo pois tinha uma consulta às 8h.30 no dia seguinte* (esta consulta iria ser realizada no Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. Para isso, as funcionárias administrativas marcam com antecedência o transporte com os bombeiros e a hora para virem buscar o doente e o levarem ao hospital). A requisição das análises foi feita pelo médico. As administrativas contactaram o laboratório do Hospital de S. Camilo (situado no 1º piso), que enviaram à Unidade as técnicas de análises clínicas para colherem o sangue. Os enfermeiros apenas colhem a urina para análise. (Durante a observação tomei conhecimento deste procedimento. O enfermeiro não colhe o sangue. Este trabalho está destinado às técnicas de análises clínicas. A enfermeira que, então, me informou deste facto salientava a estranheza do procedimento, revelando que, em favor da multidisciplinaridade, as funções do enfermeiro tinham sido reduzidas e que os técnicos de análises, outrora circunscritos ao laboratório, tinham “invadido” o espaço clínico).

Após a passagem de turno, a enfermeira preparou a medicação *para de manhã*, no *compartimento destinado a esse efeito nas gavetas com o nome de cada doente*. Preparou igualmente o *copo para colber urina e o material necessário para introduzir uma sonda vesical à doente, pois ela não iria ser capaz de urinar espontaneamente*.

À meia-noite iniciou os registos, embora, esta actividade não esteja prevista pelo Plano de Actividades. A enfermeira justificou a realização destes procedimentos logo no início do turno pelo facto de, durante a noite, normalmente não haver tanto serviço a fazer como durante o dia, e, assim, ela iria adiantando trabalho. Os registos foram iniciados, mas, como a enfermeira informa, foi deixado espaço *para apontar algumas ocorrências que poderiam acontecer com algum doente durante a noite*.

À 1h45, a enfermeira pediu *ajuda a uma auxiliar para posicionar os doentes mais dependentes e que necessitavam de alterar o seu posicionamento no leito*. Ela informa que *este é um acto que não se costuma praticar com a maior parte dos colegas no turno da noite. A maior parte das vezes os doentes apenas são posicionados às 6.00h. No entanto, perante a avaliação dos doentes que eu faço, vejo quais necessitam de ser posicionados mais frequentemente e vou posicioná-los com uma auxiliar perto das 2h00*. Perguntando-lhe como fazia a avaliação dessa necessidade e qual era, por norma o regime de posicionamento dos doentes, ela respondeu que fazia a avaliação *com base na capacidade de mobilização dos doentes. Se um doente necessita de ajuda moderada a máxima para se mobilizar na cama, tenbo de posicioná-lo mais vezes. O objectivo é evitar o aparecimento de úlceras de pressão. Por norma, ao longo do dia, os doentes são posicionados às 6h00 [5h30, no Plano de Actividades], depois os que podem fazer levantar fazem depois dos cuidados de higiene, são deitados no leito às 14h (os que não querem, ficam sentados), depois são posicionados novamente às 18h e às 22h. No turno da noite [...] esta actividade depende do enfermeiro que está a fazer noite*.

Até às seis horas da manhã, a enfermeira realizou as seguintes actividades: *ir ter com os doentes que tocam às campainhas, colocar as arrastadeiras, mudar as fraldas, administrar alguma medicação em SOS quando os doentes não conseguem dormir ou se estão com dificuldades em respirar*.

Às seis e um quarto, a enfermeira administrou a medicação, mediu a tensão arterial aos pacientes que necessitavam e avaliou *a glicemia capilar dos doentes diabéticos, para depois o colega que fizer manhã ter um valor de referência, obtido em jejum, para administrar a insulina com o pequeno-almoço*. A esta hora, a enfermeira colheu a urina da paciente que tinha análises para fazer, *pedindo o seu consentimento informado*.

Às sete horas, a enfermeira realizou os registos finais nos processos dos pacientes (meia hora mais cedo do que está estipulado no Plano de Actividades). Nestes registos, a

enfermeira anotou *a quantidade de urina dos doentes com sonda vesical, as dejectões e alguns dados que ocorreram durante a noite com os doentes.*

Meia hora depois, a enfermeira pediu que dessem mais cedo o pequeno-almoço para o paciente que iria realizar a consulta às 8h30. Seguiu-se a passagem de turno.

Como podemos ver, o relato da enfermeira, embora pormenorizado, não é exaustivo. O processo de negociação do seu papel, bem como os limites desta negociação, não são visíveis, nem tampouco a afectividade dirigida aos pacientes, necessária para a descrição da sociologia relacional (cf. Donati 1983, 2004)⁶⁵ inerente às interacções terapêuticas e aos actos comunicativos de negociação em geral e dos actos de solidariedade (cf. Sliwa et al 2002), em particular no quadro da cidadania organizacional (cf. Gaspar & Jesuíno 2009).

O segundo relatório da enfermeira, apresentado a seguir, é mais abrangente e considera a sua implicação no contexto, facilitando a análise do discurso. Neste relatório darei maior liberdade à exposição da enfermeira, analisando-a apenas no final. Com esta opção julgo beneficiar a fluidez que a enfermeira procurou incutir ao seu raciocínio.

b) Segunda jornada

O turno da manhã começa, como sempre, com a passagem de turno. Salvo raras excepções que me ultrapassam, chego a horas, pois, ser pontual é uma das minhas características pessoais. Além disso, penso que os enfermeiros devem ser pontuais, não só no cumprimento do horário de serviço, mas também serem pontuais nos cuidados que prestam. A passagem de turno foi realizada numa mesa na sala de enfermagem da Unidade de Média Duração e Reabilitação. Apesar de ser um ambiente físico que proporciona silêncio e concentração para a passagem de informação dos doentes, o ideal era termos uma sala, na qual pudéssemos estar com a porta fechada, para serem evitados os “Bons Dias” dos restantes profissionais ou outras distrações que por vezes surgem durante a passagem de turno.

Após ter dito à colega que fez o turno da noite quais os doentes que me estavam distribuídos, esta começou a transmitir a informação sobre os doentes, nomeadamente, como passaram a noite e se dormiram

⁶⁵ Para Pierpaolo Donati, as relações sociais são redes que derivam dos atributos dos sujeitos, por isso, são *acidentes do ser* e não podem ser apreendidas sem a introdução de uma abordagem metafísica, ou para além da física dos corpos envolvidos, isto é, uma abordagem a partir dos sentimentos dos agentes envolvidos.

por alguns períodos. Depois transmitiu-me dados importantes para a continuidade de cuidados no turno da manhã, nomeadamente, a dependência nos autocuidados (independente, parcial ou total), o estado de consciência, se tinham alterações na comunicação, se necessitavam de alguma ajuda na alimentação, tendo alguns sonda nasogástrica, se deambulavam autonomamente ou se necessitavam de algum auxiliar de marcha, se realizavam levante, as feridas que tinham, o seu estado cicatricial e o material para realizar o penso, se urinaram ou evacuaram no turno da noite e quais as temperaturas axilares e o nível de dor que referiram no referido turno. Transmitiu-me ainda que um doente iria ter uma consulta às 8.30h. Como a colega se tinha esquecido de dizer aos auxiliares do turno da noite para prestarem os cuidados de higiene ao doente mais cedo, fui avisar os auxiliares que iriam estar com os mesmos doentes que eu no turno da manhã para irem ao chuveiro com o doente e telefonei para a cozinha para as copeiras trazerem o pequeno-almoço mais cedo para este doente.

O enfermeiro deve ter a capacidade de estabelecer prioridades. Deste modo, no início de cada turno planeio as actividades a desenvolver, procuro definir prioridades, de modo a organizar os cuidados a prestar e a gerir o tempo que tenho. De seguida, fui aos quartos dos doentes, observá-los e apresentar-me aos que já estavam acordados, mostrando a minha disponibilidade durante aquela manhã. Verifiquei, no plano de pensos, quais os doentes a quem tinha de executar tratamentos naquela manhã [destaque da enfermeira].

Após a chegada dos pequenos-almoços começo a auxiliar os doentes que precisam de ajuda para se alimentarem, informação transmitida durante a passagem de turno e avaliada quando estou junto dos mesmos. Ponho os doentes em posição confortável para se alimentarem e disponho o tempo necessário para que todos se alimentem num ambiente confortável. No caso de alguns doentes, tive apenas de aproximar o tabuleiro para junto deles, outros tive de os ajudar a barrar a manteiga no pão e tinha uma doente a quem tive de administrar alimentação por sonda nasogástrica.

Respeito sempre o poder de autonomia dos doentes, dando oportunidade de cada um utilizar as suas potencialidades, de modo a prestar um papel activo no seu processo de cuidados. Por exemplo, quando estou a auxiliar os doentes durante a sua alimentação, incentivo a que estes se alimentem autonomamente (com a própria mão), por vezes, apenas com alguma ajuda minha, a fim de estimular as suas capacidades diminuídas. Por vezes, o tempo não é muito para aquilo que ainda tenho de fazer durante o turno. São raras, mas existem situações em que eu própria dou alimentação aos doentes para ser mais rápido, embora respeite um ambiente propício e confortável para a alimentação. No entanto, sempre que possível, tento potenciar as suas capacidades.

Na minha opinião, todos os doentes se encontram vulneráveis, não só pela doença em si mas porque o medo e a ansiedade que envolvem a pessoa a tornam menos dependente de si e mais subjugada à

vontade dos outros, enfermeiros, médicos, entre outros. Por vezes quando pergunto ao doente se quer comer na cama ou na cadeira ouço: “faça como a Sra. Enfermeira entender”, ou então “você é que sabe”. Neste tipo de respostas é evidente a fragilidade da pessoa doente, que quase abdica (e isto não é generalizado) da sua autonomia em favor da vontade dos profissionais que a cuidam. Mas mesmo nestes casos o doente não perde um dos princípios que pessoalmente mais prezo, o princípio da autonomia, mantendo sempre a possibilidade de optar por aquilo que seja a sua vontade.

Após a administração dos pequenos-almoços fui ajudar as auxiliares nos cuidados de higiene no leito. Nesta manhã apenas tinha uma doente que iria ser higienizada no leito.

No que se refere a estes cuidados, ou qualquer outro tipo de procedimento que ponha em causa a intimidade da pessoa, é importante respeitarmos ao máximo a privacidade do doente. Uma vez que a maioria dos quartos são partilhados por mais que um doente, tenho sempre o cuidado de tapar a pessoa com o lençol ou toalha, fechar a porta, colocar uma cortina entre as camas, explicando o porquê dessa necessidade. Assim, tento manter sempre uma atitude de respeito perante a pessoa e o seu corpo, utilizando todos os recursos que tiver ao alcance para manter a sua privacidade. A unidade está bem equipada neste aspecto, pois permite-nos garantir ao máximo a privacidade dos doentes.

Nos cuidados de higiene e conforto também se deve potenciar as capacidades do doente, quando este pode participar activamente nos cuidados. O enfermeiro deve “ajudar a pessoa a ajudar-se”, isto é, a descobrir as suas potencialidades, os seus recursos, dando-lhe oportunidade de os utilizar, de modo a desempenhar um papel activo e respeitando a sua capacidade de autonomia.

Observei um doente que estava no corredor envolvido apenas com um lençol nas pernas e uma camisola no tronco, à espera para ir ao chuveiro. Perguntei às auxiliares se iam demorar muito a higienizar o doente, e, dado que estavam ainda mulheres no chuveiro, levei-o de volta para o quarto para salvaguardar a sua intimidade, pois, como iriam demorar um pouco, iria estar exposto num sítio onde passavam diversos profissionais.

De seguida, fui executar tratamento às feridas de duas doentes, segundo o plano de pensos. Uma ferida de uma doente apresentava um tipo de tecido cicatricial que necessitava de outro material de pensos além do que estava descrito no plano. Nestes casos, tenho autonomia para escolher outro material que penso ser o mais indicado naquele momento. Apesar de os médicos terem de prescrever os materiais que utilizamos no tratamento das feridas, para o farmacêutico nos enviar, tenho autonomia de fazer as mudanças que acho mais adequadas, pois, são os enfermeiros que realizam os pensos aos doentes, e sabem melhor do que ninguém o estado de evolução cicatricial das suas feridas, comunicando depois ao médico e à enfermeira coordenadora a alteração que penso ser a melhor alternativa.

Penso que uma das principais lacunas que existem na Unidade de Cuidados Continuados é a não existência de formação em serviço. Penso que os enfermeiros só beneficiavam se existisse com alguma regularidade formações sobre temas que os próprios poderiam sugerir, mediante as suas principais dificuldades e lacunas em determinados procedimentos técnicos ou em conhecimentos teóricos. Não seria necessário contratar nenhum formador para dar formação. Os elementos da equipa poderiam organizar-se em grupos de trabalho e, consoante as maiores dificuldades referidas pela equipa, apresentavam trabalhos e criavam-se assim espaços de discussão e aprendizagem. Esta é uma realidade que já vivenciei em unidades hospitalares e sou da opinião que deveriam ser criados estes espaços em todas as instituições. Por exemplo, um dos temas pertinentes poderia ser o tratamento de feridas crónicas (referindo-se o material adequado a utilizar consoante o tipo de tecido de cicatrização), suporte imediato de vida, entre outros. Os enfermeiros são uma classe profissional que necessita de uma constante actualização de conhecimentos e as equipas só beneficiariam com estas trocas de saber.

A realização de tratamento a feridas é uma das intervenções autónomas do enfermeiro nos cuidados de saúde, tendo esta autonomia para avaliar a ferida, as suas características e assim, decidir o tipo de tratamento a realizar. Tenho ainda alguma dificuldade na escolha dos produtos e materiais de pensos a utilizar, visto o tratamento de feridas ser uma área muito vasta. Esta dificuldade tem vindo a ser ultrapassada com a ajuda dos restantes enfermeiros da equipa que me ajudam a retirar algumas dúvidas e a explicar o porquê de determinado tipo de penso ser melhor do que outro para a ferida em questão. Estas dificuldades também vão sendo ultrapassadas com a pesquisa constante em material informativo que utilizo para colmatar as minhas dúvidas.

Entretanto contactei uma médica da Unidade, pois, uma doente tinha ido ao hospital no dia anterior e trouxe medicação que necessitava de ser prescrita pelo médico para iniciarmos a sua administração. A médica, após ter visto também o resultado das análises realizadas, prescreveu um soro fisiológico para hidratar a doente. Fui punccionar a doente, utilizando técnica asséptica, ou seja, utilizando os princípios de higiene hospitalar, lavando as mãos antes do procedimento e utilizando luvas. Peço sempre o consentimento informado nos procedimentos que realizo. No entanto, esta doente estava afásica, não conseguindo por isso comunicar verbalmente. Sendo a comunicação uma das competências de enfermagem mais importantes, esta é essencial na prestação de todos os cuidados. Existe sempre uma dificuldade a ultrapassar na comunicação com este tipo de doentes. Acabo por sentir a sua dificuldade em se exprimirem, vendo o óbvio sentimento de frustração no seu rosto e dentro de mim por não os compreender. Ao longo da minha formação aprendi que um olhar, um gesto, um toque podem ser fundamentais para os compreender e os ajudar. É de facto muito gratificante ver o seu sorriso e ar de agradecimento quando sabem que a sua vontade foi compreendida e realizada. Todo o nosso corpo comunica, a nossa voz, postura, gestos, o nosso olhar...tudo em nós comunica.

Assim, antes da realização de qualquer procedimento, mesmo com os doentes que não conseguem comunicar verbalmente, explico o que vou fazer, pedindo sempre que possível o seu consentimento informado, ajudando-me a desenvolver uma comunicação terapêutica e na formação de um bom ambiente de prestação de cuidados. Algumas estratégias que tenho utilizado são, por exemplo, pedir ao doente para que me aperte a mão ou para abanar com a cabeça, pois desta forma consigo perceber se a informação transmitida é percebida pelo doente. Até ao momento estas estratégias têm tido resultados positivos, no entanto, com alguns doentes não é possível obter um consentimento. Na minha opinião e, de acordo com o que aprendi, quando o doente não tem capacidade para decidir e participar nos cuidados de enfermagem deverá presumir-se o seu consentimento, actuando segundo o princípio da beneficência, isto é, supor que o doente consentiria, se para tal tivesse capacidade ou competência, pois seria o melhor para ele no momento.

É importante estabelecer sempre diálogo com estes doentes pois este funciona como estímulo verbal, e o que se pretende é que o doente recupere ao máximo as suas capacidades. Relativamente à doente alvo de cuidados nesse dia, falei com ela de uma forma pausada, com uma linguagem simples, incentivando-a no sentido de validar a mensagem, e consegui com que a doente abanasse a cabeça afirmativamente quando lhe pedi o seu consentimento informado para a puncionar.

Saliento ainda a importância do estabelecimento de uma relação de confiança com os doentes, com base na comunicação que se estabelece com os mesmos. É muito gratificante, quando o doente nos chama pelo nome, e se lembra de nós, solicitando a nossa ajuda sempre que precisa e agradecendo sempre que damos resposta ao seu pedido. Procuro observar a atitude dos Enfermeiros mais experientes perante os doentes e constato que, quando um Enfermeiro é mais seguro e confiante, demonstrando firmeza naquilo que faz, os cuidados são melhor aceites por parte dos doentes, olhando para ele com mais confiança. É nisto que me baseio ao prestar cuidados, demonstrando segurança, confiança e coerência naquilo que digo e faço. No entanto, tenho a consciência que tenho ainda muito para aprender e a melhorar ao longo da minha carreira profissional.

Após a avaliação das tensões arteriais dos doentes, cerca das 12 horas, comecei, juntamente com o colega que também estava na Unidade de Média Duração e Reabilitação, a administrar a medicação e a avaliar a glicemia capilar dos doentes diabéticos antes dos almoços. A metodologia de trabalho em vigor na Unidade é o método individual de trabalho, em que cada enfermeiro é responsável por cuidar do doente de uma forma personalizada e holística. A meu ver, este é um bom método, no sentido em que permite ao Enfermeiro acompanhar a pessoa a quem presta cuidados e conhecê-la melhor. É o método que mais personaliza os cuidados de enfermagem e permite uma boa qualidade dos mesmos. Este método dá ênfase às necessidades dos doentes, bem como valoriza e possibilita a personalização dos cuidados e o reforço da relação Enfermeiro/doente, pois facilita um conhecimento e interação mais profundos com cada um. No entanto e, felizmente, na Unidade nota-se um clima de interajuda entre os enfermeiros. O trabalho em

equipa é também fundamental para quem presta cuidados, mas acima de tudo é também benéfico para o doente na medida em que permite a continuidade de cuidados e a prestação de cuidados de qualidade. Além disso permite-me criar uma proximidade e empatia com todos os doentes e ter mais oportunidades de aprendizagem. Assim, ambos damos a medicação a todos os doentes daquela Unidade e, normalmente, vamos auxiliar o colega da Unidade de Convalescência se este necessitar da nossa ajuda. É essencial estar integrada na equipa multidisciplinar e desempenhar um papel activo, o que me tem permitido evoluir de forma positiva no planeamento/avaliação de actividades.

Por vezes sinto dificuldades em saber qual a finalidade de alguns medicamentos com que contacto menos vezes. No entanto, com a consulta do índice nacional terapêutico tenho colmatado algumas dúvidas. Deve-se saber sempre o que se está a administrar e os efeitos secundários mais frequentes, na medida em que ajuda a prever algumas situações que poderão ocorrer com os doentes.

Cerca das 12.30 horas fui almoçar, tendo transmitido ao meu colega e aos auxiliares que me iria ausentar por um período da unidade. Quando cheguei à unidade os almoços tinham sido distribuídos há pouco tempo. Administrei a alimentação por sonda nasogástrica a uma doente e auxiliiei durante a alimentação os restantes doentes que necessitavam. Apesar dos enfermeiros delegarem a administração da alimentação a alguns doentes aos auxiliares, são os primeiros que são os responsáveis por garantir a satisfação desta necessidade humana fundamental, por isso deve-se sempre avaliar a quantidade ingerida por cada doente.

De seguida, iniciei os registos nos processos dos doentes, registando as tensões arteriais nos gráficos e as notas de enfermagem numa folha adequada ao efeito, onde se regista o estado de consciência, as alterações da comunicação, os auto-cuidados de comer e beber, higiene pessoal, eliminação, se fizeram levantar, como foram realizados os pensos, o tipo de tecido cicatricial que as feridas apresentam e o nível de dor dos doentes durante o turno. Dado os registos de enfermagem serem de extrema importância, uma vez que contribuem para o desenvolvimento da profissão, documentam o nível de intervenção profissional e permitem reflectir sobre o nosso desempenho, são uma actividade que eu terei sempre de melhorar ao longo da minha experiência profissional. Alguns registos que observo nos processos e que eu própria realizo não são os mais completos. Espero poder realizar registos cada vez mais pormenorizados e com uma linguagem cada vez mais científica e correcta, que conseguirei com uma actualização constante dos conhecimentos e com a experiência profissional.

Cerca das 14 horas fui ajudar uma auxiliar a transferir um doente da cadeira de rodas para a cama, hidratando mais uma vez a pele com creme aquando da mudança de fralda e posicionando correctamente o doente. Penso que os enfermeiros deveriam observar em todos os turnos a pele dos doentes pois, por vezes, como são as auxiliares a prestarem a maioria dos cuidados de higiene aos doentes, nem

sempre comunicam algumas lesões que os doentes têm. Os enfermeiros são aqueles que também têm um conhecimento maior sobre como posicionar correctamente os doentes no leito e deveriam supervisionar estas actividades quando apenas são as auxiliares, a maior parte das vezes, que as executam. Com a quantidade de registos que tenho de fazer e devido à falta de mais recursos humanos (enfermeiros) na unidade no turno da manhã, acabo algumas vezes por não conseguir observar algumas características da pele e comportamentos dos doentes. No entanto, cabe a cada enfermeiro fazer um esforço e trocar opiniões mais frequentemente com os outros profissionais, de modo a obter informações mais detalhadas sobre os seus doentes.

Cerca das 15 horas eu e o meu colega fomos administrar novamente a medicação. No final, repusemos o material no carro da medicação que faltava (ampolas de soro fisiológico, agulhas, seringas) e registei por último quem tinha evacuado e a quantidade que alguns doentes urinaram, pois tinham sondas vesicais.

Enquanto não chegavam as 15.30 horas para passar o turno, aguardei a chegada da colega que me iriam substituir, dando informações aos familiares que questionavam o estado de saúde dos seus entes queridos. Como os familiares são as pessoas que conhecem melhor os seus parentes, a filha de um doente veio falar comigo, a dizer que o pai tinha dificuldade em evacuar e que estava obstipado há dois dias. Eu, depois de confirmar no processo essa informação, administrei um laxante que o doente tinha prescrito em SOS. A comunicação com os familiares torna-se assim um momento fundamental e também imprescindível para uma boa prestação de cuidados. Lamento não ter mais tempo para conversar com os doentes e com as famílias. Não quer dizer que o não o faça, mas o tempo que disponho para estar com eles deveria ser maior.

Quando abordamos a pessoa doente, devemos ter em atenção que estamos, também, a abordar uma família doente. A família deve ser abordada como uma unidade do doente, que também ela precisa de cuidados, devendo ser ajudada a ultrapassar a situação de forma mais eficaz. Assim, o enfermeiro deve respeitar e salvaguardar não apenas os direitos e valores do doente internado, mas também os da sua família, pois cada pessoa possui os seus próprios valores, crenças e costumes.

Todos os dias me deparo com situações que me fazem reflectir sobre a importância da presença dos enfermeiros junto dos doentes por mais algum tempo do que o estritamente necessário para a prestação dos cuidados. Então surge-me a questão: muitas vezes o tempo é curto e os muitos doentes distribuídos a cada enfermeiro necessitam de “cuidados técnicos”, mas será uma perda de tempo segurar na mão de alguém que precisa do nosso apoio? No meu ponto de vista, mais importante que executar técnicas é sabê-las aplicar de acordo com as necessidades de cada pessoa e se um doente carece de uma palavra de reconforto, porquê mandá-lo estar sossegado e virar-lhe as costas? O pouco tempo que podemos estar junto dos doentes deve ser aproveitado ao máximo.

Não encaro os cuidados que presto como meras técnicas rotineiras, porque cada dia é um novo desafio, é um dia diferente do anterior, há muitas coisas para aprender e para aperfeiçoar. Neste sentido, sinto que cada dia evoluo mais um pouco, no modo como presto cuidados de enfermagem e na visão que tenho sobre os mesmos.

Quando chega as 15.30 horas começa a passagem de turno no mesmo espaço que de manhã. A esta hora existe sempre um ambiente mais ruidoso na Unidade mas tentamos sempre concentrar-nos para a transmissão de dados dos doentes. Esta actividade é uma das mais importantes ao longo do turno. Apesar de sentir que transmito as informações pertinentes para a continuidade de cuidados ainda tenho de ganhar um maior à vontade e confiança na transmissão de informação. Existem alguns termos técnicos que estou sempre a aprender e tento sempre utilizar uma linguagem científica e uniformizada.

O turno da tarde começou, como sempre, com a passagem de turno. Esta passagem de turno baseia-se muito no que foram as actividades realizadas com os doentes durante o turno da manhã. Sobre alguns doentes não são transmitidas informações tão ao pormenor, como nível de consciência, dependência nos auto-cuidados, com que auxílio deambulam, etc., porque já são doentes que estão há muito tempo na unidade. Nestes casos, apenas se diz que os doentes apresentam o mesmo estado geral e outra informação que se achar relevante para a continuidade de cuidados, como a evolução cicatricial das feridas ou se teve alguma alteração do padrão de eliminação (diarreia, urina concentrada, etc).

Após a passagem de turno realizei uma visita pelos quartos para ver como estavam os doentes e para lhes dizer que iria ser eu a estar com eles durante aquela tarde, mostrando a minha disponibilidade.

Preparo a terapêutica para as 19 e 23 horas, separando em diferentes compartimentos no carro da terapêutica, dentro da gaveta de medicação de cada doente, para ser mais fácil e mais rápido quando chegar a hora de administrar. Em relação à organização dos fármacos, a Unidade utiliza o sistema unidose. Os medicamentos vêm todos os dias da farmácia em gavetas individualizadas para cada doente. É um sistema mais prático com os medicamentos apenas para aquele dia, evitando-se assim um grande aglomerado de medicação e desperdício de medicamentos. No entanto, há um stock de medicamentos, que podemos utilizar caso haja necessidade numa situação imprevista.

Cerca das 16 horas vou auxiliar na administração dos lanches, segundo o nível de dependência dos doentes. Durante este período sou abordada por vários familiares que me questionam acerca da situação dos seus entes queridos. Questionam como passaram a noite, se já estão a realizar fisioterapia, como estão a evoluir as feridas, entre outros. O enfermeiro não presta apenas cuidados ao doente, mas também aos grupos sociais onde este se encontra inserido. Durante o horário das visitas, o diálogo com os vários elementos da família, ou pessoas que lhe são próximas, permite-nos contextualizar e perceber como os elementos interagem entre si, de modo a perceber o contexto em que o doente vive a sua doença e onde posso intervir. Sempre que

era questionada pelos doentes ou familiares procurei responder de forma clara e concisa, adequando a linguagem ao receptor da mensagem.

A família desempenha um papel fundamental na garantia da continuidade de cuidados. No entanto, a doença de um membro da família afecta todo o sistema familiar e é necessário desde a entrada do doente ir preparando a alta juntamente com a família. A prestação de cuidados a doentes dependentes impõe aos cuidadores informais uma sobrecarga tanto emocional como física. Presenciei uma situação, em que depois de termos dado a informação aos familiares sobre a possível alta de uma doente, estes mostraram-se algo ansiosos. A família torna-se muito importante, não só para os doentes, que muitas vezes anseiam a sua visita, mas também para os profissionais de saúde, que contam com ela para apoiar o doente e por vezes cuidar e responsabilizar-se por ele fora da instituição. Assim, a família deve ser alvo de ensinamentos, sempre que possível, de modo a garantir a continuidade de cuidados, para que se sinta confiante e preparada para receber de novo o doente em casa. Na minha opinião, essa preparação passa não só pela equipa de enfermagem, mas também por uma equipa multidisciplinar. No caso descrito, dei oportunidade para que expressassem os seus receios e preocupações. A família tinha falta de capacidades de resposta perante a nova situação do seu familiar e aconselhei os familiares a falarem com a assistente social para que juntos encontrassem as melhores condições para receber o seu familiar doente ou se a melhor solução era transferi-la para outra instituição.

Conceber cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades do doente, exige uma constante observação, no sentido de possibilitar uma recolha de dados pertinentes para analisar cada situação de modo específico. A observação constante, o diálogo, a escuta activa e a pesquisa no processo do doente são extremamente importantes. Por vezes, o diálogo com a família não tem sido possível, isto porque normalmente estão algumas visitas no quarto, mas sempre que tenho oportunidade mantenho um diálogo com a família não só para colher dados, mas também para que a pessoa sinta que o seu familiar está em “boas mãos”. Desta forma, tento falar abertamente com a família, possibilitando a expressão de emoções e até mesmo explicando os procedimentos realizados ao doente. Facilmente identifico o sofrimento de ambas as partes, e com este tipo de atitude tento atenuar de certa forma o sofrimento quer da família quer da pessoa internada.

A minha prestação de cuidados de enfermagem tem como base a perspectiva holística e procuro respeitar os valores do doente/família. Procuro sempre demonstrar uma conduta isenta de juízos de valor, o que me permite cuidar do doente/família sem qualquer discriminação.

Cerca das 17 horas fui avaliar a temperatura axilar dos doentes. Os sinais vitais que se avaliam durante a tarde são a temperatura e a dor. Alguns doentes necessitam que lhes seja avaliado a tensão arterial, caso esteja prescrito ou se tiverem medicação anti-hipertensora. Em determinados momentos da

minha prestação de cuidados, achei importante inserir alguns aspectos sobre educação para a saúde, que no momento se revelavam pertinentes, ou seja, não deve ser só no momento de alta que se deve dar as informações todas ao doente, mas sim ao longo de todo o internamento na unidade e ir validando diariamente se os dados transmitidos foram assimilados pelos doentes e até pelos familiares. Por exemplo, aproveitei os momentos de avaliação dos sinais vitais para realizar ensinamentos, nomeadamente acerca da hipertensão e da diabetes. Nessa tarde, um doente também referiu obstipação e as minhas intervenções foram direccionadas para o ensino e incentivo de uma adequada ingestão hídrica, uma alimentação rica em fibras e para a deambulação frequente pela Unidade, já que o doente tinha essa capacidade.

Cerca das 18 horas os auxiliares começaram a posicionar os doentes e a trocar as fraldas, tendo sido necessário o meu auxílio nos posicionamentos, pois, nesse dia, estava na Unidade de Convalescença, e, no turno da tarde, está apenas um auxiliar.

Às 18.30 comecei a administrar a medicação aos doentes e a avaliar a glicemia capilar, de modo a saber se o nível da glicémia estava dentro dos valores padrão para administrar a insulina ao jantar.

Mais tarde, administrei os jantares em colaboração com os auxiliares. Pouco tempo depois de começar a comer, uma doente teve um vómito alimentar. Quando me apercebi da situação fui ter com a doente e depois liguei para a cozinha para pedir um chá para a ceia e aconselhei a doente a não ingerir nada até então, para ver se deixava de ter náuseas. Esta doente estava a fazer avaliação nutricional (registo da quantidade de alimentos ingerida pela doente numa folha destinada ao efeito, que é distribuída pela dietista a alguns doentes, para avaliar se estão a alimentar-se convenientemente). É o enfermeiro que observa e que regista a quantidade de alimentos ingerida na folha em questão. Assim, registei que a doente tinha ingerido menos de 1/4 da refeição, justificando o porquê. Em alguns casos, o resultado desta avaliação nutricional por parte dos enfermeiros é fundamental para a dietista sugerir ao médico que prescreva algum suplemento alimentar ou para que altere a dieta dos doentes.

Depois de jantar, juntamente com os auxiliares, iniciei os registos nos processos dos doentes. Estes registos são semelhantes aos registos do turno da manhã. Descrevi se os pensos estavam limpos e secos externamente, registei a temperatura no gráfico de cada doente, algumas informações que os familiares me transmitiram e que contribuem para a continuidade de cuidados, transmitindo também mais tarde na passagem de turno.

Penso que os planos de cuidados dos doentes (plano de intervenções a realizar diariamente a todos os doentes) deveriam ser mais frequentemente actualizados, e não apenas por três enfermeiros da unidade que têm essa função. Não quer dizer que os restantes elementos da equipa de enfermagem não alterem alguns aspectos, mas é raro. Por exemplo, se um doente tem uma sonda nasogástrica e mais tarde lhe é retirada, poderá já não necessitar de ajuda total nesta necessidade humana fundamental. Assim, é

necessário alterar o plano de cuidados do doente. No entanto, os enfermeiros, nesse dia, apenas realizam as notas de enfermagem, registando que foi retirada a sonda nasogástrica. Ou seja, na minha opinião, nem todos os enfermeiros estão despertos para fazerem estas alterações no plano, pois apenas eu e mais dois colegas tínhamos a função de actualizar estes planos mensalmente. Tive necessidade nesta tarde de actualizar alguns planos de cuidados dos doentes, que estavam desactualizados.

Cerca das 22 horas, as auxiliares começaram a posicionar os doentes e a trocar as fraldas. Eu iniciei a administração da medicação aos doentes. Dei terapêutica ansiolítica em SOS aos doentes que referiram dificuldade em adormecer e no final repus algum material que faltava no carro da medicação. Repus alguns xaropes, que fui buscar ao stock de medicação, colocando os frascos vazios num saco próprio para vidros e a caixa de papel para um papelão. Na minha opinião, os enfermeiros têm, como qualquer outro profissional, uma função cívica e de responsabilidade ecológica. Neste sentido, faço sempre a separação dos lixos dentro das possibilidades da Unidade. Deveria também existir um ecoponto destinado aos plásticos, que não existe na unidade.

A seguir, realizei os registos finais, como a quantidade de urina que está nos sacos dos doentes algaliados e se alguém evacuou durante o turno.

A passagem de turno no turno da noite baseia-se na transmissão de informações sobre as actividades desenvolvidas no turno da tarde, mas também algumas a realizar nos turnos da noite e da manhã seguinte.

Após a passagem de turno fui ao quarto de um doente que estava bastante agitado e desorientado. Avaliei a situação, e [vi que] o doente tinha um risco de queda elevado naquela altura, pois tentava sair da cama, apesar das grades estarem elevadas para sua protecção e segurança. Assim, com a ajuda dos auxiliares, tivemos de imobilizar os membros superiores do doente para evitar uma possível queda durante a noite. A necessidade de contenção física nos doentes foi algo que me gerou sempre algum desconforto. Faz-me pensar: Será que não há mesmo outra alternativa? Para colocarmos uma contenção física num doente, este necessita, antes de mais, da identificação objectiva dos motivos e de uma avaliação da relação benefício/risco. É certo que uma das alternativas à contenção é modificar o ambiente físico, como por exemplo, melhorar a segurança dos locais, reduzir os estímulos, entre outros, que nem sempre é fácil. O uso de grades elevadas também nem sempre é o mais adequado, visto se ocorrer alguma queda poder ser mais traumática. Por isso, dado as condições existentes na Unidade, nem sempre se conseguem arranjar alternativas à contenção física. Na minha opinião, a não existência, por vezes, do número de enfermeiros adequado para a prestação de cuidados em cada turno, diminui o poder de vigilância dos mesmos, pois a maior parte das alternativas à contenção física necessita da atribuição de recursos humanos suplementares. Sempre que é necessário recorrer a este meio, justificamos nos registos de enfermagem a necessidade da contenção física nos doentes, recorrendo

mais uma vez ao princípio da beneficência. Este doente tinha prescrito um ansiolítico em SOS, que teve de ser administrado para ter um sono de qualidade durante a noite e para o ajudar a acalmar.

De seguida, preparei a medicação para as 7 horas e iniciei os registos dos doentes, deixando algum espaço para apontar algumas ocorrências que poderiam acontecer com algum doente durante a noite.

Cerca das 2 horas pedi ajuda a uma auxiliar para posicionarmos os doentes mais dependentes e que necessitavam de alterar o seu posicionamento no leito. Este é um acto que não se costuma praticar com a maior parte dos meus colegas no turno da noite. A maioria das vezes os doentes apenas são posicionados às 6 horas. No entanto, perante a avaliação dos doentes que eu faço, vejo quais necessitam de ser posicionados mais frequentemente e vou posicioná-los com uma auxiliar. Penso que esta acção não deveria depender da avaliação que os enfermeiros fazem dos doentes, pois a maioria não a faz. Ou seja, como o que está “estipulado” é os doentes apenas serem posicionados às 6 horas no turno da noite, é assim que acontece diariamente. Desconheço quem, além de mim, fosse posicionar os doentes às 2 horas com os auxiliares. Existem doentes que necessitam ser posicionados de 4 em 4 horas ou até de 2 em 2 horas e que neste turno não o são! Numa instituição que tem permanência dos enfermeiros 24 horas por dia, não há justificação plausível para os doentes terem úlceras de pressão por falta de posicionamento. A alternância de decúbitos (posições) no leito é uma intervenção autónoma dos enfermeiros, ou seja, é realizada sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade. Nos doentes com uma mobilidade bastante diminuída é de extrema importância atender aos posicionamentos e à prevenção das úlceras de pressão. Desta forma, há que tomar vários aspectos em conta, como reposicionar o doente várias vezes por dia, de forma confortável e tentando diminuir ao máximo as zonas de pressão, prestar cuidados directos à pele do doente, como a hidratação e a massagem de conforto com creme hidratante e proporcionar um aporte nutritivo e de hidratação adequados à sua situação. Se os enfermeiros querem ser reconhecidos pela importância do seu trabalho, têm de demonstrar a mais valia dos seus cuidados, o que não observo, nesta instituição, no turno da noite, relativamente aos posicionamentos no leito.

A reflexão sobre a prática no exercício da Enfermagem permite construir e desenvolver o pensamento crítico e a tomada de decisão. Considero estar a desenvolver de forma positiva o pensamento crítico, o que me permite criticar, transformar e desenvolver o meu processo de aprendizagem, que é constante ao longo da vida. É necessário construir um pensamento crítico de forma responsável e fundamentada, procurando sempre reflectir sobre as observações e sobre a minha prática de cuidados. Na minha opinião, desenvolver este pensamento é a meta mais difícil de se atingir, pois para se poder ser crítico, temos de ser primeiro que tudo bons conhecedores daquilo com que se está a lidar. Por isso, este é um objectivo que vou desenvolvendo e construindo ao longo da minha carreira profissional, que espero ainda ter um crescimento longo pela frente. É fundamental termos a capacidade de nos auto-avaliar, de analisar o nosso desempenho,

de reconhecer as nossas falhas... É necessário aprendermos com os erros para podermos superá-los, conseguindo assim, desta forma, evoluir como pessoas, tendo em vista sempre o nosso sucesso.

Até às 6 horas as actividades que realizei foi ir ter com os doentes que tocaram às campainhas, colocar as arrastadeiras e mudar as fraldas. Normalmente, são as auxiliares que vão junto dos doentes, só se for necessária a presença do enfermeiro é que nos chamam. No entanto, também tomo a iniciativa de atender a campainha.

Cerca das 6.15 horas comecei a administrar a medicação aos doentes, avaliando as temperaturas e a tensão arterial daqueles que necessitavam de medicação anti-hipertensora e avaliando a glicemia capilar dos doentes diabéticos, para, depois, o colega que fizesse manhã tivesse um valor de referência para administrar a insulina com o pequeno-almoço.

Cerca das 7.30 horas realizei os registos finais, apontando a quantidade de urina dos doentes com sonda vesical, as dejeções e alguns dados relevantes que ocorreram durante a noite com os doentes. Depois aguardei a chegada do colega que me vinha substituir.

Durante a minha ainda curta carreira profissional,⁶⁶ já tive oportunidade de presenciar de perto a realidade dos problemas de saúde e sociais dos doentes e a importância da ajuda dos enfermeiros para o bem-estar destes. A Enfermagem é, de facto, a arte do cuidar.

A descrição da segunda jornada de trabalho mostra uma abordagem crítica sobre as actividades desenvolvidas pela enfermeira. No conjunto, as duas jornadas mostram-nos os dois aspectos fundamentais do trabalho do enfermeiro: o técnico e o social. Estes dados sugerem, portanto, que é através destas duas dimensões que a enfermagem adquire significado prático.

Adiante veremos o modo como as duas dimensões da enfermagem se estruturam numa única representação do papel do enfermeiro. Por agora, convém atermo-nos um pouco sobre os dados fornecidos pela enfermeira nesta segunda jornada de trabalho e analisar os pontos mais significativos em pormenor. No discurso, foram identificadas oito categorias de análise: o tratamento das feridas, o consentimento informado, o cuidado holístico, os registos, a actualização do Plano Individual de Cuidados, os posicionamentos no leito, a informação prestada às famílias e a contenção física.

⁶⁶ A enfermeira integra-se na categoria de enfermeira estagiária e, nesta altura, tinha dois meses de serviço na instituição.

A enfermeira dá relevo a um aspecto particular do cuidado: o tratamento de feridas. Ela frisa que *são os enfermeiros que (...) sabem melhor do que ninguém o estado de evolução cicatricial das suas feridas*. Este conhecimento sustenta-se no contacto diário com as feridas, através da actividade da realização dos pensos, comprovando que a observação continuada das feridas é uma vantagem que o enfermeiro tem em relação aos demais profissionais de saúde. Mais, o facto de estarem em contacto diário com as feridas torna estas um objecto sobre o qual a intervenção do enfermeiro assume maior importância durante o cuidado, transformando o tratamento das feridas numa área de intervenção de excelência para a enfermagem. É precisamente esta a posição da enfermeira, quando refere que *a realização de tratamento a feridas é uma das intervenções autónomas do enfermeiro nos cuidados de saúde, tendo esta autonomia para avaliar a ferida, as suas características e assim, decidir o tipo de tratamento a realizar*. Eventualmente, o contacto regular com as feridas está na base dessa autonomia terapêutica, ao ponto de atribuir ao enfermeiro um conhecimento que mais ninguém possui no cenário da prestação de cuidados. Numa segunda análise, a autonomia adquirida através dessa contingência da prática da enfermagem poderá funcionar como um meio de afirmação da especialidade da enfermagem no conjunto das acções terapêuticas, fornecendo ao enfermeiro um plano na sua intervenção em que é possível autonomizar-se face à dependência que tem em relação à acção médica. A autonomia de que fala a enfermeira adquire-se, portanto, através do método clínico, isto é, à cabeceira do doente. Este constitui-se como o espaço de produção do seu conhecimento, onde se aprende e onde se investiga. Através da sua posição privilegiada na clínica, o enfermeiro repete, assim, o percurso que o médico começou a construir no mesmo local, conforme Foucault havia destacado. A cabeceira do doente transforma-se, portanto, num *locale* de produção da própria enfermagem e funciona como ponto de apoio a partir do qual o enfermeiro se emancipa da sua posição tradicionalmente submissa à vontade do médico.

Sendo assim, estas referências sugerem que enfermagem procura a sua autonomização como campo de saber prático. Isto mesmo é o que indica a necessidade referida pela enfermeira de se realizar acções de formação sobre o tratamento de feridas. Ela compreende que é pela via da cientificidade que a enfermagem pode assumir-se como uma área autónoma do saber clínico, tal e qual como os médicos haviam entendido quando se apoiaram nos conhecimentos da histologia e da anatomia patológica de Bichat. Conforme os médicos de então reconheceram que a medicina não é uma ciência, e por isso teria de se apoiar nos conhecimentos da fisiologia para legitimar a base das suas tomadas de decisão reflectidos na realização de uma patologia experimental, também os enfermeiros

chegaram à mesma conclusão, e reconhecem no aprofundamento do conhecimento pela investigação o meio de adquirirem um papel desligado da autoridade médica (cf. Collière 1999).

A ausência de formação em serviço impede a construção de uma arquitectura de saber que permita consolidar a autonomia dos enfermeiros a partir do âmbito do tratamento das feridas. A referência à não necessidade de contratação de formadores externos para o efeito dá a entender que a formação é impedida por razões financeiras. Em contraciclo, a UCCI-SCMP refere, no Manual de Qualidade, que “a formação deve responder às necessidades específicas de cada colaborador e dos diversos grupos de colaboradores, não só em termos de conteúdo e de enunciação, mas também nos formatos de aprendizagem definidos [e o] levantamento de necessidades e a avaliação da formação são efectuados de acordo com o procedimento PR02 – Formação”. No mesmo documento, a Unidade indica a qualificação e formação dos recursos humanos como um meio de garantir o controlo das condições de realização dos Processos-Chave, entre os quais consta a Prestação de Cuidados. A formação em geral é da responsabilidade do Director Técnico e a promoção da formação da enfermagem em particular é da responsabilidade da Enfermeira Coordenadora.

Vimos já que a comunicação é a base fundamental da interacção terapêutica e é o meio para esclarecer o paciente sobre os procedimentos que vão ser realizados, de modo a obter dele o consentimento. A este respeito, a enfermeira refere que pede sempre o consentimento informado aos pacientes, mas, acrescenta que a sua obtenção pode não ser possível, como no caso dos pacientes afásicos. Ela remete para o princípio da beneficência como forma de legitimação da sua acção quando não é possível obter o consentimento informado. O princípio da beneficência assenta no pressuposto da identificação do enfermeiro como pessoa idónea, moralmente competente, cujas intenções são sempre para benefício do paciente. Nesta condição o paciente terá que se suportar numa relação de confiança com o cuidador. Tratando-se de um quadro inscrito nas obrigações morais do enfermeiro, e não nas obrigações profissionais, o princípio da beneficência pode funcionar como justificação para a realização de qualquer procedimento, independentemente de haver, ou não, consentimento por parte do paciente. Não podemos deixar de ver aqui uma versão aparentemente suave do quadro de realização em que “tudo é possível”, próprio dos contextos reveladores de estados de excepção, ou das instituições totais. Tanto Hannah Arendt (1998 [1949]) como Giorgio Agamben (2007 [1995]) defendem que este princípio atemoriza os sujeitos, pois invoca um direito sobre as suas acções muito próximo àquele

que é defendido no âmbito dos regimes totalitários. Invocando o princípio da beneficência, os limites entre as questões de facto (*quaestio facti*) e as questões de direito (*quaestio iuris*) deixam de existir, e o acto passa a constituir-se como direito, criando um *nomos* arbitrário, o que, como Agamben lembra, é um paradoxo (2007 [1995]). Este *modus operandi* é uma característica das relações que têm lugar nos campos totais e tem promovido uma profunda reflexão sobre a ética da enfermagem (cf. Edwards 1996).

O problema da dificuldade em adquirir o consentimento informado para a realização de determinado procedimento de enfermagem junto de pacientes que revelam dificuldades em comunicar constitui um grande desafio para os enfermeiros. Na segunda dimensão de estudo aborda-se este problema em situações em que a comunicação é dificultada já não por razões de deficiência na transmissão das informações, mas por incompreensão da língua. Trata-se de versões diferentes do mesmo problema, pois, o objectivo da comunicação continua a ser permitir a compreensão da posição do outro em relação ao procedimento terapêutico.

No que respeita à metodologia do cuidado, a enfermeira enaltece o método individual de trabalho, acrescentando que, através dele, o enfermeiro pode cuidar o paciente de uma forma “personalizada e holística”. Durante a minha experiência docente, notei que o termo “cuidado holístico” era muito utilizado pelos estudantes de enfermagem. Como antropólogo sei que a antropologia evita a utilização deste conceito, cujo sentido remete para uma ambição inalcançável. Porém, tanto os estudantes como alguns docentes das disciplinas técnicas (em particular os enfermeiros docentes) utilizavam o conceito com muita facilidade, dando a entender que o cuidado de enfermagem era, de facto antropológico. Quando testados nas suas competências culturais, os estudantes de enfermagem replicavam a informação que os docentes lhes tinham passado, sem considerar o limite dessa informação. Apercebi-me que o holismo passava pelos programas de ensino como se fosse um conceito que era obrigatório focar, sem nunca se aprofundar o seu sentido. Algumas questões permanecem irrespondidas: como é que a enfermeira consegue, pelo corpo presente do indivíduo que trata, abranger o contexto ausente da sua realização como homem? Que noções da sua cultura são implicadas na sua atitude perante o cuidado e o seu próprio papel no contexto de uma biopolítica abrangente? Uma implicação de tal ordem com o objecto do cuidado não transformaria o “doente” em sujeito do cuidado, e vice-versa, tal como representado por Ingmar Bergman no seu filme *Persona*?

Assim como o antropólogo procura compreender a totalidade do homem participando nas suas experiências como homem, também o enfermeiro teria que

compreender o doente participando simultaneamente na sua condição. Esta é, aliás, a conclusão do filme de Bergman, tal como identificou Laplantine (1984).⁶⁷

A enfermeira frisou a importância dos registos de enfermagem, referindo que eles contribuem para o *desenvolvimento da profissão, documentam o nível de intervenção profissional e permitem reflectir sobre o nosso desempenho*. Vimos já as características do sistema de registos utilizado na Unidade, designadamente, a sua aplicabilidade local e a não integração dos mesmos numa arquitectura de registos mais ampla e passível de permitir comparações com situações verificadas em outras instituições, como é o caso da CIPE.

Além deste limite, a enfermeira foca o facto de haver deficiências na sua realização. Segundo a enfermeira, os registos são minimalistas e incompletos. Apesar disso, a enfermeira refere que se passa muito tempo na realização dos registos. Em acordo com esta informação, um fisioterapeuta declarava que os enfermeiros passavam muito tempo a fazer os registos, deixando os pacientes sozinhos durante longos períodos. Dizia ele que os enfermeiros não são administrativos, mas sim cuidadores, e é perto dos pacientes que eles deveriam estar, não “agarrados a um computador” ou a um dossiê. Para a enfermeira, embora suportem a tomada de decisões ao nível da gestão da própria Unidade e contribuam para o cumprimento dos seus objectivos fundamentais, em virtude de traduzirem o modo como os processos-chave da instituição são realizados, os registos, tal como são aplicados, podem dificultar a prossecução plena das políticas dos cuidados continuados integrados.

A respeito do minimalismo dos registos, penso ser sintomática a dificuldade geral em registar as informações de índole qualitativa, problema que a OMS pretende combater com a implementação da CIF. Este problema foi identificado em conversa com alguns fisioterapeutas que trabalham na Unidade. Apesar de estes conhecerem a CIF, eles não lhe reconheciam a utilidade de modelo de registo, bastando-se a utilizá-lo como instrumento de classificação da funcionalidade. Ora, uma das potencialidades da CIF revela-se

⁶⁷ No filme de Bergman, realizado em 1966, Alma, a enfermeira, implica-se a tal ponto na vida de Elisabeth, atacada de mutismo, que, a certa altura começa a sofrer perturbações, enquanto Elisabeth permanece feliz na sua redoma. François Laplantine encontra nesta transferência de papéis um exemplo da artificialidade da separação entre enfermeira e doente, denotando a representação que cada uma das mulheres fazia sobre o seu estado, significando que nem a enfermeira era totalmente sã nem a paciente era totalmente doente, desempenhando, ambas, um papel meramente construído a partir de pré-noções sobre o estado de saúde e sobre a interacção terapêutica, ao ponto de ambas se apresentarem reciprocamente como máscaras (*personae*) de si mesmas.

precisamente na sua capacidade em aglutinar dados quantitativos e qualitativos. Os fisioterapeutas reconheceram que essa atitude de registo lhes escapa e não lhes foi ensinada, embora existam muitas fontes que exemplificam o modo como, através de registos mistos, é possível abranger as várias dimensões de implicação da disfuncionalidade na vida dos sujeitos em questão e observá-las, de uma assentada, ao longo do tempo que abrange toda a duração desse problema. Em enfermagem, a CIF parece não ter lugar, embora a sua aplicação seja interdisciplinar e a OMS recomende a sua utilização por todos os profissionais de saúde. Alguns estudos reflectem sobre a utilidade deste instrumento em equipas interdisciplinares (Giannangelo et al 2005; Tokunaga 2008) e em enfermagem em particular (Ehnfors & Junger 2007; Mueller et al 2008). Aquando da realização das entrevistas aos enfermeiros perguntei-lhes se conheciam a Classificação. Todos eles responderam negativamente.

Relacionada com a questão dos registos, a actualização dos planos individuais de cuidados é importante para a gestão da evolução dos casos. A enfermeira lamenta que esta actualização não se faça devidamente. Segundo ela, os planos são actualizados com pouca frequência, resultando em situações em que o plano determina a realização de procedimentos que já não se aplicam, devido à alteração da condição de saúde do paciente. A enfermeira refere a carência de pessoal de enfermagem como a principal causa do problema.

Noutro ponto, a enfermeira refere que o posicionamento dos pacientes não se faz com a frequência recomendável. Ela defende que os enfermeiros são os profissionais mais capazes para posicionar os pacientes, e, por isso, deviam estar sempre presentes quando esse procedimento é realizado. Normalmente, informa a enfermeira, são os auxiliares a fazê-lo, o que, além de poder contrariar os princípios técnicos relacionados com o decúbito, pode, igualmente, negligenciar a observação das condições de integridade da pele dos pacientes, dificultando a identificação de eventuais princípios de úlceras de pressão. A enfermeira lembra que esta negligência pode ser ampliada devido à existência de poucos enfermeiros na Unidade.

Tivemos já a oportunidade de reflectir sobre o número de enfermeiros presente em cada turno. Como vimos, é durante o turno da manhã que estão mais enfermeiros na Unidade (três); durante a tarde e a noite estão dois enfermeiros, respectivamente. Este número significa que, de manhã, há dezasseis pacientes por enfermeiro e nos outros turnos vinte e quatro. Trata-se de uma carência importante, tendo em conta a quantidade de pacientes em situação de dependência. No turno da manhã, em especial, as actividades a

realizar são inúmeras, deixando pouco tempo para a prestação de um cuidado de qualidade. A repetição dos procedimentos por dezasseis pessoas resulta, inevitavelmente, em actos mecânicos, devido à quantidade de vezes que é preciso realizá-los e ao pouco tempo que o enfermeiro tem disponível para cada paciente. Perante este quadro, as preocupações da enfermeira são perfeitamente legítimas.

Ainda em relação aos posicionamentos, a enfermeira critica a pouca frequência com que eles são alterados. Este aspecto parece sensibilizá-la especialmente, que não compreende porque é que os seus colegas não realizam mais mudanças de posicionamento dos pacientes durante o turno da noite.

A articulação com o meio familiar é um princípio cada vez mais prezado nas actividades da enfermagem. Gradualmente, os enfermeiros foram percebendo que, quando alguém está doente, é uma família que está doente. Michel Foucault havia referido este aspecto, ressaltando o facto de a família estar debilitada de várias maneiras, incluindo economicamente, seja pela ausência de um potencial criador de valor, seja pela presença de uma despesa acrescida. Foucault (2007 [1963]) defendia que o meio familiar era o ideal para a prestação de cuidados e os familiares os cuidadores ideais e que o hospital desfalcava a família, já por si debilitada.

Considerando-se o cuidado domiciliar uma realidade extraordinária, devido à configuração da vida actual, que implica os elementos da família na produção de riqueza e não lhes deixa tempo para assistir aos parentes doentes, ou, então, os familiares não têm nem a disponibilidade física e mental nem os meios técnicos para esse efeito, as famílias dos internados encontram-se desmembradas e excepcionalmente debilitadas, podendo, mesmo, ignorar a situação real em que os seus entes queridos se encontram. A enfermeira reconhece o défice de informação das famílias em relação à situação clínica dos familiares internados e, segundo ela, esforça-se para comunicar o mais possível com eles.

Como estratégia de aquisição de informação, os familiares aproveitam as horas das visitas para questionar a enfermeira sobre a condição em que se encontra o familiar internado. Este momento – reconhece a enfermeira – também beneficia o cuidado, pois, fornece ao enfermeiro um conjunto de informações sobre o contexto familiar do paciente que ajuda a enquadrar as suas necessidades clínicas no contexto das suas necessidades sociais. Se há um momento em que o cuidado extrapola o âmbito técnico e se aproxima do contexto cultural do paciente, cujo conhecimento é imprescindível para se ambicionar conhecer a globalidade (leia-se, o *bolos*) do problema, é o da hora das visitas.

Enquanto potenciais cuidadores, os familiares são ensinados pelos enfermeiros sobre situações específicas do cuidado. O ensino, sendo uma das funções do enfermeiro, tem em vista a eventualidade de se verificar a alta (médica e social). O enfermeiro apresenta-se, aqui, como um autêntico mediador entre a cultura organizacional e a cultura familiar, aconselhando estratégias para a família poder contornar eventuais problemas técnicos na reintegração do paciente no domicílio.

O já referido princípio da beneficência do enfermeiro foi invocado novamente pela enfermeira quando prendeu um paciente à cama, porque ele queria levantar-se, passando por cima da grade de protecção lateral. A contenção física, um curioso eufemismo, foi a solução encontrada para manter o paciente na cama. A enfermeira reconhece que há alternativa, como a modificação do ambiente físico, mas, justifica que esta alternativa não é fácil. Além disso, refere, a presença de mais enfermeiros na Unidade poderia dissuadir o comportamento do paciente, pois, haveria maior vigilância. Não podemos deixar de ver aqui a dicotomia “vigiar e punir” identificada por Foucault (1999 [1975]). De facto, o paciente foi visto (vigilância) a transgredir (anomia) e foi castigado (punição).

Um pressuposto da nossa abordagem neste trabalho consiste em atribuir ao Estado a responsabilidade pela adequação das políticas da vida às características e condições dos sujeitos. Por outras palavras, a eficiência dos serviços de saúde é da inteira responsabilidade do Estado, cuja governalidade interfere constantemente com a corporeidade. Significa isto que, se a modificação do ambiente físico e a presença de mais enfermeiros poderia impedir a punição, então, porque é que estas situações não são prevenidas na biopolítica imposta pelo Estado? O comportamento dos pacientes é entendido como transgressor porque simplesmente se desenquadra do comportamento esperado pela autoridade do campo (representada aqui pela enfermeira), não porque seja, de facto, um comportamento mau.

A violência simbólica da “contenção física” representa uma modalidade de a autoridade lidar com a heterogeneidade, tal como acontece por via da pedagogia: qual ensinamento, a contenção do paciente tem como objectivo imediato obrigá-lo a ser dócil. Por sua vez, esta violência simbólica observa-se porque há uma tipificação dos comportamentos segundo moldes que impedem a soberania do sujeito, no sentido dado por Georges Bataille (1993) e por Giorgio Agamben (2007 [1995]). Nesta situação, a instituição mostra a sua rigidez, accionada pela ultrapassagem dos limites da coesão ordinária, ou do desajuste entre o *habitus* e o *campo*. A acção do paciente que foi contido não coincidiu com o campo, por isso, foi considerado dissidente. Na linha de Bourdieu (1972)

sobre o sentido prático, o paciente sentiu no corpo a institucionalização, da qual se tinha desviado.

Em última análise, neste episódio vê-se representada a própria biopolítica do Estado, traduzida pela eliminação das disposições individuais através das posições institucionais, que foram construídas com base na sua *raison*. Com efeito, a instituição é uma extensão da biopolítica do Estado: a sua configuração, na qual não há espaço livre para o sujeito viver segundo as suas disposições, bem como a sua dotação, onde a carência de enfermeiros se faz notar, são características institucionais permitidas pela política do Estado, e, por isso, são características da própria biopolítica. Se atentarmos na palavras da enfermeira, o paciente foi “fisicamente contido” apenas porque queria sair da cama e poderia cair. Que transgressão à biopolítica se detecta aqui? Que incumprimento do ritual se pode identificar neste comportamento?

Quaisquer que sejam as respostas, elas não podem apoiar-se simplesmente no princípio da beneficência, que justifica a acção repressiva da autoridade como sendo *bem feita*. Este princípio, aliás, não é diferente do conceito de necessidade, onde alguns vêem o perigo dos regimes utilitaristas, que, justificando algo como necessário o impõem arbitrariamente. A beneficência assume, assim, o estatuto de princípio de justiça suprema, embora, na verdade, seja uma forma discursiva da expressão mental da enfermeira, que assume a posição do legislador. O paciente preso à cama é o protótipo do arbítrio cultural que se mostrou naquele momento como resultado de uma ficção imposta ao sujeito, no sentido utilizado por Bentham (apud Ogden 1932). Trata-se de uma imagem que objectiva a relativa arbitrariedade da biopolítica. Se dúvidas houvesse que a UCCI-SCMP é uma instituição total, elas, a meu ver, ficam dissipadas perante este caso de demonstração de força dos rituais institucionais. A Unidade é, de facto, um espaço de excepção.

Observando os relatos das duas jornadas, vemos que, embora sejam diferentes, eles incidem sobre os mesmos procedimentos, mostrando a estrutura do cuidado de enfermagem na UCCI-SCMP. É possível ver em concreto como o enfermeiro cumpre os rituais de instituição e quais são os limites da sua responsabilidade, ou, por outras palavras, qual é o seu papel e como este se materializa em formas de coesão ordinária.

Para salientar a estrutura dos cuidados de enfermagem na UCCI-SCMP optei por fazer uma análise categorial do conteúdo relatado pela enfermeira. Contrariamente à análise do discurso, a análise do conteúdo isola este do seu contexto de formação. Optei pela

análise categorial porque, através dela, identificamos rapidamente as coordenadas da actividade da enfermeira encerradas no discurso e, com isso, destacamos com facilidade a estrutura que está escondida na narrativa.

A análise categorial revelou três categorias fundamentais cuja interrelação constitui a estrutura dos cuidados de enfermagem prestados pela enfermeira e que são representativos dos cuidados prestados pelos seus colegas, em virtude de estes terem que seguir o mesmo guião. São elas: as actividades da enfermeira, os agentes envolvidos nessas actividades e os elementos de referência dessas actividades.

As ilustrações seguintes representam os conceitos referidos com mais frequência pela enfermeira no conjunto dos dois relatos.⁶⁸ Podemos ver que as actividades principais da enfermeira durante as duas jornadas foram: cuidar, administrar, informar, registar, avaliar, alimentar, posicionar, comunicar, ajudar, observar, colher, vigiar e reabilitar (ver Ilustração 4).

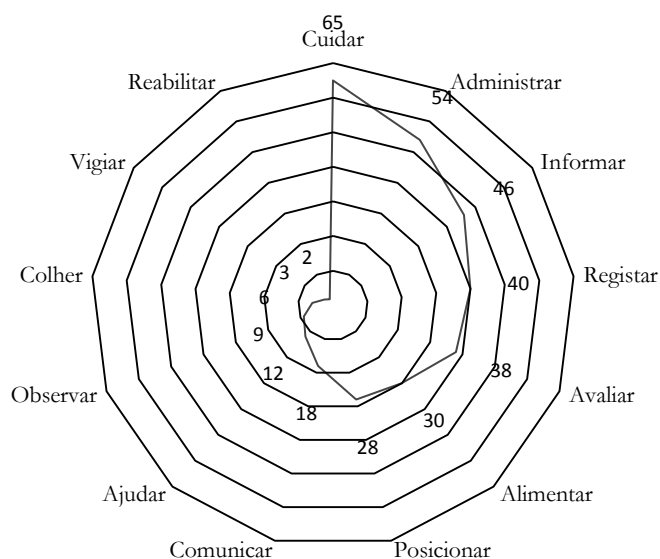


Ilustração 4 – Actividades do enfermeiro no dia-a-dia na UCCI-SCMP

A categoria “cuidar” surge no topo da lista, como conceito integrador da actividade de cuidados em enfermagem. A administração de medicamentos é a segunda principal função dos enfermeiros da Unidade. O acto de administrar é próprio da enfermagem e relaciona-se com o acto de prescrever, do médico (com excepção da administração da

⁶⁸ Para uma leitura em pormenor nas categorias mais frequentemente referidas pelos enfermeiros, ver o ponto 1 do Apêndice 7.

alimentação). A informação (ao paciente, às famílias, aos colegas, ao médico e a outros elementos da equipa multidisciplinar, ou ainda às empregadas da cozinha) aparece em terceiro lugar, seguida da actividade de registar. Esta actividade surge antes de outras mais directamente relacionadas com a prática da prestação de cuidados, como alimentar, posicionar, comunicar, ajudar, observar e reabilitar. A actividade de reabilitação ocupa o último lugar nas actividades da enfermagem, contrariando os pressupostos do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2010) que defendem a centralidade da reabilitação no âmbito da enfermagem em cuidados continuados integrados.

Considerando apenas as quatro actividades mais referidas pela enfermeira ($n \geq 40$), vemos claramente que os actos do tipo administrativo e comunicacional (informar e registar) estão intimamente ligados aos actos técnicos (cuidar, administrar). Porém devemos considerar a categoria “cuidar” como a súpula das restantes actividades. No cuidado, o enfermeiro administra, informa, regista, avalia, alimenta, posiciona, comunica, ajuda, observa, colhe, vigia e reabilita. Vemos, também, que a actividade de registo se sobrepõe a actividades tradicionalmente representativas da função do enfermeiros, como alimentar, posicionar, ajudar e colher.

A composição funcional da enfermagem na UCCI-SCMP não choca com o conteúdo funcional do enfermeiro (enfermeiro de nível 1) disposto no Artigo 7º do Estatuto da Carreira de Enfermagem, embora também não se adequa a ele directamente. O modelo teórico dos cuidados continuados integrados, que regula a actividade do enfermeiro na UCCI-SCMP, não se dirige especificamente a este conteúdo. Relacionando o disposto na estrutura da carreira de enfermagem com o modelo de cuidados continuados integrados, a alínea a) do n.º 1 do Artigo 7º sugere que este modelo deve ser complementado com um modelo específico da prática da enfermagem. Esta necessidade foi destacada pelo Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros, razão pela qual elaborou um referencial teórico (2009) dirigido especificamente para os enfermeiros que prestam cuidados no contexto das UCCI. Neste documento, a Ordem dos Enfermeiros reconhece que é necessário definir “Guias Orientadores de Boa Prática apoiados em evidências empíricas” (2009:10). Enquanto estes guias não surgem, a Ordem define como funções do enfermeiro em UCCI (2009:10): prestar cuidados numa estrutura articulada e integrada; identificar situações de risco potencial e de crise; intervir no sentido de tentar criar condições para a manutenção das pessoas no seu ambiente; contribuir para a gestão de casos; assegurar o apoio e o suporte emocional às famílias; potenciar a integração do doente no seio da família; incentivar as pessoas para a auto-ajuda e para o voluntariado; e contribuir para a existência

de informação – registos de enfermagem – que traduzam as práticas dos enfermeiros e os resultados de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

O Estado reconhece explicitamente a utilidade dos modelos teóricos na formalização dos aspectos práticos da actividade dos enfermeiros. Aqui é visível o modo como a enfermagem é produzida pela imaginação do legislador, em acordo com a noção de ficção de Jeremy Bentham (apud Ogden 1932; Delfour 1998). Isto é, as actividades realizadas pela enfermeira Sofia no contexto da UCCI-SCMP traduzem-se como entidades fictícias criadas pelo discurso, embora sejam faladas como se fossem reais. Devemos, portanto, entender as actividades da enfermeira como entidades perceptivas decorrentes de entidades inferenciais, ou seja, como traduções práticas de um dado texto, ou, como objectos socialmente construídos a partir de um determinado regime de verdade que as instituições, porque inspiradas num dado modelo representativo da *raison d'État*, produzem, conforme havia declarado Michel Foucault (cf. Potter 1996). Sendo assim, as actividades de enfermagem na UCCI-SCMP são reflexos das possibilidades de realização prática de um discurso, e, portanto, extensões do mesmo. É por esta razão que não encontramos correspondência directa entre o conteúdo funcional do enfermeiro conforme estipulado no Estatuto da Carreira de Enfermagem, mas, também, não vemos desadequação entre esse texto e a sua interpretação na realidade do cuidado em CCI. A enfermagem na UCCI-SCMP é o resultado de uma verdade mentalmente construída que envolve modos de expressividade e de discurso acerca de uma realidade concreta. Enquanto entidade perceptiva (actividade) reflexiva de uma entidade inferencial (modelo), a enfermagem joga-se entre o plano da discursividade e a sua expressão na interacção inspirada no cuidado de saúde.

Essa interacção reflecte, assim, o modo como o modelo teórico interfere na realidade do cuidado. Ou seja, a interacção é o objecto resultante da expressão do discurso institucional, que, em última instância, reflecte o discurso do legislador. Aqui se vê a natureza política do papel do enfermeiro. Ora, no contexto dos cuidados continuados integrados, os enfermeiros desempenham um papel particular numa dada dramaturgia que envolve outros actores. A integração do enfermeiro numa equipa multidisciplinar determina os limites da sua função e as características da sua participação na biopolítica dos CCI, mostrando, simultaneamente, o carácter interdependente dessa função. A identificação dos agentes envolvidos nos procedimentos dos cuidados de enfermagem não deve ser feita unicamente a partir dos discurso oficial. Como sugerimos acima, este discurso permite alguma flexibilidade. A própria Ordem dos Enfermeiros indica a

necessidade de se suportar o guia das boas práticas em evidências empíricas. Isto significa que é no plano da realização do cuidado que se constrói o seu cenário, o qual, por sua vez, é configurado pelos jogos de poder traduzidos em tensões resultantes da interdependência dos papéis dos vários agentes envolvidos nos cuidados (cf. Conquergood 1989). Em suma, as actividades da enfermeira Sofia na UCCI-SCMP traduzem, no plano visível, o resultado das tensões geradas pela interdependência dos vários profissionais envolvidos no jogo do cuidado de enfermagem. Contrariamente ao que se poderia supor a partir do discurso oficial, há elementos envolvidos no cuidado de enfermagem que não se bastam ao plano de integração horizontal do enfermeiro na equipa multidisciplinar.

A partir do Ilustração 5 é bem visível a centralidade que o doente tem no processo de prestação de cuidados de enfermagem, como, aliás, é defendido pela literatura especializada da enfermagem.

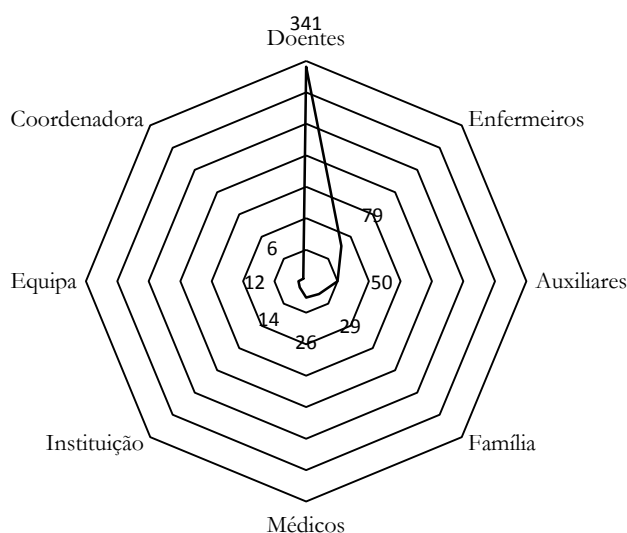


Ilustração 5 – Agentes envolvidos nas actividades do enfermeiro

A frequência das referências ao doente é nitidamente superior aos restantes actores envolvidos na dramaturgia do cuidado em vigor na UCCI-SCMP. À medida que nos distanciamos do centro do drama do cuidado, ocupado pelo doente e pelo enfermeiro, vemos que os principais elementos em relação aos quais se estabelece a interdependência nos cuidados de enfermagem são os auxiliares, a família e os médicos.

Vemos, também, que a instituição interfere mais proximamente nos cuidados que a equipa multidisciplinar tomada no seu conjunto. A Enfermeira Coordenadora é o elemento que menos intervém directamente na prestação de cuidados de enfermagem.

Estes dados merecem uma maior reflexão. Notamos que os cuidados de enfermagem envolvem, especialmente, o doente, o enfermeiro e o auxiliar (≥ 50); que a família é mais importante na prestação de cuidados de enfermagem do que o médico; que a instituição tem um papel importante na realização dos cuidados (mais importante que o da equipa multidisciplinar no seu conjunto e do que o da Enfermeira Coordenadora). A escassa referência à Enfermeira Coordenadora indica que o seu papel na prestação dos cuidados não é muito importante. Com efeito, a enfermeira referiu que o papel desta era muito importante, mas, apenas como reguladora do cuidado, não como cuidadora. Finalmente, não há referências significativas aos restantes elementos da equipa enquanto agentes com os quais os cuidados de enfermagem se relacionam directamente. Apenas se refere uma vez os fisioterapeutas, a terapeuta ocupacional, as administrativas e a terapeuta da fala, a propósito da sua função de gestores de alguns casos. Em suma, os dados sugerem que os cuidados de enfermagem são prestados, em especial, pela complementaridade dos papéis dos enfermeiros e dos auxiliares. A análise revela que as actividades dos enfermeiros na UCCI-SCMP são realizadas pela interdependência do seu papel com os papéis dos diferentes intervenientes no cuidado.

As actividades desempenhadas neste quadro interpenetram elementos particulares característicos dos cuidados na instituição. Através do Ilustração 6 (ver página seguinte) podemos constatar que a actividade da enfermeira incide especialmente na realização de pensos para tratar as feridas resultantes de úlceras de pressão em doentes em situação de maior dependência que se encontram imobilizados. Vemos, também, que a administração da alimentação por sonda nasogástrica, de insulina, segundo um protocolo específico, e da terapêutica, em especial para controlo da dor, ocupam posições cimeiras na actividade da enfermeira. A referência à medição da glicémia indica a presença de pessoas que sofrem de diabetes e, conseqüentemente, a necessidade de se manter um controlo regular dos seus níveis, de acordo com as prescrições médicas.

Estes indicadores reflectem o valor central da terapêutica na prestação de cuidados de enfermagem, como, aliás, tinha sido revelado pela elevada frequência da actividade de administrar (rever Ilustração 4, supra).

A enfermeira revela dar grande importância à obtenção do consentimento informado. Vimos que este procedimento pode ser dificultado, mas, como a enfermeira refere, há sempre maneira de comunicar com o paciente, pois, é a sua saúde e o seu corpo que estão em jogo durante a prestação dos cuidados. A julgar pelo relato da enfermeira, a saúde, situa-se como finalidade remota do cuidado, justificando que a enfermeira preste o

cuidado mesmo que para isso se veja na necessidade de invocar o princípio da beneficência; o corpo, situado no centro do campo de jogo, é a dimensão material da vida do paciente, e deve ser problematizado de acordo com a perspectiva de quem o *é* e o *tem*. Em contrapartida, a doença está associada à vida do paciente (os dois conceitos são referidos com a mesma frequência). Estes dados sugerem que a enfermeira entende ser através da prestação de cuidados no corpo que se transforma a vida doente em saúde, que é, por si só, sinónimo de vida.

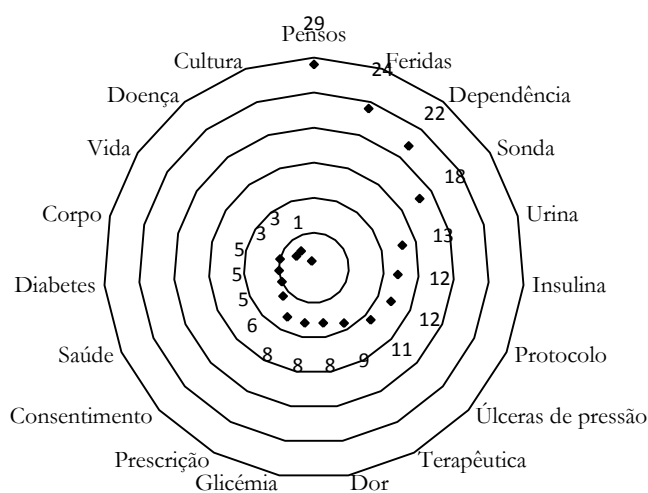


Ilustração 6 – Elementos de referência na actividade do enfermeiro

Salienta-se, ainda, a referência mínima à cultura. Este dado revela a pouca sensibilidade da enfermagem para a dimensão cultural do cuidado, reflectida tanto na interpretação que o paciente faz sobre a saúde e a doença, e, por conseguinte, sobre o cuidado e sobre o próprio enfermeiro, como na necessidade de se pensar estas *realidades* como constructos culturais, entre os quais se inclui o lugar do enfermeiro na sociedade.

Considerando a totalidade das categorias mais frequentemente referidas pela enfermeira para representar o papel do enfermeiro na UCCI-SCMP, selecionei como constituintes nucleares da representação as categorias referidas mais de vinte vezes; as restantes formam a sua periferia. A imagem objectiva (objectivação) da representação foi

identificada de antemão e consiste precisamente na “enfermagem na UCCI-SCMP”; o processo de ancoragem é realizado pela utilização do conjunto total das categorias mais representativas (com referência mais frequente), e foi analisado nos parágrafos anteriores. Sendo assim, o núcleo da representação está representado graficamente na ilustração seguinte.

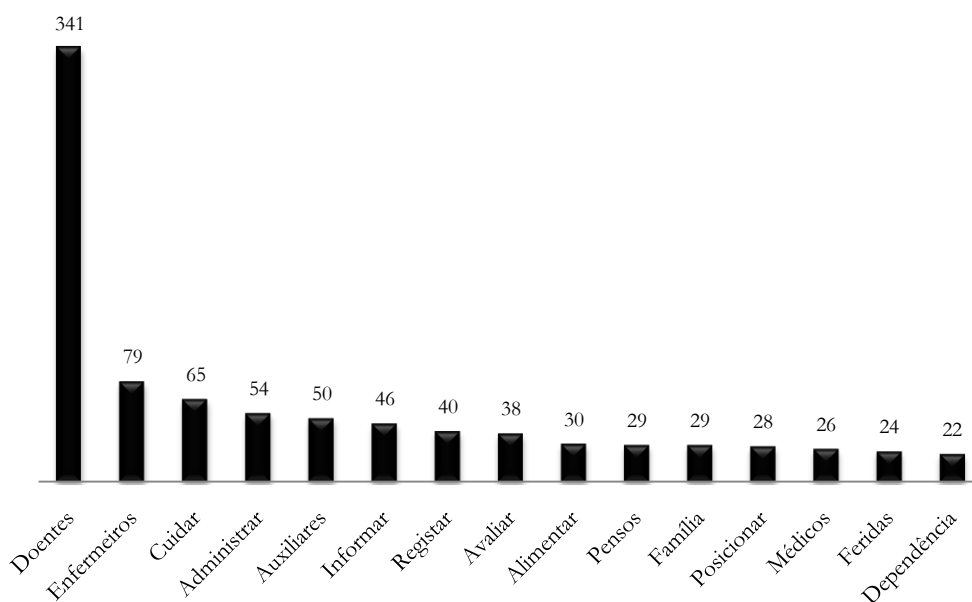


Ilustração 7 – Categorias nucleares da representação da enfermagem na UCCI-SCMP

De acordo com a teoria do núcleo central das representações (Abric 2009 [1989]), as categorias representadas na ilustração formam a estrutura mais resistente da representação da enfermagem na UCCI-SCMP. Assim, a enfermagem na UCCI-SCMP envolve os *enfermeiros* e os *doentes* no acto de *cuidar*, onde também intervém o *auxiliar*, e é especialmente caracterizada pela *administração* da terapêutica e da *alimentação*, pela troca de *informação*, pela realização de *registos* e pela *avaliação* da evolução das *feridas* cujos *pensos* é necessário fazer regularmente, especialmente no caso dos doentes *dependentes*, os quais devem ser *posicionados* com frequência, e é um processo no qual também estão envolvidos a *família* e o *médico*.

A análise das actividades realizadas pela enfermeira Sofia ajuda-nos a compreender os limites da responsabilidade dos enfermeiros no campo definido pela UCCI-SCMP. Contudo, a dimensão prática do cuidado apenas representa uma parte da realidade da

enfermagem. É necessário percebermos como é que as actividades da enfermeira são enquadradas pela instituição, de modo a podermos entender a sua integração nos seus rituais e, assim, vislumbrarmos o modo como a biopolítica, traduzida nas directrizes da política de gestão da qualidade da Unidade, moldam essas actividades. A ponte entre esta política e a prestação de cuidados é estabelecida pela Enfermeira Coordenadora.

1.5.2. Funções da enfermeira coordenadora

A Enfermeira Coordenadora está hierarquicamente dependente do Director Clínico. Segundo as informações dadas por uma enfermeira, as suas funções na UCCI-SCMP estão a ser redigidas para serem integradas num manual de funções a ser incluído no sistema de gestão da qualidade. Na parte correspondente à Unidade, constante no Manual de Qualidade Tipo, o conteúdo funcional da Enfermeira Coordenadora é, essencialmente, “orientar e coordenar tecnicamente a actividade dos profissionais de Enfermagem e Auxiliares de Acção Médica da UCCI, garantindo a qualidade técnica dos cuidados prestados e assegurando a articulação e complementaridade entre profissionais e Unidades; compatibilizar, do ponto de vista técnico e em articulação com os restantes profissionais, o plano de acção a apresentar pela UCCI no âmbito da prestação de cuidados; propor a admissão de pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar, considerando o interesse institucional, e participar no processo de recrutamento e selecção; proceder à avaliação anual do desempenho do pessoal sob a sua direcção; promover a formação, actualização e valorização profissional dos Enfermeiros e do pessoal auxiliar; assegurar a implementação do plano de intervenção definido para cada Cliente/utente pela equipa multidisciplinar; garantir a efectivação do registo de todos os cuidados prestados ao Cliente/utente e outra informação relevante; e acompanhar e avaliar sistematicamente o exercício da actividade dos profissionais, zelando pela observância dos princípios da qualidade técnica, da eficácia e da eficiência.”

O Regulamento Interno da UCCI-SCMP pormenoriza as funções da profissional. De acordo com este documento, a orientação e coordenação técnica das actividades dos enfermeiros e dos auxiliares consiste em: “garantir e acompanhar a implementação do “Plano Individual de Cuidados” [e] as avaliações e registos [...]; compatibilizar, do ponto de vista técnico e em articulação com a Direcção Clínica e a Equipa Multidisciplinar, os “Planos de Intervenção Articulada” apresentados pelas diferentes unidades envolvidas na

prestação dos serviços [...]; acolher o doente no momento da sua admissão e prestar toda a informação necessária ao próprio e seus familiares, assim como aplicar os inquéritos de satisfação; participar no processo de admissão de pessoal de enfermagem e de auxiliares da acção médica [...]; elaborar e supervisionar o cumprimento dos horários de trabalho [...]; acompanhar e avaliar sistematicamente o exercício da actividade da enfermagem [...]; programar as actividades da unidade, definir as responsabilidades e as obrigações específicas do pessoal de enfermagem e do demais pessoal sob a sua responsabilidade; fazer a gestão dos recursos do serviço [...]; promover a humanização dos cuidados prestados [...]; incentivar a adopção de medidas que garantam a segurança dos doentes, trabalhadores e público em geral [...]; zelar activamente pelo controlo da infecção hospitalar e pela correcta gestão de resíduos no âmbito de uma política geral de qualidade e de gestão do risco; garantir o registo correcto e atempado de toda a informação relacionada com o estado de saúde dos doentes e com os cuidados prestados no processo clínico individual; desenvolver e incentivar um clima de trabalho em equipa e de corresponsabilização pelos resultados [e]; manter a disciplina do pessoal sob a sua orientação e assegurar o cumprimento integral do regime de trabalho.”

A estas funções acrescenta-se a base funcional definida pelo n.º 3 do Artigo 7º do Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, onde, além das funções referidas, se inclui a “emissão de pareceres sobre localização, instalação e funcionamento, pessoal e organização das unidades prestadoras de cuidados [e] realizar ou colaborar em trabalhos de investigação em enfermagem visando a melhoria dos cuidados de enfermagem”.

Este extenso rol de funções da Enfermeira Coordenadora é ambicioso. Tal abrangência funcional, que está mais directamente ligada à gestão da Unidade e dos serviços de enfermagem e dos auxiliares do que à prestação dos cuidados em si, atribui à Enfermeira Coordenadora uma posição cimeira nos destinos da instituição e na configuração dos seus rituais. Do conjunto das funções enumeradas algumas merecem especial atenção neste trabalho.

Primeiramente, a função de promover a formação, actualização e valorização profissional dos Enfermeiros é dificultada na realidade, como vimos a partir do relato da enfermeira Sofia. Esta enfermeira refere claramente que não há formação na instituição, embora haja necessidade.

Em segundo lugar, a função de “garantir o registo correcto e atempado de toda a informação relacionada com o estado de saúde dos doentes e com os cuidados prestados

no processo clínico individual” encontra-se, também ela, dificultada, especialmente no que concerne à actualização dos processos, como a enfermeira Sofia havia salientado.

Finalmente, o objectivo de manter a disciplina do pessoal sob a sua orientação, em particular, supervisionando o cumprimento dos horários de trabalho não parece ser possível de cumprir devido ao curto período em que a Enfermeira Coordenadora está na Unidade, que, embora, segundo a sua opinião, trabalhe à volta de trinta e cinco horas semanais, não deixa de estar presente durante poucos dias (de acordo com o horário de enfermagem, a Enfermeira Coordenadora contabiliza 64 horas por mês, correspondendo a 16 horas semanais). Devido a este constrangimento, e embora possa delegar em outro profissional a sua função, a Enfermeira Coordenadora não poderá realizar esta função de forma sistemática, como o Regulamento determina.

1.6. Protocolo de cuidados em vigor

A assunção do modelo de cuidados continuados integrados motivou a mudança das regras do jogo da prestação de cuidados. Na UMDR privilegia-se sobretudo uma enfermagem de reabilitação. Neste contexto, a OE recomenda a introdução desta especialidade em todas as unidades da RNCCI. Além desta especialidade, a Ordem recomenda, também, a integração das especialidades de enfermagem médico-cirúrgica (especialmente em UC e UMDR), saúde infantil e pediátrica, saúde mental e psiquiátrica e saúde comunitária – do idoso e geriátrica. De acordo com a OE (2009), o enfermeiro especialista em reabilitação “concebe, implementa e monitoriza planos de reabilitação, baseados nos problemas de saúde reais e potenciais resultantes de uma alteração da capacidade funcional da pessoa idosa e/ou alteração do estilo de vida resultante de deficiência/incapacidade ou doença crónica. Compete-lhe ainda tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações/incapacidades secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa”.⁶⁹ Porém, a OE lembra que ainda não está implementado um modelo de desenvolvimento profissional onde se possa enquadrar o título de enfermeiro especialista. A enfermagem de reabilitação foca-se principalmente na

⁶⁹ Vemos que, no âmbito dos CCI, os objectivos da função do enfermeiro relegam a “promoção da saúde e prevenção da doença” para um plano complementar, contrariamente ao disposto no REPE.

funcionalidade e na capacidade (Conselho de Enfermagem 2010), conceitos promulgados pela OMS, na CIF.

No caso da UC, a enfermagem tem como principal objectivo recuperar o bem-estar da pessoa. Mas, conforme informa uma enfermeira, *alguns doentes chegam cá e nós sabemos que não vão ter sucesso.*

Complementarmente, o facto de o enfermeiro em CCI estar integrado numa equipa multidisciplinar que trabalha em função da continuidade dos cuidados inclui-o numa rede funcional onde estão incluídos agentes políticos, gestores e prestadores de cuidados. Esta “enfermagem em rede” (cf. Dias & Santana 2008:15) é potenciada pelos sistemas de informação nos quais assumem destaque as tecnologias de informação e comunicação. Em virtude de ter que se movimentar nesta rede, o enfermeiro em CCI deve ter competências “de relacionamento interpessoal, bem como as competências de gestão, capacidade de usar bem o recurso informação e os sistemas de informação” (Dias & Santana 2008:16).

Quando perguntei à enfermeira mais antiga qual era o protocolo de cuidados em vigor, ela respondeu-me que não sabia responder, mas, acabou por relacionar a enfermagem que se pratica na Unidade com o modelo dos Cuidados Continuados Integrados: *é uma equipa que tem que trabalhar sempre em interacção. É uma equipa interactiva. Por exemplo, isto que está aqui, eram os enfermeiros que faziam tudo. Faziam de assistentes sociais, faziam de psicólogos, faziam de fisioterapeutas, faziam de tudo... Andei montes de anos a fazer tudo. A gente era, tintim por tintim, não falhava nada. Pronto, éramos nós que fazíamos tudo... A partir de determinada altura, começaram a haver mais cursos. Estes cursos de fisioterapia... Prontos, começaram a haver funções que não havia. Havia muitos mais enfermeiros. Os enfermeiros é que tomavam conta disto tudo, não é? Começaram a diminuir os enfermeiros e a aparecer outras funções, outras actividades. E, por exemplo, começou a aparecer fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos e isso tudo...*

Tentei perceber melhor qual o lugar do enfermeiro na equipa. Perguntei-lhe se o médico, visto que coordenava a equipa, tornava o papel dos outros profissionais secundários, ao que ela respondeu: *secundários, não. Muitas das vezes, se não fosse o enfermeiro, o doente morria.* E acrescentou: *quando eu tiver esta idadezinha, deixem-me dormir até à hora que eu quiser. ...Vai levantar,... vai ao duche..., vai não sei quê... Fica na cadeira. Quer ir para a cama e não o deixam. Isso é contra-natura... Ai, meu Deus do céu. Isto é uma violência, não é? É contra-natura...*

Como vemos, o protocolo de cuidados em vigor da UCCI-SCMP é criticado por alguns enfermeiros. Uma enfermeira apresentou, em pormenor, os problemas do protocolo. Ela refere que sentiu muita diferença em relação aos cuidados de enfermagem

comuns. Essas diferenças observam-se, em especial, *nas burocracias. Há muito mais burocracia do que outra coisa... A papelada. Essas coisinhas...* Nas palavras da enfermeira, *temos que nos preocupar é em relação aos doentes. Em prestar cuidados de enfermagem.* Ela refere que antes *havia muito mais enfermeiros e muito menos doentes distribuídos. Cada um tinha cerca de dez doentes. Claro que o apoio que podíamos dar a esses doentes é muito maior do que o que agora podemos dar. Eu tenho da minha parte, vinte e três doentes. Qual é a situação em que evoluem esses doentes?... Para dar mais a um tenho que dar muito menos a outros.* Por sua vez, a burocracia traduz-se pelos *imensos registos.* Além disso, a enfermeira queixa-se que, agora, tem que *vigiar, vigiar entre aspas, o trabalho do auxiliar, que é ele que vai posicionar os doentes; é ele que faz isso tudo. O que eu acho incorrecto. Se houvesse mais gente na equipa de enfermagem, nós tínhamos a possibilidade de fazer os posicionamentos com a auxiliar e conseguíamos prever certas situações que, às vezes, acontecem e que não deveriam acontecer.* O mesmo se passa com a administração da alimentação, que, *muitas vezes é dada só pelo auxiliar,* enquanto, antes, *era dada por nós todos, em conjunto.* De acordo com a enfermeira, a enfermagem da Unidade resume-se quase exclusivamente à administração da medicação. A enfermeira frisa que *há muitas coisas diferentes: os médicos nunca cá vêm ver os doentes quando vêm de lá [do hospital]. Ficam com a medicação com que vêm embora, fora. Como é que pode um doente estar num sítio e não ser visto por um médico; não ser vista a medicação e não sei quê? Vão-se basear em quê, depois? Na medicação que tinham lá do outro lado? Provavelmente, o doente, em casa, vai fazer a mesma medicação. Porque é que não vêm cá falar com o doente para se saber qual é a melhor medicação para ir? Temos que nós andar sempre a chamar? A deixar recados? Isso não é forma de trabalhar. Os colegas ficarem sentados aqui [posto] enquanto os auxiliares estão ocupados. Isso não é forma de trabalhar. Eu não trabalho assim. E são nove anos, mas nunca trabalhei assim. E fui das primeiras pessoas quando passou para isto, para cuidados continuados, e quando eles começaram, eu fui das primeiras pessoas que reclamei. Porque não acho que é correcto. Porque é assim: é completamente diferente dar atenção a certo tipo de doentes, ou tipo de tratamentos que a gente tenha a dez doentes ou a mais de vinte. É completamente diferente. E os cuidados de enfermagem são completamente diferentes para dez doentes. Antes havia quatro enfermeiros de manhã – estou a falar do total, dos dois internamentos – e à tarde éramos dois enfermeiros aqui e dois lá, daquele lado. Agora há dois, um aqui e um lá. É o que está escalado. Eu estou com doentes daquele lado... veja lá, o que eu vou fazer lá [na UMDR]: notas, faço algumas notas e algumas coisas consoante o colega me diz do que se passa lá, com aqueles doentes. Porque, muitas vezes, eu não tenho tempo de ir lá ver o que se passa com eles. O colega que está lá, basicamente, vai controlando aqueles quartos, mas, aqueles quartos são meus doentes. Tenho que dividir o internamento com o outro para não ficar uma diferença de... está a perceber?... muito grande.*

Pergunto-lhe se o seu papel é o de um gestor de casos. A enfermeira responde que não, porque não é *da casa*, e, só estes é que podem ser gestores de casos, *inclusivé, secretários da Unidade que não conhecem os doentes, nem sabem o que são cuidados de enfermagem, mas, está bem, a mim é-me indiferente.*

Apesar destes problemas, a enfermeira reconhece que há alguns aspectos positivos dos cuidados continuados integrados, como a introdução da fisioterapia nas equipas, já que, *a maioria [dos doentes] vem cá para fazer reabilitação. É ótimo, desde que eles sejam avaliados por um fisiatra... Antes, éramos os únicos, mas, já havia um fisioterapeuta. O ginásio veio muito mais tarde. E, conclui, o enfermeiro está a circular e mais nada.*

1.6.1. Protocolos clínicos em vigor

Os protocolos clínicos podem constituir-se como esquemas de aplicabilidade geral ou especial (como no caso do protocolo de administração da insulina, referido pela enfermeira Sofia). O esquema geral da clínica na UCCI-SCMP segue os pressupostos da continuidade de cuidados com vista à reabilitação dos pacientes.

Na opinião do médico fisiatra o protocolo definido para a reabilitação na Unidade é limitado e, em certos aspectos, contraproducente: *pelo menos tenta-se fazer terapia ocupacional. O trabalho de fisioterapia é diferente, é mais em grupo, mais direccionado para a funcionalidade, para a realização pessoal do doente. Por exemplo, jogar às cartas ou ao dominó com algum doente, que é uma actividade que abrange processos necessários para realizar actividades do dia-a-dia... Actividades mais por estimulação... Valia a pena... A reabilitação não se pode fazer sempre, não é? Segundo o médico, os doentes estão sozinhos, não têm desenvolvimento social. Têm que ter... Não se sentem à vontade. E portanto, é um pouco aborrecedor. Não se diz nada. Os doentes vinham cá para baixo: passeiem, vistam-se para a frente e andem à vontade, até para ir comer. Com a ajuda dos terapeutas... A funcionalidade é isso mesmo. Agora estão numa fase de abaixamento da sua função social. É preciso muito mais gente e, depois, há as expectativas criadas à volta. Como é que eu posso ajudar se eu não souber o que a pessoa faz em casa? Se eu não souber aquilo que ele faz no dia-a-dia? É quase como nos hospitais do século XIX...*

Digo-lhe, que, por aquilo que ouço das pessoas, as cismas pioram a sua situação, e, se calhar, até impedem de progredir na reabilitação. O médico concorda e remata: *eles já não conseguem ouvir...*

2. Documentação e serviços acessíveis ao doente estrangeiro

2.1. Informação dirigida à população estrangeira

De acordo com a Enfermeira Coordenadora, não existe informação dirigida à população estrangeira na Unidade.

2.1.1. Idioma estrangeiro nos meios de informação ao público

Com efeito, tanto com base na observação dos cartazes afixados na instituição e da sinalização no interior da Unidade como a partir da consulta dos documentos reguladores, não vi um único texto escrito em língua estrangeira. Perguntando à secretária da Unidade se havia alguma versão do Guia de Acolhimento em inglês, ela respondeu-me que estavam a pensar em realizar uma tradução, mas que, de momento, apenas havia em língua portuguesa.

Este aspecto poderia não surpreender grandemente se a Unidade se situasse numa região menos habituada a lidar com populações estrangeiras, mas, a região do Algarve é o principal destino turístico do país, a tal ponto de se ter construído uma anedota sobre isso: costuma-se dizer que a língua inglesa é a segunda língua oficial da região, ou mesmo a primeira. De facto, se nos dirigirmos à baixa da cidade de Portimão vemos claramente o uso da língua portuguesa e da língua inglesa nos estabelecimentos comerciais, e, em especial na Praia da Rocha, existem muitos espaços comerciais geridos por ingleses ou de outras nacionalidades, onde apenas se fala língua estrangeira e as mensagens ao público também estão em língua estrangeira, em especial a inglesa. Perante isto, não deixa de nos surpreender que as instituições que prestam serviço ao público, em particular as de saúde, negligenciem esta particularidade na comunicação com os seus clientes/utentes.

3. Processo de integração do doente estrangeiro por parte dos enfermeiros

3.1. Acolhimento de enfermagem

Durante a observação não tive oportunidade de testemunhar qualquer processo de acolhimento, mas, a julgar pelos desabafos dos pacientes estrangeiros com quem falei, há um défice de compreensão da dinâmica dos serviços e, em especial, da interacção com os enfermeiros.

3.1.1. Acolhimento ao público estrangeiro

A todos os pacientes estrangeiros que encontrei na Unidade perguntei se tinham dificuldade em fazer-se compreender junto dos enfermeiros e em compreender estes. Todos eles me disseram que os enfermeiros não percebiam bem o que eles diziam. Se tivermos em conta que a língua cria o mundo (Jäger 2009), então, pelo facto de os doentes estrangeiros não se fazerem compreender pelos, nem compreenderem os, enfermeiros, pode resultar na produção de confusões sobre a própria realidade do cuidado. Ora, como este tem carácter impositivo (ver o caso do princípio da beneficência), são os pacientes que mais sofrem com a incompreensão linguística, vivendo num mundo próximo da ausência de linguagem com a qual operar com a realidade, um pouco à imagem de Victor de Aveyron e de Kasper Hauser.

Os impactos da falta de domínio da língua nos cuidados de saúde foram estudados junto de comunidades estrangeiras em Portugal sob as perspectivas sociológica (Sousa 2006; Ramos 2001) e antropológica (Lechner 2009). Porém, em nenhum destes trabalhos foram observados esses impactos no terreno onde se realiza o cuidado, desligando-se os mesmos do contexto político da sua produção. Além disso, não há referência, em nenhum local, da obrigatoriedade em as instituições de saúde se dotarem com mecanismos para combater este problema, remetendo-se para as escolas a necessidade de os prevenir.

B – REPRESENTAÇÕES BIOMÉDICAS DA SAÚDE E DA DOENÇA

Como estratégia de estudo da interferência do modo como os enfermeiros representam a saúde e a doença com as modalidades práticas dessa representação num contexto culturalmente plural, selecionei como categorias de análise das representações da saúde e da doença tidas pelos enfermeiros da UCCI-SCMP a representação linguística – que nos mostra o modo como os enfermeiros teorizam a doença, considerando-se os seus conhecimentos e as suas atitudes sobre e perante ela –, a representação prática – que nos mostra como as interações terapêuticas, como formas de ritualização institucional, são realizadas num ambiente multicultural, o qual, eventualmente, amplia os contornos da disparidade entre as explicações dadas à realidade terapêutica – e a comunicação com doentes estrangeiros – onde se pode descobrir como se realiza a negociação entre os modelos explicativos do profissional e do doente estrangeiro, cuja forma privilegiada se reflecte na comunicação, onde o consentimento informado ocupa um lugar central.

4. Representação linguística

Neste ponto interessa interpretar o sentido dado pelos enfermeiros à saúde e à doença, considerando-se o mesmo como resultado do processo de incutição das representações, isto é, como um reflexo da *chrestomathia* que formou nesses profissionais a consciência do seu papel no âmbito da regulação da relação entre a saúde e a doença. Como as noções de saúde e de doença reflectem a aprendizagem dos enfermeiros, e como a principal função dos sistemas médicos consiste em dar significado à doença nomeando e definindo as suas causas (Kleinman 1973, apud Stoeckle & Barsky 1981), não podemos compreender as representações profissionais da saúde e da doença sem estudar a forma como os enfermeiros justificam a presença da doença.

Como meio de abordagem dos resultados da formação da consciência do enfermeiro no contexto da prestação de cuidados em ambientes multiculturais, considera-se, portanto, que os principais indicadores da formação da consciência do seu papel são a representação que ele faz da saúde e da doença, a sua interpretação destas (modelo

etiológico) e a avaliação da sua intervenção na estrutura por elas formada (modelo terapêutico).

4.1. Modelo explicativo da saúde e da doença

Segundo Arthur Kleinman (1978), o modelo explicativo da saúde e da doença representa as orientações que as pessoas em geral seguem para lidarem com a experiência da doença (*illness*) e com a sua manifestação (*disease*). No caso dos profissionais de saúde, o modelo explicativo traduz o modo como a cultura molda a visão biomédica da realidade clínica, determinando as propostas em causa na negociação que ocorre durante as interações terapêuticas, em seguimento da hipótese de George Engel (1977), relacionada com a tese de Zbigniew Lipowski (1970), apoiada na ideia segundo a qual a doença é subjectivamente interpretada (cf. Lipowski & Stewart 1973) e, por isso, o modo como se representa a realidade da saúde e da doença está relacionado com o modo como os profissionais de saúde realizam a sua prática. Assentando no pressuposto segundo o qual os significados simbólicos atribuídos à doença são os meios culturais para gerir os problemas clínicos, o estudo dos significados da saúde e da doença adquirem especial importância em contextos de mudança social e de pluralismo cultural (cf. Kleinman 1978), onde as diferenças entre os modelos explicativos podem reflectir-se em realidades clínicas díspares, as quais, não sendo identificadas, podem causar conflitos na interacção terapêutica.

4.1.1. Representações da saúde

As respostas dadas pelos dezasseis enfermeiros à pergunta “o que é a saúde?”, são muito idênticas. À excepção de dois enfermeiros, os restantes definiram a saúde como o “bem-estar físico, psicológico/mental e social, e não apenas a ausência de doença.” A categoria linguística mais presente nas definições é “bem”, relacionada com o substantivo “estado” e com o verbo “estar”. A imagem utilizada para objectivar a saúde está, portanto, materializada na definição da OMS, de 1946.

Os dois enfermeiros que recorrem a definições diferentes referem que a saúde é ter as *funções psicobiossociais bem estruturadas* (enfermeira Susana) ou que é um *estado subjectivo* (enfermeiro Jorge).

Embora adquirida através da formação, esta objectivação está ancorada em justificações diversas. Cada enfermeiro perspectiva a definição da OMS recorrendo a explicações próprias. No geral, os enfermeiros reconheceram a dificuldade em justificar a definição que apresentaram. A meu ver, esta dificuldade deve-se à inexistência de uma justificação oficial que acompanhe a definição, pois, a OMS não explica porque é que define a saúde desta maneira.

A enfermeira Sofia justifica a sua definição lembrando, como a própria OMS havia incluído na definição, que a saúde *não é só a ausência de doença (...), mas as pessoas sentem-se bem com elas próprias*. Segundo esta enfermeira, a explicação depende tanto da experiência pessoal como da experiência de observação. A enfermeira remete para o reflexo em si daquilo que vê nos outros: *o que eu vejo nos outros também se reflecte no que eu vejo em mim. Se, para os outros, é ausência de doença, estarem sem dores, estarem... pronto... e, se calhar, ponho-me na pele deles...* Vê-se nesta explicação que a enfermeira defende que a saúde *não é só a ausência de doença*, mas, em contrapartida, afirma que, *se para os outros, é ausência de doença*, então aceita tal explicação, pois, reflecte o que vê nos outros. Não deixamos de ver aqui uma contradição, pois, por um lado, a saúde *não é só a ausência de doença* (perspectiva conforme à definição da OMS), mas que também *pode ser* (perspectiva dos outros). Esta ambiguidade está presente na própria expressão avançada pela OMS, que significa que não ter doença é suficiente para se ter saúde, mas não explica como uma pessoa que não está doente pode não ter *bem-estar*.

Para a enfermeira Susana, ter as *funções psicobiossociais bem estruturadas* significa que *se o doente tiver uma alteração a nível psicológico nunca pode estar bem fisicamente*. Esta explicação da sua definição de saúde mostra ser muito redutora. Uma segunda leitura revela que, com esta justificação, a enfermeira pretende realçar a integração biopsicológica, mas nada refere quanto às implicações das alterações a nível social na saúde, embora o “social” esteja incluído na sua designação. Além disso, não é possível perceber a partir desta explicação o que é que a enfermeira entende por “função psicobiossocial”, já que não explica a razão porque considera a função um conceito tridimensional, muito menos o que são *funções psicológicas* ou *funções sociais*.

A enfermeira Inês explica a sua definição relacionando a saúde com a vida. Na sua perspectiva, *a saúde é que nos faz viver. É a nossa vida, é a nossa saúde. A nossa vida reflecte-se como a*

nossa saúde. Aparentemente, esta explicação entende a saúde como sendo a vida, equivalendo a dizer que vida é saúde. Isto induz a pensar que a doença não faz parte da vida, colocando-a para além ou para aquém da vida, isto é, do lado da não-vida (ou morte). Vimos, especialmente com Canguilhem e, indirectamente, com a filosofia nietzscheana, que a vida é constituída por saúde e doença, ou seja, que, tanto a saúde como a doença são partes integrantes da experiência de vida de todos os indivíduos, podendo, mesmo, a experiência de uma saúde débil ser fundamental para se tomar consciência da vida, tornada pensável pelo “ruído” dos órgãos, símbolo da existência de um perigo que remete para a necessidade de pensar a vida como um conjunto de experiências pautadas pela oscilação entre uma normatividade inferior e uma superior. Em Canguilhem (2007 [1966]), especialmente, a vida só é, de facto, tornada consciente quando o silêncio dos órgãos é interrompido.

A referência à saúde como um equilíbrio, feita pela enfermeira Alice, remete para o conceito de homeostase de Walter Cannon (1939 [1932]). Para esta enfermeira, a *saúde é um equilíbrio, uma forma de equilíbrio na função do organismo, quer seja física, quer seja mental*. Vemos, aqui, que a enfermeira procura conciliar a definição de saúde atribuindo-a às causas inerentes à sua existência. Isto é, tendo esta enfermeira definido a saúde como um *bem-estar*, complementa a definição com a sua explicação, sugerindo que não é possível representar a saúde sem formular atribuições sobre a doença, tal como tinham defendido Stoeckle & Barsky (1981). Por outras palavras, explicar a saúde implica justificar a sua ausência, mostrando-se, mais uma vez, que a saúde e a doença são referidas para se explicarem reciprocamente, e, por isso, são elementos estruturantes do mesmo esquema mental. Utilizando o equilíbrio para explicar a sua definição de saúde, esta enfermeira relaciona o bem-estar com a manutenção das funções num estado equilibrado. Ora, como o trabalho de Hans Selye (1946) sobre o *stress*, mostrou, o equilíbrio só pode ser atingido num plano abrangente que envolve as oscilações específicas verificadas pela mudança provocada pela interferência das situações com os seres vivos, processo ao qual chamou heterostase (1973). Isto significa que, pura e simplesmente, sem desequilíbrio não há vida. A própria constituição química da matéria orgânica é baseada no desequilíbrio atómico dos seus compostos básicos. Carbono, hidrogénio, oxigénio e azoto têm massas atómicas diferentes e são elementos diferentes, e a sua coexistência não é, por norma, igual em todos os organismos, tal como as análises bioquímicas demonstram. O próprio metabolismo celular é, ele próprio, o resultado de desequilíbrios de valores, que dinamizam os fluxos de energia. Do mesmo modo, é sabido, a partir do desenvolvimento da teoria do caos, que os

batimentos cardíacos têm na sua origem movimentos caóticos, criados no nó sinusal. Esta luta constante entre homeostase e heterostase mostra que a vida é, ela própria, um caosmos (cf. Guattari 1992), e que a ordem é uma possibilidade tornada real pelo caos (Caldwell 2009).

A enfermeira Teresa simplesmente não justificou a razão porque adoptou a definição da OMS. A ancoragem na definição da OMS é claramente revelada pela enfermeira Maria. Ela refere explicitamente que utiliza a definição da Organização, mas, por outro lado, faz recair no indivíduo em questão a definição da saúde. Esta enfermeira defende que o indivíduo *pode estar doente e não se sentir doente. É uma experiência que é própria a cada um. Por ser uma experiência é subjectiva. Por isso é que é um bocado difícil definir...* Considera, portanto, que, devido ao carácter subjectivo do conceito, *uma pessoa não consegue definir o conceito de saúde na plenitude*. Esta conclusão faz depender o bem-estar da *postura de cada um*, portanto, *não se consegue definir totalmente, por causa disso...* Esta justificação sugere que, ao descrever a saúde como um estado, a definição da OMS não é objectiva nem sequer suficiente, determinando, apenas, que esse estado é primeiramente sentido pelo sujeito. Ao dizer que uma pessoa pode estar doente sem se sentir doente, a enfermeira está, simultaneamente, a dizer que o indivíduo é o primeiro a determinar se está ou não doente. Se nos lembrarmos, novamente, da tese de Canguilhem (2007 [1966]), assim como das de Nordenfelt (1987, 2007) e de Hacking (2003 [2007]), o estado de saúde não está propriamente dependente do sentimento, pois, trata-se de uma condição em que não se sente nada, em que os órgãos estão silenciosos; apenas a doença se revela no sentimento. Com efeito, a perspectiva da enfermeira parece aproximar-se destas teses, pois, como ela própria refere, mesmo podendo estar doente, mas não se sentindo doente, para si, o indivíduo vive numa condição saudável. Aqui encontramos uma contradição entre a definição da OMS, defendida pela enfermeira, e a possibilidade de o indivíduo ter a doença presente. Esta enfermeira mostra, aparentemente sem ter disso consciência, uma contradição importante da definição de saúde defendida pela Organização, isto é, que a doença, revelando-se como um *sentimento*, pode coexistir com o bem-estar. Ora, a segunda parte da definição da OMS refere claramente que a saúde *não é só* a ausência de doença, significando que *também é* ausência de doença.

O inverso da expressão *pode estar doente e não se sentir doente* também se pode verificar. Esta é a justificação da enfermeira Maria. Para esta enfermeira, o indivíduo pode *dizer* que está doente e não estar: para o indivíduo estar doente, tem que haver uma revelação no corpo, *porque, nem sempre, o facto de a gente dizer que está doente ou da pessoa ter uma doença, é*

declarada em termos físicos. Nós, na área da saúde, estudamos muito o que é... aquilo que é palpável, aquilo que é visível nos nossos olhos: alterações, sintomas, sinais... A segunda parte da sua justificação sugere que esta abordagem dos profissionais de saúde é limitada. O “olhar clínico”, onde Michel Foucault encontrou o nascimento da clínica (2007 [1963]), é, segundo esta enfermeira, uma limitação da interpretação oficial da saúde e da doença. Como ela refere, muitas vezes existem outros tipos de doenças e outras patologias, ou, até, outras situações sociais, que são também uma doença, ou uma forma da doença que existe na vida da pessoa. Que causa transtorno, e que também altera o seu bem-estar e a sua fisiologia. Sendo assim, a doença não se pode avaliar apenas pela presença de sinais ou sintomas,⁷⁰ pois, o transtorno não está só associado ao físico, não só associado à doença em contexto físico, mas também, muitas vezes, ao contexto psicológico e até psicossocial, do indivíduo. Então – diz a enfermeira – entendo a saúde no global, como um global bem-estar da pessoa.

A enfermeira Anabela partilha desta mesma opinião. Para ela, a saúde consiste em *a pessoa sentir-se bem*. Distinguindo o que é visível do que não é, a enfermeira refere que *uma coisa é aquilo que nós vemos, outra é aquilo que a pessoa sente... na realidade. O que predomina é, realmente, aquilo que a pessoa sente. Porque, se uma pessoa não estiver bem a todos estes níveis, não é só o físico... A pessoa pode estar bem fisicamente, mas, se tiver um desequilíbrio a outro nível, não anda bem. Portanto, é ao nível desses três aspectos, esses três pontos. Têm que estar em equilíbrio*. Isto é, a dimensão física, a psicológica e a social devem estar equilibradas, para que haja saúde. Vemos aqui uma perspectiva que articula a crítica ao objectivismo com a noção de equilíbrio, remetendo para o indivíduo a detecção e a interpretação da sua condição, já que o equilíbrio entre as três dimensões da saúde não é visível em ambiente clínico. Daqui deduz-se que o ambiente clínico não pode servir de contexto de avaliação do estado de saúde, já que se trata de uma interacção especial onde, no mínimo, não é possível revelar-se a dimensão social do estado de saúde do indivíduo que aí está ou aí ocorre. Isto mesmo é o que refere a enfermeira Luísa. Para esta enfermeira, a saúde *é o equilíbrio físico, emocional, psíquico. Um equilíbrio que nunca será 100%. Há sempre qualquer coisa que nos desequilibra no dia-a-dia*. Sendo assim, o papel dos profissionais de saúde consiste em *tentar equilibrar*.

⁷⁰ Vários foram os autores que referiram as limitações do olhar clínico apoiado exclusivamente nos sinais e sintomas, nomeadamente, François Laplantine. Segundo este antropólogo, “Le symptôme demeure l’ennemi à abattre et non son expression cachée [...]. Notre culture a opté pour la simplicité des signes contre la multiplicité des symboles.”(citado por Odile Reveyrand 1983:144). Esta perspectiva combate a atitude modernista de procurar relações de causa-efeito, em particular, pela identificação de uma lesão que esteja na origem do sintoma. Dentro do tema, ver, por exemplo, Jacqueline Feldman (2002) e Henri Dorvil (1985).

A enfermeira Sara releva o mesmo princípio do equilíbrio. Para esta enfermeira, o bem-estar, *é estar em harmonia, com bem-estar físico, emocional, psicológico*. Perguntando-lhe porquê, ela respondeu que *é porque é uma definição que já vem da OMS e com a qual estou de acordo*, e, remata, que ter saúde *é não estar doente*. Mais uma vez se recorre à doença para se explicar a saúde. Esta definição da saúde a partir do seu oposto mostra que os enfermeiros têm dificuldade, como aliás revelaram, em definir o bem-estar. Trata-se mais de uma redundância do que de uma definição pela oposição, visto que se define o conceito recorrendo-se ao mesmo, o que, por si só, reflecte um erro de interpretação, como a expressão *o bem-estar é estar bem* demonstra.

Ligeiramente diferente é a justificação avançada pela enfermeira Sónia. Para ela, são os profissionais de saúde que sabem se a pessoa está bem, pois, *a pessoa pode-se sentir bem, mas, não estar bem*. O entendimento desta enfermeira sobre a saúde apoia-se na sua “natureza” objectiva. Ou seja, só através de uma avaliação dos valores emitidos pelo organismo é que é possível identificar o bem-estar. Isto mesmo é referido explicitamente pela enfermeira, quando refere que a saúde *é um bem-estar, [mas,] não quer dizer que seja a definição da pessoa. Há pessoas que não estão bem, e, como profissionais de saúde, nós conseguimos identificar se a pessoa não está bem. Embora a pessoa possa dizer que está*. Porém, adiante, a enfermeira parece contradizer-se, ao defender a “natureza” multidimensional do estado de saúde. Com efeito, para ela, ter saúde implica estar bem a nível psicológico e social, acrescentando que *pode não haver sintomas, e, a partir de dado momento haver sintomas*. Ora, aqui podemos lembrar-nos da incontornável consciencialização do indivíduo do seu estado como motivação primeira para a procura de ajuda, tal como John McKinlay defende (1981). A consciencialização, como o termo indica, é um trabalho psicológico, significando que o paciente não procura ajuda dos profissionais de saúde se se sentir bem. Sendo assim, o trabalho do profissional de saúde depende sempre de um trabalho psicológico primário, colocando sempre o indivíduo no início do processo do diagnóstico. Esta perspectiva tem obtido apoio por parte dos investigadores e dos profissionais de saúde em geral, que aceitam a centralidade da história de vida dos pacientes como uma via fundamental para a obtenção do diagnóstico (Armstrong 1984; Smith & Hoppe 1991; Larsson et al 2007; Lapane et al 2007; Kalitzkus & Matthiessen 2009; Plake 2003; Jan 2010) ao mesmo tempo que questiona a centralidade do sintoma neste processo (Engel 1973; Fabrega 1973; Cassell 1976; Good & Good 1981; Barigozzi & Levaggi 2005; Tock 2010).

Porém, as justificações dadas pelos enfermeiros mantêm-se contraditórias. Segundo a enfermeira Angelina, o bem-estar não se basta ao sentimento do indivíduo, logo, o facto

de a pessoa se sentir bem não significa que esteja mesmo bem: *quando há um bem-estar a pessoa não está mal*, pois, *pode haver alguns sintomas mais discordantes, e eles já lá estão*. Assim, como refere a enfermeira Marisa, *não é preciso termos uma doença física para estarmos doentes*, o que equivale a dizer que não é preciso haver sintomas para a doença existir.

Por sua vez, filiando-se na definição de saúde promulgada pela OMS, o enfermeiro José justifica a sua pertinência dizendo que só na ausência de doença é que é possível a pessoa sentir-se bem, tanto a nível físico como psicológico e social, *porque, uma pessoa para se sentir bem consigo mesma tem que se sentir bem socialmente; tem que se sentir bem psiquicamente e fisicamente. É a conjugação desses vários factores que define a saúde*. Isto significa que, se a pessoa se sentir mal socialmente, por exemplo, então, não tem saúde. A abrangência desta perspectiva pode levar-nos a considerar a pobreza ou o desemprego como a ausência de saúde. Trata-se, portanto, de um tropismo, que serve para justificar todos os males, incluindo as preocupações, que podem, à luz desta definição, ser entendidas como um mal-estar psicológico, e, por conseguinte, como uma doença. A imprecisão dos limites da definição da OMS pode levar-nos, então, a considerar que muito poucas pessoas são saudáveis, pois, para o serem, não podem ter problemas físicos, psicológicos ou sociais, ou seja, têm que ser felizes. Todavia, o enfermeiro Jorge partilha de uma perspectiva contrastante com as dos seus colegas. Para ele, a saúde *é algo de que ninguém é dono... É algo subjectivo. É algo que todos gostaríamos de ter durante toda a vida e que nem sempre temos*. Sendo assim, a saúde é um *estado subjectivo* que traduz uma finalidade de vida que pode ser posta em causa em qualquer pessoa.

A Tabela 9 resume as respostas dadas pelos enfermeiros e mostra a concordância nas suas posições, revelando um padrão representativo do conceito de saúde em enfermagem.

Considerando o conjunto das várias definições e respectivas justificações, somos levados a concluir que, para os enfermeiros, a saúde é um *estado* (o que remete para o conceito de “estase”) em que as dimensões física, psicológica e social estão equilibradas e que nem sempre se consegue discernir a partir da interpretação exterior dos acidentes na integridade física e das atitudes e comportamentos das pessoas a nível individual e social. A referência à integração do indivíduo na sociedade como pressuposto da existência de saúde sugere que a última tem um papel activo nesse processo, logo, que o indivíduo não domina as vias para a sua realização, pois, parafraseando o último enfermeiro, qualquer um de nós gostaria de estar bem durante toda a vida. Não podemos deixar de encontrar aqui uma definição utópica de saúde, em que esta se revela como um estado de felicidade, um *bem*.

Trata-se de uma romantização da saúde, onde o bem ocupa o centro de um sistema de equilíbrio *estático*, em que não há lugar para perturbações. Podemos ver, também, que este equilíbrio é essencialmente de carácter físico, e, em segundo plano, psicológico, e, só no final, social. Vemos, também, que a saúde é representada pela inclusão do seu oposto, isto é, o desequilíbrio físico, psicológico e social.

Tabela 9 – Definições de saúde e respectivas justificações

Enfermeiro	Definição	Justificação
Sofia	Bem-estar físico e psicológico.	Não só com a ausência da doença, mas as pessoas sentirem-se bem com elas próprias.
Susana	Funções psicobiossociais bem estruturadas.	É um doente que tenha as suas funções psicobiossociais todas... bem estruturadas.
Inês	Bem-estar geral físico e mental.	A saúde é que nos faz viver. É a nossa vida, é a nossa saúde. A nossa vida reflecte-se como a nossa saúde.
Alice	Bem-estar	A saúde é um equilíbrio, uma forma de equilíbrio na função do organismo, quer seja física, quer seja mental.
Teresa	Bem-estar físico, psíquico e social	-
Maria	Bem-estar físico, psíquico	Eu acho que tem a ver com o bem-estar.
Helena	Bem-estar global..	Entendo a saúde no global, como um global bem-estar da pessoa.
Anabela	Bem-estar físico, psíquico e social.	É a pessoa sentir-se bem (...) ao nível desses três aspectos. Têm que estar em equilíbrio.
Sara	Bem-estar físico, psicológico, emocional..	É não estar doente. É estar em harmonia, com bem-estar físico, emocional, psicológico.
Sónia	Bem-estar, físico, psicológico e social.	A saúde é um bem-estar não só físico. Pode ser um problema físico, mas também psicológico e social.
Lúisa	Bem-estar físico e emocional.	É o equilíbrio físico, emocional, psíquico.
Marisa	Bem-estar físico, psicológico, social e espiritual.	A doença não é só ausência de saúde.
Angelina	Bem-estar físico, mental, psicológico	A pessoa deve estar bem a todos estes níveis. Um bem-estar em geral.
Rui	Bem-estar físico, mental. É a ausência de doença.	A ausência desse bem-estar torna-se uma doença.
José	Bem-estar físico e psíquico.	É a conjugação desses vários factores que define a saúde. É a ausência de doença.
Jorge	Estado subjectivo.	É algo subjectivo.

O bem-estar enquanto “algo” que não se esgota no estar bem apenas a nível físico e psicológico, mas extrapola para o âmbito social, remete, portanto, para a noção de felicidade. Vimos já algumas críticas feitas a esta definição da OMS. Ora, considerando que a felicidade das pessoas é a finalidade das políticas utilitaristas, tal como Jeremy Bentham as tinha concebido, então, por correspondência, a definição utilizada pela OMS traduz uma abordagem utilitarista da saúde. Este ponto, já referido a propósito do episódio da contenção física, remete para o perigo da arbitrariedade representada pela sobreposição do facto à justiça, traduzida na justificação da utilização da contenção como meio de disciplinar o indivíduo para seu próprio bem, visto que é com base neste bem que se

legítima o uso da força.⁷¹ Não vemos, portanto, diferença de natureza entre a tradução prática do princípio da beneficência e a atitude utilitarista da imposição de um arbítrio cultural institucionalmente legitimado. As fronteiras entre o princípio da beneficência e o princípio da utilidade são indiscerníveis, como Christian Laval havia referido a propósito da teoria das ficções de Bentham. Relembremos aqui a sua citação: “le principe d'utilité est le principe selon lequel on approuve ou désapprouve toute action et toute mesure selon la tendance qu'elles ont d'augmenter ou de diminuer le bonheur de la communauté” (1995 :9). A título de exercício, troquemos o princípio da utilidade pelo princípio da beneficência... A identidade é total. Encontramos precisamente as mesmas razões de legitimidade. A felicidade – leia-se, o bem-estar físico, psicológico e social, isto é, o bem-estar geral ou global – é referida à comunidade, não ao sujeito. Ao ser fisicamente contido, o paciente contribui para a felicidade da comunidade, como se a sua subjectividade (isto é, a sua realidade de sujeito) tivesse que ser plasmada pelos mecanismos de mortificação garantidos pela ritualização institucional e do seu *status quo* reflectido na manutenção da autoridade em conceder ao sujeito a sua própria possibilidade de realização. Conforme sair da cama não era um direito do sujeito, mas sim um privilégio para o qual precisava ser autorizado, também a realização do bem não visa puramente tornar o sujeito feliz, mas, e essencialmente, a instituição, cuja autoridade é directamente proporcional à mortificação do eu, como Erving Goffman (1961) defendia. Podemos entender, também, que, quando esta interpretação do bem não é acolhida, ou seja, encontra resistência por parte do sujeito, aumenta-se a mortificação. É crível que a contenção física seja o resultado do efeito de *looping*, um aumento da mortificação devido à resistência do paciente em não aceitar o bem definido pela comunidade institucional. Aqui, pensamos, a beneficência é sinónimo de exercício do poder, que, enquanto estratégia institucional, caracteriza-se pela consciencialização, por parte do internado, de que deve ser cooperante com aqueles que o ajudam a reduzir a sua dor, desconforto ou vergonha, ao mesmo tempo que lhes retiram os direitos civis, as liberdades e as satisfações, reduzindo a sua liberdade, estrangulando-a através do “funil da traição” (cf. Goffman 1961). Eliot Freidson lembra que este processo é desenvolvido em nome de Deus, ou do País, da Justiça ou da Cura, todos “exalted names and exalted goals” (1983:359).

⁷¹ Steven Edwards (1996) tinha concluído que o princípio da beneficência serve sobretudo como meio de defesa do próprio enfermeiro, e não tanto como meio de concessão de felicidade ao doente.

No total, os enfermeiros utilizaram 869 referências categoriais para responder à pergunta “o que é a saúde?”. A análise quantitativa do conteúdo das respostas revela que a categoria mais frequentemente referida foi “bem”, relacionada por concordância com o verbo “estar” e por justaposição na forma “bem-estar”.⁷² Na Ilustração 8 podemos ver o conjunto de categorias que formam a representação da saúde. Optou-se por considerar como categorias nucleares da representação as que foram referidas dez ou mais vezes, e, como periféricas, as que foram referidas menos de dez vezes.

Podemos ver claramente a centralidade do bem-estar na representação que os enfermeiros fazem da saúde.

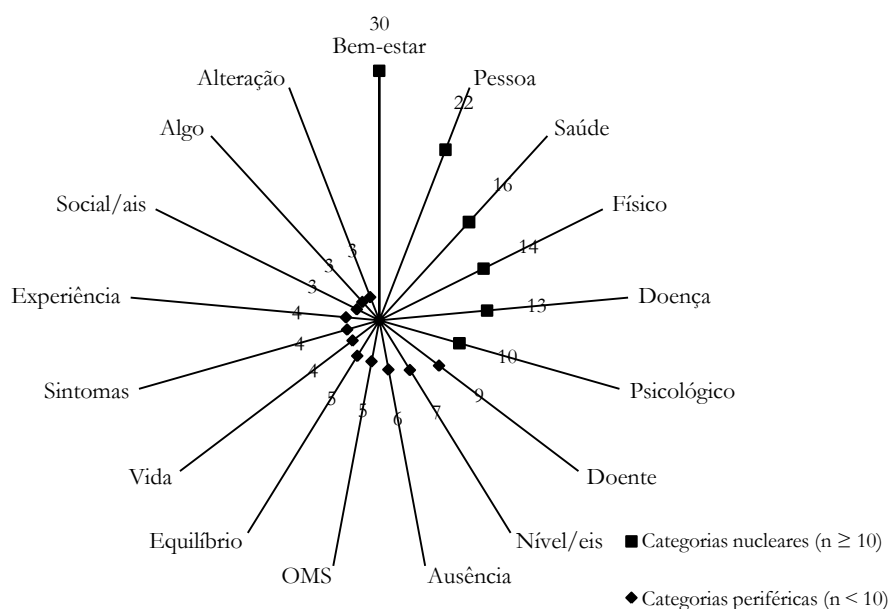


Ilustração 8 – Categorias referidas com mais frequência pelos enfermeiros para representar a saúde

Considerando que a saúde, estando identificada à partida, é a imagem agregadora, da representação, então, a categoria “bem-estar” constitui a ponte para a sua objectivação. Sendo assim, a objectivação da saúde traduz-se pelo princípio prático da beneficência, significando que a prática do bem é a dimensão material da representação da saúde sob a perspectiva dos enfermeiros. Daqui, podemos concluir que a saúde é o objecto da prática beneficente dos enfermeiros. De outro modo, a responsabilidade fundamental dos

⁷² A descrição estatística do conteúdo das entrevistas, está incluída no ponto 2 do Apêndice 7.

enfermeiros é praticar o bem, ou seja, fomentar a possibilidade de as pessoas cuidadas terem saúde.

A partir da análise quantitativa pode-se concluir que, para os enfermeiros, a *saúde* é o *bem-estar* da *pessoa*, *físico* e *psicológico* e é oposto à *doença*; é *algo* que implica a *ausência* de doença, conforme a definição da OMS, e traduz-se num *equilíbrio* na *vida* da pessoa, tornado possível pela inexistência de *experiências* de *sintomas* ou de *alterações* tanto nos níveis físico e psicológico como também a nível *social*.

Um dado relevante encontrado nas definições de saúde realizadas pelos enfermeiros prende-se com a dicotomia *illness/disease*. Vimos que alguns enfermeiros consideram que uma pessoa pode não estar bem mesmo que se sinta bem, e, portanto, só os profissionais é que podem determinar se o bem-estar é real (em especial, as enfermeiras Teresa, Helena e Sónia); por outro lado, há enfermeiros que consideram que é o indivíduo que detecta se está bem ou não (especialmente os enfermeiros Sofia, Anabela, Maria e Jorge). Como vemos, não há uniformidade nas respostas sobre os modos correctos de identificar o bem-estar, e, por correspondência, o mal-estar. Aqui vê-se a ambivalência entre as atitudes biomédicas e as psicossociais no papel do enfermeiro. Embora a definição da OMS pareça integrar as duas atitudes, a verdade é que, na agenda política da organização, ter saúde implica não ter doença. Ora, para a OMS, “ter doença” implica um despiste, monopolizado pelos profissionais de saúde, logo, a integração das duas atitudes sobre a saúde é sempre perspectivada a partir de procedimentos de análise que escapam à simples constatação individual do bem-estar. Por outras palavras, a *illness* é secundarizada pela *disease* e a competência do indivíduo para entender o seu estado de saúde é negada pelos procedimentos de avaliação oficialmente reconhecidos como a única forma de despiste. Isto significa que os enfermeiros sobrepõem as competências do sistema de saúde às competências do indivíduo. A maneira como os enfermeiros definem a doença pode ajudar a discernir melhor a fronteira entre a concepção ontológica e a concepção experiencial da doença reflectidas nas posições dicotómicas dos enfermeiros.

4.1.2. Representações da doença

Nas respostas à pergunta “o que é a doença?”, os enfermeiros, em geral, definiram a doença como o oposto à saúde. A doença é entendida como uma alteração ou um

desequilíbrio tornado visível pela presença de sinais interpretados como sintomas de uma patologia, de uma deficiência, de uma anomalia ou de um funcionamento anormal do organismo ou de uma parte dele, que se encontra afectada. A doença é, por norma, a ausência de bem-estar.

As justificações das definições da doença são variadas, mas, em geral, apoiam-se na existência de uma alteração no funcionamento do organismo ou de uma perturbação a nível psicológico ou social. As contradições observadas entre as definições de saúde e as respectivas justificações são também comuns entre as definições de doença e as respectivas justificações. A enfermeira Sofia, por exemplo, apesar de definir claramente que a doença é o oposto da saúde, aceita que a doença pode ser qualquer estado que impeça o indivíduo de estar bem, como uma fractura. Para esta enfermeira, a noção de lesão é central. Ela entende que a fractura de uma perna, por exemplo, *não é a plena saúde, mas também não é estar doente doente*. A repetição utilizada pela enfermeira significa que a fractura é estar doente, mas não totalmente, sugerindo que há situações de doença mesmo que não haja presença de uma patologia, isto, porque, é o bem-estar que está em questão. Na presença de uma qualquer lesão, como uma ferida, pode-se estar perante uma doença na sua fase inicial. Assim, estar doente excede a presença de patologia. Além disso, a doença *pode também ser um estado psicológico*. Mais à frente, a enfermeira contraria esta resposta, referindo claramente que *estar doente é ter uma patologia*, pois, esta *incapacita de poder fazer as actividades de vida, as actividades normais do dia-a-dia. A doença causa incapacidade, assim, os doentes estão incapacitados*.

Estas duas posições – a doença não se basta à presença de patologia / a doença é uma patologia – são novamente confrontadas pela enfermeira, que as aglutina no conceito de mal-estar derivado da incapacidade do indivíduo para a realização das actividades de vida diária. Ora, como vimos a partir da tese de Nordenfelt (1987, 2007), as actividades de vida diária devem ser adequadas às capacidades dos indivíduos para as realizar. Significando que, mesmo numa situação de bem-estar, todos nós somos incapazes de realizar determinadas actividades que podem mesmo ser necessárias no dia-a-dia, como, por exemplo, as que não dependam exclusivamente das capacidades funcionais, mas que também obriguem a um conhecimento técnico. Por esta razão, Nordenfelt (2007) resume as actividades, cuja incapacidade de realização pode mostrar-se como sintoma, a fins vitais, que são os objectivos da actividade, e relaciona-as não apenas à capacidade do agente, mas também às oportunidades que o ambiente proporciona ao agente para as realizar. A confrontação com as duas posições sobre a doença detecta-se especialmente no final da justificação da sua definição. Aqui, a enfermeira utiliza a expressão *a doença, quer seja uma*

patologia, quer seja uma lesão..., remetendo para a possibilidade de uma doença ser uma patologia (isto é, um *ontbos*) ou uma lesão (isto é, uma alteração funcional), o que, de acordo com Laplantine (1984), remete para duas interpretações contrárias da doença que implicam a construção de diferentes modelos terapêuticos: o primeiro implica o cuidador directamente com uma parte do corpo (onde se verifica a lesão) e o segundo implica-o com o todo da pessoa (que sofre os efeitos do desequilíbrio funcional). Daqui resultam duas orientações diferentes das terapêuticas: ora para a doença, ora para o doente. No primeiro caso, a doença é uma realidade, no segundo, é uma alteração no plano global do indivíduo; no primeiro, a doença tem existência própria, no segundo, não tem.

A alteração em um dos níveis – físico, psicológico ou social – afecta o indivíduo na sua globalidade. Esta é a posição da enfermeira Susana. Para esta enfermeira, pode existir doença desde que um dos níveis do indivíduo esteja afectado, e *não que dizer que, fisicamente, tenha alguma alteração.*

A enfermeira Inês apresenta uma versão ligeiramente diferente desta. Segundo ela, a doença pode manifestar-se como *patologia, deficiência, anomalia* ou *funcionamento anormal* e reflecte-se sempre por intermédio de sintomas, mas, a origem dos sintomas pode ser uma alteração que decorre *a nível psicológico*. *Há sempre uma resposta, com sinais e sintomas, de algo que está a funcionar mal. Tem que ter um feedback do nosso organismo que, às vezes, reage e consegue combater, tendo, assim, uma sintomatologia menos acentuada, e, por vezes, não consegue, e temos que tomar medicação ou tentar tratar as coisas da melhor maneira. Muitos de nós estamos doentes, mas, às vezes, não o sabemos. Estamos com a moral mais em baixo, mas não precisamos de tomar medicação. O nosso organismo tem defesas para a combater sem ser necessário, por vezes, medicação. Mas, quando o nosso sistema está realmente mais deprimido, temos mesmo que o combater, quando é um micro-organismo, é importante tomarmos um antibiótico, para, realmente, eliminá-lo, da melhor forma...* Esta enfermeira entende que o organismo tem formas de regulação que combatem os sintomas, mas, quando não consegue, a terapêutica alopática é a opção a tomar. Sendo assim, a função da terapia é contrariar a manifestação dos sintomas. François Laplantine (1992 [1986]), classifica esta constelação etiológico-terapêutica como ontológica-alopática.

Por seu turno, a enfermeira Alice entende a doença como um *desequilíbrio*, considerando a heterostase como uma manifestação patológica, contrariamente ao sentido dado a este conceito por Hans Selye. A doença é, portanto, o contrário da saúde e remete, mais uma vez, para o seu combate a partir de terapêuticas contrárias, que restabeleçam o equilíbrio. A enfermeira não apresenta qualquer justificação para a sua definição. Para ela, *a saúde é o equilíbrio, e a doença é o desequilíbrio, pura e simplesmente.*

Já a enfermeira Teresa entende a doença como o contrário da saúde. Enquanto esta é o bem-estar, aquela é o mal-estar, que se pode detectar a partir da avaliação *dos valores que implique não estar bem a qualquer um dos níveis*. A sua perspectiva apoia-se claramente na bioestatística e reflecte uma abordagem caracteristicamente biomédica da doença. A enfermeira não refere como se faz avaliação dos valores, especialmente, nos níveis psicológico e social, que considera poderem constituir-se como lugares de doença. É sabido que há inúmeros instrumentos de avaliação do estado mental, embora, vulgarmente, os profissionais de saúde utilizem o Mini Mental State Examination (MMSE). Quanto à avaliação social, sendo esta da competência dos assistentes sociais, os profissionais de saúde simplesmente não a consideram. Além desses instrumentos estarem incluídos no âmbito dos já referidos diagnósticos sociais, a própria OMS desafia os profissionais de saúde para identificarem os factores pessoais que interferem com o estado de saúde utilizando a CIF como base de avaliação. No presente, a descrição dos factores pessoais permanece vazia no modelo.

Já a enfermeira Maria identifica a doença com uma alteração no bem-estar. Frisando que a doença *não é o contrário* da saúde, a enfermeira parece contrariar esta mesma posição, quando justifica dizendo que a doença acontece *quando não se consegue ter a sensação de bem-estar*, pois, *acaba por alterar a maneira como nós estamos*. Tendo-lhe perguntado se é possível observar essa alteração sem ser a partir da subjectividade da pessoa que tem aquela *sensação*, pegando no exemplo da hipertensão, que, apesar de ser entendida como uma doença do sistema cardio-vascular também pode significar que o miocárdio consegue trabalhar a um nível elevado, e se este facto não significa que o coração está de boa saúde, a enfermeira acaba por dizer que é possível viver normalmente com a hipertensão, e, por isso, *pode ter doença e não o saber, por isso, lá está, pode ser doente e não se sentir como doente*, concluindo que, *no fundo acabamos todos por estar um bocadinho doentes. Não há ninguém que não esteja doente...* Esta justificação é interessante, pois, mostra que o enfermeiro tem tendência a ver a doença como algo negativo, que, inevitavelmente, impede a existência de uma vida normal; ao invés de dizer *não há ninguém que não esteja doente*, porque não dizer que não há ninguém que esteja doente? Aqui reflecte-se a contextualização da posição do enfermeiro no âmbito da justificação da existência da doença, que justifica a própria existência da sua função social.

A opinião da enfermeira Helena não é muito diferente desta. Também ela entende que a saúde é uma *alteração [que] limita a sua [do doente] condição, a sua qualidade de vida*. *É um transtorno qualquer que altere ou limite a capacidade de vida da pessoa, e a qualidade de vida que a pessoa tem, então, é, de certa forma, uma doença*. *Pelo menos, dos anos de experiência que tenho, é essa a conclusão*

que tiro. Não é só uma limitação física, às vezes, pode-se decretar um estado de doença. E, um estado de doença, para mim, é tudo aquilo que, às vezes, vem alterar ou reduzir a qualidade de vida que a pessoa tem. A enfermeira não explicou como é que se *decreta* um estado de doença. A parte final da sua justificação é de tal forma geral que a doença pode traduzir-se em qualquer alteração ou redução da qualidade de vida da pessoa. Esta generalidade deve-se ao facto de a enfermeira se referir à qualidade de vida em geral. Trata-se de uma tendência que, recentemente tem sido combatida pela introdução do conceito “qualidade de vida relativa à saúde”, que pretende distinguir os efeitos das situações e dos contextos variados que interferem na qualidade da vida da pessoa ao longo da sua história daqueles que resultam de qualquer tipo de interferência ao nível da sua capacidade para atingir os objectivos (no sentido que lhes dá Nordenfelt) a que se propôs.

Por sua vez, a enfermeira Anabela entende a doença como o oposto da saúde, isto é, a doença *manifesta-se por sinais e sintomas* quando *a pessoa não está bem*. Sendo assim, quando a pessoa não está bem há lugar à manifestação de sinais e sintomas, e, é a partir desta manifestação que se atribui à pessoa o estatuto de doente.

A enfermeira Sara confessa que não sabe justificar porque é que entende a doença como *uma condição em que não existe um equilíbrio uma harmonia entre o bem-estar físico, emocional e psicológico*, porém, afirma que o desequilíbrio se verifica em qualquer nível *tanto o físico, como psicológico, como emocional*. Desde que [um deles] *esteja afectado, podemos estar na condição de doença*. A maneira como os níveis são afectados não foi explicada. Esta dificuldade em explicar a razão da sua definição não é de estranhar no âmbito da enfermagem. No geral, há a convicção de que a explicação da doença é da competência da medicina e, a enfermagem encontra-se a jusante da mesma, não sendo a sua função interpretar as razões dos “estados de desequilíbrio”. Esta atitude reflecte uma tendência para a especialização dos saberes, embora, tal como Good e Good (1981) referiram, toda a prática em saúde é inerentemente interpretativa ou hermenêutica, e, como defendem Stoeckle e Barsky (1981), todos os seres humanos tentam compreender a experiência da doença e as suas percepções sobre ela.

Esta dificuldade também é referida pela enfermeira Sónia, que me informou que *nunca tinha pensado nessa perspectiva*. Para esta enfermeira, a doença é o oposto da saúde, ou seja, verifica-se *quando a pessoa não tem esse bem-estar geral, [e] pode, eventualmente, uma das situações não estar bem e apresenta-se a doença*. Ela acrescenta: *porque, basta que numa das situações, ou físico, ou, basta que a pessoa tenha qualquer sintoma... para já estão muito interligados, e... basta que uma esteja ausente, e que não esteja presente, para que a pessoa tenha uma doença. Agora, o porquê...*

Por sua vez, a enfermeira Luísa entende a doença como um desequilíbrio. Utilizando o enigmático conceito de *vida real*, ela entende que *o desequilíbrio físico leva quase sempre a um desequilíbrio emocional. Ou choramos, ou nos irritamos, ou...* Perguntando-lhe se o contrário também se verifica, isto é, se um desequilíbrio emocional pode originar um desequilíbrio físico, ela é peremptória: *O contrário, não. O emocional pode não ter reflexos...* Após uma curta pausa para reflectir, muda de opinião: *Pode, pode, pode ter. Também pode ter. Pode, pode. Pois, por exemplo, gosta muito de comer determinado prato, mas sabe que aquele prato vai-lhe dar um desequilíbrio físico, por exemplo, a nível de eliminação, ou isso... Pode, pode ter interferência...* Este exemplo não traduz propriamente os efeitos de um desequilíbrio emocional no plano físico; ele mostra, apenas, um comportamento culturalmente instituído que passa pelo reconhecimento de sabores culturalmente elaborados e disponíveis ao indivíduo. Este facto levou-me a pensar que o enfermeiro não distingue em especial uma emoção – cuja manifestação é culturalmente construída mas cuja aptidão para a desenvolver é inata – de um gosto – que é um fenómeno social total (no sentido dado por Marcel Mauss). Ela poderia dar o exemplo de reacções de extrema alegria ou de extrema aflicção e das suas interferências hipotéticas ao nível do metabolismo ou mesmo da alteração dos batimentos cardíacos, da respiração, etc...

Esta ligação é rudimentarmente estabelecida pela enfermeira Marisa, para quem a doença é a ausência de bem-estar. Nas palavras desta enfermeira, *se se tem alguma doença patológica, algum problema espiritual, alguma doença física, espiritual, ou algum problema social também se transforma em doença*. Aparentemente, vemos algumas contradições nesta justificação, e até alguma confusão. Digo “aparentemente”, porque ele diz que uma “doença física” pode-se transformar numa “doença”...; falo em confusão, porque parece que o enfermeiro distingue “doença patológica” de “doença física”. Esta distinção, parecendo absurda, não o é, de facto. Podemos entender que a enfermeira distingue uma doença causada pela presença de um episódio patológico de uma doença “espiritual” (embora não se saiba bem o que isto significa, podemos deduzir que ela qualifica de “espiritual” o que é psicológico ou mental). Num sentido ligeiramente diferente, a enfermeira refere que um problema social pode-se transformar numa doença, não explicando como se desenrola o processo, uma característica que partilha com os seus colegas. Nota-se, ademais, que os enfermeiros têm muita dificuldade em perceber como o nível social interfere nos episódios mórbidos. Este aspecto não pode ser explorado a partir das respostas dadas a esta questão; eventualmente, quando lhes perguntarmos as causas das doenças (pergunta seguinte) se faça alguma luz sobre o assunto. Porém, numa primeira análise, parece que os enfermeiros não conseguem

estabelecer relações entre a doença e a vivência social dos indivíduos, de modo a perceberem o carácter patogénico do ambiente social, dando a entender que nomeiam o nível social simplesmente porque ele faz parte da designação de saúde promulgada pela OMS.

Em conformidade com esta indicação, a enfermeira Angelina não inclui o nível social na justificação da sua definição de doença. Entendendo esta como *o contrário da saúde*, a enfermeira refere que *tanto a nível físico, como a nível psíquico, basta haver um desequilíbrio num, que vai causar uma doença*. Ela introduz uma variação interessante e de interpretação difícil: inclui a cultura na sua justificação, mas, nas suas palavras, *para o ser humano ter saúde tem que haver uma cultura, e, essa cultura é que vai unir aquelas três partes, essas três partes, é que vai acontecer uma cultura que vai causar uma doença. Uma alteração de qualquer coisa que faz causar um doença*. Aparentemente, a enfermeira entende que a cultura é uma condição para o ser humano ter saúde, mas, paradoxalmente, é ela que causa a doença. Para o antropólogo, não existe aqui uma incorrecção (até porque a história também é feita delas), pois, de facto, é a cultura que determina tanto a saúde como a doença, simplesmente, porque estas são meros conceitos que traduzem realidades significantes (Good & Good 1981) e representam modos de interpretação e operacionalização da vida.

Para o enfermeiro Rui, a doença é a *ausência de bem-estar físico*. Quando lhe pedi para justificar a sua resposta, ele confessou que era *difícil responder...* Tentando, referiu que, *quando temos uma patologia, quando uma pessoa está doente, tem uma patologia, ou psíquica, ou a outro nível qualquer...* O essencial desta resposta remete para a centralidade do conceito *patologia* e pela sua identificação com o conceito de doença, tal como se discerne pela expressão *quando temos uma patologia, quando uma pessoa está doente, tem uma patologia*. Esta centralidade atribuída à *patologia* revela-se, igualmente, na definição inicial de doença. O enfermeiro começou por referir que a doença era a ausência de bem-estar *físico*, não referindo os níveis psicológico e social, como está definido pela OMS. Apesar de ter referido, a seguir, a *patologia psíquica*, tal referência, se for interpretada à letra, sugere que, quando há ausência de bem-estar físico, uma pessoa tem uma *patologia psíquica* ou *a outro nível qualquer* (não se especificando qual), o que revela uma certa confusão no raciocínio do enfermeiro, já que ele decide colocar o nível psíquico antes do físico, que contraria a lógica definida no início da justificação.

Esta parece ser a lógica da explicação do enfermeiro José. Para este enfermeiro, a doença resulta de uma afectação. E, para estar doente, a pessoa tem que ser afectada *psiquicamente, não só fisicamente mas também psicologicamente, se essa pessoa se sentir em baixo, acho que*

se pode dizer que está doente, não é saudável. Que não está saudável no momento ou que pode não ser saudável. Estar afectado significa, então, que a pessoa se sente *em baixo*. Não se sabe realmente o que é *sentir-se em baixo*, pois, tal sentimento pode resultar de uma reacção a uma qualquer situação, reacção, essa, que pode ser passageira, caso a situação mude. Entre outras coisas, isto significa que uma pessoa pode ficar doente repentinamente e curar-se com a mesma rapidez. Mais, se o objectivo do tratamento for pôr a pessoa a “sentir-se em cima”, então, qualquer intervenção teria sempre que começar por mudar a situação que pôs a pessoa a “sentir-se em baixo”, e, essa mudança começaria sempre pela mudança da reacção aos motivos que fizeram a pessoa sentir-se assim. Como vemos, esta justificação pode explicar muitas das circunstâncias da nossa vida que simplesmente se devam a qualquer motivação que apenas afectem aquela pessoa em particular. Ora, sabemos que, as reacções às situações dependem do modo como elas são interpretadas pelos sujeitos, e que estas interpretações são subjectivas, isto é, variam conforme o grau de implicação do sujeito na situação e conforme a sua visão do mundo. Imaginemos uma situação presenciada por várias pessoas: algumas poderiam ser afectadas enquanto outras não. Além disso, algumas poderiam ser afectadas negativamente, enquanto outras poderiam ser afectadas positivamente, e ainda outras poderiam ser indiferentes. Estes resultados podem facilmente ser visíveis em situações de jogo (independentemente da sua natureza, lúdicos ou de poder). Enquanto uns perdem (e, então, ficariam doentes, pois, eram afectados negativamente) outros ganham (e não ficariam doentes). Na parte final da justificação o enfermeiro diz que a afectação incidiria na actividade e não na capacidade. Segundo a sua explicação, *a capacidade que a pessoa tem não tem nada a ver com a actividade que faça. A pessoa pode ter capacidade para fazer uma coisa, mas não se sentir capaz de fazer essa coisa.* Novamente referindo-se ao sentimento, o enfermeiro faz variar a capacidade (não sabemos se é física, mental, técnica ou científica) conforme a atitude do indivíduo perante o problema que exija dele uma reacção. Por esta perspectiva, basta uma pessoa *não se sentir capaz para fazer uma coisa* para ser referenciada como incapaz.

Em contraste com as restantes definições e justificações, o enfermeiro Jorge define a doença como uma *experiência que todos nós acabamos por atravessar ambas [saúde e doença], um dia... É um estado, uma experiência, pela qual passamos. Cada um vive a saúde e a doença à sua maneira. Mesmo dentro da saúde e da doença, cada pessoa vive-a de diferente forma, de acordo com – também há aí um factor genético – a sociedade em que está inserido, com o ambiente onde está, com... as crenças. O meio em que está inserido, a sua própria educação...* Esta justificação é bastante próxima de uma que, eventualmente, fosse dada por um antropólogo. De facto, este enfermeiro faz

referência ao ambiente social e cultural que molda a forma como cada indivíduo experimenta a doença. Detecta-se aqui uma alusão, embora remota, à construção cultural da realidade clínica, tal como referido por Arthur Kleinman (1978). Identifica-se, também, uma perspectiva particular da sua tese, segundo a qual, os sistemas simbólicos atribuídos à experiência da doença interferem na gestão do problema da doença, logo, o “estar-bem” varia de pessoa para pessoa, como refere Andrew Twaddle (1981), o que, segundo Gilbert Lewis (1981), é óbvio para a antropologia. Como vemos, enquanto os outros enfermeiros se referem à *disease* (algo “objectivo”), este valoriza a *illness* (experiência subjectiva).

No geral, a forma como os enfermeiros representam a doença varia pouco quanto à sua definição, permitindo identificar a imagem agregadora como sendo a ausência de bem-estar, tal como objectivado pela definição da OMS. A objectivação da doença corresponde, portanto, ao inverso da objectivação da saúde; corresponde à ausência do bem-estar, e não necessariamente ao mal-estar, por isso, alguns dos enfermeiros referem que a doença não é o contrário da saúde. Sendo assim, a doença é entendida como a não saúde. Reparamos que há lugar para o meio-termo, isto é, a pessoa ou está bem ou não está bem, e não é necessário que esteja mal. Se extrapolarmos para a realidade social, podemos notar, quando nos cumprimentamos, que as pessoas, além de responderem às perguntas “como está?”, ou “como vai?”, ou ainda “está tudo bem?” com “está tudo bem”, ou “não estou nada bem”, também respondem “vamos andando” ou “cá se vai andando”. Este “vamos andando” significa que “nem está bem nem está mal”, ou, pela perspectiva da bipolaridade apresentada na generalidade das respostas dos enfermeiros, “não estou nada bem” ou “está tudo bem”? Vê-se, portanto, que a interpretação das respostas ao cumprimento varia, assim como varia o significado de “estar bem”. Ora, ainda de acordo com Andrew Twaddle (1981), é precisamente com este significado que os profissionais de saúde se devem preocupar, pois, a sua função é atingir o objectivo do “estar bem”. Mais, segundo este autor, como o “estar bem” é subjectivo, normalmente, as pessoas objectivam-no através da deslocação deste valor para algo concreto, como a realização do seu trabalho, por exemplo (Twaddle 1981). Sendo assim, o indivíduo está bem quando consegue fazer o seu trabalho, que, como podemos concordar, varia de pessoa para pessoa, e serve de meio à objectivação das suas “forças vitais” (cf. Berger & Luckmann 1966). Esta posição também foi frisada por Lennart Nordenfelt, que entende a actividade saudável como aquela que, num ambiente dado, permite atingir os objectivos vitais (apud Giroux 2010).

Nas definições, encontramos respostas que não se distanciam daquilo que, por dedução, a OMS entenderia por doença, e, nas justificações encontramos respostas que

revelam posições individuais dos enfermeiros. Neste ponto podemos ver que a estrutura saúde-doença é concebida, parcialmente pela OMS e pelos enfermeiros. Alguns destes apoiam-se mesmo na sua própria experiência de serviço ou naquilo que vêem nos outros para conceberem a saúde e a doença, aspecto que Kleinman (1978) havia destacado, quando referiu que o nível clínico pode formar as atitudes dos profissionais perante a saúde e a doença, que, derivadas de interpretações pessoais, adquirem a forma de modelos ocultos, associados aos modelos conceptuais (Silva & Graveto 2008). Esta questão, aliás, tinha sido já identificada por David Mechanic em 1973.

A definição da OMS auto-atribui-se como um modelo de interpretação clínica. Esta realidade vem dar razão à constatação de Nancy Waxler (1981), segundo a qual, a doença é construída a partir de uma ideologia que não assume a impossibilidade de a definir universalmente em virtude de ela resultar de um processo de negociação social.

As razões apresentadas pelos enfermeiros para justificar as suas definições revelam que eles têm dificuldade em explicar porque razão interpretam a doença da maneira que o fazem. Como oportunamente referimos, esta dificuldade não pode, simplesmente, ser explicada pelo facto de os enfermeiros não serem formados para entenderem os mecanismos da doença, visto que, se é verdade que toda a gente corre o risco de viver uma experiência de doença, então, também é verdade que toda a gente procura explicar a razão dessa experiência. Para significarem as experiências de doença, as pessoas (independentemente da sua função social) recorrem a interpretações etiológicas. É precisamente isto que tanto Good & Good (1981) como Stoeckle & Barsky (1981) demonstram, e que Kleinman (apud Stoeckle & Barsky 1981) queria dizer, quando defendeu que a explicação é uma das principais funções de qualquer sistema de cuidados de saúde e dos seus praticantes.

Estas considerações podem ser observadas no conjunto das respostas dadas pelos enfermeiros, cujo resumo se apresenta na Tabela 10.

Compostas por um total de 1087 referências, as respostas dos enfermeiros mostram que a doença se manifesta essencialmente a nível *físico*, e, é a partir da sua manifestação no corpo que se sabe que a pessoa está *doente* ou *não está bem*. A doença é *sentida* pela pessoa, e, por isso, não é possível interpretar a doença sem se ter em conta o nível *psicológico* do doente.

Tabela 10 – Definições de doença e respectivas justificações

Enfermeiro	Definição	Justificação
Sofia	É um mal-estar.	Incapacita de poder fazer as actividades de vida, as actividades normais do dia-a-dia.
Susana	É uma alteração.	Pode não ser a todos os níveis... pode ser a nível de um e esse vai alterar os outros todos.
Inês	É uma Patologia, deficiência, anomalia, um funcionamento anormal.	Uma resposta anormal de um determinado órgão, de um determinado sistema. Isso vai afectar a nossa saúde, e daí, quando a nossa saúde está debilitada.
Alice	É um desequilíbrio.	A doença pode-se manifestar aos mais diversos níveis. A saúde é o equilíbrio, e a doença é o desequilíbrio.
Teresa	É não estar bem.	A doença é qualquer um dos valores que implique não estar bem a qualquer um dos níveis.
Maria	É uma alteração.	Porque acaba por alterar a nível, quer seja psíquico, ou quer seja social... acaba por alterar a maneira como nós estamos.
Helena	Tudo aquilo que vem alterar ou reduzir a qualidade de vida que a pessoa tem.	Limita a sua condição, a sua qualidade de vida. É um transtorno qualquer que altere ou limite a capacidade de vida da pessoa, e a qualidade de vida que a pessoa tem.
Anabela	É não estar bem.	Quando a pessoa não está bem, manifesta-se a doença. Manifesta-se sinais e sintomas.
Sara	É um desequilíbrio.	É uma condição em que não existe um equilíbrio uma harmonia entre o bem-estar físico, emocional e psicológico.
Sónia	É não estar bem.	Quando a pessoa não tem esse bem-estar geral, pode, eventualmente, uma das situações não estar bem e apresenta-se a doença.
Luísa	É um desequilíbrio.	Na vida real, o desequilíbrio físico leva quase sempre a um desequilíbrio emocional.
Marisa	É uma patologia ou um problema espiritual.	Se tem alguma patologia, algum problema espiritual, ou algum problema social também se transforma em doença.
Angelina	É um desequilíbrio.	Tanto a nível físico, como a nível psíquico, basta haver um desequilíbrio num, que vai causar uma doença.
Rui	É uma patologia.	Quando temos uma patologia, quando uma pessoa está doente, tem uma patologia, ou psíquica, ou a outro nível qualquer...
José	É uma afectação.	Se uma pessoa estiver afectada psiquicamente, não só fisicamente mas também psicologicamente, se essa pessoa se sentir em baixo, acho que se pode dizer que está doente, não é saudável.
Jorge	É uma experiência comum.	Cada um vive a saúde e a doença à sua maneira. Mesmo dentro da saúde e da doença, cada pessoa vive-a de diferente forma, de acordo com... também há aí um factor genético, mas, de acordo com a sociedade em que está inserido, com o ambiente onde está, com... as crenças. O meio em que está inserido, a sua própria educação...

Revelando-se especialmente a nível *físico* e *psicológico*, a doença interfere na *vida* e é detectada a partir de *sintomas* que indicam a existência de uma *patologia*, traduzida em *alterações* e *desequilíbrios*, que levam à *ausência* de bem-estar a nível *emocional* ou se materializa em *experiências* de doença (ver Ilustração 9).

Além disso, a doença pode traduzir-se num *problema* a nível *social*, revelando-se, assim, nos três níveis considerados na concepção de saúde elaborada pela *OMS*. Sendo o *contrário* da saúde, a doença é um *estado* em que o *organismo* não está *saudável*, pois, encontra-se *afectado*, levando a uma *condição* de *incapacidade*. A *capacidade* da pessoa diminui perante as *situações* o que leva à necessidade de *medicação*.

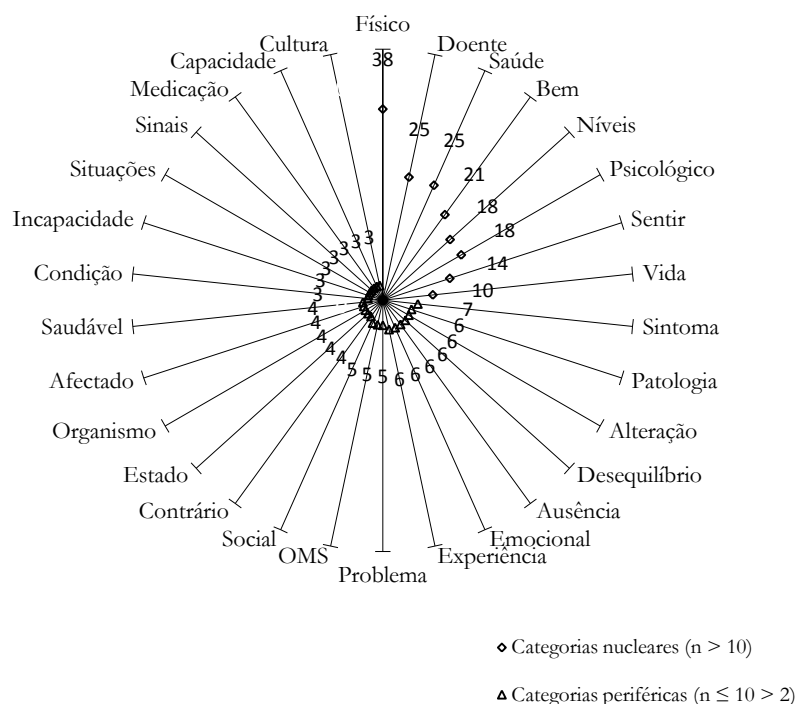


Ilustração 9 – Categorias referidas com mais frequência para representar a doença

Vimos que as justificações das definições são variadas. Este facto sugere que os enfermeiros têm dificuldade em perceber a doença a nível geral. Alguns deles deram a entender que seria mais fácil explicar uma doença em particular. A meu ver, esta preferência está, eventualmente, relacionada com o discurso utilizado. Isto é, se os enfermeiros caracterizassem uma doença em particular poderiam recorrer a uma linguagem técnica que lhes possibilitasse designar a doença sob a sua perspectiva especial, onde eles dominam os termos a utilizar. Ao falar da doença em geral, pedia-se-lhes uma definição também geral, para a qual seria necessário recorrer a uma linguagem menos técnica, a qual, eles não estão habituados a utilizar. Se esta eventualidade tiver razão de ser, então, quer dizer que os enfermeiros têm dificuldade em explicar ao leigo o que é a doença, o que poderia não acontecer se tivessem que a explicar a um colega, que, possivelmente, não falaria da doença em geral, mas de dada doença em especial.

Esta atitude foi revelada durante a entrevista. De facto, os enfermeiros foram lesto em definir a doença; porém, quando lhes pedi para justificar a definição, eles paravam para

pensar e, alguns, como vimos, confessaram mesmo que não sabiam explicar a definição que davam. Penso que é lícito questionar aqui o porquê desta diferença. Se consideramos que a definição da doença é dada a partir do contrário da definição de saúde promulgada pela OMS, como uma não-saúde (cf. Twaddle 1981:112), então, podemos concluir que a facilidade com que os enfermeiros definiram a doença se justifica pelo facto de ser simples fazer uma dedução a partir de uma definição já existente e repetida como que de uma fórmula se tratasse. Ora, pelo que me foi dado perceber, a OMS não define a doença, e muito menos justifica porque define a saúde da maneira que o faz. Isto deixa os enfermeiros perante a inexistência de uma referência onde se possam apoiar para explicar a doença, e, por isso, perdem a base de apoio a partir da qual poderiam elaborar essa explicação.

As justificações dadas pelos enfermeiros às suas definições devem ser entendidas aqui como segmentos do processo de ancoragem das representações da saúde e da doença, não como atribuições. Stockle e Barsky (1981) defendem que as representações da saúde e da doença são inerentemente atributivas, isto é, quando pedimos a alguém para representar a saúde e a doença – especialmente esta⁷³ – obtemos, conseqüentemente, uma explicação. Esta conclusão parte da constatação de que os seres humanos tendem a compreender as suas experiências e percepções a partir das suas causas (Shaver 1975), tal como se encontra comprovado pelas justificações das respostas dos enfermeiros, que tendem a identificar as causas da doença. É por esta razão que Serge Moscovici (2000) considera as atribuições como representações das representações, isto é, como modos de representar as representações. Independentemente da sua assimilação nos processos de interpretação da saúde e da doença, as representações e as atribuições estão unidas pelos mecanismos de cognição. Ambas são esquemas conceptuais que revelam modos de interpretação social da realidade. Enquanto constructos, as representações e as atribuições articulam-se em duas dimensões de construção social dos modelos: a dimensão empírica, traduzida em esquemas representativos, e a dimensão analítica, traduzida em esquemas atributivos. Sendo assim, não é possível compreender a realidade social da saúde e da doença (e desta em especial) sem articular estas duas dimensões em configurações multi-esquemáticas, que combinam

⁷³ O conceito de doença é central neste trabalho. Em primeiro lugar, porque o conceito de saúde não é problemático no que respeita ao seu entendimento, podendo mesmo, como vimos com Canguilhem, ser ignorado; em segundo lugar, porque é problemático para a sociedade, ao ponto de justificar a função do enfermeiro e dos profissionais de saúde em geral.

esquemas conceptuais de diferente valor (representativo e explicativo). No ponto seguinte apresentam-se as atribuições que os enfermeiros fazem sobre a doença.

4.1.3. Modelo etiológico

A interpretação das lógicas dos sistemas etiológico-terapêuticos (Laplantine 2009 [1989]) é um procedimento que concorre directamente para a elaboração da resposta para a pergunta de partida do estudo. Esta interpretação começou após a descrição do contexto multicultural de realização da enfermagem e da identificação dos modos de objectivação e de ancoragem das representações da saúde e da doença. Tendo descrito o contexto geral da realização da enfermagem na UCCI-SCMP e identificado as imagens utilizadas pelos enfermeiros para representar a saúde e a doença, resta explorar as referências que os enfermeiros incluem no processo de ancoragem dessas imagens e que decorrem de um trabalho de teorização pessoal (Lewis 1981) sobre a saúde e a doença, onde se interpenetram os seus sentimentos sobre a doença e os modos como a interpretam em referência aos modelos teóricos aprendidos que assumem o carácter de representações inculcadas. O objectivo deste ponto é precisamente descrever e interpretar o primeiro termo do conjunto formado pela relação estruturante da realidade do cuidado de enfermagem na UCCI-SCMP, estabelecida entre a etiologia e a terapêutica. Segundo Kleinman (1978), é através desta interpretação que descobrimos a lógica que está subjacente às atitudes sobre o cuidado (não esquecendo que estas atitudes são confrontadas com os modelos de cuidado impostos pela instituição visíveis na prática terapêutica, que é o segundo termo da relação estruturante do cuidado). Mais, de acordo com Good e Good (1981:166, 170), a interpretação do sentido das atitudes sobre o cuidado permite estabelecer uma base para reconceptualizar as transacções clínicas, ajustando as palavras às coisas, pois, o modo como o enfermeiro lida com as coisas do cuidado está relacionado com o significado que dá à doença (Pfifferling 1981).

Nas respostas à pergunta “Segundo a sua perspectiva, o que é que causa as doenças?”, os enfermeiros procuraram identificar factores que pudessem estar relacionados com a manifestação das doenças. Como estratégia de articulação com essas posições, proponho, que vejamos as várias explicações e, no final, façamos uma interpretação conjunta.

Assim, a enfermeira Sofia atribui o aparecimento da doença a *um mau funcionamento do organismos... dos órgãos*. Segundo esta enfermeira, *a causa da doença acaba sempre por estar dentro do organismo, mas pode estar fora do organismo. Imagine-se: uma pessoa tem cancro no pulmão, é o pulmão, mas, pode resultar do fumo, que veio do exterior... Pode ser causas exteriores ou interiores ao organismo. Por exemplo, uma malformação do coração pode nascer, pode aparecer durante a vida. Eu acho que nem todas as causas são exteriores. O órgão não é afectado pelo exterior, pelo meio ambiente. O cancro do pulmão pode não ser causado só pelo fumo. Pode apanhar cancro do pulmão porque tem tendências cancerígenas, não sei porquê. As causas genéticas não vêm do exterior... Pode ser hereditário.*

A enfermeira Susana começa por dizer que não faz ideia de quais sejam as causas das doenças. Adiante, refere que as causas, *a nível físico, podem ser muitas coisas. Pode ser desconforto a nível... alterações a nível hídrico, hidro-electrolítico, pode ser muita coisa. Psicológico é mais... a parte psicológica que afecta, muitas vezes, tem a ver com a sociedade... A a causa não é social, mas, algumas coisas pode ser... a parte psicológica. Por exemplo, o ambiente físico, com os agentes químicos, também pode alterar muita coisa. Apoiando-se no exemplo das neoplasias, afirma que nunca têm a ver com a parte social. Pode ser a parte física do doente. Nunca se pode considerar um agente químico como o causador de uma neoplasia, em certas coisas. Mas, há agentes que podem ser, outros não.*

Para a enfermeira Inês, as causas das doenças encontram-se no meio: *a fauna, a flora, e tudo o que nos envolve tem agentes patogénicos, que nos causa doenças. O meio. É o meio, principalmente. Também o meio social. Principalmente as doenças mentais. Há agentes patogénicos que é a sociedade que os cria. Neste caso, é criado pela sociedade, pelas pessoas. Isso também é verdade. Como a alimentação, e esse tipo de coisas,... é sintetizado, é feito... Tudo o que nos envolve tem sempre o seu lado não inofensivo. Podemos parecer inofensivo, mas, há sempre algo que nos pode...* Perguntando-lhe se o meio social era patogénico, ela, embora tenha começado por referir o meio físico como principal causador das doenças, reconhece que o meio social também pode provocar doenças: *a maior parte das vezes a causa das doenças é social. Também é verdade que uma pessoa que não tem possibilidades de viver numa casa climatizada pode apanhar gripes mais facilmente. Ou vive na humidade, ou provocar algum tipo de alergias, etc.* Nota-se que a enfermeira distingue o meio físico e o meio social, colocando este como um factor patogénico secundário, relacionando-o, inicialmente, com as *doenças mentais* e, na parte final da resposta, também com as doenças físicas.

A enfermeira Alice mostra ter dificuldade em identificar as causas das doenças. Começa por dizer que essa dificuldade deve-se ao facto de não haver uma definição de doença, embora possamos conceptualizá-la: *podemos ter um conceito de doença, mas não temos uma definição de doença... A doença é uma terminologia que engloba uma vasta... Não é uma terminologia direccionada; a doença pode-se manifestar de várias maneiras.* Para ela, a doença, enquanto

manifestação geral não tem causas conhecidas, sendo necessário saber como ela se manifesta em concreto para podermos deduzir a sua etiologia: *não existe uma causa para a doença... Se me perguntar se existe uma causa para uma doença específica, provavelmente existe, agora, a causa para a doença, na minha opinião, não existe. Uma causa para a doença, não estou a ver... A doença manifesta-se em qualquer faixa etária, em qualquer agente... em qualquer situação. Se for uma doença específica, posso dizer, olhe, está mais apontada, ou para uma alteração fisiológica, ou por uma alteração no meio... Agora, a doença em si é muito vasta, é um conceito muito vasto.* Apesar desta negação, a enfermeira refere que a causa geral *pode ser um desequilíbrio*, relacionando a resposta com a definição de doença que apresentou anteriormente.

Uma resposta semelhante foi dada pela enfermeira Teresa. Esta enfermeira refere que as causas podem dever-se a *muitos factores. Muitos, muitos factores. Não lhe posso responder concretamente a essa pergunta, porque, depende da doença, depende de qual é o nível que afecta. Para cada um dos níveis que afecta há factores que...* Adiante, considera a hipótese de haver *um desequilíbrio, ou um desajuste de várias situações. Não quer dizer que seja só de uma ou de outra. Pode ser... um aspecto inesperado que provoque uma situação que a pessoa não está à espera, e aí, afecta o nível psicológico e é talvez um desequilíbrio a nível psicológico... Isso depende de várias situações. Para mim, o estado de saúde, como disse, é as três coisas: físico, psíquico e social. Qualquer um destes aspectos afectados provoca a doença.* Sendo assim, as doenças são causadas por afectação de um ou de vários níveis que interferem no estado de saúde. Desde que essa afectação resulte num desequilíbrio, declara-se a doença.

Até agora, as enfermeiras referiram, *grosso modo*, que as doenças podem ser causadas por qualquer coisa que interfira no equilíbrio entre as dimensões física, psicológica e social. Essa “coisa” pode estar no organismo ou no ambiente. Esta posição é partilhada pela enfermeira Maria. Para ela, a causa das doenças *pode ser alguma coisa física, pode ser alguma coisa psicológica, pode ser alguma coisa social, no sentido de... Pode ser um sintoma físico, sei lá... uma pessoa estar com tonturas, se forem muito repetitivas, provavelmente, a pessoa há-de ir ao médico para ver o que é que se passa. Pode ser alguma coisa social... Não consigo encontrar nenhum exemplo... Pode ser algo psíquico. Aqueles doentes têm... agora está-me a faltar o termo... Pode ser no corpo, pode ser inserido na família... Um familiar que tenha um cancro, por exemplo, ou que tenham vários casos na família, se calhar essa pessoa vai ter mais cuidado acerca disso. No dia-a-dia, as pessoas que têm empregos mais exigentes, horários mais exigentes, isso pode causar doenças. Trabalhar no hospital, por exemplo, que é um local onde há riscos... A enfermeira acaba por concluir que *as causas podem ser genéticas e ambientais. Não há grande diferença. Não há diferença.**

Por sua vez, a enfermeira Helena dá predominância à natureza física da manifestação da doença. Começando por dizer que *há doenças que são meramente físicas*, considera, contudo, que a manifestação da doença no corpo se deve, na sua maioria, a alterações impostas pela forma como a pessoa interage com o meio ambiente: *é o próprio meio ambiente que condiciona, ou, de alguma forma, interage com a pessoa e que provoca uma patologia. Pode ser uma queda, uma fractura, um traumatismo... Normalmente são factores externos que vêm, de alguma forma, influenciar a actividade de vida, o dia-a-dia da pessoa e, futuramente, vão causar um transtorno. Poderão ser meros objectos no ambiente social ou, também, poderão ser outros factores externos que o vão influenciar. Novas rotinas, novas formas de estar. Mesmo que a gente não queira, o fumar, pode ser uma rotina que a pessoa vai adquirir e, ao longo da vida, poderá, ou não, ser um factor patológico daqui por muitos anos, não é? O sedentarismo: a pessoa pode ser sedentária, e, isso não significa que esteja a interferir com o meio ambiente de uma forma diferente, mas, é uma rotina, que, se calhar, daí a algum tempo vai ser um factor de risco desencadeante. É nesse sentido. Pode ser uma coisa física, mas, há muitos factores que influenciam... Foco-me mais no meio ambiente porque eu acho que o ser humano se adequa muito ao ambiente, a pessoa vai alterando consoante o meio ambiente. Quando me refiro ao meio falo em factores externos, ou seja, o circundante da pessoa é que, muitas das vezes, vai fazer com que haja pequenas alterações... Acabam por ser esses conjuntos de factores, de rotinas, que vão tendo... Quando eu me refiro aos hábitos e às rotinas, acabam por ser condicionantes, ou formas de estar que a pessoa vai adquirindo, no sítio onde vive, como na sociedade, e que poderão ser factores desencadeantes de doença... é aquilo que a gente, na organização da enfermagem, chamamos de factores de risco. Por exemplo, hoje em dia, a gente fala num AVC, fala num enfarte, e muitas das vezes questionamos logo quais são os factores de risco. Por vezes não é nada externo, mas, procuramos arranjar um factor externo que, à partida, seja um risco maior da probabilidade da ocorrência de um AVC. Queremos encontrar uma causa.*

Em acordo com a enfermeira Helena, a enfermeira Anabela, entende que a doença tem sempre uma manifestação física, que é causada por um desequilíbrio verificado tanto a nível físico como emocional e psicológico. O desequilíbrio a nível emocional ou a nível psicológico – distinção operada pela enfermeira – causa a maior parte das doenças: *algumas podem-se referir a nível físico, mas, talvez, a maioria seja um desequilíbrio a nível... muitas vezes a nível emocional, outras vezes a nível psicológico. E, isso manifesta-se na parte física, no corpo. O isolamento. O isolamento social... manifesta-se a nível da doença. Ou melhor, manifesta-se a nível do corpo físico, provocando doença.*

O desequilíbrio, tanto interno como externo, também é invocado pela enfermeira Sara como a principal causa das doenças. Para ela, as doenças são causadas por *um desequilíbrio a um determinado nível. Geralmente, é uma causa exterior ao corpo que provoca uma doença.*

Regra geral... Também poderá ser interior, provinda do exterior... A causa pode ser interna e externa. Há doenças que são maioritariamente associadas ao meio ambiente, outras podem ser de causa endógena, de causa interna, como a predisposição genética. Tendo-lhe perguntado se as causas externas não serão de ordem social, a enfermeira foi peremptório: não é a sociedade, ponto final.

Posição semelhante tem a enfermeira Sónia. Para ela, a causa *pode ser várias coisas. Pode ser uma questão psicológica, uma questão física; pode ser um problema físico, um problema psicológico. A dimensão psicológica e a física estão interligadas.* O desequilíbrio traduz-se por um valor: *existe um valor que é estipulado, que, a partir de “x” pode haver hipóteses de... Imagine que uma pessoa cai e tem um traumatismo. É uma doença, pode vir a ter uma infecção, posteriormente. É uma doença, uma fractura. Não é uma doença, uma patologia, propriamente, mas é uma alteração do bem-estar da pessoa. Já não está com saúde, propriamente. Na minha perspectiva, já existe alguma coisa que não está... o tal ponto de equilíbrio já desequilibrou.* A identidade entre este “ponto de equilíbrio” e o ponto médio de Quetelet remete para a noção de normalidade. A enfermeira não explica porque é que a pessoa cai, o que gera imprecisão nessa definição do ponto de equilíbrio, já que, as quedas são possibilidades que podem acontecer seja a quem for. Além disso, o entendimento de que um traumatismo pode ser uma doença remete para a própria definição de saúde como bem-estar. Ou seja, a doença pode existir desde que a pessoa não esteja bem. Já vimos que esta definição equivale a dizer que todos somos doentes, pois, o bem-estar deriva de uma interpretação que apenas o sujeito pode fazer: por um lado, a doença revela-se por um valor considerado objectivo, por outro, pode ser entendida como um sentimento subjectivo.

Por seu turno, a enfermeira Luísa entende que a causa das doenças *é tudo o que nos envolve. É tudo o que nos envolve. Se o ar não for bom para respirar, pode ficar doente. Se eu der um pontapé numa pedra posso partir uma perna e ficar doente... É tudo aquilo que nos envolve. Pode servir para nos dar equilíbrio ou desequilíbrio. É o meio ambiente. O meio social faz parte do meio ambiente. É verdade, que, se eu partir uma perna é físico, mas, envolve sempre o emocional. Envolve-nos todos. A pessoa é só um, para mim é só um. Tudo tem influência em nós. Tudo, tudo, tudo, tudo.* Esta etiologia, de tão inclusiva, pode significar que tudo o que é usado pelo indivíduo é causador de doença.

Uma posição menos radical é apontada pela enfermeira Marisa. Esta enfermeira considera que a doença é causada por *vários factores. Pode ser... a etiologia da doença pode ser patológica, mas também pode ser... o stresse, pressão social..., mais, pode ser várias coisas... A doença pode ser, pode ter uma etiologia física, mas também pode ter etiologia psicológica. Uma depressão, o que é uma depressão? É da parte psicológica. Se não estivermos bem repercute-se também a nível físico. O médico mede os parâmetros, para avaliar. E não é só a nível físico, de análise, de exames, mas sim de comportamentos,*

atitudes, etc. Mais uma vez considera-se o exame médico como o meio de detecção da doença. Isto significa que a doença tem que ser referenciada pelo profissional para poder existir. Sendo assim, não basta a pessoa não estar bem para haver doença.

A enfermeira Angelina considera que a causa das doenças é *uma ruptura. Um desequilíbrio, qualquer coisa que vai alterar.*

Por sua vez, o enfermeiro Rui atribui a causa das doenças quer ao erro individual, traduzido pelo modo como o indivíduo utiliza os recursos ao longo da vida, quer à ausência de erro. O enfermeiro indica como causas principais da doença, *a alimentação, factores externos... O quotidiano, a vida que nós fazemos. As nossas práticas, o que fazemos no dia-a-dia. Também há doenças que surgem sem que haja qualquer tipo de erro da pessoa. Doenças congénitas; pessoas que nascem com uma doença...*

O enfermeiro José refere os *agentes patológicos* como a principal causa das doenças, sem definir o que é um *agente patológico*, se se trata de uma entidade microbiológica ou de um comportamento de risco. Embora sejamos levados a pensar que ele se refere ao primeiro tipo de agente. Logo a seguir, acrescenta que *isto é muito subjectivo*, mas, *tem que ser uma causa científica*, isto é, cientificamente explicável.

Em acordo com a resposta do enfermeiro Rui, o enfermeiro Jorge considera como causas da doença *os factores sociais, os factores intrínsecos à pessoa e não só, pelos factores genéticos, também causam certas e determinadas doenças, e, também, os factores do meio que envolve determinada pessoa, e, os hábitos de vida... A cultura.* Aqui, encontramos a primeira referência directa à cultura como causa da doença.

Procurando manter uma relação com as respostas à pergunta anterior, os enfermeiros oscilaram entre etiologias específicas e etiologias gerais. No conjunto, salienta-se a referência a *várias coisas*, deixando a ideia que as causas têm uma natureza misteriosa (cf. Gadamer 1997 [1993]).

Vemos, também, que as explicações dadas pelos enfermeiros apoiam-se em etiologias externas e internas. A maior parte deles acredita que as causas externas são predominantes, ou seja, a doença é causada pela interferência do ambiente no organismo. Esta epidemiologia é combinada com as anomalias genéticas que são herdadas dos ascendentes.

A epidemiologia e a herança genética são entendidas como causas de natureza diferente. As causas genéticas são consideradas como “realidades” fora do ambiente social.

Ora, sabemos que a própria evolução humana não se explica simplesmente pela competição entre os indivíduos, como de um evolucionismo gradual (leia-se, darwiniano) se tratasse, mas sim de uma evolução multifilética (Vieira 1995). No homem, devemos falar de evolucionismo cultural e não de evolucionismo biológico, de adaptabilidade mais do que de adaptação, isto, porque a cultura moldou – e continua a moldar – o corpo, tal como Mauss (1936) defendeu, sendo mais correcto falar-se de uma corporeidade traduzida na apropriação política da corporalidade do que de um corpo orgânico (Le Breton 1992), significando que o homem é produto e produtor de si mesmo, por força de desenvolver em si hábitos motores (Leroi-Gourhan 1987) enquadrado pela dependência crescente da cultura (Titiev 1979 [1963]). A biogénese deriva, assim, na psicogénese e na sociogénese, e redobra sobre si. Um perfeito exemplo disto pode ser encontrado a partir da análise das características anatómicas do *Homo floresiensis*, descoberto em 2003, que possuía uma capacidade craniana de 417 cm³ e tinha apenas um metro de altura, apesar de ser contemporâneo ao Homem de Cro-Magnon. A explicação da diferença entre o Homem da Ilha das Flores e o Homem de Cro-Magnon encontra-se na sua interacção com um meio que ficou isolado do restante espaço terrestre e obrigava à adequação biológica à escassez alimentar. Os biólogos dirão que, então, não se vê aqui diferenças entre a biogénese humana e a animal. Os antropólogos responder-lhes-ão que a adaptação biológica do Homem das Flores deve-se primeiramente às migrações da espécie, tomadas como estratégias de organização social. De facto, para nós, homens, como diria Hubert Markl (1983:40), “é-nos natural assegurar a nossa existência através de uma tradição cultural”. Mesmo os genes que herdamos dos nossos pais são o resultado de um cruzamento que tem menos de natural do que de cultural: os nossos pais reproduziram-se primeiramente a partir de estratégias de “acasalamento” sancionadas pela cultura, e não pela natureza (se a reprodução fosse apoiada simplesmente nos instintos, a herança genética que possuímos seria necessariamente diferente). Isto significa que, se herdamos características genéticas tendencialmente cancerígenas, é porque as estratégias culturais de acasalamento assim o ditaram. É sabido que há culturas que tentam prevenir o cruzamento de duas pessoas cuja combinação genética possa representar um risco (há poucos anos, era comum, nos Estados Unidos, o futuro casal fazer testes de compatibilidade sanguínea). A proibição do incesto, que Lévi-Strauss (1982 [1949]) identifica como a fronteira entre a natureza e a cultura, pode encontrar a sua principal função na prevenção de anomalias genéticas. Com efeito, na natureza vemos amiúde o cruzamento entre “parentes” próximos. Na espécie humana, a cultura encarregou-se de o impedir e de transformar esta modalidade de reprodução como

“impura”, apropriando-se da reprodução como estratégia de estabelecimento de alianças cujo propósito passa pela reprodução de valores económicos e simbólicos (Bourdieu, 1977 [1970]) que atribuem sentido à honra, intimamente ligada à casa (Bourdieu 1977), em cujo efeito interferem elementos pouco arbitrários (Leach 1978 [1976]; Meillassoux 1976).

No geral, as etiologias da doença apresentadas pelos enfermeiros são marcadas pela predominância do físico sobre o psicológico e o social e pela predominância da avaliação estatística sobre o sentimento. Ambas a predominâncias são sinal da sobreposição da atitude biomédica sobre a atitude biopsicossocial sobre a doença. Este facto remete para a questão da implicação dos enfermeiros com a ideologia biomédica. Vê-se aqui uma tradução real da teoria do *footing* (Goffman 1979). Esta particularidade das descrições dos enfermeiros remete para a questão da manutenção de *status* adquirido pela separação entre as perspectivas social e profissional sobre a doença. Um sinal claro desta separação é dado pela expressão, proferida pela enfermeira Sara, *não é a sociedade. Ponto final*. Este “ponto final” significa que a enfermeira defende-se por um conhecimento inabalável sobre a etiologia da doença, e reflecte uma negação em discutir o seu ponto de vista, como se este estivesse apoiado numa interpretação fundamentada por um conhecimento real ou verdadeiro sobre a doença que, por qualquer razão traduz uma racionalidade correcta que é imperturbável por qualquer desafio que as questões de um antropólogo possam representar. Nesta atitude é visível o modo como a definição das causas da doença é utilizada para se construir a facticidade dessas mesmas definições. Estas encontram a sua verdade na própria descrição, revelando-se, aqui, como o interesse pessoal da manutenção de um estatuto de (re)conhecimento elevado.

A concepção da doença como *disease* está presente em praticamente todas as respostas (à excepção do enfermeiro Jorge). De facto, uma ideia central, como, aliás, tinha ficado esboçada nas respostas às perguntas anteriores, é que a doença manifesta-se a nível físico, e, esta manifestação tem que ser avaliada através de metodologias de análise apoiadas na definição de um ponto de normalidade a partir do qual são interpretados os eventuais desvios. Aqui, revela-se uma atitude claramente biomédica acerca da doença. A avaliação, enquanto modelo de despiste, contrasta com o sentimento, entendido como o meio de constatação subjectiva da situação de não se estar bem. Nestas respostas vemos, portanto, que os enfermeiros, embora considerem a interferência dos níveis psicológico e social no estado de saúde, não valorizam a possibilidade de o sentimento individual ser bastante para a detecção do mal-estar (leia-se, não-saúde). Detecta-se, portanto, a predominância do exame clínico sobre o sentimento como método de referenciação da pessoa como doente.

A abordagem racionalista/positivista está presente, também, na própria tendência ao pensamento causal. É certo que a pergunta sobre as causas das doenças foi proposta por nós, mas, se compararmos as respostas obtidas com as que foram dadas à pergunta “o que é a doença?”, descobrimos uma estreita relação. Esta relação tanto pode significar que os enfermeiros continuaram o raciocínio que traziam das respostas dadas à pergunta anterior, como pode significar que a própria definição de doença já tinha incluída uma atitude de explicação causal da sua existência. Este aspecto confirma que os enfermeiros entendem a doença a partir de uma teorização previamente elaborada, que, porque incluem posições ideológicas, replicam-se em erros de interpretação, conforme Hewstone (2009 [1989]) tinha informado.

O positivismo da interpretação causal, dizia, estava já incluído na definição da doença. Com efeito, a análise quantitativa do conteúdo das respostas revela que a maior parte das categorias utilizadas mais frequentemente ($n \geq 7$) para explicar as causas da doença estão também incluídas no núcleo central da representação da doença. As categorias “vida”, “desequilíbrio”, “alteração” e “patologia” foram utilizadas para definir a doença e para explicar as suas causas, comprovando-se que a definição da doença continha já uma teorização das suas causas, mostrando como a representação assume a função de modelo da realidade (ver Ilustração 10).

A implicação dos enfermeiros nas descrições que produzem sobre a doença confirma-se na explicação das causas das doenças. Uma outra maneira de ver essa implicação é através da descrição espontânea, desligada das referências que moldam o contexto institucional onde o agente se move. A descrição espontânea da representação da doença consiste na interpretação pessoal da doença e apela às atitudes dos enfermeiros em relação a ela. Ora, tratando-se as atitudes de consequências de motivações pessoais, então, a melhor maneira de aceder à descrição espontânea sobre a doença é motivar a interpretação sobre as reacções que ela provoca aos enfermeiros. Por isso, as seguintes duas perguntas pretendem provocar a descrição dos receios e dos temores que os enfermeiros sentem em relação à doença, enquanto pessoas.

É difícil desligar a pessoa do enfermeiro, mas, esta estratégia pode contribuir para elucidar sobre as considerações que são utilizadas pelos enfermeiros para obterem ganhos pessoais perante os jogos de poder em que se envolvem por força da sua posição institucional. De acordo com o pensamento de Goffman (1979), a análise das interferências pessoais dos indivíduos na sua vida diária pode ajudar a compreender as estratégias que utilizam nas suas implicações nos jogos de poder.

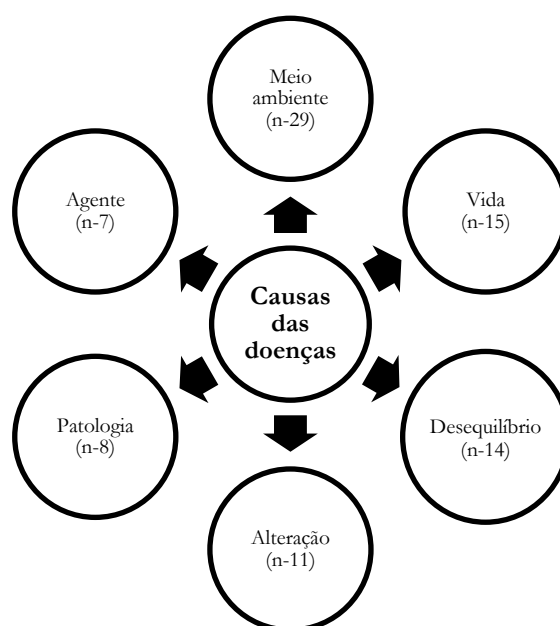


Ilustração 10 – Categorias referidas com mais frequência para explicar as causas da doença

Assim, à pergunta “o que receia mais sobre a doença?”, os enfermeiros descrevem as suas atitudes de forma variada. A enfermeira Sofia refere que o que mais receia sobre a doença é *a morte*. Perguntando-lhe se esse receio não é natural, visto que a morte é natural, a enfermeira respondeu que *uma pessoa não pensa na morte durante a vida. Nós só pensamos na morte quando estamos doentes. A maior parte das vezes. O Homem, no dia-a-dia não pensa: “Ai, posso morrer”. Não andamos a pensar nisso... Pelo menos, na minha idade, eu não penso muito nisso, na morte.* Mais à frente, muda um pouco a sua resposta; já não é apenas a morte que lhe causa receio na doença. Ela refere que o que o *preocupa mais é (...) perder as coisas habituais do dia-a-dia. Estar ali incapacitado, dependente dos outros.*

A enfermeira Susana partilha deste receio. Para ela, o maior receio em relação à doença é *ficar acamada, ficar aí entrevado... É mesmo assim.* Quando lhe perguntei se o que receava mais era a dependência, a enfermeira respondeu afirmativamente: *É. É mesmo isso. Ficar desamparada e abandonada como muitos doentes ficam. Sem o apoio da família, sem essas coisas todas. É a maior tristeza de se ter.* Face a esta última referência aos doentes abandonados, entendi perguntar-lhe o que poderia fazer o enfermeiro em relação a essa situação. Ela respondeu-me que o enfermeiro *não se consegue equiparar a uma família. Nunca. É assim: podes ter alguém que esteja ali, mas nunca é igual a um familiar.* Quis também saber como reagia a essa “incapacidade” da profissão. A sua resposta revela que o enfermeiro aprende a descobrir os

limites da sua responsabilidade sobre o próprio cuidado – pois, a necessidade do abandonado é que alguém “tome conta” dele, ou seja, que o cuide.⁷⁴ A aprendizagem dos enfermeiros nestas circunstâncias tem como objectivo ajudá-los a viver com a realidade dos doentes abandonados. A este propósito, a enfermeira declara: *habitua-mo-nos. Custa-nos, primeiro, ver. Podemos conversar com o doente, dar apoio psicológico, mas, nunca igual ao apoio que um familiar irá dar. Nunca, nunca. Mas nunca.*

Para a enfermeira Inês, o maior receio em relação à doença é *não haver cura*. Tendo-lhe perguntado se não receava as doenças que tivessem cura, ela respondeu: *receio, mas combatia-a. Não sou hipocondríaca, mas temos que estar preparados. Sinceramente... porque, o que nos espera... a quase à população inteira, é um cancro, ou... tem a ver com a doença da moda... temos que estar preparados para essas situações*. Daqui infere-se que a enfermeira teme o cancro, especialmente se ele for incurável.

Por sua vez, a enfermeira Alice receia *a forma como as doenças degenerativas progridem. É a dependência, a dor... Pronto, é tudo...* Ou seja, a enfermeira receia a doença em geral.

Este receio por tudo o que a doença pode ser também é partilhado pela enfermeira Teresa. Ela refere recear *a própria doença. O ficar doente e incapacitada durante muito tempo*. Vemos que a enfermeira liga a doença à incapacidade. Para ela, *a dor é uma incapacidade. A dor provoca incapacidade. Ou seja, a dor é um dos factores que pode provocar incapacidade e doença*. Sendo assim, os seus maiores receios acerca da doença são a incapacidade e a dor. Como liga a doença à incapacidade e à dor, então, podemos concluir que receia especialmente a doença incapacitante e dolorosa.

A incapacidade é uma forma de redução da autonomia (ou mesmo a sua ausência), o que relaciona a resposta da enfermeira Maria com a maior parte das que foram dadas até agora. O maior receio desta enfermeira é *a perda da independência*.

Em contraciclo, a enfermeira Helena respondeu recear sobretudo *as alterações não palpáveis, do foro psíquico. É a parte patológica psico, psicossocial. Para mim, é a parte mais difícil, aquela que receio mais... O que temo mais acaba por ser o facto de se alterar a consciência, a orientação, porque, eu acho que tudo o que serve na parte de saber-ser, saber-estar, o organizar, a consciência do sítio onde está, vai logo limitar em grande quantidade a saúde e o bem-estar da pessoa. Uma pessoa que, de um momento para*

⁷⁴ Nas línguas inglesa e francesa, por exemplo, “tomar conta” e “cuidar” são a mesma coisa (*take care/care; prendre soin/soin*). Em português, utiliza-se a expressão “tomar cuidado” cujo sinónimo comum é “ter cautela”.

o outro, até pode estar fisicamente 100% em todos os aspectos físicos em todas as situações, maravilhosamente bem, mas, se o factor psíquico estiver transtornado e alterado, então, a qualidade de vida dessa pessoa vai ficar completamente transtornada. O que mais me leva a recear é se, eu, um dia, me sentir assim, ou vier a estar assim, será que eu vou saber que estou doente, ou será que vou andar num mundo paralelo? Embora com saúde, e com o meu organismo perfeitamente bem, será que eu vou ter consciência que estou doente? Esta última frase revela uma contradição que pode revelar um aspecto peculiar da definição de doença para a enfermeira. Considerando apenas o sujeito e o predicado, ela diz que pode estar com saúde mas não ter a consciência de que está doente. Incluindo o complemento circunstancial de modo “com o meu organismo perfeitamente bem”, compreendemos o que ela quer dizer, tanto quando se refere à saúde como quando se refere à doença. Uma questão impõe-se: será que ter saúde é ter o organismo perfeitamente bem? Ou, pelo contrário, pode-se estar doente com o organismo perfeitamente bem? O que esta parte da resposta mostra é que a enfermeira coloca o organismo no centro da definição da saúde e da doença, um aspecto que vem comprovar a predominância do nível físico na determinação da saúde e da doença, como, aliás, tínhamos visto a propósito da definição da saúde e da doença, e que ela entende o organismo como algo separado do psíquico.

Perguntei-lhe, ainda, se a inconsciência sobre o facto de estar doente não seria uma forma de felicidade. A enfermeira mostrou-se flexível: *poderá ser* (risos). *É difícil a gente saber... Questionamo-nos até que ponto poderão, ou não, eles, no mundo paralelo em que vivem, como eu costumo dizer,... sentir-se bem? Eu, pessoalmente, em termos de sociedade, estrutura de família e de todos os apoios, acho que ficam, de certa forma, condicionados, porque, estão, completamente, numa realidade paralela àquela onde vivem.*

A enfermeira Anabela tem receios semelhantes aos da enfermeira Sofia. Para ela, o maior receio é que a doença *termine em morte*. Fiz-lhe a mesma pergunta que tinha feito à enfermeira Sofia: *e, a vida, não termina em morte?* A enfermeira respondeu: *sim, mas, na doença, assusta-me. Não quero dizer que uma pessoa saudável não morra espontaneamente, repentinamente, mas, o sofrimento, e, por conseguinte, a morte, é que me assusta mais*. Sendo assim, esta enfermeira não receia apenas o prognóstico de morte, mas também o sofrimento, ou seja, o sofrimento seguido de morte.

O sofrimento é também o principal receio que a enfermeira Sara tem sobre a doença. Tendo-lhe perguntado em que é que se reflectia o sofrimento, a enfermeira respondeu que era sobretudo a *dor. Dor pessoal e poder provocar a dor nos entes queridos, nos familiares, [pois,] afecta também a família, todo o círculo familiar, os amigos...* Esta referência à

família mostra uma relação com o depoimento da enfermeira Sofia (ver ponto 1.5.1. “Funções dos enfermeiros”, supra).

A enfermeira Sónia também refere como principal receio *o sofrimento, a dor. O sofrer. Para mim, é a única coisa que me assusta.* Tendo-lhe perguntado se não receava a dependência, ela respondeu que não, se não tivesse *consciência disso.* Quis saber porquê. Ela respondeu: *não gosto muito de falar disso. Eu acho que, hoje em dia, já não se deve ter dor, deve-se evitá-la, e... Estar numa cama, acho que, nessa situação, temos uma dor que é outra dor, é uma dor psicológica. A pessoa está consciente de que não pode fazer nada. Assusta, claro que assusta. É uma dor, embora, hoje em dia, seja mais fácil debelar a dor do que a dependência. Mas, é assim: eu acho que, se a pessoa – é complicado – mas, se a pessoa estiver sem dor, poderá, eventualmente, ter alguma forma mais psicológica, mais forte, de pensar e ajudar-se a ela própria, evitando o ficar... o ficar dependente.* Dei-lhe o exemplo da diabetes, uma doença, que, por si só, não causa dor, mas causa dependência e limita muito a liberdade de acção. A enfermeira acrescentou: *bem, nesse aspecto é... Quer dizer, há situações e situações. Temos que fazer a avaliação, não é? Pode ser uma situação grave... numa situação de diabetes normal, mais normal, hoje em dia já há mais qualidade de vida numa pessoa com diabetes. Há extremos, não é? Mais à frente, a enfermeira parece contradizer o que disse no início sobre a dor e a sua ausência, operando uma distinção entre dor física e dor psicológica: Bem, mas há uma dor aí. Há uma dor psicológica, que, na minha perspectiva, às vezes é mais dolorosa do que uma dor física. Mas, pronto, também há alguma forma de nós controlarmos a dor psicológica. Agora... é muito complicado. Só estando na situação... E, eu acho que, nessa situação é que poderia dar o devido valor. Eu acho que só passando por uma situação assim é que a gente pode dar o valor. Assim, podemos ter uma opinião, mas, não é fácil nós sabermos, não é?* Esta última informação mostra que, a nível pessoal, os enfermeiros se apoiam na centralidade do sentimento e da experiência da doença para emitirem a sua opinião sobre a mesma.

A resposta da enfermeira Luísa contrasta com as que até agora vimos. Para ela, o maior receio em relação à doença deriva do modo como pode ser tratada. Nas suas palavras, *o que eu receio mais é que me tratem como uma doença e não como uma pessoa. É a primeira coisa. Eu sei que um dia, concerteza, posso morrer e não sei quê... Uma das coisas que eu, para mim, não gostaria é que me fizessem... que me conservassem de tal maneira que eu ficasse com uma doença muitos anos. Viver muitos anos sem uma qualidade de vida... Agora, não me interprete mal, eu não sou pela eutanásia, sou contra a eutanásia. Mas sou contra o massacre. Sabe o que é o massacre? É assim: o senhor já não come, o senhor já não bebe, o senhor já não... e tem que se obrigar a comer, tem que se meter uma sonda pelo nariz abaixo... Cada vez há máquinas mais sofisticadas e nós prolongamos a vida de qualquer maneira.* Perguntando-lhe se considerava esta atitude sobre o cuidado como uma violência,

o enfermeiro responde: *É violência, sim. É violência!* E, então, onde está o limite? – perguntei. *Não há, não há. Porque, aqui ninguém discute, nem a eutanásia, nem se se prolonga a vida numa máquina, que é só mecânica, ninguém, ainda, consegue dizer quais são os limites. Porque... pronto, nós temos a vida como... é uma só. E, depois, é uma coisa que é importante, como as nossas religiões, as nossas crenças... É a cultura, não é?*

Por seu turno, a enfermeira Marisa receia mais *a dependência* *Estar dependente de outras pessoas para fazer as mais pequenas coisas, as mais diversas actividades de vida. É a incapacidade de executar as tarefas do dia-a-dia. Tarefas simples, como levar a comida à boca, como deslocar-me à casa-de-banho. Isso é o que mais me...* Perguntei-lhe se não receava a dor. A enfermeira respondeu que sim, e que era *muito repelente à dor. Acho que ninguém deve ter dor. Mesmo os doentes em estado terminal... ao menos ter alguma qualidade de vida e, às vezes, isso resume-se à ausência de dor.*

A enfermeira Angelina referiu recear sobretudo o *sofrimento*, que se traduz em *dor e dependência. Por exemplo, quando uma pessoa é independente e, de um momento para o outro deixa de ser independente, ou seja, começa a ser dependente. Precisa de ajuda para tudo e mais alguma coisa, precisa dos básicos do dia-a-dia e, isso para mim causa-me... Acho que vai causar muito sofrimento para essa pessoa. Eu ponho-me na pele dela, acho que iria ser muito complicado, eu conseguir fazer tudo aquilo que quero, e, de um momento para o outro ficar com as funções todas limitadas e precisar de ajuda para tudo e mais alguma coisa.* A enfermeira confessa que a assusta deixar de viver como vive, de perder a vida que tem, mas, o principal é mesmo a dor e a dependência, especialmente quando combinadas, referindo que *há vários tipos de dor e ela às vezes pode ser muito intensa, depois também é essa dependência, que pode vir a ser causada pela dor.*

Na perspectiva do enfermeiro Rui, o maior receio sobre a doença prende-se com a *ausência de tratamento e a dependência.* Ele frisa a questão da ausência de tratamento: *há muitas doenças, hoje em dia, que não têm tratamento. Podem-se minorizar os sintomas, através de medicação, mas há muitas que ainda não têm cura.*

O enfermeiro José respondeu recear em especial *o facto do sofrimento, de não se sentir bem durante muito tempo. Sei lá, uma doença crónica. O facto de ter de sofrer, ter que aguentar com vários factores, com vários tratamentos. Acho que isso é o que eu receio mais na doença.* Para este enfermeiro, o sofrimento inclui a *dor* e a *dependência*, mas, segundo ele, estes são apenas dois dos vários factores que contribuem para o sofrimento.

Também o enfermeiro Jorge refere recear principalmente *o sofrimento que pode causar a uma pessoa, mas, também, às pessoas que lhe estão próximas, às pessoas que a rodeiam.* Segundo ele, o sofrimento inclui *não só a dor, mas também... No fundo, é a dor... E a perda. A doença leva à morte*

*e... Então, para mim, pior do que o luto e pior do que a morte, é essa... os doentes, que nós temos aqui, que estão praticamente à espera que Deus se lembre deles, não é? Estão ali, não sabemos bem... Estão ali... nós, próprios, não sabemos muito bem, às vezes, quais são as próprias capacidades dessas pessoas, estão ali, aparentemente, em estado vegetativo. Dependentes. Totalmente dependentes. O que receio mais na própria doença é ficar totalmente dependente de outros. Obviamente, a dor assusta. Agora, nós, profissionais de saúde, estamos por dentro do que é isto da doença. Se calhar, uma pessoa do senso comum: “Ai, tenho aqui uma dor não-sei-quê”, mas, se calhar eles não encaixam bem. Se calhar não sabem... Se calhar não têm outra percepção do que é que é a doença. Se calhar, para nós, que somos profissionais de saúde, se calhar entendemos melhor o que isso é. Se calhar temos uma melhor noção, e, sei lá, por um lado, leva-nos a aceitar melhor, mas, por outro lado, também cria aquele embate, o primeiro embate, que, se calhar... A referência à melhor noção do que é a doença por parte dos profissionais contraria o que o enfermeiro tinha referido aquando da definição da saúde e da doença, isto é, que a doença e a saúde era um estado subjectivamente interpretado e que, portanto, ninguém tem mais razão do que outro, o que, por princípio, significa que aquele que vive a doença sabe melhor o que é estar doente do que o técnico. Por isso, confrontei-o com a questão. Ele concordou que, *sob essa perspectiva...* – que é a dele próprio – o doente conhece melhor a sua situação do que o enfermeiro.*

No conjunto das respostas vemos que os enfermeiros receiam em especial o sofrimento, composto pela dor, pela dependência e pela eventualidade da morte, tornada inevitável nos casos em que não há tratamento nem cura e, devido a este facto, prolongar-se a situação de internamento.

No conteúdo geral das respostas, as categorias mais referidas para os enfermeiros descreverem os seus receios em relação à doença são, por ordem decrescente, a *dor*, a *própria doença*, o *sofrimento*, a *morte*, a *dependência*, a *incapacidade* e a *perda*.

A indagação sobre os tipos de doenças que os enfermeiros mais temem ajudará a completar estes dados e permitirá perceber o modelo etiológico da doença na sua globalidade.

Assim, à pergunta sobre “que tipos de doença teme mais”, a enfermeira Sofia identificou as *doenças cancerígenas*. Tendo-lhe perguntado porque é que temia este tipo de doenças, ela respondeu porque é *das que as pessoas mais falam, em que há mais possibilidades de as coisas poderem não correr bem. Ou seja, a morte*. Em seguida, considerou que *todas as doenças que possam levar à morte* lhe causam temor. Quis saber se era, de facto, porque causavam a morte que as doenças a atemorizavam. A enfermeira respondeu que *não, pode ser doenças crónicas. Ou*

seja, eu tenho medo daquelas doenças com as quais temos que viver a vida toda, tipo diabetes. Daqui se conclui que a enfermeira tem especial temor das doenças crónicas e das que podem levar à morte, onde o cancro assume especial relevo.

Também a enfermeira Susana referiu que temia em especial o *cancro*, devido a ser uma doença silenciosa, isto é, que, *muitas vezes, aparece sem a gente dar conta, pois, há tipos de cancro que são silenciosos e quando se descobre já é muito tarde.* A enfermeira salientou, ainda, as suas *repercussões*. Por “repercussões”, a enfermeira entende sobretudo a morte e a terapia. Nos casos dos cancros silenciosos, refere, *nem há nenhuma terapêutica nem nenhuma terapia que seja capaz de resolver. É daquelas situações que, chegam ao Bloco, abre-se e fecha-se... Infelizmente...* Nestes casos resta apenas o *cuidado paliativo*. *Ou seja, um cuidado que pretende melhorar a qualidade da parte terminal da vida do doente. Pode fazer quimio ou pode fazer radio. Mas, o cancro pode ser galopante e nem quimio nem radio conseguem...* Pergunto-lhe se se trata de cancros que estão na fase metastásica. A enfermeira diz que *não tem, necessariamente, que haver metástase. Pode estar localizado numa parte do corpo que não dá para operar. Imagine uma neoplasia do cólo, que pode ser em várias fases, e aquilo é tão difícil, não se pode tirar tudo para fora. Como é que o doente depois está? Não há quimio, não há cirurgia, não há nada que resolva. Não há hipótese. Pode haver quimio ou rádio, para tentar regredir o tumor, e o doente tem que continuar em cuidados paliativos e acaba por morrer.* Sendo assim, a terapêutica nem sempre é aplicável. A enfermeira exemplifica com um caso com que se deparou no Bloco Operatório – que é onde trabalha, fora da UCCI: *chegou lá um senhor, que teve umas cólicas... Quando foi para operar estava completamente... o tumor, todo, localizado ao nível do cólo, foi abrir e fechar, e morreu dois dias depois. Nem teve nem quimio nem rádio.*

Por sua vez, a enfermeira Inês diz temer em especial *as doenças súbitas: AVCs, enfartes...* *São as que eu temo mais, porque também nos deixam com bastantes défices, e depois, a reabilitação, por vezes, não é fácil, e pode levar a que a nossa vida mude, depois podemos ficar numa cama, etc., etc., depois traz muitos problemas... É isso que eu tenho medo: doenças súbitas e ter que ficar completamente dependente, em grau muito moderado. É disso que eu tenho medo. Não quero. Tenho medo dessas doenças súbitas, que depois, se tornam incapacitantes, tanto para nós como para os outros. É disso que eu tenho mais medo.* Detecta-se aqui um temor decorrente do facto de, subitamente, a pessoa poder ver a sua vida radicalmente alterada.

A enfermeira Alice foca especialmente as *doenças degenerativas*. Apoiando-se na sua experiência enquanto enfermeira, ela refere como conseqüências mais temidas *a incapacidade e a limitação. É a dependência. Sem dúvida. Num contexto profissional, acho que não se põe a situação de temer. Há situações em que se precisa mais de nós, quer a nível físico, quer psicológico... No meu trabalho acabo por ter um contacto com coisas muito distintas. Fazendo um exercício para se separar da*

perspectiva técnica, a enfermeira informa que, *a nível pessoal, se falar nisto a nível mais pessoal, acho que toda a espécie de doenças degenerativas, doenças mentais, que provocam uma degeneração física, que provocam uma perda gradual de funções... incapacitações... Acho que é o que mais me assusta. Tenho medo de estar doente, acho que qualquer pessoa, que tem uma hepatite, tem medo das consequências disso, não é? Das limitações que possam produzir. Muito honestamente, eu não penso muito nisso. Acho que não podemos estar preocupados com isso, e, felizmente, mesmo a nível pessoal ou próximo, o factor doença não está muito presente. Quando trabalhamos, há sempre uma barreira entre a pessoa e o profissional, tenta-se distanciar um bocadinho o eu do dia-a-dia do eu a trabalhar. É difícil. Muitas vezes não... quase não te apercebes, mas... Enquanto profissional penso que não se trata de temer. Existem situações com que é mais fácil lidar – eu trabalho num Serviço de Urgência – mas, às vezes há situações mais fáceis de lidar do que outras, agora, o facto de temer, não... A nível profissional estamos noutra patamar. Ainda para mais no serviço onde eu trabalho. É que, nós acompanhamos a fase aguda, o agora, não acompanhamos... O doente não está lá dez dias, não está lá cinco dias. Aqui, é um contexto diferente. Eu digo isto porque já trabalhei em serviços diferentes, e já tive experiências distintas. Pergunto-lhe se, na UCCI, a sua experiência se baseia mais no contacto com a evolução gradual da doença. A enfermeira responde que não propriamente, aqui não há uma evolução de doença. Aqui temos situações em que as pessoas têm doença e já vêm para cá para estarem algum tempo, não vêm para cá com o objectivo de se curar, essa é a ideia destas Unidades. E, principalmente, nós temos aqui uma convalescença para recuperar a pessoa. Aqui está muito direccionado para a recuperação. Claro que, alguns doentes chegam cá e nós sabemos que não vão ter sucesso. Sendo assim, os doentes na UCCI podem estar mais relacionados com a eventualidade da morte, mas isso faz parte – conclui a enfermeira.*

Contrariamente às enfermeiras anteriores, a enfermeira Teresa diz que não tem doenças que receie. *Depende do nível de qualquer uma das doenças. Eu, pessoalmente, não tenho receio de nenhuma doença.* Mesmo assim, pergunto-lhe se não teme as doenças crónicas. A enfermeira acaba por identificar um doença: *o cancro pode ou não ser uma doença crónica. Eu não tenho receio da doença.* Quis saber porque referiu o cancro. A enfermeira justificou dizendo que se trata de *uma das doenças crónicas de que as pessoas normalmente têm receio.* Nesta resposta está implícita uma contradição. Antes, a enfermeira tinha dito que o cancro pode ou não ser uma doença crónica, mas, agora, acaba por identificar directamente o cancro com a cronicidade.

A enfermeira Maria refere que *é relativo. O meu temor maior é a dependência, ou seja, doenças que podem provocar isso. As doenças que me vão causar mais limitações, porque pode ser uma doença crónica, mas que consiga, por exemplo, uma hipertensão, que eu consiga controlar sem ter que depender de ninguém.* Assim, não há propriamente uma doença que a enfermeira tema em especial. Porém, pela identificação das consequências que mais teme, está,

simultaneamente, a limitar o seu temor a um dado tipo de doenças que pode causar dependência.

Já a enfermeira Helena diz temer em especial *as doenças do foro psicológico. Psicológico, psiquiátrico... Acho que são sempre mais fáceis de tratar as doenças físicas, sintomáticas, que nós mais facilmente conseguimos detectar, ver e tratar. As doenças de factores psicológicos, psicossociais, psicopatológicos,... porque, de facto, é uma área que ainda... Está em bastante evolução, está em bastante estudo, mas, é uma área muito abrangente... que não está assim tão estudada.* Pergunto-lhe se esse temor está relacionado com o facto de as doenças com sintomatologia identificável pela observação, como têm um lugar definido no corpo, são mais fáceis de tratar, e se é por causa da indeterminação desse lugar que teme em especial as doenças do foro mental. A enfermeira concorda que as doenças físicas *são mais facilmente tratáveis, justamente nesse sentido. É fácil tratar uma dor, porque a pessoa que tem dor localiza a dor, descreve a dor... Ao passo que tudo o que é do foro psíquico é sempre muito condicionante, porque, primeiro a pessoa verbaliza os sintomas, que muitas vezes não são palpáveis, e é muito difícil de... É mais difícil de direccionar.*

A enfermeira Anabela identifica as *doenças prolongadas, porque há um prolongamento do sofrimento e da dor.* Além da dor, a enfermeira refere a *incapacidade física e a dependência* como razões do seu temor. Sendo assim, podemos considerar que todas as doenças a atemorizam, pois, por norma, todas elas causam sofrimento, mesmo que não causem dor, incapacidade ou dependência.

Por sua vez, a enfermeira Sara refere, em especial, as doenças *que provocam dor. Não digo: A, B, ou C.* Pergunto-lhe se a doença não provocar dor mas provocar incapacidade não lhe causa temor. Inicialmente, a enfermeira responde que não, *desde que não comporte dor,* porém, a seguir, admite que a dependência também a *assusta,* mas, *a dor em primeiro. Como viver com dor, meses após meses e não ter maneira de poder debelar essa dor. Por exemplo, o carcinoma do pâncreas, o carcinoma da coluna.*

A enfermeira Sónia tem uma posição semelhante. Ela tem temor a *tudo o que provoque dor, mais propriamente as neoplasias,* e acaba por considerar que a sua experiência de enfermeira serve de ponto de apoio para a sua posição: *se calhar porque a minha vida profissional me tem levado a observar muitas dessas situações.*

A enfermeira Luísa refere que não tem *medo das doenças. Só tenbo receio – não é medo – é de ficar numa cama, eternamente, ligada a uma máquina. Eu não tenbo receio das doenças. Eu sei que, um dia, posso ficar doente, como qualquer pessoa.* A enfermeira confessa temer a dependência, especialmente *uma dependência sem dignidade, desumana. Sem dignidade. Prolongar uma vida,*

prolongar uma vida, prolongar uma vida... Que, para mim, é inútil. “Ah, está com olhos abertos.” Nem sequer está ali, já. É isso, eu não sou pela eutanásia, mas sou contra o massacre. O massacre é isto. É manter as pessoas vivas a todo o custo. Pergunto-lhe como é que a enfermagem pode combater isso. A enfermeira responde que a enfermagem actua sobre a vida. Nem está para deitar abaixo, nem para nada, está aí... Aliás, a enfermagem, a equipa de medicina, vai toda fazer tudo para aquela pessoa viver, ninguém vai deitar a pessoa abaixo. Esta resposta sugere que a enfermeira não pode combater a dependência sem dignidade, pois, não pode ir contra as prescrições médicas, limitando-se a cumprir essas prescrições. Pergunto-lhe se o enfermeiro pode desacordar com o médico se entender que o plano de tratamento é massacrante. A enfermeira é peremptória. Não. Isso não acontece. Comigo, eu trabalhei muitos anos, nunca senti... Nunca. Normalmente é como equipa – o médico, o enfermeiro, o auxiliar – e, toda a gente... Claro que o médico é que prescreve, não é? Eu não prescrevo os medicamentos. Eu dou os medicamentos, não os prescrevo. Normalmente, pergunta, ou a nossa opinião, ou: “como é que o doente está hoje? Como é que acordou esta manhã? Como é que reagiu?” Veja, por exemplo, um doente com uma tensão baixíssima e, o médico, sem perguntar nada nem nada, vai prescrever uma coisa que vai baixar mais, eu tenho que dizer: “Se quiser prescrever, é o senhor que prescreve, mas o doente está com esta tensão.” Portanto, temos que trabalhar sempre em equipa. Nem o médico vai impor nada, porque, ele prescreve, e a responsabilidade da prescrição é dele... Normalmente, eu não vou contradizê-lo a ele, não tenho que contradizer. Posso é informar. Imagine que entrava aqui alguém com a mania das eutanásias... Eu não administrava; podia recusar. Agora, no dia-a-dia, não, isso não acontece. Comigo, não acontece, pelo menos... Nota-se, nesta resposta, uma tensão interna entre a pessoa do enfermeiro e o enfermeiro. Este conflito não resulta, como vemos, em reacções práticas, daí que a enfermeira acabe, por vezes, em participar num plano de tratamentos com o qual não concorda. A enfermeira não explica como se pode reagir perante a atitude biomédica de prolongamento da vida a todo o custo, mesmo à revelia da qualidade de vida do paciente.

Já a enfermeira Marisa informa temer especialmente as *neoplasias e... Parkinson*, porque, *esta é uma doença degenerativa, incapacitante e nós ficamos completamente conscientes*. Visto que focou a degenerescência, pergunto-lhe se não teme a Doença de Alzheimer. A enfermeira responde que *não tanto. Porque eles são felizes no mundinho deles. É difícil para a família, para as pessoas que nos rodeiam. Mas, em termos de sofrimento, penso que um doente de Alzheimer, como perde a consciência da realidade que o rodeia, não sofre tanto como com a Doença de Parkinson. Pelo menos é isso que eu notei nos casos que têm estado cá internados*. Portanto, o que assusta mais esta enfermeira é, além do cancro, a degenerescência associada à consciência da mesma.

A enfermeira Angelina tem uma posição idêntica. Ela teme especialmente as *doenças oncológicas e as psiquiátricas*. Tendo-lhe perguntado a razão desse temor, ela respondeu que *a parte da oncologia porque são doenças que vão degradando, lentas e dolorosas, ao mesmo tempo vão causar sofrimento; a parte psiquiátrica, talvez porque, se calbar, a pessoa não consegue controlar, não tem noção daquilo que faz*. Vemos aqui uma variação em relação à resposta da enfermeira anterior. Para a actual, é a inconsciência que assusta, enquanto para a anterior é a consciência. Porém, as doenças psiquiátricas não provocam, necessariamente, inconsciência, mas também – como na Doença de Alzheimer – não permitem uma consciência total. A ambivalência das doenças demenciais no que concerne à consciência ou falta dela é focada como uma espécie de espaço misterioso que causa temor.

Para o enfermeiro Rui, as doenças mais temidas são as que não têm cura, em especial, *a SIDA e o cancro...* Como justificação, ele refere *o prognóstico de vida limitado e a ausência de base de tratamento. Há medicação para atenuar os sintomas, e para prolongar, mas, ao mesmo tempo, sabemos que vamos morrer daquilo...* Confrontando-o com a possibilidade de haver cura para o cancro, o enfermeiro concorda que *há alguns que são curáveis*. Além da possibilidade de não haver cura, o enfermeiro foca também a violência dos tratamentos nos casos de cancro, em especial, *a quimioterapia...*

O enfermeiro José diz temer especialmente *as doenças cancerígenas. Oncológicas. Porque são as que trazem mais sofrimento. Acarretam mais dor, mais incapacidade*.

Este temor é partilhado pelo enfermeiro Jorge. Ele confessa ter especial temor dos *tumores. Cancro* (em voz baixa). *É a doença que tenho mais medo, o cancro. Não é só a doença, também os tratamentos, as sequelas, a alteração que provoca se calbar também no seio da família...* Além do cancro, o enfermeiro revela temer, também, *os AVC e algumas doenças do foro neurológico, que nos tornam totalmente dependentes*.

Perante estas respostas, podemos concluir que os enfermeiros temem, em especial, o cancro e as doenças que provocam dor e dependência. Em conformidade com o que referiram nas respostas à pergunta anterior, que questiona sobre o que temem mais na doença em geral, também aqui os enfermeiros identificam os seus temores de acordo com o conhecimento que adquirem através da sua formação e, em especial, da sua experiência profissional. As semelhanças entre as respostas obtidas nas duas questões são notórias. Isto significa que os receios acerca da doença estão relacionados com doenças determinadas e os enfermeiros representam a sua etiologia pessoal através da articulação entre os receios sobre a doença e as doenças temidas. As categorias mais frequentemente citadas pelos

enfermeiros em relação à última questão são “cancro”, “dor”, “tratamento”, risco de / alteração da “vida”, “dependência”, “morte”, “quimioterapia”, “incapacidade”, “profissional”, “radioterapia”, “psicológico”, “irreversível”, “súbitas”, “degenerativas”, e “AVC”. Como vemos, as doenças mais temidas estão relacionadas com os efeitos que elas produzem na consciência do enfermeiro, formada, em especial, a partir da sua experiência profissional. Os efeitos referidos, como dizíamos, são, na sua maior parte, os mesmos que foram invocados nas respostas à pergunta acerca dos principais receios que os enfermeiros tinham em relação à doença. Assim, as doenças mais temidas provocam receio principalmente porque causam dor, dependência, incapacidade e mesmo morte. As principais diferenças encontradas entre as respostas às duas perguntas, além de se encontrarem na nomeação directa das doenças nas respostas à última pergunta, detectam-se, também, na conjugação das categorias num esquema principal, o que é formado pela estrutura cancro-dor-tratamento-morte-quimioterapia-radioterapia, que traduz uma realidade centrada nos casos oncológicos presenciados pelos enfermeiros.

A articulação dos conteúdos das respostas às duas perguntas estão representadas na Ilustração 11 (página seguinte). Aqui, vemos a estrutura da descrição espontânea do modelo etiológico. Como estratégia de distinção dos dois conteúdos, optou-se por integrar no gráfico apenas as referências directas aos dois problemas (receios sobre a doença e doenças mais temidas). Assim, evita-se a redundância formada pela interpenetração das respostas às duas questões analisadas acima.

Este quadro reflecte a realidade da doença observada pelos enfermeiros. Com efeito, tal como havíamos prenunciado, os enfermeiros reflectem em si, por um processo de transferência, os receios que vêm materializados nos doentes que cuidam no dia-a-dia. Durante o seu desempenho, eles vão testemunhando as situações vividas nas cadeiras do sofrimento humano, conforme Leo Pessini (2007) chamou aos hospitais.

A confrontação diária do enfermeiro com a dor e o sofrimento pode servir de meio para eles constatarem a relativa ineficácia da biomedicina em gerir estes problemas (Kleinman 1998),⁷⁵ o que, eventualmente, pode justificar os seus receios. De facto, se os próprios profissionais de saúde têm especial receio da dor e do sofrimento, então, isso significa que os próprios especialistas reconhecem a impotência da medicina em relação a

⁷⁵ A este respeito, Kleinman questiona o argumento de Max Weber, segundo o qual, as instituições iriam ocupar um lugar central nas sociedades devido à eficiência derivada do controlo técnico racional.

estes problemas. Neste sentido, a dor e o sofrimento apresentam-se como testes à capacidade humana (Kleinman 1998; Le Breton 1995), tanto no plano da experiência pessoal como no âmbito das políticas sobre a vida.

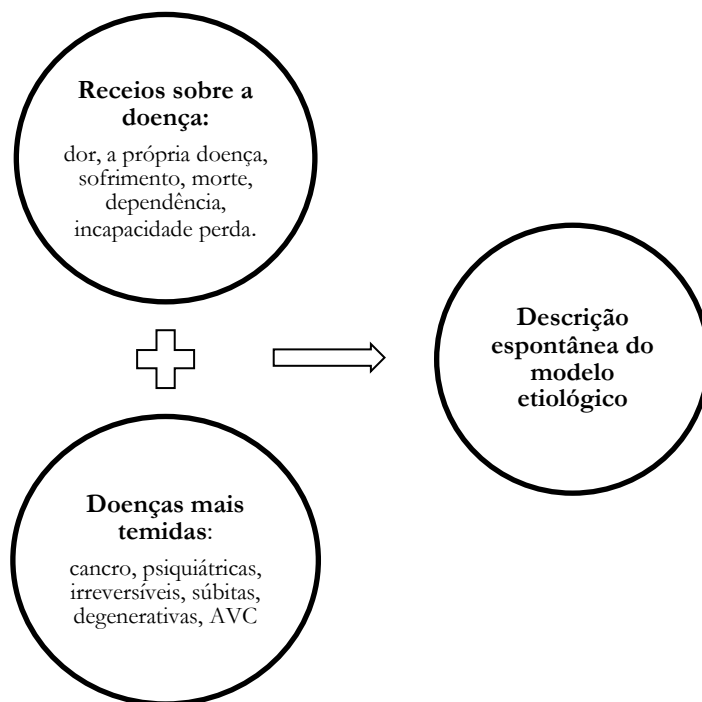


Ilustração 11 – Categorias referidas com mais frequência para descrever as atitudes pessoais perante a doença

Ainda de acordo com Pessini (2007), a dor e o sofrimento, além da sua representação mórbida, também são “factores de desintegração da unidade da pessoa”, que se traduzem em sentimentos de impotência, sentidos não apenas pelo sujeito em causa, mas também pelos cuidadores. A extrapolação da dor do âmbito físico para o psicológico, o social e o espiritual transforma-se numa “dor total” (Allué 1999). Seja como for, só vivendo a dor em directo se pode constatar convenientemente os limites daquela capacidade humana. Este é o pensamento de Marta Allué, que considera que aqueles que sofrem a dor dos outros podem, apesar disso, controlar o seu sentimento (1999:119).

Ora, estas reflexões sobre a dor e o sofrimento e sobre os modos de os controlar pela instituições de saúde leva-nos a uma outra questão levantada pelas respostas dos enfermeiros: a da mecanização dos cuidados. Uma das enfermeiras salientou o facto de as

peças perderem a capacidade de decidir sobre os seus destinos, em especial, quando são mantidas vivas a todo o custo. Embora ela tenha referido ser contra a eutanásia, vejo na sua resposta uma crítica ao modo como a biomedicina lida com os casos crónicos em fase adiantada, isto é, em estado paliativo ou “pré-paliativo”. Engelhardt (1986) tinha precisamente lembrado que as técnicas de cuidado não eram eficientes nestes casos especiais.

A verdade é que a actual prática da enfermagem é regida por uma razão técnico-científica alicerçada no modelo biomédico, que ela própria adoptou como meio de reconhecimento das suas competências por referência à posição dominante do médico, e onde os cuidados estão centrados na tecnicidade e na cientificidade e não na subjectividade dos doentes (Mussi 2005).

Esta análise permite perceber como o enfermeiro percebe os seus receios a partir da constatação dos limites do acto médico e, em particular, da actividade de cuidar no contexto hospitalar. Vemos que os enfermeiros não conseguem abstrair-se da sua actividade profissional para reflectirem sobre os receios que têm em relação à doença. Com efeito, uma parte importante dos enfermeiros ancora-se nos exemplos do seu dia-a-dia profissional. Isto significa que os seus sentimentos sobre a doença resultam da interpretação que fazem da condição humana que observam, desde a observação do sofrimento e da dor nos outros, pelo testemunho do seu sofrimento, até à concepção geral do cuidado de enfermagem nas instituições médicas nos nossos dias.

Sendo assim, os receios sobre a doença devem ser entendidos como reflexos da implicação dos enfermeiros no contexto onde eles se materializam. As características deste contexto foram esboçadas no ponto 1 deste capítulo, através da descrição do funcionamento da UCCI-SCMP e da prática da enfermagem no âmbito do protocolo de cuidados continuados integrados, e deram-nos uma imagem das representações impostas pelo contexto institucional da prestação dos cuidados a partir da qual nos inteirámos da perspectiva geral sobre os rituais de instituição, e da conformidade destes com as políticas sobre a vida, e das configurações dos cenários onde se dramatiza o cuidado que traduzem na prática, por esquemas conexionais, ou *scripts*, a dramaturgia da enfermagem na instituição. Porém, para compreendermos, com mais pormenor, como os enfermeiros se enquadram no contexto, é necessário percebermos que representações lhes foram inculcadas pela *chrestomathia* que os formou e como estas representações servem o propósito do cuidado a partir da descrição da responsabilidade dos enfermeiros neste propósito, tarefa que se realiza no ponto seguinte.

4.1.4. Modelo terapêutico

O modelo terapêutico faz parte do modelo explicativo da saúde e da doença a partir da perspectiva do enfermeiro e remata a representação linguística – apresentada por palavras – estabelecendo, simultaneamente, a ponte para a representação prática, que mostrará como o conjunto dos enfermeiros cumpre os rituais da instituição no contexto das interações com doentes oriundos de diferentes culturas nacionais.

A primeira pergunta realizada aos enfermeiros sobre o modelo terapêutico que utilizam pretende saber que modelos teóricos aprendidos eles traduzem em práticas de cuidado.

Assim, à pergunta, “há algum modelo teórico que tenha aprendido que inspire a sua prática diária?”, a enfermeira Sofia respondeu que *não*, referindo que o modelo que mais estudou foi o das *Necessidades Humanas Fundamentais, de Virginia Henderson, que consiste em definir os problemas que afectam a realização das actividades da vida diária.*

Este mesmo modelo é também referido pela enfermeira Susana, que diz, ainda, que o segue na sua prática.

Já a enfermeira Inês informa que gosta *muito de Nancy Roper, realmente. Penso que ela era muito precisa, naquilo... nos cuidados básicos. Ela era muito precisa nessa avaliação. Mais minuciosa, qualquer pormenor está lá indicado, portanto, é um dos modelos com que eu mais gostei de trabalhar.*

A enfermeira Alice revela que *não segue nenhum modelo e que os modelos que segu[e] são muito baseados em normas burocráticas, notas... Não é tanto o procedimento do dia-a-dia. E, eu, mesmo assim, já perdi um bocadinho... Ainda tenho conhecimento de alguns, que, no dia-a-dia, agora, não se adequam muito. Não há uma linha. Os vários modelos, por muito que sejam semelhantes em muita coisa, se calhar vamos buscar um bocadinho de um e um bocadinho de outro. Perguntando-lhe se se cinge aos fundamentos da enfermagem, a enfermeira responde afirmativamente, acrescentando que os segue sempre, acrescentando, *se calhar, um bocadinho daqui, um bocadinho dali, não é propriamente... Estou a falar das linhas teóricas, não é das práticas, Depois adequamos ao nosso Serviço, adequamos à nossa experiência, durante a nossa vida toda. Se calhar o que, em tempos, era excelente, agora nem sequer se adequa.**

A enfermeira Teresa, falando na pessoa colectiva, diz que, na Unidade trabalham o modelo teórico da Nancy Roper. Todos. Nós enfermeiros, trabalhamos com o modelo teórico da Nancy Roper e das actividades de vida, não trabalhamos com mais nenhum modelo.

Por sua vez, a enfermeira Maria referiu que não concord[a] com nenhum. E ach[a] que, cada um tem coisas boas e coisas más, embora não tenha referido se utiliza algum modelo em concreto. Perguntando-lhe se considerava algum mais correcto do que os outros, a enfermeira respondeu: Não. Acho que não. Esta resposta motivou-me a perguntar-lhe se estava de acordo como o modelo representado pelo sistema de registos da UCCI-SCMP. Ela considera que este modelo tira muito tempo ao cuidado, pois, o enfermeiro não é um “profissional de registos”, acrescentando que, por um lado, acaba por ser necessário os registos, mas sem tantos impressos.

Por sua vez, a enfermeira Helena informa: durante a minha formação, fomos direccionados mais de acordo com as teorias da Nancy Roper. E, a nossa formação era direccionada mais para as actividades diárias da pessoa: no vestir, no comer, no respirar... O apoio, ao fim e ao cabo, consistia em identificar problemas dentro dessas actividades e tentar ajudar dentro da prática de enfermagem, através das técnicas de inter-ajuda. Da experiência que eu tenho, não há assim alterações... Mas, acho que sim, continua a ter razão de ser o modelo de Nancy Roper. Vai-se tentando adequar ao ambiente e às dificuldades que a pessoa tem e eu tento direccionar a minhas capacidades nesse sentido.

A enfermeira Anabela referiu aplicar o modelo de Nancy Roper. Quando lhe perguntei porque usava esse modelo, que é muito semelhante ao de Henderson, a enfermeira justificou que o usa porque é o que se adequa melhor à situação, no hospital.

Em sentido contrário, a enfermeira Sara disse que não usava qualquer modelo. Ela acrescenta: vou ser muito sincera. Eu tive essas aulas, estudei-as, e não as aplico. Não as aplico em termos teóricos. Por exemplo, em relação a Virgínia Henderson, eu, neste momento, já não sei identificar qual é o modelo que ela aplica. A Roper, também já falei... Agora, o que é que é, não me lembro. Pergunto-lhe se segue a enfermagem como uma vocação ou como uma necessidade. A enfermeira responde que é porque ach[a] que te[m] vocação. Gosto muito daquilo que faço. Se tivesse que escolher outra vez, faria a mesma escolha.

A enfermeira Sónia confessa que não aprendeu, propriamente, o modelo que utiliza, tendo reconhecido, num trabalho de investigação, a importância do modelo do antropólogo Jacques Chalifour. Segundo a enfermeira, na sua obra, ele define que determinadas atitudes que eu, eventualmente, vou desenvolvendo na minha vida profissional e pessoal – porque eu acho que vou muito na

perspectiva desse senhor – existem determinadas atitudes que ele define como sendo, que devem ser identificadas num enfermeiro.

Já a enfermeira Luísa revela que o enfermeiro *aprende muitos modelos – agora, se lhe quiser dizer algum nem sei – mas, depois, na vida, você pega num bocadinho de cada um e utiliza conforme as situações, porque, não há um modelo ideal. Mesmo aqui, entre vinte e oito doentes, o mesmo modelo para todos não pode existir. Cada um é diferente. Cada um reage de maneira diferente àquilo que se diz ou faz.* Nesse sentido, seria bom um modelo que *abrangesse as pessoas na sua totalidade.*

A enfermeira Marisa diz que segue o modelo de *Nancy Roper, as actividades de vida diárias...* Esta também é a posição da enfermeira Angelina. Esta enfermeira diz que utiliza o modelo de Roper porque *é mais falado...* e acaba por dizer que também é pelo facto de os docentes o terem ensinado que o utiliza.

O enfermeiro Rui também referiu aplicar o modelo de Nancy Roper e que, além deste modelo, recorre aos *fundamentos*, acrescentando que todos os aplicam, ajustando-os ao *modelo do Serviço*, que têm *que cumprir*, que, segundo o enfermeiro *está relacionado com o de Roper.* Confrontando-o com o facto de as folhas de registo extrapolarem para além do modelo de Roper, ele acaba por concordar que *não é completamente igual. Pode haver algumas alterações, mas, a base...* A base consiste nos *requisitos... naquilo que a gente faz todos os dias... higiene, alimentação, tratamentos...* Perguntando-lhe se considera esse modelo culturalmente sensível, o enfermeiro assumiu que não tinha resposta, e rematou: *as pessoa podem aceitar ou não a decisão. Tem a haver com a profissão de enfermeiro e com os fundamentos de enfermagem. O plano que a gente segue...*

Por seu turno, o enfermeiro José diz que, na prática, *não há nenhum que se siga, não. Entre as várias teorias vou tirando aquilo que aplico na prática, que, depois, é um bocadinho diferente. Nós fazemos vários e, depois, nunca investimos num e, penso que os modelos teóricos... sinceramente, não sei muito bem...*

Finalmente, o enfermeiro Jorge revelou *não se seguir muito por isso: Faço o meu trabalho, relaciono-me com os meus doentes como tenbo que me relacionar e, acima de tudo, tento ser profissional. Eu já não me recordo dos modelos teóricos. O enfermeiro, acima de tudo, tem vários saberes: o saber-ser, o saber-estar e o saber-fazer. O saber ser e o saber estar não se aprende na escola, pode-se moldar na escola, mas vem de trás; o saber fazer, pois, isso há cursos e há formação, que temos que ir fazendo ao longo da nossa actividade profissional. Isso procuro fazer, procuro estar actualizado.* Pergunto-lhe onde se encontra a vocação no meio desses saberes. Ele responde: *está um bocadinho nos três. Posso ser um bom técnico na prática, mas, se não souber ser nem souber estar...*

Como vemos, as respostas dos enfermeiros variam. Sete disseram que não usavam nenhum modelo em particular, embora reconheçam a sua importância relativa e que foram ensinados sobre eles. O mesmo número respondeu inspirar-se e até praticar o modelo de Nancy Roper. Uma enfermeira referiu mesmo que todos na Unidade o utilizavam, contrariando a realidade, traduzida pelas respostas que acabamos de ler. Há ainda uma enfermeira que se inspira nos ensinamentos de Jacques Chalifour e outra no modelo de Virginia Henderson. Vemos, portanto, que não há uniformidade no que respeita ao uso dos modelos teóricos. Uma das razões pode ter a ver com o facto de as escolas variarem quanto aos modelos predominantemente ensinados. Estes resultados confirmam a ideia de Marie-Françoise Collière, segundo a qual, visto que os modelos são o próprio fundamento do ensino da enfermagem, a variação de ensinamentos sobre os mesmos leva os enfermeiros a filiar-se em diferentes modelos, o que, em última instância, reflecte-se em modelações diferentes dos enfermeiros (1999:218). Seguindo esta ideia, diferentes modelos resultam em diferentes enfermeiros, ou mesmo diferentes enfermagens.

Relacionando a ideia de Collière com os dados obtidos nas respostas, significa que, uma enfermeira segue a Teoria das Necessidades Humanas, de Virginia Henderson, inspirada no conexionismo associacionista de Thorndike (McEwen & Wills 2007), segundo o qual, os organismos estabelecem conexões entre estímulos e respostas, que podem ser inatas ou adquiridas e que explicam mesmo os comportamentos complexos. Henderson relacionou a teoria de Thorndike à teoria das necessidades de Maslow e à teoria do construtivismo mental de Piaget e definiu catorze necessidades humanas fundamentais cuja satisfação o enfermeiro deveria ajudar a atingir.⁷⁶ A satisfação das necessidades revela-se num equilíbrio entre todos os domínios da vida humana, que se traduz em saúde. O modelo de Henderson deve ser aplicado simultaneamente em referência à universalidade e à especificidade das necessidades. No âmbito prático, este modelo inspira o enfermeiro a conceber a saúde como um equilíbrio e a doença como um desequilíbrio, e, as suas acções terão como objectivo ajudar as pessoas a cumprir as actividades de modo a satisfazerem as

⁷⁶ As necessidades humanas fundamentais são: 1. Respirar normalmente; 2. Alimentar-se e hidratar-se; 3. Eliminar por todas as vias corporais; 4. Mover-se e manter posturas adequadas; 5. Dormir e descansar; 6. Escolher roupa adequada, vestir-se e despir-se; 7. Manter a temperatura corporal; 8. Manter a higiene e a integridade da pele; 9. Evitar perigos ambientais e lesionar outras pessoas; 10. Comunicar com os demais para expressar emoções, temores...; 11. Viver de acordo com os próprios valores; 12. Ocupar-se em algo que o seu trabalho tenha um sentido de realização pessoal; 13. Participar em actividades recreativas; 14. Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que conduz ao desenvolvimento e à saúde normal. (cf. Alonso & Álvarez 2004:23-31).

suas necessidades. Como podemos perceber, trata-se de um modelo que requer uma adaptação segundo os contextos específicos de cuidados. No caso da UCCI-SCMP, este modelo implica reconhecer a capacidade dos doentes em realizar autonomamente as actividades em vista da satisfação das catorze necessidades identificadas, o que, convenhamos, é perfeitamente utópico, em razão do quadro de dependência que os doentes apresentam. Este modelo parece talhado para a enfermagem domiciliária, e não tanto para o contexto hospitalar, onde as necessidades consideradas nem sequer são perspectivadas no seu sentido total.

Por outro lado, o modelo de Nancy Roper – que não lhe pertence exclusivamente, pois, na sua formalização intervieram também Winifred Logan e Alison Tierney – é inspirado na prática clínica (Roper et al 2001 [1980]) e implica a concepção da saúde como os “modos como o indivíduo realiza as actividades da vida (manter um ambiente seguro, comunicação, respirar, comer e beber, eliminação, limpeza e arrumação pessoal, controlar a temperatura, mobilização, trabalhar e brincar, expressar a sexualidade, dormir, morrer), em interacção com cinco factores (biológico, psicológico, sócio-cultural, ambiental, político-económico), no continuum dependência/independência” (McEwen & Wills 2007:242). A saúde é, então, entendida como o resultado de um processo interactivo, onde o enfermeiro assume o papel de mediador entre a realização das actividades da vida diárias e os cinco factores considerados. Este modelo parece demasiado ambicioso. De facto, além das limitações naturais que a hospitalização impõe ao nível da realização das actividades – particularmente, “trabalhar e brincar” e “expressar a sexualidade”, que, a serem possíveis, implicariam uma reabilitação baseada em actividades de estimulação, como lembrou o médico fisiatra – já vimos que os enfermeiros têm dificuldade em integrar, efectivamente, a dimensão social, os factores psicológicos, os sócio-culturais, os ambientais e os político-económicos no processo de cuidado. A própria OMS, já referimos, deixou um espaço vazio na CIF no sector dos factores pessoais e sócio-culturais. Mesmo uma equipa multidisciplinar, tal como ela está constituída, terá muitas dificuldades em integrar estes factores todos no processo de cuidado e tratamento. A este propósito, questioneei o Director da Unidade sobre a ausência de uma cúpula na equipa que pudesse, de facto, integrar as diferentes perspectivas sobre o processo de cuidado, nomeadamente, pelo aproveitamento dos conhecimentos de especialistas da área, como os antropólogos, tal como Kleinman (1978) defende. Ele respondeu que não saberia justificar essa necessidade a nível da administração pública da RNCCI. Seja como for, parece perfeitamente ilusório considerar que as equipas multidisciplinares tenham as competências necessárias para

efectivarem a implantação do modelo de Roper. A meu ver, e por causa da sua desmesurada ambição, o modelo de Roper não passa de uma falácia, no mesmo sentido que lhe dá Bentham (1824). O problema deriva da incompetência cultural dos enfermeiros, conforme também consideram Kleinman e Benson (2006).

Tal como tinha discernido Chalifour (1989), a actividade do enfermeiro é manifestamente baseada na interacção, onde os processos comunicativos assumem especial relevo. O modelo de Chalifour foi invocado por um dos enfermeiros na sua resposta. Este modelo parte do princípio fundamental que o enfermeiro deve saber escutar, acolher e compreender o doente, pois, isto é o que ele realmente espera de si. O plano técnico, demasiadamente valorizado na enfermagem actual, parece subverter este princípio, distanciando-se do homem, embora fazendo crer que se aproxima dele, como, aliás, Fernanda Mussi (2005) havia salientado. Conforme Chalifour defende, o adulto encontra-se em constante formação e “possui em si mesmo os recursos necessários ao seu crescimento” (Ferreira 2004:123). O trabalho do enfermeiro deve consistir em assistir o enfermo para que ele mantenha a sua capacidade de aprender (Chalifour 1993).

A partir desta considerações, podemos concluir que o trabalho do enfermeiro carece de uma *chrestomathia* uniformizadora⁷⁷ que forneça as competências necessárias para que ele perceba, de facto, qual é o seu papel no quadro das interacções terapêuticas. Durante a minha experiência docente, dei conta que os alunos de enfermagem não eram ensinados para perceberem a filosofia da enfermagem num plano antropológico. Eles eram simplesmente iniciados nas teorias técnico-práticas sem obterem balizas epistemológicas que lhes permitissem situar-se no seu devido lugar naquelas interacções. A filosofia dos cuidados de enfermagem tem sido colocada no centro da problemática do ensino da enfermagem em especial nos últimos anos. Em países com maior tradição nas reflexões sobre a função social do enfermeiro, têm surgido trabalhos verdadeiramente incontornáveis acerca do tema (Larsson et al 2007; Plake 2003; Jan 2010; Edwards 1998; Torsvik &

⁷⁷ Vimos que o Conselho Internacional de Enfermagem e a própria Ordem dos Enfermeiros em Portugal reconhecem a necessidade de aplicar a CIPE como modelo que uniformiza as práticas de enfermagem. Como também vimos, poucos enfermeiros aplicam esta Classificação, e nem sequer ouviram falar da CIF. Este é um problema cuja solução compete às escolas, já que as práticas de enfermagem sem regulação por procedimentos internacionais impedem a comparação dos procedimentos e dos seus resultados a este nível, que é, nos nossos dias, a única escala de acção possível.

Hedlund 2008; Macdonald 2007; Polukhin 2007; Dreher & MacNaughton 2002; Beach et al 2006).

Se, conforme defende Collière (1999), os modelos teóricos servem de fundamento à prática da enfermagem e definem o tipo de enfermeiro, então, a heterogeneidade das referências seguidas pelos enfermeiros da UCCI-SCMP pode resultar em visões diferenciadas sobre os próprios objectivos dos cuidados. A finalidade da pergunta seguinte é precisamente perceber quais são esses objectivos, partindo-se do levantamento das expectativas dos enfermeiros em relação aos procedimentos que executam, e, por isso, os dados obtidos a partir das respectivas respostas podem ajudar-nos a saber se a diversidade das inspirações resulta, de facto, na diversidade de interpretações práticas sobre o cuidado.

Assim, à pergunta “que resultados espera obter com os procedimentos terapêuticos que executa?”, a enfermeira Sofia respondeu que espera *ajudar ao bem-estar dos doentes e à sua recuperação*. Perguntando-lhe se pensava que conseguiria atingir esse objectivo unicamente com base no cuidado de enfermagem, a enfermeira referiu *que não. Não é só do médico, nem é do enfermeiro, é da equipa clínica*.

Aludindo às expectativas dos doentes, a enfermeira Susana, refere que *o doente vem com desejo de receber*, e, por isso, *vai tentar apreciar tudo o que a gente vai-lhe dando*. Tendo-lhe perguntado se, então, a sua função era dar, ela respondeu: *É. É dar o melhor de nós. Dar cuidado. Dar cuidado é só um um. É cuidar do doente e acabou. Em todos os aspectos*. Refiro o facto de se falar de um “cuidado humano” e um “cuidado desumano”. Para este enfermeiro, *o cuidado nunca pode ser desumano. Aprendi isso enquanto estudante de enfermagem. Nunca pode ser desumano*. Notando que ela recorria ao plano teórico para justificar que o cuidado não pode ser desumano, pergunto-lhe se, na realidade, é isso que se verifica. Ela mantém-se no plano do dever-ser: *Nunca pode ser... Para mim não é. Para mim, enfermagem é cuidar do doente. Mais nada. Os enfermeiros nunca podem não cuidar dos doentes*.

Por sua vez, a enfermeira Inês refere que o que espera obter com os seus procedimentos é *proporcionar bem-estar e conforto, acima de tudo. Há actividades que são interdependentes, que nós executamos, são prescritas pelo médico, como a medicação, etc. Mas, há muito tipo de acções que são só de enfermagem, como o bem-estar, o apoio psicológico, o conforto, tudo... Tanto físico como mentalmente, temos que prestar apoio à pessoa e vê-la como um todo. E, o que me mais me gratifica, sinceramente, não é a parte de estar a administrar, porque a prescrição é alheia..., embora, nós também... não é? Temos que saber, e muito. Por isso acho que também a enfermagem passa um bocado por aí. Passa por dar conforto, dar apoio às pessoas, auto-estima, gerir o ambiente para que elas estejam bem,... Apelar à*

nossa criatividade, ajudar os outros. Isso é bom,... é muito gratificante. Pergunto-lhe se essa atitude não está relacionada com a vocação, podendo existir enfermeiros que vêem a enfermagem no seu aspecto puramente profissional, que poderia pôr em risco esta intenção. A enfermeira concorda que isto é verdade, mas não no seu caso: sinceramente, hoje em dia, o enfermeiro é como é, não é?... Estabilidade... é... a profissão de enfermagem não está compatível, neste momento... Pode ser que daqui a um tempo esteja, e espero bem que sim, mas, é por motivos de vocação, por gostar, não de remuneração, de estabilidade, nem de status social, porque isso, também, sinceramente, não me preenche de forma alguma. Claro que o dinheiro é importante... Reconheço uma queixa implícita sobre a situação profissional dos enfermeiros e pergunto-lhe se, hoje, ser enfermeiro é viver de forma instável. A enfermeira reconhece que sim: neste momento é. Eu, sendo enfermeira, vivo... porque é a recibos verdes... Com salários que estão diminuídos, a motivação está também a diminuir, no trabalhador, e, isso é muito mau. No hospital, [os enfermeiros] fazem parte de uma equipa multidisciplinar e são muito importantes. Se não houvesse enfermagem era um caos. Não nos dão o devido valor. Deviam dar mais...

A enfermeira Alice refere que espera *aumentar o bem-estar e a qualidade de vida do doente. Para ela, o objectivo final é esse.*

Esta posição é partilhada pela enfermeira Teresa, que espera *aumentar o bem-estar, aliviar os factores de doença e contribuir para que o doente fique melhor, consiga adquirir um bem-estar total, um bem-estar físico, um bem-estar psíquico e um bem-estar social.* Pergunto-lhe se é possível atingir este objectivo sem ser em complemento com a actividade, por exemplo, do médico. A resposta da enfermeira sugere uma afirmação da autonomia do papel do enfermeiro no que se refere ao cumprimento desse objectivo: *não, não é complementar. Pode haver acções que são só e apenas da enfermagem e não são um complemento médico.*

Para a enfermeira Maria, os objectivos da sua função dependem de *cada caso. Podem ser tratamentos com objectivo curativo, podem ser outros com objectivo paliativo, é conforme... Consoante a pessoa, consoante os objectivos.* Pergunto-lhe se não há um objectivo geral da profissão de enfermagem. A enfermeira começa por dizer que *não*, mas, logo a seguir identifica um objectivo geral: *é tratar as pessoas de modo diferenciado. Não generalizar.* Pegando nesta ideia de que a função da enfermagem é *tratar*, pergunto-lhe se a enfermagem não se apoia num princípio geral de ajuda. A enfermeira concorda: *sim. De ajuda, sim. Lá está, posso ajudar a tentar compensar um sintoma, posso ajudar a tentar criar hábitos mais saudáveis... às vezes é só mesmo ouvir, que já é uma grande ajuda. Lá está, posso ajudar na parte dos sintomas; pode ser na parte orgânica. Posso tentar ajudar nessa parte, mas também posso tentar ajudar na parte social, e espiritual...* E, como é que consegue isso? – pergunto. *Conhecendo um bocadinho as pessoas, e tentar perceber onde é que se*

inserir, entre aspas, tentar perceber o que eles entendem por doença e por saúde, entre aspas, também, porque, pode não ser a doença em si que os leva a ficar internados, ou que lhes causa mais problemas. Às vezes, são os outros, é a família. Acontece muito em mães quando têm filhos pequenos. Pergunto-lhe, então, se acha que as questões extra-sintomáticas, ou extra-orgânicas, são preponderantes na reabilitação. A enfermeira concorda que a parte psicológica é um dos factores que, se calhar, mais influenciam a reabilitação... Apoiando-me em alguns estudos que referem que, cada vez mais, os idosos institucionalizados se sentem deprimidos, pergunto-lhe se tem noção disso. A enfermeira reconhece que alguns idosos sentem-se um bocado abandonados... e que esse facto, sem dúvida, prejudica o processo de reabilitação.

Por seu turno, a enfermeira Helena espera ser o melhor possível. *Procuro, dentro daquilo que faço todos os dias, promover para que a pessoa tenha a melhor situação possível, ou eliminar os factores de risco para desencadear a doença, ou, caso a doença já esteja instalada, tentar, de alguma forma, que a pessoa fique condicionada o menos tempo possível.* A enfermeira informa que a eliminação dos factores de risco tem a ver com o ensino, que é uma das funções do enfermeiro. Ela refere, portanto, que *tem a ver com ensinamentos da pessoa, tem a ver com alertar para a presença de factores de risco; muitas das vezes, a pessoa tem factores de risco que ignora, ou porque é a própria sociedade que os condiciona e, muitas das vezes, nós, profissionais de saúde, devemos alertar as pessoas...* Pergunto-lhe se, então, o objectivo das suas acções é ajudar a prevenir e a cuidar. A enfermeira releva a função de ajudar a prevenir a doença: *eu, pessoalmente, acho que nós devemos incidir na prevenção. Grande parte de nós, em termos de enfermagem, apanhamos, a nível hospitalar, ou, muitas das vezes até a nível de Centro de Saúde, deparamo-nos com situações de alterações já instaladas, mas, eu penso que, ainda assim, deveríamos intervir mais a nível dos factores de risco, aquilo a que a gente chama a saúde primária, ou seja, muitas das vezes, os factores de risco, no ambiente, os problemas que poderão surgir aos indivíduos, pelas condicionantes que vão surgindo, era uma forma de evitar a doença.* Mesmo no caso em que se verifica a existência de uma doença, através dos ensinamentos, a enfermagem pode ajudar a prevenir complicações, a chamada prevenção secundária. Até quando se trata de doenças herdadas isso é aplicável, pois, *não temos medidas primárias de prevenção da doença, mas, ainda assim, promovemos medidas de prevenção para que a pessoa possa ter bem-estar. No caso das complicações, desenvolvemos também medidas de forma à pessoa evitar de criar factores de risco que possam aumentar a possibilidade de ter complicações.* Pergunto-lhe se, nesses casos, se dissocia a prevenção da terapêutica. A enfermeira responde que não, pois, *tem que ser uma coisa conjunta. Muitas das vezes, a gente... eu costumo dizer que é fácil chegar ao doente. É difícil é fazer com que ele perceba quais são os factores de risco na sua situação, para podermos aplicar medidas de prevenção. Só assim é que ele poderá perceber que problemas podem derivar da sua doença, ou mesmo outras doenças que derivam dela.*

A enfermeira Anabela entende que a sua acção é um *contributo importante, importantíssimo*, para *promover o bem-estar dos doentes, e a sua recuperação e reabilitação*. Segundo ela, *é por isso que nós, profissionais de saúde, trabalhamos em equipa. Nós não sabemos ver o sucesso só da parte de enfermagem, ou só da parte médica, ou só da parte dos fisioterapeutas. Somos uma equipa*. A enfermeira frisa que a divisão das responsabilidades na reabilitação é inerente ao seu trabalho na Unidade.

A enfermeira Sara diz esperar *melhorar a qualidade de vida dos doentes*. Pergunto-lhe o que entende por qualidade de vida e ela responde que *é o que eles entendem como qualidade de vida. Se, para eles, eles tiverem uma incapacidade e eu ajudá-los a minorar essa incapacidade, acho que lhes estou a proporcionar – acho eu, mas, isso tem que ser na perspectiva dele – uma melhor qualidade de vida. Ao minorar a dor estou a proporcionar uma melhor qualidade de vida*. Esta posição sugere que os doentes não têm qualidade de vida, por isso, pergunto-lhe se está a melhorar o nível de qualidade de vida deles ou a conferir-lhes qualidade de vida. A enfermeira responde que *está a melhorar o nível...*, reconhecendo que o doente tem qualidade de vida, mas não a bastante. Continuo, dizendo que possivelmente, para o paciente, ter qualidade de vida consiste em não precisar de alguém que lhe minorize a incapacidade. A enfermeira volta atrás e responde que *se ele tivesse qualidade de vida, provavelmente, não precisaria de nada daquilo*. Foco o exemplo de o paciente sentir dor, a enfermeira dar-lhe um comprimido, mas, passadas oito horas ter que lhe dar outro, e pergunto-lhe se, de facto, lhe proporcionou melhor qualidade de vida, ou apenas uma ilusão. A enfermeira acaba por dizer que *é uma melhoria transitória, só*.

Já a enfermeira Sónia refere que pretende *que o doente tenha bem-estar, o mais possível*. Pergunto-lhe se esse objectivo não envolve a actividade dos demais profissionais que constituem a equipa clínica. Ela responde que *sim, que depende, sempre, da equipa*, reconhecendo que o seu contributo é apenas *uma parte*. Na UCCI-SCMP a função do enfermeiro consiste em *reabilitar o utente, o quanto possível... Ou, pelo menos, dar-lhe conforto e qualidade de vida até ao último momento da vida dele. O melhor possível até que ele esteja cá, que ele se sinta o melhor possível. A minha forma de estar na minha vida, na minha vida profissional, todos os dias eu lido com isso, e, se calhar, tenho muito carinho nessa perspectiva, que é: enquanto está cá, dar-se alguma qualidade de vida, a quem está cá...* Pergunto-lhe se, na Unidade, os cuidados em fim de vida são mecanizados ou se é dado o pendor à dimensão cultural da vida. A enfermeira diz que os cuidados se focam nesta dimensão, e que, *ainda bem*, reconhecendo, porém, que *ainda está muito longe, do que deveria ser*. Pegando na referência à dimensão cultural das interacções do cuidado, pergunto-lhe, ainda, se não acha que o cuidado é sempre um acto antropológico

demonstrado pelas práticas básicas de sustentação da vida necessárias ao próprio nascimento e, até, como princípio de assistência aos eventuais lesionados resultantes da realização de actividades de subsistência da espécie. A enfermeira concorda, reflectindo sobre a formalização das práticas de assistência em modelos abstractos de enfermagem: *sim, sim. Por essa perspectiva...*

A enfermeira Luísa espera que *os resultados* [dos procedimentos que realiza] *sejam os melhores*. E fica *feliz quando v[ê] o doente a progredir para melhor*, que consiste em *melhorar o desequilíbrio que existe*.

Por sua vez, a enfermeira Marisa espera *proporcionar qualidade de vida*. Para ela, a qualidade de vida *é estar bem; é estar sem dores. Principalmente, sem dores. Apesar de eles estarem internados, o meu objectivo é que eles gostem, gostem, entre aspas, que a estadia no hospital seja o menos penosa possível. Estão longe... Estão doentes, estão longe dos familiares, encontram pessoas diferentes, estão com pessoas que não conhecem nos quartos, e às vezes surgem conflitos, tentar amenizar um bocadinho o ambiente do hospital. Penso que essa é a minha intenção no dia-a-dia, depois, é prestar os cuidados: de higiene, alimentação,...*

Para a enfermeira Angelina, o objectivo dos seus procedimentos é conseguir *que a pessoa melhore e recupere, pelo menos, a sua autonomia. Que passe de uma fase de doença para uma fase... porque às vezes a doença é crónica, e não se consegue tirar a doença que pessoa tem, digamos assim, entre aspas, mas, que ela melhore e saiba viver com essas incapacidades que ela tem*. Embora mostre que pretende atingir este objectivo, reconhece que não é fácil, e que *era bom* que isso acontecesse, confessando que se sente impotente perante certas situações, mas, *o que importa é que, no conjunto, o doente usufrua dessa melhoria e possa beneficiar dos técnicos que tem ao seu dispor. Dentro da minha área, fazemos aquilo que podemos, porque, também, o enfermeiro, às vezes, também faz um bocadinho de terapeuta...* Na sua perspectiva, embora exista, a polivalência dos enfermeiros era mais efectiva antigamente e *o enfermeiro tinha mais áreas para ele do que tem agora. Cada vez mais vamos... Agora já é a técnica que recolhe o sangue... Já há o fisioterapeuta, já há uma série de elementos*.

O enfermeiro Rui diz pretender *melhorar a vida das pessoas e tentar que elas tenham uma melhor qualidade de vida, que os sintomas das doenças não sejam tão exacerbados, que as pessoas não os sintam tanto*. Pegando no exemplo de um doente ao qual dá um medicamento, ou dá banho, pergunto-lhe se pensa que ele ficou com qualidade de vida. O enfermeiro responde que *ele está numa instituição, num hospital, é para ser tratado, para ser melhorada a sua vida. Se ele não estivesse no hospital, em casa, provavelmente, ninguém lhe iria prestar esses cuidados. Por isso é que, as pessoas,*

quando estão doentes, têm que ir para os hospitais, ou lares. Questiono-o se uma pessoa que esteja em casa, doente, não tem tanta qualidade de vida como num hospital. Ele responde que depende da doença, e dos cuidados que a pessoa necessita. Se for cuidados que o familiar possa fazer, muito bem, agora, se houver medicação que os familiares não podem dar...

O enfermeiro José resume as suas expectativas à contribuição para *o bem-estar físico e psicológico da pessoa*.

Finalmente, o enfermeiro Jorge diz pretender *sobretudo, uma melhoria*, que se traduz em *poupar-se [o doente] a um momento menos bom, nomeadamente, um bocadinho todos os dias. Sobretudo, ajudar numa fase má, independentemente da posição subjectiva que cada um tem da doença, é uma fase má para todos. Ajudar aquela pessoa a estar um bocadinho menos mal. Muitas vezes não é só com antibióticos ou anti-inflamatórios... Ajudar a estar um bocadinho menos mal...*

As expectativas que os enfermeiros têm em relação aos procedimentos que executam revelam um padrão. No conjunto, seis enfermeiros (37,5%) esperam melhorar a condição do doente, em particular, nos aspectos relacionados com a qualidade de vida, a sua situação, o desequilíbrio, a autonomia ou na sua condição geral. O bem-estar (isto é, a saúde, já que, nas definições de saúde, os enfermeiros entendem os conceitos como sinónimos) constitui o aspecto mais visado pelos procedimentos dos enfermeiros (43,7%). Além de pretenderem melhorar, os enfermeiros também procuram proporcionar bem-estar e qualidade de vida aos doentes (18,7%), e contribuir para o bem-estar, para a reabilitação e para a recuperação (12,5%). Os objectivos de ajudar (ao bem-estar), dar (cuidado), aumentar (o bem-estar e a qualidade de vida), tratar e promover (o bem-estar, a recuperação e a reabilitação) foram referidos, respectivamente, por 6,25% dos enfermeiros. Na Tabela 11 é possível ver, em resumo, as expectativas dos procedimentos dos enfermeiros, e os objectivos e os aspectos visados pelas mesmas. Se sintetizarmos as expectativas considerando apenas os dois objectivos e respectivos aspectos que os mesmos têm em vista mais referidos, concluímos que os enfermeiros esperam, em especial, *melhorar o bem-estar dos doentes proporcionando-lhes qualidade de vida*.

Alargando a análise quantitativa do conteúdo das respostas ao total das categorias referidas pelos enfermeiros, encontramos, como categorias centrais ($n \geq 10$), “vida” (23 referências), “cuidado/s” (19), “qualidade” (17), “bem-estar” (16), “ajuda/r” (15), “doença” (14) e “tentar” (10). Se associarmos as categorias pela sua sinonímia, em especial a que existe entre “bem-estar” e “saúde”, e lhe atribuirmos a categoria integradora “saúde”, esta assoma ao topo da lista, a par com a categoria “vida”, com 23 referências.

Tabela 11 – Expectativas dos enfermeiros em relação aos procedimentos que executam e padrão das respostas

Enfermeiro	Expectativa	Padrão (n)	
		Verbos (objectivos)	Substantivos (aspectos)
Sofia	<i>Ajudar</i> ao bem-estar e à recuperação	Melhorar (6) Proporcionar (3) Contribuir (2) Ajudar (1) Dar (1) Aumentar (1) Tratar (1) Promover (1)	Bem-estar (7) Qualidade de vida (4) Recuperação (3) Reabilitação (1) Conforto (1) Situação (1) Desequilíbrio (1) Autonomia (1) Cuidado (1)
Susana	<i>Dar</i> cuidado.		
Inês	<i>Proporcionar</i> bem-estar e conforto		
Alice	<i>Aumentar</i> o bem-estar e a qualidade de vida		
Teresa	<i>Contribuir</i> para o bem-estar total		
Maria	<i>Tratar</i>		
Helena	<i>Melhorar</i> a situação		
Anabela	<i>Promover</i> o bem-estar, a recuperação e a reabilitação		
Sara	<i>Melhorar</i> a qualidade de vida		
Sónia	<i>Proporcionar</i> bem-estar		
Luísa	<i>Melhorar</i> o desequilíbrio		
Marisa	<i>Proporcionar</i> qualidade de vida		
Angelina	<i>Melhorar</i> e recuperar a autonomia		
Rui	<i>Melhorar</i> a vida e a qualidade de vida		
José	<i>Contribuir</i> para o bem-estar físico e psicológico		
Jorge	<i>Melhorar</i>		

Considerando que, na maior parte das vezes em que foi referida, a categoria “vida” aparece associada a “qualidade de”, então, podemos entender que os enfermeiros esperam que os seus procedimentos tragam qualidade de vida aos doentes melhorando a sua saúde, não se verificando diferenças entre a análise do conteúdo total das respostas e a síntese do padrão revelado nas mesmas. Ora, se a qualidade de vida concorre para a saúde, então, a diminuição da qualidade de vida concorre para a doença. A estrutura formada pela saúde e a doença é representada, portanto, pela simetria entre a dimensão visível e a dimensão oculta das expectativas dos enfermeiros, significando que a sua prática se move entre os pólos da saúde e da doença, como tínhamos argumentado.

Aparentemente, estes dados corroboram a tese de Fernanda Mussi (2005), segundo a qual, a enfermagem contradiz alguns dos seus conceitos centrais, como o de conforto. Digo “aparentemente”, porque o conforto também pode ser identificado indirectamente. De facto, o bem-estar, a qualidade de vida, a recuperação, a reabilitação e a autonomia (referidos, respectivamente, por 6,25% dos enfermeiros) fazem parte da rede semântica do conforto. Ou seja, todas estas expectativas só são possíveis de pensar dentro da lógica do conforto, e este só pode ser entendido, no contexto dos cuidados de enfermagem, se for pensado em referência a essas categorias.

As respostas obtidas não traduzem as actividades dos enfermeiros, mas sim a intenção que está por detrás delas. Ora, pelas intenções pode-se deduzir as actividades, querendo dizer que estas podem ir de encontro ao cumprimento daquelas. Assim, interessa conhecer a percepção dos enfermeiros sobre as reacções dos pacientes às suas actividades. Estas reacções podem obter-se quer pela verificação de críticas às actividades dos enfermeiros, quer pela reflexão sobre a adequação entre as expectativas dos enfermeiros e as expectativas dos pacientes. As duas perguntas que se seguem têm como função perceber se as intenções dos enfermeiros se conformam aos que lhes é exigido pelos pacientes. Através das respostas à primeira pergunta podemos perceber de que modo as práticas dos enfermeiros – apoiadas nas suas intenções, referidas nas respostas à pergunta anterior – são aceites pelos doentes, o que, noutros termos, ajuda a entender se o modo de pôr em prática as intenções (isto é, os procedimentos) é alvo de reacções adversas por parte dos pacientes, que podem obrigar o enfermeiro a mudar as suas práticas; as respostas à segunda pergunta permitem perceber se as expectativas dos enfermeiros se ajustam às expectativas dos doentes.

Assim, em resposta à pergunta “pensa que as suas práticas terapêuticas são criticadas pelos doentes?”, a enfermeira Sofia referiu que recebe *críticas negativas e positivas*. E, acrescenta: *o meu trabalho é criticado. Com as pessoas mais idosas, que não têm uma formação muito elevada...* Pergunto-lhe se acha que a formação dos doentes tem relação com a avaliação que eles fazem sobre o seu desempenho. A enfermeira acha que *às vezes não, mas, outras vezes sim...* Por se tratar de uma enfermeira jovem, pergunto-lhe se pensa que esse facto pode levar os doentes a duvidar das suas competências. Segundo ela, *também é nosso objectivo admitirmos ter confiança no nosso conhecimento. Imagine que, à primeira vista a pessoa sente isso, mas, depois, com os meus conhecimentos e com a minha técnica... Isso é o meio de dar confiança às pessoas.* Notando que a enfermeira dá relevo à avaliação da dimensão técnica do cuidado, pergunto-lhe se não acha que o aspecto relacional pode ser determinante na percepção que os

doentes têm dela. Ela admite que a dimensão humana *é extremamente importante* e que não depende da experiência, pelo contrário, *às vezes, a experiência leva a que essa dimensão humana diminua*. A reflexão sobre a idade da enfermeira motivou o surgimento de uma nova questão: o integração na profissão num tempo em que se debate a diferença entre a vocação – que está na base da própria enfermagem de Nightingale – e a motivação para jogar no mercado de trabalho de modo a garantir a estabilidade económica e social. A este respeito, a enfermeira considera *que isso acontece um pouco em todas as profissões. Há pessoas que têm vocação e há pessoas que não têm vocação. Sinceramente, a enfermagem está tão mal a nível de emprego que eu acho que as pessoas agora ou vão por vocação mesmo, ou, então, não sei... É assim, a enfermagem é uma daquelas profissões que tem aquele problema, que é o seguinte: não conseguimos ir para medicina, vamos para enfermagem*.

Por seu lado, a enfermeira Susana diz *não fazer ideia* se o doente critica as suas práticas. Segundo ela, *só o doente é que pode dizer isso. Nós não sabemos. A gente pode chegar ao pé dele e o doente não gostar da nossa cara, por algum motivo. “Eu não gosto dele porque é assim, é assado.” Não podemos fazer nada, não é? Temos que ser correctos. Os doentes... A nível daqui não lbe posso dizer muito, porque é assim: muitas vezes começo numa ponta, acabo na outra, dou o “bom-dia”, o “boa-tarde”, não sei quê, “está tudo bem?”. Levo-lhes o medicamento numa caixinha. Isto é o quê? Quinze segundos? Infelizmente, quinze segundos, se calhar. Ou alguém chama, a gente volta atrás e já conversa mais um bocadinho... Pronto. Mas, o movimento é isso*.

A enfermeira Inês diz que as suas práticas não são criticadas, e, acrescenta, *sou muito querida com os doentes. Sou vista, essencialmente, como uma enfermeira alegre. Bem disposta. Acho que as pessoas me vêem assim. As pessoas respeitam-me, eu inspiro-lhes confiança, e isso é bom. Eles aceitam bem. Farto-me de explicar os procedimentos, tento acalmá-los...*

Pelo contrário, a enfermeira Alice reconhece que é criticada: *claro que sim. Então, no Serviço [de Urgência] é um trabalho em que é inevitável*. A enfermeira refere que o doente é exigente nessa avaliação, e, explica: *às vezes, a pessoa, fora do contexto, também não sabe... O que eu penso é: a pessoa está fora do contexto, o nível de crítica deles pode não ser o adequado*.

Já a enfermeira Teresa é lacónica perante a pergunta. Ela responde, simplesmente, *que não*.

Esta resposta contrasta com a da enfermeira Maria. Esta enfermeira refere que é criticada, e que a crítica *está inerente às pessoas*.

A enfermeira Helena tem uma posição semelhante. Reconhecendo que é criticada, acrescenta que os doentes: *olham para nós que avaliam a nossa... a nossa... Porque é assim: eu*

costumo sempre dizer que nenhum ser humano nasce ensinado, e, a nossa experiência, a nossa capacidade de desenvolvimento somos nós que vamos construindo. E, obviamente, que a nossa postura vai-se desenvolvendo com o tempo de serviço, e, eu não posso exigir a um colega que trabalhe há uns meses que consiga ter a mesma postura que eu consigo ter ao fim de oito anos de trabalho, eu também já tive a minhas experiências menos conseguidas, por isso, se calhar, é que eu desenvolvo a postura que tenho hoje, consigo ter uma postura mais neutra, mais calma. Muitas das vezes, eu acho que é por aí que nós somos avaliados. Ou é porque temos mais emoção, como, por exemplo, um enfermeiro que tem uma postura mais nervosa, menos confiante. Eu penso que, muitas das vezes, a crítica, ou o não ter medo da crítica que a pessoa faça advém um bocado da experiência. Vemos aqui, novamente, o tema da experiência. Contrariamente à enfermeira jovem (enfermeira Sofia), esta entende que a antiguidade ajuda a lidar com as situações do cuidado. Porém, tanto uma como outra concordam no ponto em que recebem críticas dos doentes, significando que a experiência não é determinante das situações de crítica.

Na sua opinião, a enfermeira Anabela refere que as críticas são realizadas especialmente por *doentes que estejam muito tempo internados, que chegam a um ponto em que eles tentam avaliar e tentam comparar as práticas entre os enfermeiros, e, muitas vezes, até nos tentam testar. Ou “o enfermeiro ontem fez assim”, ou “fez assado”. É assim.*

A enfermeira Sara diz que *esper[a] que sim, porque qualquer atitude que nós tenhamos deve ser criticada por parte do doente. Não é preciso ele verbalizar, mas, ele, de certeza, que vai pensar: “gostei da atitude da enfermeira”, “a enfermeiro deu-me uma injeção que fez doer”. Eu, como doente, faço sempre uma crítica ao profissional de saúde.* Esta última frase parece referir um comportamento natural, porque, afinal, trata-se de receber cuidados de um dos seus pares, podendo ser comum avaliar-se os aspectos do cuidado realizado pelo outro em referência aos que caracterizam o seu próprio desempenho. Além disso, a enfermeira está dotada com os esquemas e modelos do cuidado, sendo-lhe fácil perceber se há ou não desvios em relação a eles.

A enfermeira Sónia também pensa que é criticada: *eu penso que sim. Acho que qualquer utente... há pessoas que se submetem àquilo que nós fazemos e não nos questionam, mas, grande parte da população já... observa aquilo que nós fazemos e... Provavelmente, são pessoas com mais formação. Observam mais.* Aproveito para lhe perguntar se os doentes estrangeiros são mais críticos do que os portugueses. A enfermeira responde que é *provável. Se eles têm alguma dificuldade de comunicar com eles e ficam desiludidos com alguma coisa, é provável. Nós temos sempre tendência a comparar aquilo que não conhecemos com aquilo que conhecemos.* Esta referência sugere que o posicionamento crítico se coloca quando se procede ao trabalho de tornar o não familiar familiar, que Serge Moscovici considera ser a função das representações sociais. Por aqui, pode-se supor que a crítica é um procedimento inerente à representação da realidade.

Por sua vez, a enfermeira Luísa considera que as críticas aparecem especialmente quando o doente não tem conhecimento dos objectivos do procedimento, reclamando o direito de ser informado para consentir a sua realização. Segundo ela, *às vezes, temos dificuldades em saber que temos ali uma pessoa. Às vezes classificamos como um doente, um caso. É uma pessoa. Para mim é uma pessoa, e, se não o tratar como uma pessoa, não é nada. Antes de se fazer qualquer tratamento eu digo aos auxiliares que têm que explicar às pessoas aquilo que vamos fazer, e porque é que vamos fazer. Se fizer isso... Eu se... seja o que for. “Olhe, agora, tenho que o levar de cadeira-de-rodas não sei para onde”... Ora, ele não sabe para onde vai. Nem que seja só dizer: “olhe, vou levá-lo, agora, para ir a tal parte, fazer isto e isto e isto”. Não é pegar no doente e levar. Eu digo isto muitas vezes: “É informar o doente antes de fazer seja o que for.” Se forem explicando, mesmo que não seja com termos técnicos, para a pessoa entender... A pessoa, quando entende, colabora muito mais. Eu não tenho dificuldade em lidar com qualquer tipo de doente, porque, eu tenho por norma explicar sempre o que vou fazer.*

A enfermeira Marisa também considera que os doentes criticam os seus procedimentos. Segundo ela, *estamos sempre a melhorar. Mas, é o que eu digo: não se consegue agradar a gregos e a troianos. Há pessoas com quem sou muito brincalhona, e há pessoas que não aceitam certos tipos de brincadeiras. Há que se conhecer um pouco o doente, tentar estabelecer uma relação com ele, e começar a ter... a ganhar confiança. Mas, depois de ganharmos a confiança do doente, ele deposita confiança em nós.*

A enfermeira Angelina concorda igualmente que é criticada. Para ela, *em tudo aquilo que fazemos somos avaliados.*

O enfermeiro Rui tem uma opinião contraditória. Ele diz não ser criticado pelos doentes: *os doentes costumam-se sujeitar àquilo que os enfermeiros... pronto, àquilo que eu faço.* Porém, quando lhe pergunto se os doentes avaliam a sua prestação, ele responde: *eu creio que avaliam. Tantos enfermeiros a trabalhar aqui, e, todos nós temos uma forma de trabalhar, como a dar a medicação: há pessoas que pegam na medicação, há pessoas que dão num copo.* E conclui: *sinto-me avaliado.*

De acordo com o enfermeiro José, os doentes avaliam o seu desempenho, referindo que eles *costumam avaliar a nossa maneira de actuar.*

Por seu lado, o enfermeiro Jorge responde que os seus procedimentos não são criticados, porque tem *muito boa relação com os doentes.* Explicando-lhe que não estou a perguntar se os doentes o criticam negativamente, mas se o avaliam, ele muda a resposta: *sim. Alguns doentes, sim. Em três anos noto alguma diferença, mas também depende um bocado da*

população com que lidamos. Há doentes que falam mais, há outros que “tudo bem, o enfermeiro é bom”. Enquanto há outros que já não vêem isso bem assim: “para que é isto, porque é que é isto, que é que me vai fazer?”

Considerando o conjunto das respostas, conclui-se que treze (81,2%) enfermeiros responderam que são criticados, dois (12,5%) que não são criticados e um (6,2%) não sabe. Visto que a pergunta estimula a formulação de respostas positivas, negativas, ou neutras, a análise da avaliação do conteúdos ajuda a mostrar as orientações dos juízos dos enfermeiros que justificam a razão da sua resposta. Vemos, portanto, que as razões das críticas são variadas. A Tabela 12 sintetiza essas orientações.

Tabela 12 – Críticas aos procedimentos e respectivas razões

Enfermeiro	É criticado?	Porquê?
Sofia	Sim	Os doentes não têm uma formação muito elevada
Susana	Não sabe	-
Inês	Não	-
Alice	Sim	Os doentes, fora do contexto, não sabem
Teresa	Não	-
Maria	Sim	A crítica é inerente às pessoas
Helena	Sim	O enfermeiro pode ter falta de experiência
Anabela	Sim	Os doentes internados há muito tempo comparam os enfermeiros
Sara	Sim	A crítica é inerente às pessoas
Sónia	Sim	Os doentes têm uma formação elevada
Luísa	Sim	O enfermeiro pode não informar o doente
Marisa	Sim	O enfermeiro não agrada a gregos e a troianos
Angelina	Sim	A crítica é inerente às pessoas
Rui	Sim	As práticas são diferentes daquelas a que os doentes estão habituados
José	Sim	É costume dos doentes
Jorge	Sim	Depende da população com que se lida

Pela análise da estrutura do conteúdo das respostas positivas, vemos uma oposição entre razões devidas ao doente e razões devidas aos enfermeiros. Um terceiro termo incide em razões inerentes à interacção terapêutica, ou então à própria “natureza” das pessoas, como sugere a expressão “o enfermeiro não agrada a gregos e a troianos”. Os enfermeiros referem que “as críticas são inerentes às pessoas” sem se colocarem no exterior do sistema das interacções terapêuticas. Ora, sendo estas as estruturas que põem enfermeiro e doente em confronto, então, toda a realidade que daí deriva deve ser interpretada em referência a esse contexto, isto é, a descrição de aspectos relacionados com a prática da enfermagem não tem razão de ser senão em referência à estrutura estabelecida nessa prática, significando que as descrições das atitudes dos agentes envolvidos devem ser consideradas como consequências do estabelecimento da interacção. Esta implicação do discurso com o contexto da sua realização é, como vimos, um princípio de realização das representações. Sendo assim, pela expressão citada, devemos entender “as críticas por parte dos doentes são inerentes à própria natureza das interacções terapêuticas”

Como vemos, os enfermeiros atribuem a “culpa” das críticas principalmente aos doentes: ou porque não sabem, ou porque sabem, ou porque comparam os enfermeiros, ou porque é costume, ou, ainda, porque fazem parte de uma população dada a fazer críticas. Quando os enfermeiros têm “culpa”, é porque não têm experiência, porque não informaram o doente, ou porque realizam procedimentos diferentes daqueles a que os doentes estão habituados.

Sendo assim, encontramos seis juízos culpabilizadores dos doentes, três culpabilizadores dos enfermeiros e mais três culpabilizadores da “inerência humana para a crítica” (ver Ilustração 12, na página seguinte).

Se repararmos com mais atenção nos juízos culpabilizadores dos enfermeiros, apenas um parece ser da responsabilidade do enfermeiro: a não informação do procedimento ao doente. Os outros dois desculpabilizam o enfermeiro. De facto, eles remetem para condições do contexto que o enfermeiro não pode dominar: a sua inexperiência (ele não tem culpa de ser novo na profissão) e a sua integração em interacções com doentes com os quais habitualmente não lidava. Esta tendência à auto-avaliação positiva revela, mais uma vez, a implicação do sujeito no discurso. Por aqui se comprova uma parte da tese de Sears, segundo a qual, os indivíduos têm a pré-disposição ideológica de explicar os seus próprios comportamentos de forma favorável (apud Grize 2009 [1989]).

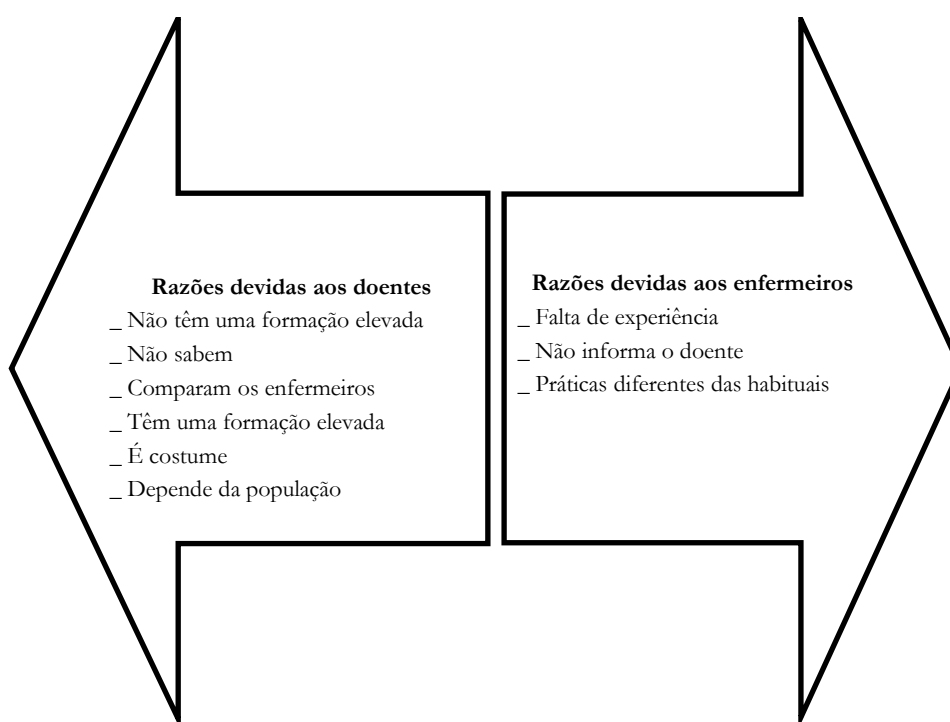


Ilustração 12 – Oposição estrutural dos juízos explicativos das críticas dos doentes

As respostas à pergunta “considera que as suas acções vão de encontro às expectativas dos doentes?” podem ajudar a compreender melhor como os enfermeiros avaliam a sua prestação, agora mudando-se o ponto de perspetivação para eles próprios.

A enfermeira Sofia respondeu que *sim*, e que, até esse momento, tinha *tido bom feedback*.

Já a enfermeira Susana disse que não fazia ideia. Segundo ela, *eu posso-me avaliar positivamente, e o doente pode achar que não. Imagine um doente desorientado. Eu estou a fazer uma coisa que o vai favorecer, que lhe vai melhorar um aspecto em que ele esteja necessitado; mas, ele pode achar que está mal, porque está desorientado. Como é que eu vou responder a isso? Eu posso achar que estou a fazer o meu trabalho correctamente e o doente pode achar que não. Ainda noutra dia estava a imobilizar um doente para ele não cair e ele achava que eu o estava a matar*.

Por sua vez, a enfermeira Inês respondeu afirmativamente, acrescentando: *Acho que ficam satisfeitos. Eles se tivessem que me avaliar, acho que me avaliavam com “Muito bom”. Não é para me gabar, claro...*

Posição semelhante tem a enfermeira Alice. Esta enfermeira diz pensar *que sim*. E refere: *estamos cá para isso. Claro que isso é sempre relativo, não é? Para ir de encontro às expectativas do doente tenho que saber quais são essas expectativas... Tudo depende do que é que o doente tem como expectativa. As pessoas são todas diferentes e agem de forma diferente, têm formação diferente, têm conhecimentos diferentes, têm vivências diferentes, e isso vai... É como em todo lado, ninguém é adorado ou odiado, não é? Por vezes, essa expectativa até é errada. Por vezes, a pessoa pode pensar que o vai magoar por fazer isto, e não. Não funciona assim. Isso também é um bocadinho falta da cultura portuguesa, acham que sabem um pouquinho de tudo, não é? E, então, muitas vezes, as pessoas acabam por fazer expectativas em função do que acham que aquilo devia ser. E, muitas vezes, aquilo que eles acham que devia ser, nem devia ser nem é. Isso não é só em relação à equipa em geral, é em relação à enfermeira, e em relação à auxiliar, é em relação ao médico... Pergunto-lhe se, no caso dos doentes estrangeiros, eles têm as expectativas relacionadas com o facto de esperarem obter no nosso país o mesmo tipo de cuidados que obtêm nos países deles. A enfermeira responde: *claro. A pessoa está habituada. Isso nem precisa... Basta calcular... e, isso é errado, por isso é que é tudo relativo. Por isso, nem sei se tenho uma resposta objectiva para isso. Porque, às vezes há uma pessoa que chega ao pé de si e diz: "em Lisboa, era assim já há dez anos." Eu já lá estive e sei perfeitamente que isso não é verdade. E a gente acaba por não saber se a pessoa tem aquela expectativa porque está habituada a um certo funcionamento ou se queria que fosse assim naquela situação pontual, aquilo que precisa agora. Acaba por perder esse sentido de avaliação. "Eu tenho uma dor de cabeça", ora, quer-se desfazer dela já, e não tem a ver com o facto de funcionar melhor ou pior, é que a causa seja atacada agora. E acaba por ser difícil diferenciar isso do estrangeiro para o português.**

A enfermeira Teresa, novamente lacónica, responde com um *eu acho que sim*.

A enfermeira Maria diz que tem *a intenção* de corresponder às expectativas do doente. Pergunto-lhe se tem noção de quais são essas expectativas. Ela responde que *se calhar, o doente também tem que adaptar as suas expectativas, porque, muitos esperam ser curados e nem sempre conseguem. Se calhar é tentar fazê-lo perceber que não é bem assim, e tentar mudar as expectativas.*

Por seu turno, a enfermeira Helena diz *tentar ser o mais eficaz possível, de forma a proporcionar o melhor bem-estar possível e fazer aquilo dentro do melhor que possa. Na componente social e psíquica, tento ver em que posso ajudar, às vezes ficar ali, ter uns minutos de conversa, e procuro ir sempre de encontro às expectativas das pessoas. Muitas das vezes, também acontece que o doente pede a nossa ajuda mas não se integra na nossa área, ou ultrapassa-a. Às vezes, quando alguém me aborda, ou me pede uma informação, eu, para mim, tenho medo que não conseguir ajudar, de não possuir essa informação. Pronto, é algo que me ultrapassa. E tento sempre direccionar a pessoa, ou tento direccioná-la, ou ajudar... Mas procuro... procuro ajudar e tentar ajudar.*

A enfermeira Anabela também respondeu afirmativamente à pergunta. Pergunto-lhe quais serão as expectativas do doente em relação ao enfermeiro e ela responde resumirem-se ao facto de *o enfermeiro lhe dar bem-estar*. Neste contexto, a relação de ajuda é *central* – diz. Pergunto-lhe, então, se o doente espera que o enfermeiro o ajude. Ela responde: *claro. Embora, o doente tenha sempre mais respeito pelo médico do que pelo enfermeiro, é ao enfermeiro que o doente se queixa. Acho que o doente vê o enfermeiro mais como o responsável pelo tratamento, pela cura, do que o médico. Embora, o respeito seja diferente. Vê o médico como uma figura mais importante*. Trata-se de uma espécie de reverência em relação ao médico?, pergunto. *Sim, sim* – responde a enfermeira. E, em relação ao enfermeiro, não? – continuo. *Exactamente* – acrescenta. Segundo a enfermeira, os doentes são mais exigentes com os enfermeiros. Ou seja, não põem em questão o que o médico diz, mas, põem em questão o que o enfermeiro diz. Aqui vemos um sinal de tensão entre enfermeiro e médico. Parece que o enfermeiro lamenta não ser igualmente reconhecido pelos doentes.

A enfermeira Sara, por sua vez, diz que, as suas acções irem de encontro às expectativas *depende da circunstância*. *Se um doente está internado, ele espera que, durante o seu internamento, cheguemos a determinados objectivos. Se eu for de encontro àqueles objectivos, se nós os cumprirmos, se eu os cumprir, e se ele os cumpriu, ao chegarmos à meta final, acho que as expectativas foram atingidas. Só há a certeza de que eu fiz uma boa acção ou uma boa prática se tiver uma causa-efeito, ou seja, eu administrei-lhe um tratamento e tirei-lhe a dor. Aí, vou de encontro às suas expectativas. Agora, no final do internamento, pois, isso não sei o que é que ele acha que são os 100%, para mim, posso ter atingido o objectivo, e, para ele, isso pode não ser suficiente*.

Já a enfermeira Sónia diz fazer *tudo, ou pelo menos tent[a]*. *Eu faço tudo sempre com uma... A minha intenção é colocar-me, antes de tudo, no lugar do doente. Nem sempre o consigo fazer, porque é difícil. Eu coloco-me sempre no lugar do doente. Para mim, o colocar-me no lugar do doente é um dos pontos fundamentais da minha função como enfermeira*. Pergunto-lhe se é necessário vocação para o enfermeiro ser altruísta e empático. Ela responde: *Eu acho que a vocação é uma coisa muito importante, mas, se as pessoas forem correctas, poderão fazer... ser um bom enfermeiro sem ter vocação. Não é que, na minha opinião, possam ser desinteressados. Mas, não estou a pôr em causa. Podem ser enfermeiros, que, hoje em dia, são enfermeiros e não têm vocação para isso. No entanto, não é por aí que são maus enfermeiros, não é? Embora eu ache que a vocação é um ponto muito importante. Eu acho que para se ser enfermeiro tem que se gostar daquilo que se faz. Para ser bom enfermeiro*. A enfermeira acrescenta que não é fácil lidar com o sofrimento. Pergunto-lhe se essa dificuldade é, também ela, um sofrimento. *Completamente* – responde – *Ou nós aprendemos a lidar com determinadas situações... porque, é assim: para nos entregarmos a 100%, dar-nos a 100% com o utente,*

nós também temos que nos envolver com as situações. O envolver-nos nas situações... se nós não conseguirmos ser empáticos, não é? O envolvermos nas situações penso que nos traz algum sofrimento. Alguma coisa mexe. Há outros que já não mexe, porque eu já arranjei algumas defesas, mas, há muita coisa que mexe.

Apoiando-se nas reacções que muitos doentes têm, a enfermeira Luísa acha que as suas acções vão de encontro às expectativas do doente.

A mesma posição é referida pela enfermeira Marisa. Esta enfermeira não duvida que as suas acções correspondem ao que o doente espera dela. Na sua resposta, ela acrescenta: *a forma como prestamos os cuidados é a nossa valorização, no nosso dia-a-dia aqui, já que, mais ninguém nos reconhece isso. Mas, pelo menos os doentes, quando se vão embora, gostam de ter estado aqui, e por vezes nem se querem ir embora, ou vão embora a chorar. Porque gostaram de nós, gostaram do nosso serviço e da nossa companhia. É isso o nosso ganho.*

Do mesmo modo, a enfermeira Angelina considera que corresponde às expectativas do doente. Ela fundamenta-se, também, nas reacções dos doentes quando têm alta: *quando saem do hospital e vão para casa melhorar, acho que saem com boas expectativas. Eu acho que se vê isso pela forma como eles se despedem uns dos outros, quando vão embora, é: “Obrigada”, é isto, é aquilo. E, às vezes, eles tinham já tido alta e vêm-nos visitar e dá-me a entender que eles têm boas expectativas, daquilo por que passaram.* Pergunto-lhe o que pensa que eles esperam dela. *Que os ajude – responde. Se calhar, que os ajude a passar aquela fase. Às vezes até é mais... Às vezes, tem a parte de desabafo, que a gente gosta de falar do que aconteceu e eles vêm a gente não só como uma pessoa que faça tratamentos, mas também, como alguém... um aliado, digamos, ao lado deles com quem eles possam falar, com quem não se sintam tão sozinhos. Naquele período em que estão fora de casa, estão no meio de pessoas estranhas.* Então – pergunto - para o doente, o enfermeiro é um aliado? *Acho que sim – responde – Na maior parte das vezes sim. Pelo menos eu não tenho razão de queixa, a mim ainda não aconteceu nada.* Entre o enfermeiro e o médico, qual será o mais aliado para o doente? – continuo. A enfermeira responde: *É o médico. Porque o doente acha sempre que o Sr. Dr. – no nosso país ainda é muito assim – o Sr. Dr. é a figura topo. A nós, se calhar até tem uma relação, até nos trata... Mas, quando chega o Sr. Dr., é: “o Sr. Dr. isto, Sr. Dr. isto”.* Mas – continuo a explorar a questão – os enfermeiros também são licenciados. À partida deviam ter o mesmo estatuto? *Exacto – concorda a enfermeira. Está de acordo com a ideia de que o hospital é uma forma institucional do poder da medicina e dos médicos? – pergunto. Acho que já não tanto... Dentro do hospital, o médico ainda tem um grande poder de decisão, mas, ele, nos dias de hoje, já não faz nada sozinho. Hoje as coisas estão um bocadinho mais equilibradas. Mesmo que os médicos mandem, se não for o enfermeiro a fazer, ninguém faz. E o médico manda? – pergunto. Manda – responde o*

enfermeira. O médico é o centro e vocês andam à volta dele? *Sim, sim* – concorda. Repara se, durante as visitas médicas, a equipa anda toda à volta do médico? *Sim, é verdade* – comprova a enfermeira. Não acha que algo está ao contrário, que devia ser o doente no meio? *Sim* – volta a concordar. Verificam-se casos de ausência do paciente na cama, porque foi realizar um exame, por exemplo, mas, mesmo assim, com a realização da visita médica, à volta da cama vazia? – continuo. A enfermeira confirma: *Sim. Dizem que o doente foi não-sei-aonde...* Não lhe parece estranho, que a cama substitua o doente? *É* – termina a enfermeira.

O enfermeiro Rui também refere que as suas acções correspondem ao que os doentes querem dele. E, justifica: *isso nota-se quando eles nos mostram um sorriso, ou ficam contentes com aquilo que a gente faz, e conversam connosco...* Pergunto-lhe se é o que se passa na maior parte das vezes. Ele responde afirmativamente. Pergunto-lhe se há casos em que isso não acontece e o enfermeiro refere que *há casos em que isso é possível. Há doentes que têm patologias psiquiátricas, são pessoas que têm grandes períodos de desorientação; nestes períodos de desorientação, é complicado; as pessoas não sabem o que é que a gente está a fazer. A gente cumpre a obrigação, e eles sabem que é para o bem deles.*

O enfermeiro José responde apenas como um *sim*.

O enfermeiro Jorge também *acha que sim*. Ele diz que *não te[m] tido reclamações, por isso, acredit[a] que sim, e que, às vezes, o doente vai com muito poucas expectativas.*

No seu conjunto, os enfermeiros consideram que as suas acções vão de encontro às expectativas dos doentes. Apenas dois referiram não saber responder à pergunta, explicando que só os doentes é que poderiam saber (enfermeira Susana) ou, então, que depende da circunstância (enfermeira Sara). Alguns enfermeiros deslocam o foco da crítica para o doente e referem que é difícil perceber quais são as suas expectativas, seja porque podem estar erradas (enfermeira Alice) ou que têm que ser adaptadas à sua condição (enfermeira Maria) porque podem ser demasiado elevadas (enfermeiro Jorge), ou ainda que o doente não tem competência para saber quais são as suas próprias expectativas, como no caso do doentes desorientados.

Os restantes que responderam positivamente consideram que fazem tudo (enfermeira Sónia) o que podem para poder proporcionar o melhor bem-estar possível (enfermeira Helena), pois, ao fazê-lo, estão a valorizar a sua posição profissional (enfermeira Marisa). Alguns enfermeiros apoiam-se nas reacções dos doentes (enfermeira Luísa) para sustentarem as suas respostas. Dizem perceber que vão de encontro às expectativas dos doentes quando estes mostram um sorriso (enfermeiro Rui) e consideram

mesmo que poderiam ser avaliados pelos doentes que teriam “muito bom” (enfermeira Inês).

Nas suas respostas, detectou-se, ainda, algum descontentamento, sobretudo em relação a duas questões: a posição “secundária” em relação ao médico, que é mais respeitado pelos doentes, apesar de ter o mesmo grau académico (enfermeiras Anabela e Angelina); e a falta de reconhecimento, por parte do Ministério da Saúde, das suas competências de nível superior. A primeira questão está relacionada com a alteração da estrutura das relações de poder no Serviço. Os depoimentos dos enfermeiros definem, sem margem para dúvidas, o médico como principal adversário dentro dessa estrutura. Curiosamente (ou não), os enfermeiros não identificam os auxiliares como adversários, apesar de serem estes que transmitem funções com eles. Ora, aqui, vê-se, em especial, uma luta pela identidade do enfermeiro no seio das equipas de saúde e da própria enfermagem. Marie-Françoise Collière (1982) havia já dissertado sobre a questão das zonas de interferência dos campos de competência dos parceiros da acção de cuidados. Segundo ela, o enfermeiro exerce a sua função em duas zonas de interferência prática: com os doentes, onde assume um papel próprio à sua formação, e com os médicos, onde exerce um papel delegado. Na primeira interferência, a função do enfermeiro sobrepõe-se com a do doente através do cuidado; na segunda, a sua função subpõe-se à do médico pelo aspecto curativo (1982, apud Abdelmalek & Gérard 1999 [1995]:112). Neste caso, o enfermeiro ocupa uma posição marcada pela obrigação de cumprir o que o médico determina. É neste contexto que o enfermeiro sente que é *mandado* pelo médico, como refere a enfermeira Angelina. Esta dupla natureza da enfermagem é esquematizada por Abdelmalek e Gérard (1999 [1995]:201) em dois processos de construção do papel do enfermeiro em permanente tensão a que eles chamam “identificação” e “identização”. A identificação corresponde ao campo onde o enfermeiro tem autonomia e é regulada pelos princípios dos modelos paramédicos, onde se salienta o princípio da humanização. A identificação corresponde ao campo onde está dependente do modelo médico, regido pelos princípios da tecnicidade e das nosografias, onde as prescrições assumem a função de lei. A tensão entre estes dois processos, tem, ultimamente, sido combatida através da certificação das competências a nível superior. Através desta estratégia, o enfermeiro procura, hoje, ascender no seu estatuto profissional e social, ombreando com o estatuto do médico, ao mesmo tempo que reclama um campo de acção delimitado epistemológica e cientificamente. Jean Watson (2007 [1988]) é uma das investigadoras na área da enfermagem que mais tem reclamado o

estatuto de ciência para a actividade, propondo uma metodologia e um objecto de estudo específicos da enfermagem.

Aparentemente, o caminho para a emancipação em relação à dependência do médico aponta para a assunção a um nível de formação superior, onde, entre outras coisas, o enfermeiro vai buscar o tão desejado “Dr.”, que é o mesmo título que o médico usa. Porém, no nosso país, este caminho tem sido minado com políticas ambíguas que impedem os enfermeiros de associarem ao título a vantagem económica. Quando realizei o trabalho de campo testemunhei alguns movimentos de resistência ao facto de o Ministério da Saúde não reposicionar os enfermeiros na carreira em virtude de terem atingido uma formação superior, o que, em termos práticos, significa perdas financeiras, já que, os enfermeiros se mantêm a vencer como bacharéis. Mas, este problema não tem reflexos apenas no nível material. Mesmo que possam usar o título “Dr.”, os enfermeiros vêem-se vedados a competir de igual para igual com os médicos, pela simples razão que não podem ansiar a ter um conforto social equivalente, e vêem manter-se um fosso social que os impede de alterar, de facto, o seu *status quo*.

Como estratégias de resistência a esta imobilidade, nos últimos anos, os enfermeiros têm mostrado a sua posição nos serviços (como vimos através dos depoimentos), nas ruas, onde se mostram cartazes a perguntar o que seria a sociedade sem enfermeiros, ou, então, com palavras de ordem como “Os enfermeiros não estão em saldo”, ou nos órgãos de comunicação dos sindicatos e da própria Ordem dos Enfermeiros. Esta última organização, enquanto espera pelo novo Modelo de Desenvolvimento Profissional, vai-se adaptando através de um novo Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro), com o intuito de criar condições para o efectivo reconhecimento das competências dos enfermeiros, de acordo com a Bastonária, Maria Augusta Sousa (2010). Em entrevista concedida à revista *Enfermeiros*, o Enfermeiro Jacinto Oliveira (2010), Vice-Presidente do Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros, apresenta o panorama geral que justifica o descontentamento dos enfermeiros na actualidade e que atingiu um ponto alto em Janeiro de 2010. Nesta entrevista, a questão do reconhecimento da carreira está no centro das preocupações, além de outras questões não menos importantes, como a escassez de recursos humanos, a morosidade do processo negocial, que, nas palavras do Enfermeiro, já está “estafado”, e a formação dos enfermeiros, cujo Plano Estratégico foi elaborado pela Ordem dos Enfermeiros estando proposto à discussão com o Ministro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior desde Julho de 2008 (à data da edição da revista – Janeiro de 2010 – ainda não tinha havido novidade).

Como vemos, o modelo explicativo integrante das representações da saúde e da doença tidas pelos enfermeiros no contexto multicultural da UCCI-SCMP remete para variadas questões que vão muito além da dimensão cognitiva. Vemos perfeitamente o funcionamento de um conjunto de ficções, que constrói e desconstrói a função do enfermeiro através de diferentes cenários e de configurações mescladas, a partir de referências a um passado de pura dependência do acto médico, e de impulsos de independência dirigidos para o futuro. Do passado directamente para o futuro, a interacção terapêutica produz-se nas tensões que marcam os jogos de poder entre o enfermeiro e o médico, ou melhor, entre a enfermagem e a medicina, onde participam forças reguladoras exteriores àquela interacção e que vão deixando o presente passar, aqui, neste agora, onde se é (cf. Heidegger 2003).

Mais uma vez, as filosofias de Jean-Paul Sartre, Martin Heidegger e Friedrich Nietzsche mostram ser pertinentes na análise das representações da saúde e da doença. A do primeiro filósofo, porque ele percebeu que o facto é quimérico; a do segundo porque o seu autor percebeu que, enquanto se pensa no passado e no futuro passa o presente, isto é, a realidade, que apenas existe como um gerúndio neste agora, é substituída pela irrealidade do passado e do futuro, que, simplesmente, não existem; a do terceiro porque, entre muitas outras coisas, o filósofo percebeu que o devir humano não é diferente da própria vida, porque, também ele é um efeito da vontade de poder. Esta divagação não serviria de nada se não a remetêssemos ao seu lugar de verdade, que é, sempre, o *locale* onde se problematiza o real. A problematização do real do cuidado de enfermagem no contexto que escolhemos não pode acontecer sem haver uma reflexão acerca do que o próprio enfermeiro entende sobre si, ou melhor, sobre como, enquanto sujeito, joga a ser enfermeiro, num campo onde a sua própria figura está em jogo, onde ele é, simultaneamente, utensílio e utente do biopoder. Independentemente dos jogadores, o tabuleiro de jogo da enfermagem desenha-se neste onde – que é um quando – ela se realiza. A sua configuração esquematiza as regras que o enfermeiro utiliza para jogar o jogo. Nesse esquema (ver Ilustração 13) podemos ver as linhas que definem as balizas do terreno, que é, simultaneamente cognitivo e social, um lugar onde todas as realidades convergem.

Tomámos como vectores da representação linguística da saúde e da doença as definições de saúde e de doença, a descrição do modelo etiológico e a descrição do modelo terapêutico. Com esta opção, conseguiu-se passar da representação da representação, isto é, da forma mais pura da representação, para a intenção que subjaz à interpretação performativa da saúde e da doença.

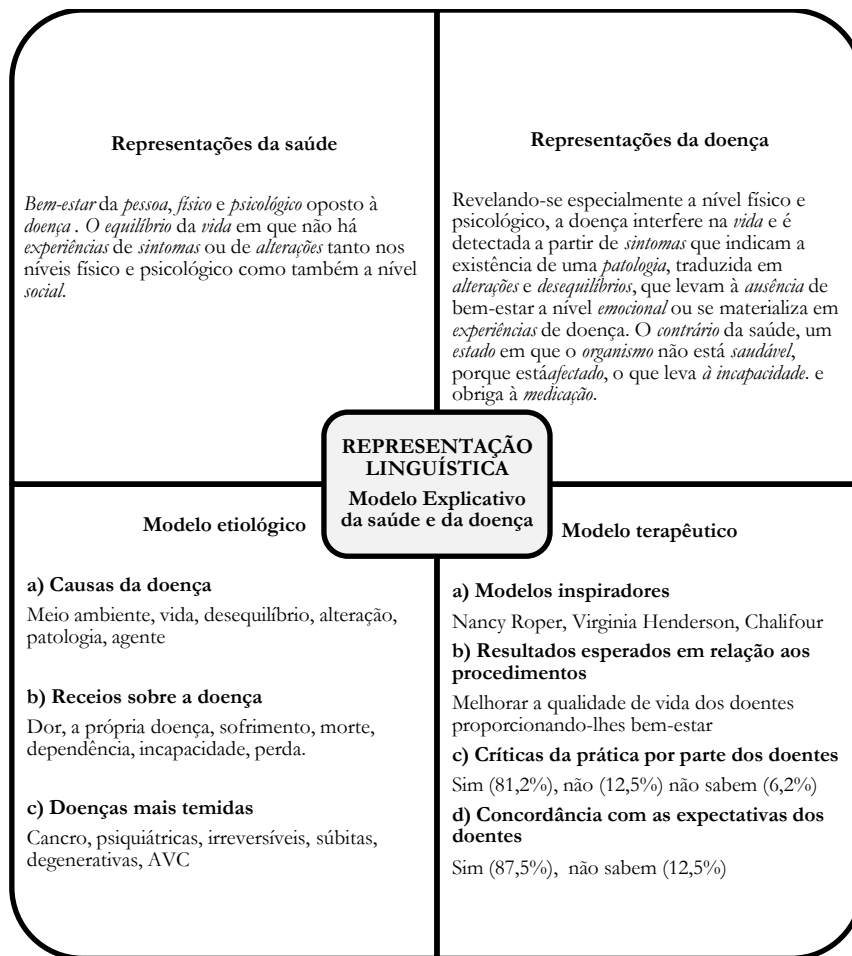


Ilustração 13 – Síntese do modelo explicativo da saúde e da doença

Vimos que os enfermeiros definem a saúde e a doença ancorando-se numa lógica puramente abstracta promulgada pela OMS. Este aspecto remete para a intromissão da biopolítica supranacional, definida por uma organização internacional, no plano local da interpretação do cuidado de enfermagem, por via de uma biopolítica nacionalmente interpretada e exercida através das instituições de imposição autoritária e das instituições de moldagem das consciências dos sujeitos dos enfermeiros. É precisamente na relação entre os modelos inculcados pelas instituições *chrestomathicas* e os modelos impostos pelas instituições que controlam os jogos de poder que o sujeito joga a ser enfermeiro, situando o seu papel estratégico na dramaturgia que decorre nesse tabuleiro. E é, também, por ter percebido isto que a filosofia de Michel Foucault merece aqui atenção. Pela aceitação – e até solicitação – da intromissão das políticas supranacionais, o Estado reconhece a sua incompetência para lidar com o principal efeito da inspiração liberal das suas políticas sobre

a vida – o multiculturalismo –, reconhecendo a necessidade de as suas políticas serem acrescentadas de sub-políticas que exercem a sua influência por debaixo da biopolítica tradicionalmente nacional. Um dos efeitos da governabilidade liberal do Estado é a inevitabilidade de integrar na sua biopolítica sub-políticas emitidas pelas ONG, daí que, perante tal liberalização do controlo sobre a vida das populações, o Estado acuse a dificuldade em transformar as realidades pela mera formalização discursiva da expressão mental do legislador, e acabe por mergulhar numa crise profunda que afecta mesmo a sua *raison d'être*.

5. Representação prática

Uma particularidade da minha perspectiva sobre as representações é que estas não se limitam à sua forma linguística. Esta perspectiva apoia-se nas ideias dos últimos filósofos citados e na teoria política de Jeremy Bentham. Sartre, Heidegger, Nietzsche e Foucault não têm em comum apenas o facto de combaterem os dogmas instituídos durante o tempo longo (cf. Elias 2006 [1939]), que nada são mais do que súmulas de *grandes teorias* (cf. Doise 1993, apud Laszlo 1997) ou do que *grandes narrativas* (cf. Lyotard 1999 [1954]), isto é, de conceptualizações da história, apoiadas em verdades sempre dependentes dos “processos psicológicos que conduziram até elas” (Lyotard 1999 [1954]:15) que se querem fazer passar por essências. Esta *eidética*, que é uma característica do empirismo experimentalista, pretende tomar a realidade como aquilo que se percebe. Ora, a percepção não serve como medida de verdade, nem sequer como único meio. A natureza mental da organização das sociedades implica uma interpretação da realidade social, que é, ela própria, uma conceptualização de uma construção alicerçada em manifestações que, devido ao desdobramento das suas formas de representação, escondem sempre a lógica do que se vê, que, por ser radicada na mente, traduz sempre uma dada forma ideal, isto é, um trabalho ficcional pré-existente ao signo (Husserl, apud Derrida 1996:70). Relacionando esta “natureza” mental da realidade social com a dramatização que a sua transferência para a matéria implica, podemos concluir que as práticas são, elas próprias, traduções materiais de representações mentais, ou melhor, desempenhos criados e sancionados por uma normatividade oculta. Sendo assim, as práticas são representações materiais de uma dramaturgia (Turner 1987) envolvida em processos de poder (Conquergood 1989) que é elaborada antes da – pelo discurso de verificação do legislador (Bentham, apud Ogden 1932)

– e durante a – pela configuração dos campos onde se materializa (Bourdieu 1989) – sua própria realização. Como diria Lyotard, uma prática é sempre um sinal de um *estado de consciência* (1999 [1954]:16), significando que não é possível distinguir a realidade da representação (Derrida 1996:62). Ou seja, uma descrição das coisas não é diferente de uma descrição dos pensamentos, pois, em ambos os empreendimentos, insinua-se sempre o pensamento de quem descreve. É assim que eu proponho que se aborde a informação constante nos próximos pontos.

5.1. Interação terapêutica enfermeiro-paciente estrangeiro

A partir daqui pretende-se descrever o modo como o enfermeiro interpreta a dramaturgia dos modelos impostos nas interações com doentes estrangeiros. Embora estes constituam uma minoria, a sua presença é incontornável e reflecte o efeito multiculturalista das políticas liberais do estado.

5.1.1. Rituais de instituição

Tivemos já a oportunidade de perceber como a instituição impõe os seus ritmos aos enfermeiros (ponto 1.5) e o quadro geral da integração dos doentes estrangeiros na UCCI-SCMP (ponto 3). As duas perguntas contidas neste ponto procuram saber como o enfermeiro pensa que o doente estrangeiro o representa e se os doentes em geral sugerem mudanças no tratamento.

Assim, à pergunta “como acha que os doentes estrangeiros o vêem?”, a enfermeira Sofia refere que a vêem como uma *enfermeira estrangeira*.

Resposta semelhante foi dada pela enfermeira Susana. Esta enfermeira acrescenta que *não faz mal que a vejam assim, porque, como ela diz, eu sou assim. É normal que uma pessoa que está num país diferente note essa diferença, não é? Apesar de nós sermos enfermeiros, eles notam sempre a diferença, e eles têm sempre alguma coisa...* Pergunto-lhe se sente entraves por ser vista dessa maneira. Ela pensa que não, mas admite que *eles sentir-se-iam mais confortáveis se estivessem no país deles. Eu, se estivesse no país deles também me sentiria..., provavelmente...*

A enfermeira Inês fala da sua experiência com doentes estrangeiros. Segundo ela, *foi engraçado*. Acrescenta que os doentes estrangeiros a tratam *com respeito*. *Sim, respeitam-me. Às vezes até me respeitam mais do que os da nossa nacionalidade*. E, tenta explicar esta diferença em relação aos doentes portugueses: *por estarem habituados a ser de outra maneira, por serem de outro país... Não sei. Mas vêem-nos com respeito*.

Contrariamente, a enfermeira Alice não vê diferença em relação ao modo como é vista pelo doente português: *vêem-me da mesma maneira que o doente português. Não vejo diferenças*. E, acrescenta, *nós temos uma grande população de estrangeiros que não são estrangeiros. Eles vivem cá, simplesmente não falam a nossa língua. Se o doente é estrangeiro tento-me adequar. Agora, se me vêem como enfermeiro estrangeiro, acho que não... Se eles vêm ao hospital, já sabem que vão encontrar enfermeiros de cá*. Pergunto-lhe se eles mostram desconfiança por serem tratados por uma enfermeira portuguesa. Ela nega, dizendo: *Não sinto nada. Há povos muito mais abertos do que os próprios portugueses. Acho que isso tem mais a ver com a cultura do que com o facto de... É como nós, se formos para um país onde não estamos a viver, claro que fico mais... fico mais susceptível. Mas só nesse sentido*. Pergunto-lhe se o doente estrangeiro já estará fragilizado por ser estrangeiro. A enfermeira concorda: *o estrangeiro, se está de férias, não conhece a realidade do país onde está, mas, não vejo isso como... o enfermeiro, ou o técnico, ou o quê... A própria situação é desconfortável, não é? Ninguém gosta de vir ao hospital, ainda para mais se sentir que não tem ali o amigo a quem ligar, a mãe..., não é?... A pessoa sente-se mais desapojada*.

Já a enfermeira Teresa diz que não sabe e não faz *a mínima ideia*, pois, não obtém reacções.

Por sua vez, a enfermeira Maria diz que acha *que eles a vêem como enfermeira*, e, continua, *já cheguei a ter doentes que compararam o nosso sistema com o sistema deles e elogiaram a nossa postura: mais humanos, não tão técnicos. Isso foram coisas que eles frisaram muito*. Pergunto-lhe quem se queixa mais do seu serviço, se os doentes estrangeiros ou os portugueses. A enfermeira refere que já obteve queixas, mas, apenas de portugueses, considerando que estes se queixam mais.

A enfermeira Helena reflecte sobre as dificuldades de comunicação e a centralidade desta no processo de obtenção de reacções. Ela responde que *é difícil*. *Alguns, quando a gente consegue entender aquilo que eles dizem, ficam muito agradecidos. No geral, acho que eles não são mal atendidos, mesmo com a dificuldade de comunicarem connosco. Acho que, no geral, eles devem ter uma imagem razoável de nós, enquanto prestadores de cuidados, quanto ao sistema de saúde, eu acho que são mais... eles estão habituados a outro sistema de saúde*. Pergunto se os doentes estrangeiros

distinguem os enfermeiros do sistema: *eu acho que sim* – responde – *eu acho que eles distinguem. E acabam por nos valorizar e até agradecer, mas, vêem que... ou estamos limitados e não podemos fazer mais, ou que fazemos o melhor que podemos dadas as condições... O que, se calhar, eles vêem é que, em relação ao sistema de saúde deles, o nosso não é tão bom.* Quanto à sua percepção dos enfermeiros, a enfermeira refere que *embora eles nos vejam como estrangeiros, eu acho que – pelo menos é essa a imagem que eu tenho – eles não se sentem maltratados, isto é, que sentem que fazemos tudo dentro das nossas capacidades, até porque – falo por mim – a enfermagem, a enfermagem portuguesa, a nível internacional é uma enfermagem bem vista, portanto, eu acredito que os doentes estrangeiros cá não tenham essa má imagem de nós, e, no dia-a-dia quando vamos tratá-los, têm uma boa resposta, tirando os casos de uma situação ou outra menos agradável, mas, no geral, não...*

A enfermeira Anabela partilha da opinião das enfermeiras Sofia e Susana e acredita que os doentes estrangeiros a vêem como *enfermeira estrangeira*.

Segundo a enfermeira Sara, eles vêem-na simplesmente *como uma enfermeira*. Ela acrescenta que *é igual, como um português, talvez. Talvez com uma limitação: a linguagem. Se for uma linguagem que esteja ao meu alcance, acho que não vêem diferença.* Porém, a respeito da linguagem, acaba por contrariar o que acaba de dizer: *acho que não depende da língua. Depende das experiências anteriores que este doente teve. Se ele tiver tido experiências positivas no seu país, porque é que não há-de ver o enfermeiro da mesma maneira noutra país?* A enfermeira acrescenta que a percepção que os doentes estrangeiros têm sobre si também estão relacionadas com as expectativas sobre a sua participação no processo de tratamento. Por isso, não é por ser uma enfermeira estrangeira que o doente espera uma atitude diferente.

A enfermeira Sónia começa por dizer que esta é uma pergunta que devia ser feita ao doente. Dizendo-lhe que também o fiz, pergunto-lhe se não tem qualquer noção. Ela responde que *sim, posso ter uma noção, mas pode não ser a correcta. Eu posso fazer uma avaliação do comportamento que o utente teve depois para comigo, mas, acho que a resposta correcta deviam ser eles a dizer. Eu, eventualmente, pela experiência que tenho tido, eu acho que sim, que eles comunicam e olham para mim, acho que eles olham para mim como enfermeira, não sei se houve algum utente que olhasse para mim sem ser como enfermeira.*

A ausência da percepção sobre a realidade que o outro constrói sobre si também está visível na resposta da enfermeira Luísa. Também ela compreende que, se o doente estrangeiro a vir como enfermeira estrangeira é sinal que há uma crítica implícita nessa visão. Por isso, ela responde prontamente: *eu nunca tive problemas. Normalmente, eu tenho bom*

funcionamento com qualquer doente estrangeiro... Nunca tive problemas que o doente rejeite. Não, nunca tive.

Por seu turno, a enfermeira Marisa confessa que *os doentes estrangeiros são muito exigentes- Muito exigentes, mesmo. Porque, não sei se é do sistema de saúde deles, ou se é da filosofia de vida deles. O povo português é muito pessimista, depressivo, e, quando chegam ao hospital, eles mesmo dizem: “nós não mandamos nada, a enfermeira é que sabe...” – e eu digo: “não, você é que é o doente, você é que sabe o que está a sentir, diga.” – enquanto, o doente inglês, não. É mais exigente, que eu acho bem, mas, muitas vezes, não se adequa ao nosso sistema de saúde, e, às vezes, surgem alguns conflitos. Mas, tudo se resolve... Confronto-a com o testemunho da esposa do Sr. Scholtes, segundo o qual, os ingleses com quem ela tinha falado – ela era belga – aceitavam melhor os cuidados que havia em Portugal do que ela. Ela justificava que essa melhor aceitação se devia ao facto de o sistema de saúde inglês estar abaixo do nosso no *ranking* internacional, enquanto que o belga está acima... A enfermeira refere ter testemunhado uma posição semelhante: *nós tivemos aqui uma senhora que era alemã, que dizia que o sistema alemão era muito superior ao nosso, e também recebíamos muitas queixas.**

A enfermeira Angelina espera *que não [a] vejam como estrangeira, [pois, está] no [s]eu país. Se calhar como enfermeira, agora, estrangeira, não sei.* Procuro dirigir o seu raciocínio para a questão e pergunto-lhe se sente que os doentes estrangeiros olham para ela de maneira diferente que os portugueses. Ela responde que *os doentes ingleses ou franceses são doentes mais exigentes. Que embirram um bocadinho mais... mas, a forma como eles me olham pode ser a mesma.* A enfermeira acha que a diferença nas exigências está relacionada com as expectativas do doente e que estas variam de acordo com o sistema de prestação de cuidados a que estão habituados.

O enfermeiro Rui começa por dizer que os doentes estrangeiros o vêem *como um estrangeiro, como um enfermeiro estrangeiro. Porque – explica – eu estou-me a pôr na situação do doente. Imagine que eu emigro para o estrangeiro, ou estou de férias, na Inglaterra, num hospital de Londres, ao olhar para as pessoas, isso causa-me algum constrangimento e insegurança. É natural que os doentes estrangeiros me vejam também com insegurança.* Pergunto-lhe se o vêem com desconfiança ou com receio: o enfermeiro nega.

Por sua vez, o enfermeiro José diz não saber como o doente estrangeiro o vê. Pergunto-lhe se pode haver diferenças em relação ao modo como é visto pelo doente português e ele responde: *eu acho que sim. Tem que haver diferenças... Porque ele faz sempre comparação com aquilo que têm lá com o que nós temos aqui. É inevitável fazer uma comparação. Então,*

como as pessoas são diferentes, o modo de actuar é diferente, os materiais são diferentes, as informações e o equipamento é tudo diferente, tem que haver uma comparação, e, então, tem que haver diferenças. Há sempre expectativas diferentes. Pergunto-lhe, então, se essa diferença de percepção se explica pela diferença de sistemas de saúde. Ele responde afirmativamente.

Finalmente, o enfermeiro Jorge diz que, sinceramente, não [tem] muita percepção de como é que eles [o] vêem. Normalmente, em conversa com eles, quando falo inglês, eles dizem que eu não falo muito bem inglês, mas, que me mostro preocupado. Fora isso, penso que eles me vêem como um doente que não é estrangeiro. Como enfermeiro, a minha relação é igual, quer seja estrangeiro quer não seja. Não noto grande diferença.

As respostas obtidas mostram, primeiramente, que os enfermeiros têm pouca noção da inevitável diversidade das interpretações sobre o seu papel (há mesmo quem não tenha qualquer noção, em particular – os enfermeiros Teresa, Sónia, José e Jorge). Esta dificuldade leva-os a responder a partir da sua perspectiva pessoal sem que haja um esforço efectivo em pôr-se no lugar do outro. Os esforços que vimos (nomeadamente, pelos enfermeiros Susana, Anabela e Rui) apoiam-se em reacções que os pacientes hipoteticamente têm perante a sua função. No geral, os enfermeiros responderam à pergunta fazendo um exame do seu próprio desempenho. Uma minoria refere-se às diferenças culturais, representando por estereótipos o perfil do doente português por comparação ao do doente estrangeiro (em especial, as enfermeiras Alice, Marisa e Angelina).

A atitude de defender a posição do enfermeiro ao invés de se reflectir sobre a perspectiva que os doentes estrangeiros têm sobre ele é uma constante. Tal posição é visível, por exemplo, na defesa da qualidade da enfermagem portuguesa (enfermeira Maria). Este aspecto também é revelado pela atribuição de eventuais representações negativas do cuidado por parte dos doentes estrangeiros ao modo como o sistema de saúde está concebido e à qualidade dos recursos à disposição para cuidar do doente (enfermeiras Helena e Marisa).

Há ainda quem pense que as dificuldades de linguagem podem deturpar o modo como os doentes estrangeiros os vêem (enfermeira Sara), mas, no geral, acham que são vistos como enfermeiros estrangeiros.

Na falta da noção sobre as qualidades da diferença cultural inerente ao processo de transacção dos modelos explicativos da saúde e da doença, os enfermeiros viram-se essencialmente para as características do sistema de saúde, defendendo a sua posição pelo

facto de se apoiarem no seu saber técnico como meio de minimização dos conflitos, que, como referem, existem.

Conforme temos vindo a afirmar, as representações são produtos, e meios de produção, da realidade social, significando que as percepções sobre a realidade do cuidado de enfermagem implicam, necessariamente, interpretações diversas que podem traduzir-se em imagens diferentes sobre o papel do enfermeiro. A dificuldade em reconhecer este aspecto leva os enfermeiros a entender que são vistos da mesma maneira pelos doentes estrangeiros e pelos portugueses, questão salientada também por estudos realizados em outros países. Para Susan Edwards (1998), por exemplo, a causa desta distanciação em relação aos modelos explicativos populares deve-se, em especial, ao modo como se desenvolve a socialização profissional, que tenta equipar os enfermeiros para estes se distanciarem dos pacientes como sujeitos fazendo com que eles e o seu contexto social sejam entendidos tão objectivamente quanto possível. Esta política de objectivação da subjectividade dos pacientes requer a valorização de abordagens sobre o cuidado que reconheçam a importância do ponto de vista dos pacientes, que, além dos factores externos que descrevem a sua condição como doentes e como estrangeiros e que são facilmente identificáveis pelas instituições e pelos profissionais de saúde, remetem para factores internos, aos quais apenas se acede através da formação. Segundo Inga Larsson et al (2007), a visão dos pacientes deve ser considerada na prática dos enfermeiros e nos próprios programas de ensino e, ainda, constituir uma via para a avaliação da qualidade da assistência. A dotação dos enfermeiros com competências culturais é mesmo considerada um imperativo, visto que, da falta de preparação dos enfermeiros sobre o tema da interpretação das diferenças culturais podem resultar situações que influenciam negativamente o cuidado e as desejadas recuperação e reabilitação dos doentes. Celeste Cang-Wong et al (2009) acrescentam que o viés das atitudes entre os cuidadores e os doentes constitui a principal barreira para a providência de um cuidado culturalmente competente, que pode ser aumentada se a população profissional não reflectir a diversidade étnica e cultural do meio sobre o qual a instituição exerce a sua influência.

Esta visão universalista do processo terapêutico revela uma atitude etnocêntrica própria das perspectivas positivistas para as quais a verdade é comum a todas as pessoas (Todorov 1988) e é apoiada em pretensas evidências científicas. Durante a observação tive a ocasião de debater esta noção com os fisioterapeutas que encontrei. De acordo com a minha experiência docente a alunos de cursos de saúde, estes profissionais estão mais familiarizados com o conceito. Vários deles recorreram à minha ajuda para realizarem

revisões sistemáticas de resultados de ensaios clínicos em amostras aleatórias controladas (vulgas RCT – *randomized controlled trials*). Então, percebi como se *construíam* as evidências. De facto, embora os docentes os obrigassem a fazer este tipo de estudos, não lhes forneciam as balizas metodológicas necessárias para isso. As revisões sistemáticas acabavam por ser meras recensões críticas comparadas. Para que a metodologia pudesse ser fiável, era necessário utilizar técnicas estatísticas que desfizessem a heterogeneidade entre os vários estudos, presente, em especial, pela diversidade dos instrumentos de recolha usados e pela diferente dimensão das amostras. As medidas que desfaziam a heterogeneidade previam a probabilidade estatística de um resultado ser extensivo ao conjunto dos ensaios sem que isso implicasse uma perda do seu valor diferencial (o *odds ratio*) e transformavam essa diversidade em um único valor, que avaliava a eficácia de dado plano de tratamento (o *risk ratio*). O rácio de risco constitui o valor que o profissional deve ter em atenção no momento da aplicação do plano de tratamento. Ora, esta metodologia simplesmente não era ensinada aos alunos, resultando, que os estudos exerciam todos a mesma influência na análise da eficácia do plano de tratamentos, isto é, todos os estudos tinham o valor “1”. Na prática, isto equivale a dizer que, se tivermos três estudos, incidentes em amostras de dimensão diferente (imaginemos: estudo A – 10 pessoas; estudo B – 20 pessoas; estudo C – 90 pessoas), em que os dois primeiros tivessem concluído que a massagem era eficaz no tratamento da lombalgia, e o terceiro tivesse concluído que não era eficaz, então, a conclusão da revisão sistemática seria: a massagem é eficaz para tratar as lombalgias, e, tal conclusão seria considerada como uma evidência científica, ocultando-se o facto de os resultados observados em 30 pessoas (estudos A e B) terem pura e simplesmente obliterado os resultados observados em 90 (estudo C). Ultimamente têm surgido críticas a esta abordagem, principalmente porque os valores do paciente não são tidos em conta no processo de tomada de decisão sobre o cuidado, prevalecendo a posição dos especialistas sobre a dos pacientes (Eddy 2011; Heller & Page 2002). Na Tomada de Posição de 26 de Abril de 2006, o Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros apresenta uma definição redundante da enfermagem baseada na evidência. Esta consiste na “incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis”. Um estudo realizado por Kely Penz e Sandra Bassendowski (2006) mostra que uma enfermagem baseada na evidência no contexto actual da profissão é uma utopia, em particular porque há factores que inibem este tipo de prática, tais como a escassez de tempo para a realizar, o acesso à informação e aos recursos, as capacidades

para, e os conhecimentos sobre, a investigação, as oportunidades de aprendizagem e a cultura da enfermagem actual.

O construtivismo não aceita esta postura, e prefere falar de consensos, gerados pelo transaccionalismo simbólico, ou seja, pela troca recíproca de ideias e pareceres sobre a mesma realidade, que, no caso dos cuidados de enfermagem obriga a mudanças na estrutura dos procedimentos (Rossi 1999), o que implica a realização de uma “crítica epistemológica dos saberes dominantes” (Lechner 2009:18).

Pelas respostas dos enfermeiros à pergunta, adivinha-se que o défice de competência cultural é generalizado e que a avaliação das posições relativas traduzem, predominantemente, uma visão egocêntrica da realidade do cuidado, sugerindo que o problema não reside apenas na imposição de uma visão objectivista da relação de ajuda e na não adequação da diversidade cultural dos profissionais à diversidade cultural do meio, mas que está inscrita na própria *chrestomathia*. Aquilo que se deve ensinar tem que incluir, no contexto actual do multiculturalismo, “uma dimensão antropológica consciente das raízes históricas e das especificidades culturais de cada pessoa ou família imigrante nos dispositivos de ajuda” (Lechner 2009:18). Na falta de uma orientação pró-antropológica da formação do enfermeiro, este, querendo ser proficiente, tem como alternativa recorrer a instrumentos orientadores ao longo da sua carreira. Esta investigação-acção é, hoje, tida como uma característica fundamental em qualquer profissão (Esteves 1986), e apresenta-se como o meio por excelência de promover a criatividade dos profissionais de saúde (cf. Lechner 2009:14) no plano da prestação de cuidados a populações estrangeiras, particularmente, fornecendo-lhes referências que lhes permitam efectivar negociações no âmbito das interacções terapêuticas.

Neste contexto, em Portugal, os enfermeiros têm poucos locais aonde recorrer. Além da obra já citada organizada por Elsa Lechner, onde se analisa a função do enfermeiro na “Consulta do Migrante”, há uma obra recente que pode ser adoptada pelo profissional de saúde pela adaptação das competências do mediador sócio-cultural às suas (Oliveira et al 2005).⁷⁸ Porém, esta escassez pode ser colmatada com a imensa bibliografia

⁷⁸ A uniformização dos processo de credencialidade do mediador sócio-cultural foi estabelecida pela Lei n.º 105/2001, de 31 de Agosto.

existente sobre o tema, em especial, a que é publicada pelo NCCC (National Center of Cultural Competency) nos Estados Unidos da América.⁷⁹

Para podermos ver se há lugar à negociação durante as relações terapêuticas, podemos apoiar-nos nas respostas dadas pelos enfermeiros à pergunta “recebe sugestões de tratamento por parte dos doentes?” Propositadamente, não distingui os doentes pela sua origem. Sendo abrangente, a pergunta motiva a formulação de respostas que podem ser adaptadas tanto aos pacientes nacionais como aos estrangeiros, permitindo, assim, reflectir sobre a real existência de interacções e transacções durante a prestação de cuidados.

Em resposta à pergunta, a enfermeira Sofia responde que *se calhar, sim. Eles conhecem-se melhor do que ninguém. Às vezes, num determinado tratamento, pergunto: “acha que gosta mais assim, ou prefere assim?”. Quando dá para adequar ao que a pessoa prefere, temos que ter em conta...*

A enfermeira Susana refere que *só se for por parte dos colegas, agora, por parte dos doentes, não. Pergunto-lhe se, por exemplo no caso de uma injeção, o doente não pode sugerir um lugar para picar diferente daquele que ela seleccionou. A enfermeira admite que, isso podem dizer. Porém, a vontade da enfermeira parece impôr-se: mas, eu vou ter que lhe explicar: “se calhar é melhor picar aqui do que ali.”*

Por sua vez, a enfermeira Inês assume que recebe sugestões de tratamento por parte dos doentes. Ela dá uma exemplo: *imagine que eu vou posicionar uma pessoa; ela pode querer estar à sua maneira. Uma pessoa tem que estar confortável, e se aquela posição for mais prática para ela, isso também nos ajuda a nós. Isso também nos ajuda, é importante...* Pergunto-lhe se, então, é mais importante aquilo que o doente quer do que aquilo que aprendeu. A enfermeira é peremptório: *não. Não é mais importante. É assim: nós aprendemos, mas depois, temos que adaptar aquilo que aprendemos às diferentes situações. As pessoas não são todas da mesma maneira. Temos que fazer, acima de tudo com assertividade, com boas técnicas, com profissionalismo, com o máximo de diligência possível, mas, temos que adaptar aos casos. Cada caso é um caso, cada pessoa é uma pessoa. Não podemos tratá-los da mesma maneira, temos que os tratar conforme o feitio e a personalidade, a patologia que tem, etc. Há muitos factores. Mas ser diligente é o mais importante. A gente tem que estar sempre junta... Sempre... De mãos dadas...*

⁷⁹ Face à exaustividade desta bibliografia, sugiro, em especial, a obra, de vários autores, *Bridging the Cultural Divide in Health Care Settings: The Essential Role of Cultural Broker Programs*. Georgetown, National Center for Cultural Competence, Georgetown University Center for Child and Human Development, Georgetown University Medical Center, 2004.

A enfermeira Alice também responde afirmativamente à pergunta. Segundo ela, *muitas das vezes estão no hospital e já sabem qual é o tratamento. Ainda não sabem o que é que têm, mas sabem que é para ir ao médico para fazer isto e aquilo. Se eu pico aqui, o outro pica ali, se eu faço assim, o outro faz assim... Mas, acho que isso faz parte... É inevitável... é mesmo uma consequência do tratamento.*

A enfermeira Teresa responde, simplesmente, que não.

Pelo contrário, a enfermeira Maria responde que *sim*, e, *se não concordar tent[a] explicar o porquê, e tent[a] chegar ao meio termo*. Pergunto-lhe o que é que a pode levar a não concordar com a sugestão do doente. Ela refere que *o doente pode ter uma ideia errada... ou posso ter eu também. Sei lá, alguma medicação que eu nunca tenha visto, à partida, vou tentar pesquisar, vou tentar ver, e, provavelmente, vou tentar melhorar aquilo que faço. Para mim é uma coisa nova, para ele, ele já sabia antes*. Pergunto se “estar errado” é ir contra aquilo que o médico diz ou é ir contra os fundamentos da enfermagem. Após um momento de reflexão, a enfermeira acaba por dizer que “estar errado” significa *ir contra os fundamentos, mas, nunca podemos ir contra o que o médico diz. Já me aconteceu um doente ter que levar uma injeção a nível abdominal e ele querer levá-la no braço. Na altura, disse-lhe que não e expliquei-lhe porquê. Não era correcto, e ele acabou por ceder.*

A enfermeira Helena concorda que recebe sugestões de tratamento, porque, segundo ela: *acho que a sabedoria popular tem pequenas coisas que nós não conseguimos explicar, mas que, efectivamente, são muito eficazes, não só, às vezes, na fase física, mas naquela fase psicológica, às vezes há coisas que a gente não consegue explicar, às vezes há coisas que a medicina não consegue explicar. Por isso, o foco dos cuidados continua a ser a parte psicológica e psíquica. Às vezes, um colega ou o médico dizem que é assim, e o doente diz que não, eu, normalmente, não aceito*. Pergunto-lhe se isso significa que as experiências que o doente tem condicionam as expectativas. *Exactamente* – responde – *acaba sempre por ter. Por exemplo, se participou num tratamento. Se a pessoa, no dia-a-dia, me diz: “olhe que eu... vou ficar por aqui”. Eu, se ficar, sinto-me mal*. Continuo, perguntando se a enfermeira pensa que as pessoas são clinicamente ignorantes. Ela responde: *hoje em dia, já não penso assim. Há uns anos atrás, eu pensava que as pessoas não sabiam bem se queixar. Acontece muitas vezes a pessoa não expressar muito bem aquilo que está a sentir, ou, pelo contrário, deturpar, não saber pôr de uma forma simples aquilo que está a dizer. Acabam por contar a história da vida, para, depois, afinal, nós percebermos aquilo que ela nos quer dizer. As pessoas, hoje em dia, já estão mais informadas. Já sabem mais as coisas dos sintomas, já estão mais interessadas, lêem os panfletos, a informação, percebem melhor os acidentes cardio-vasculares, os AVCs. As pessoa lêem os panfletos... “Atenção, se tiver este sintoma”. Em relação a certas pessoas necessitava de estar mais alerta, as pessoas têm mais estudos. Têm atenção sobre os factores de risco, o que é que quer dizer quando se diz: “Atenção à vida sedentária”. A pessoa pode dizer: “Ah, tenho hipertensão”, mas, se calhar, ninguém lhe explicou sobre*

a alimentação, sobre o que se diz na televisão: “Não faça isto!” As pessoas não sabem o que é que é aquilo. Acho que agora está melhor. Acho que a gente... Não acha que é da responsabilidade do pessoal de saúde adaptar os seus conceitos aos conceitos populares? – pergunto. *Eu penso que sim. Não quero dizer que tem que ser a pessoa a adequar-se. Penso que, hoje em dia, ao nível da informação e ao nível da exposição, que há mais... As pessoas agora já não estão tão desatentas à sua saúde, já não estão tão à espera, porque não estavam alerta, porque, se calhar, os meios informativos chegavam a lado nenhum. Penso que hoje há mais informação; penso que hoje as pessoas estão mais informadas.* Segundo a enfermeira, as pessoas também estão mais familiarizadas com a linguagem técnica, e, inversamente, os enfermeiros conhecem o significado da linguagem popular. Pergunto-lhe se, por acaso, um doente disser que tem “bicos de papagaio”, ela o entende. A enfermeira responde afirmativamente, dizendo que isso *tem um bocado a ver com o factor cultural. Temos que adequar a linguagem à pessoa e à região onde estamos. Também, se chegar à minha zona e alguém disser que lhe dói os cascos (cabeça), ou que tem fezes, se calhar vai pensar que essa pessoa vai a correr para a casa-de-banho, mas não, quer dizer que tem preocupações. Mas, à parte este culturalismo, eu tento sempre falar de uma forma simples. Tento explicar às pessoas, especialmente às mais jovens, o que queremos dizer quando falamos de sedentarismo, de obesidade. Isto, se calhar, a pessoa já ouviu falar ao longo dos tempos, mas, se calhar, ninguém lhe explicou o que é que isso quer dizer. A pessoa pensa: “Ai, agora deixo de comer?” Não. Se calhar tem que ter outro tipo de alimentação. Se calhar, é melhor dizer à pessoa: “coma disto, ou coma daquilo”. Isto é assim: as pessoas estão mais informadas. O nível de escolaridade aumenta. Também, culturalmente, vai dando outras capacidades às pessoas. Às vezes é melhor ter uns minutos de conversa do que dar um panfleto e ir a correr para outro lado...* Está de acordo, então, com o ditado que diz: “De médico e louco temos todos um pouco”, que ninguém é ignorante quanto à saúde? – pergunto. A enfermeira responde que *ninguém é ignorante quanto à saúde. Melhor que ninguém, qualquer indivíduo sabe da sua saúde e cuidar de si, e sabe, perante qualquer sintoma, muitas das vezes, fazer tratamentos que, mesmo a equipa médica pode falhar no ponto de vista da eficácia. Nós, melhor do que ninguém, conhecemos o nosso organismo. Acontece que a medicina se orienta por processos de tratamento globais, depois, cada um acaba por ter o seu tratamento.*

A enfermeira Anabela refere que aceita sugestões de tratamento, *principalmente daqueles doentes já com internamentos longos, porque são doentes que já conhecem a prática, já conhecem a nossa rotina e... e pronto, então, acham que podem sugerir.* Será porque estão mais esclarecidos? – quis saber. *Talvez* – respondeu a enfermeira. Dou-lhe o exemplo de um diabético que lida com a doença durante toda a sua vida e pergunto-lhe se, por exemplo, no que respeita aos modos de avaliação e de controlo pode ajudar o enfermeiro ou complementar o seu conhecimento. A enfermeira responde que *à partida, não.*

A enfermeira Sara diz que recebe sugestões *sempre*. Ela acha *que, muitos doentes sabem muito melhor da doença que padecem e como ela deve ser resolvida. Ou seja, vou tentar adaptar aquilo que eu sei, a terapêutica ou prática que eu vou efectuar, aos conhecimentos que o doente tem, porque, a maior parte das vezes são doentes crónicos, que sabem perfeitamente o que é a diabetes, por exemplo, e sabem que se lhe vou administrar a insulina àquela hora, sabem que só podem medir a glicémia daqui a uma hora, e, eu acho importante tentar conjugar as duas coisas.* Então, pergunto, parte do princípio que eles estão sempre a avaliar o seu desempenho? *Sim. Sempre* – responde a enfermeira.

Por seu turno, a enfermeira Sónia começa por dizer que não recebe sugestões de tratamento por parte dos doentes, e, acrescenta: *é assim: tudo aquilo que eu faço a um utente é ir de acordo com aquilo que o utente quer ou não. Não há nada que eu faça que o utente não queira. Se ele não quiser eu posso-lhe explicar, e aconselho-o, mostro-lho que é melhor para ele, mas, eu não mando nada. Só se ele quiser.* Por exemplo, está a fazer-lhe uma coisa de uma maneira, ele não sugere que faça de outra? – pergunto. A enfermeira dá uma resposta ambivalente: *aí, não pode... É assim: quem é enfermeira sou eu, eu é que decido qual é a maneira que eu acho que devo fazer. Isso depende, não tem que ser uma coisa prática. Agora é assim: eu acho que nós devemos ir de encontro àquilo que a pessoa sente e acha. Nós estamos aqui só para ajudar o utente, nós aqui não impomos ao utente. Se eu puder fazer a mesma coisa, o mesmo cuidado, e se puder fazer de acordo com aquilo que o utente deseja, e que o objectivo chegar ao mesmo sítio, então, desde que haja esse acordo entre mim e o utente... Desde que o objectivo seja cumprido, desde que seja um acordo entre mim e o utente... A nossa função aqui não é impor nada ao utente, a nossa função é ajudar o utente naquilo que ele precisa, se ele não consegue perceber isso, nós temos que ajudá-lo a perceber. Agora, obrigá-lo, e se ele quiser fazer de uma maneira que é uma maneira que não achava que iria fazer, mas, se eu achar que aquela maneira é correcta, porque não? Eu tenho que cumprir prescrições médicas. *Aí não pode fugir... Eu da minha parte, de enfermagem, e o médico da parte do médico, não é? Eu não tenho competências para avaliar... Se eu achar que aquilo que o doente quer não vai de acordo ao nível daquilo que deve ser da enfermagem e médico, pois, aí, eu terei que explicar ao doente, que teremos que fazer até aqui como o senhor quer, e a partir daqui, ou se faz assim, porque tem que ser feito assim, ou então, não quer fazer, prontos...**

A enfermeira Luísa diz que não obriga a fazer aquilo que... *Pelo menos, é essa a filosofia que eu sigo. Se for possível, faz-se... É assim: o doente, hoje, está-se a sentir cansado, e não quer ir à casa-de-banho tomar banho, dá-se o banho na cama, por exemplo; ou, hoje, não quer vestir aquela roupa e quer vestir outra. Nos tratamentos e na medicação, nós explicamos: o médico prescreveu, diz que tem que ser com medicação... Há doentes que recusam, e, temos que respeitar.*

Já a enfermeira Angelina diz que *depende, se o doente, por exemplo, tem conhecimento, ou não. Se ele me diz para eu fazer de uma maneira que é completamente errada é claro que eu não a vou fazer. Por mais que ele me diga para fazer assim. Depende do tipo de sugestão que é dada.*

Pelo seu lado, o enfermeiro Rui diz que não recebe sugestões dos doentes. Ele conta: *já me disseram: “Aquele enfermeiro faz desta maneira”. Mas, isso não quer dizer que eu, obrigatoriamente, tenha que fazer daquela maneira.* Dou-lhe o exemplo de um doente que está num plano de tratamento mais ou menos longo, e, lhe diz: “você está a fazer assim, mas costumam fazer doutra maneira, e sinto-me bem com a forma como me estavam a fazer antes.” O enfermeiro acaba por dizer que *depende da situação. Se o doente pedir para fazer doutra maneira, é assim: nós temos um plano, temos que cumprir aquele plano... Agora, há maneiras de pegar numa pinça, há maneiras de pegar numa compressa. Tem a ver com a sua maneira de trabalhar, e com aquilo que aprendeu.* O enfermeiro recorre aos fundamentos da enfermagem, dizendo que tenta segui-los sempre, e que, em caso de dúvida, apoia-se neles.

O enfermeiro José assume que recebe sugestões, e dá um exemplo: *há doentes crónicos que fazem... imagine que o doente tem uma ferida há vários meses, já há muito tempo, e, se esse doente já está habituado a que esse tratamento seja assim, e se sentir melhorias com aquele tratamento, o doente diz assim: “olhe, veja lá se pode fazer assim desta forma, que é como tem sido feito e sinto-me melhor desta forma.” Aceito. Costumo aceitar e penso que são boas sugestões. Se o doente se sentir confortável e preferir doutra forma, aceito a sugestão, sim.*

A mesma posição é partilhada pelo enfermeiro Jorge. Ele exemplifica com o banho: *às vezes, leva-se a tomar banho e eles ficam com parte do corpo molhado, ou com os dedos molhados e dizem: “Falta aqui”, por exemplo.* Este exemplo não me satisfaz, até porque o banho também é dado pelos auxiliares, e pergunto-lhe se tem a mesma atitude quando se trata da administração da medicação, em especial, quando implica um método invasivo, como uma injeção. O enfermeiro responde que aceita a sugestão: *isso sim. Às vezes dizem: “Aí doi-me mais”. E eu aceito. É sempre bom...*

Vemos que, no geral, os enfermeiros recebem e aceitam as sugestões dos doentes, o que significa que se dispõem a negociar com eles o processo terapêutico. Porém, também há quem tenha respondido que não recebe sugestões (enfermeiras Susana e Teresa e enfermeiro Rui). Destes, os primeiros dois não aceitam negociar com o doente, especialmente a enfermeira Teresa. O terceiro admite negociar, mas, apenas no que respeita ao manuseio dos objectos, e nunca quando a negociação visa uma mudança na terapêutica. Para o doente, estes casos podem ser assustadores. Ele simplesmente pode sentir-se

desconsiderado, o que, ademais, se ajusta à despersonalização e conseqüente mortificação do eu considerada por Goffman (1961) e por Becker (2007) como característica das instituições totais. Neste contexto, o enfermeiro incorpora o monopólio da autoridade, deslocando-o da instituição para a sua função particular, tal como Goffman (citado por Becker 2007) havia caracterizado pela utilização do conceito de “echelon”, significando que o enfermeiro age como uma entidade disciplinadora sobre os internados.

Vê-se, também, que, mesmo os enfermeiros que aceitam sugestões de tratamento só o fazem se estas não contrariarem duas premissas: a autoridade absoluta do médico, representada pela prescrição, e os fundamentos da enfermagem. Este dois meios de legitimação da imposição do cuidado servem de esquema de regulação das actividades dos enfermeiros e, por correspondência, de limitação da liberdade dos internados. De facto, vemos que, mesmo os enfermeiros que mostram atitudes mais liberais, não admitem mudanças no sentido da prescrição. Um exemplo disto pode ser encontrado na resposta da enfermeira Sónia. Ela diz claramente que não impõe nada a ninguém, mas, mais à frente, referindo-se às prescrições médicas, e ao próprio cuidado, refere que “aí não pode fugir...”.

O normal é os enfermeiros aceitarem sugestões para mudar em partes das técnicas, mas não para mudar as técnicas em si. Isto é visível pelos exemplos que eles apresentam, onde pode, segundo eles, haver mais flexibilidade na sua posição. Sendo assim, esta flexibilidade é aparente, já que, o doente não tem liberdade total na vontade de aceitar ou não um tratamento ou um banho. A aceitação dos planos de cuidados está automaticamente considerada pelo recurso ao serviço por parte do doente. Por esta perspectiva, se ele aceita o internamento, subentende-se que aceita a autoridade da instituição sobre o seu destino dentro do plano de intervenção. Ora, os pacientes não conhecem necessariamente o mundo que vão encontrar, e, por vezes, as experiências que têm podem não corresponder às expectativas que traziam, transformando-se, o internamento, num acontecimento traumático ou até horrível (Cleary 2003). Além disso, o paciente deve ser sempre incluído como o centro de decisão no plano de cuidados, já que é sobre ele que estes cuidados incidem e, na gestão do seu corpo estão envolvidos factores de ordem pessoal que devem ser considerados como recursos a envolver no processo terapêutico (Larsson et al 2007).

Em resumo, as sugestões podem ser aceites se não contrariarem o plano individual de intervenção ou de cuidado. Logo, há uma dimensão técnica e outra teórica que se impõem como lei: a prática clínica e o saber clínico. O saber adquire, aqui, a sua mais

evidente forma de saber-poder (Foucault 2005 [1969], 2007 [1963]), mesmo quando manifestado através de uma lógica de *skill-mix* (cf. Taylor 1999).

6. Comunicação com doentes estrangeiros

Como referimos, as considerações sobre a aceitação de sugestões de tratamento por parte do doente são extensíveis a toda a população internada, significando que a informação contida nas respostas que os enfermeiros deram à última pergunta visa também os doentes estrangeiros.

A negociação entre os modelos explicativos (Kleinman et al 1978) dos doentes e dos profissionais de saúde apoia-se na comunicação (Watson 2006). Sendo assim, as transacções baseiam-se na tradução dos modelos explicativos nos dois sentidos, e este processo de ajustamento entre a *illness* e a *disease* (Kleinman 1978) centra-se na comunicação, que é a base do cuidado (Golin et al 2007) e funciona como meio de troca das representações sobre a saúde e a doença entre os doentes e os profissionais (Zola 1963), isto é, serve de plano para a realização de acordos e assume formas variadas, entre os pólos do indizível (Gagnon 1999) e da formalização do consentimento informado. O consentimento informado representa um acordo cujos trâmites estão, por princípio, interiorizados pelo paciente. Digo “por princípio” porque, especialmente no caso dos doentes idosos, há o problema da falta de autonomia para comunicar e consentir, levantando-se aqui uma questão ética importante (Simard 1996).

6.1. Relação experiência de doença-experiência de cuidado

Neste ponto analisaremos o modo como se estabelece a relação entre a experiência de doença e a experiência de cuidado nas interacções terapêuticas com doentes estrangeiros. Para isso, servimo-nos de informações fornecidas pelos enfermeiros acerca dos processos de comunicação intercultural, por outros profissionais de saúde e pela esposa do Sr. Scholtes.

Consideramos a relação entre a experiência de doença e a experiência de cuidado como a estrutura da interação estabelecida entre o enfermeiro e o doente durante os processos de comunicação intercultural.

6.1.1. Comunicação intercultural

Este tema distribui-se por três questões à volta das quais se organiza a informação fornecida pelas três fontes, embora as informações fornecidas pelos enfermeiros estabeleçam a referência da exposição. A organização das informações de acordo com esta lógica de exposição tem apenas como objectivo facilitar a comparação das visões que os enfermeiros, os outros profissionais e a esposa do Sr. Scholtes têm sobre a interacção terapêutica.

Assim, em resposta à pergunta “como é que se obtém o consentimento informado de um doente estrangeiro?”, a enfermeira Sofia, devido à sua curta experiência profissional respondeu nunca se ter deparado com uma situação semelhante. Mas, *caso surgisse a situação, tanto o doente como o enfermeiro tinham que perceber o que haviam de dizer*. Perguntei-lhe como seria possível forçar a compreensão. A enfermeira referiu que *tentava gesticular a técnica com um colega, para a pessoa ver se percebia*. Ou simulava o procedimento a ele mesmo, gesticulando.

A enfermeira Susana disse que o *consentimento informado geralmente é cirúrgico, ou médico, portanto, o médico é que tem que tratar disso*. Quis saber se ela não informava o paciente sobre as suas práticas e se não esperava o consentimento dele. A enfermeira respondeu: *Ah, nesse caso, é dizer-lhe “eu vou fazer isto”; é explicar porquê. Depende da língua que for. Se não houver um intérprete tenho que arranjar alguém que... Senão tenho que explicar: “olhe, é para isto” e vou colocar (fazendo o gesto de dar uma injeção no braço)*.

Pelo seu lado, a enfermeira Inês informou que já tinha conseguido *isso, verbalizando na língua deles. Teve que ser*. E, acrescentou: *é um bocado complicado, porque se nós formos para lá temos que falar a língua deles e eles vêm para cá e não sabem falar a nossa. Já tive doentes indianos, por exemplo, e falavam, o mínimo possível, como eu, e até resultou bem. Então, expliquei, como explicaria a um doente da minha nacionalidade, se calhar um bocadinho mais pausadamente e usando, se calhar, termos não tão correntes como usam lá [no consentimento informado]. Expliquei porque é que tinha que ter o consentimento informado, porque é que tinham que assinar*. A enfermeira revelou ter menos dificuldades com pacientes de nacionalidade inglesa e espanhola. Acrescentei que a doença

não escolhe nacionalidades e, se tivesse que obter o consentimento informado de um doente de outra nacionalidade como faria. Ela disse que *chamava alguém que soubesse falar*. Perguntei-lhe se sabia da existência de algum intérprete a quem recorrer. Ela deu uma resposta desajustada, mas esclarecedora: *olhe, se por acaso estivesse aqui um alemão, eu não me desenrascava. Era só por gestual, e mesmo assim... era: "Ok?, está bem? Dor?" Não sei, não sei.* (risos) *Ou linguagem corporal, se calhar ia ajudar... Não sei, mas, mais ou menos por aí...* Mas, a comunicação terapêutica não sairia prejudicada? – pergunto. *Sim, é complicado, claro. O paciente lida com as emoções, e isso, e não tinha feedback, porque eu não estava a perceber patavina do que ele me estava a dizer. Mas, é assim, como eu não sou poliglota, infelizmente... Só me foi ensinada uma língua, mas eu nasci pronta para aprender qualquer outra língua. Mas... não sei. É uma questão que, só depois na situação é que a gente dá a volta.*

A enfermeira Alice foi mais realista: *nem sei se é legal isso acontecer. Se eu não compreendo a língua do doente e ele não percebe a minha língua, eu não consigo explicar o procedimento... Eu não o entendo e ele não me vai entender. Acredito que nem seja legal. Como é que ele pode pedir, imagine, por exemplo, numa cirurgia, o médico não pode fazer assinar um consentimento informado, em que ele tem lá assinalado "concorda com estes cinco ou seis parâmetros?", e ele não pode ler o que lá há escrito. Tem que dar a volta e arranjar um intérprete. De certeza que existe uma lista, no hospital – que eu me lembre, esse problema nunca se pôs – mas, há uma lista de intérpretes, que são contactados sempre que há dificuldades. Há situações em que a gente consegue dar a volta e há outras que não. Nós, também, tentamos falar alguma coisa em inglês, e, se a pessoa perceber deixa, se não perceber não deixa. Em situações do dia-a-dia esse é um problema que não... e, quando são situações mais avançadas,... E, na eventualidade de o doente, além de estrangeiro, ser analfabeto? – pergunto. *Fala-se do procedimento... O doente tem que acreditar no que a pessoa está a dizer. É igual. No papel pode-se pôr o mesmo problema. E, continuo, a tradução dos termos técnicos, como seria possível? Tem que ser... Isso acontece, nós, às vezes, para a cirurgia, nós temos que explicar de outra maneira, porque senão a pessoa nem se apercebe do que... até fica desconfiada porque pensa que aquilo não... Normalmente, é mais comum uma pessoa adequar-se ao doente e explicar-lhe com termos comuns do que tentar o contrário. E, então, com a enfermagem isso é quase inexistente. Às vezes isso passa-se mais com os médicos. Às vezes, para acabar com situações mais prolongadas, há mais esse descuido do termo técnico. Acho que na profissão de enfermagem não se passa tanto. Porque razão havemos nós?... Os dossiês clínicos não somos nós que informamos. As rotinas técnicas de saúde, é mais fácil a pessoa saber o que é que está... as pessoas tentarem adequar-se ao doente, e acho que há uma grande abertura para isso. Tento sempre adequar a linguagem... O próprio curso ensina a gente para isso. No curso somos muito incentivados nesse sentido, há uma grande abertura para a necessidade de estabelecer... porque nós não estamos com o doente uma hora, nós temos**

turnos, e há muito maior comunicação do que há noutras profissões técnicas, que, vão lá, ou para fazer um exame, ou que vão fazer isto ou fazer aquilo. E acho que nós temos mais esse cuidado. Nós, os enfermeiros, eu incluo-me lá.

A enfermeira Teresa dá uma resposta semelhante: *isso não sei. Tem que perguntar... Normalmente, os consentimentos informados não são tratados por mim. São tratados pela Assistente Social ou pela ECL. Os doentes quando chegam cá já trazem o consentimento informado. Mas há sempre... Aqui, como lhe digo, a única situação que tivemos até hoje foi um doente inglês. Quando temos doentes de outras nacionalidades, há sempre alguém que fala português e que estabelece a comunicação com o doente. Aqui, na Unidade, o único consentimento informado que há é o consentimento informado em relação à mudança de tipologia. Nos hospitais há muitos mais consentimentos, como uma operação, para isto, para aquilo, aqui na Unidade não se coloca essa questão. Nem, por exemplo, para administrar uma injeção? – pergunto. Não. Os doentes, quando estão internados normalmente aceitam os tratamentos que são feitos. O único consentimento informado que eu tenho que apresentar ao doente é em caso de haver risco de vida.*

Da mesma forma, a enfermeira Maria refere que *se precisar de consentimento informado, te[m] que tentar arranjar mesmo um intérprete.* Ela diz que nunca passou por essa situação. Mas, caso aconteça, *tent[a] explicar através de gestos, mostrar o material, explicar, por gestos, aquilo que se vai fazer.* Pergunto-lhe se não pode haver conceitos demasiado abstratos que sejam difíceis de representar por gestos. A enfermeira não responde. Apresento-lhe o exemplo de ter que dar uma injeção ao doente para lhe acalmar as dores. A enfermeira diz que lhe explica *por gemidos. Se eu lhe vou dar alguma coisa para as dores é porque ele se queixa de alguma maneira, então, vou tentar explicar, por gestos, que é por causa daquilo que lhe vou dar a injeção. Se for preciso recorro também a imagens, que já tornam mais fácil, depois, se o doente tiver um dicionário, também torna mais fácil.* E, por que não ser o enfermeiro a arranjar o dicionário? – pergunto. *Porque é muito... cá dentro é difícil arranjar um dicionário.*

A enfermeira Helena dá exemplos de situações com que se tem deparado no hospital onde também trabalha: *nós, lá, procuramos incluir familiares, e, em último recurso, incluímos o Consulado.* Está a falar do consentimento informado formal? *Sim, por exemplo para uma cirurgia. O consentimento informado verbal, no dia-a-dia, tento explicar gestualmente, para o doente tentar perceber o que é que nós vamos fazer. Muitas das vezes, a pessoa acaba por consentir ou por nos dar verbalmente um “Ok”, porque está numa situação cheia de dores, sei lá, porque está num estado patológico, e, se calhar, muitas das vezes, querem que acabe o sofrimento. Com o “Ok”, o “No” e os gestos com a cabeça, ou fazer assim (polegares para cima), pronto, acaba por ser uma linguagem... Um consentimento. Não verbal. Mesmo assim, não há perdas de sentido, como no caso de*

conceitos mais sofisticados? *É mais difícil. Por exemplo, se for uma situação que precise mesmo de uma cirurgia, é difícil. É difícil conseguir explicar o que vai ser o anestésico, o que é que vai ser, o que é que não vai ser, e, depois, precisa-se mesmo do consentimento informado, a gente não pode entrevistar as pessoas, porque: “your name”, ou, “o seu nome, aqui”. Esses consentimentos estão traduzidos? Eu penso que há em inglês. Há em português e em inglês.*

Por seu turno, a enfermeira Anabela diz tentar *da forma que [sabe], explicar à pessoa aquilo que v[ai] fazer e... à partida... à partida...* Imagine – pergunto – que a pessoa não compreende, e, você não se consegue fazer explicar, não estará em causa o próprio procedimento? A enfermeira responde: *se ele tiver que ser feito, faço. Contra a vontade do doente? Sem consentimento? Se a pessoa se negar, eu não posso obrigar, eu não posso obrigar um doente a tomar uma medicação. A pessoa tem todo o direito de recusar e de dizer não. Por isso, à partida, se a pessoa negar e disser que não quer, pois, não podemos obrigá-la, mas, caso contrário, posso.*

A enfermeira Sara refere que procura saber se o doente tem um familiar presente que possa ajudar. Se não for o caso, tenta *explicar, através de sinais, com a seringa na mão, que lhe vou dar uma injeção. Com a seringa na mão, vou-lha mostrar, onde é que vou dar, para lhe tirar a dor da cabeça ou da perna, onde ele me demonstrou, e vou esperar por uma resposta: “sim” ou “não”.* Pergunto-lhe se não há um intérprete para essas situações. Ela responde que não, mas, às vezes tenta arranjar. Mais à frente já diz que há: *não sei se funciona vinte e quatro horas por dia, pelo menos, essas são as indicações... Existe um serviço que pode prestar esse... via telefone. Nunca experimentei, não sei o nome. Sei que tem lá a folha, com o número de telefone.* Esse serviço está relacionado com que organismo? – pergunto. *Sinceramente, agora, não lhe posso responder. Agora, não me recordo... Não sei.*

A enfermeira Sónia diz que *se calhar teria que explicar ao doente, como sempre, tudo aquilo que será feito com o utente terá que ser explicado, pois... Na minha vida profissional só tive um problema com um doente ucraniano. De resto, ingleses, franceses, espanhóis... chineses, mas que sabiam falar minimamente português. Portanto, nunca senti essa dificuldade de não conseguir mesmo transmitir.*

A enfermeira Luísa responde que, nessas situações, tem *a obrigação de procurar alguém que entenda e traduza.* Ela acrescenta que *há sempre alguém...* Pergunto-lhe se sabe da existência de algum intérprete, ela responde negativamente, e acrescenta: *nós podemos recorrer às embaixadas. Eu já fiz isso. As embaixadas estão em representação dos países e podem mandar vir um intérprete. Se me aparece aqui um a falar russo... Por acaso, agora há muita gente que fala russo... os ucranianos, e isso. Mas, se não tivesse mesmo ninguém tinha-me dirigido à embaixada. Da embaixada, deslocavam-se funcionários... já me aconteceu isso em Lisboa... para fazer a tradução.*

Já a enfermeira Marisa diz que, *se falarmos inglês, é muito fácil*. Ela refere que para obter o consentimento informado *explica o que se vai fazer, e, o doente aceita ou não*. Já tivemos aqui uma doente, ela, muitos dos tratamentos não queria. Não queria que tocássemos na cama, não queria que a lavássemos. Muitos procedimentos, ela não aceitava. Estava no seu direito. Perguntei-lhe o que fazia nestas situações. Ela respondeu que *se o doente está consciente, tem que se explicar que é melhor para ele proceder àquele tratamento, e, a pessoa diz se sim ou não*. Mas, isso, tanto um estrangeiro, como um português... Mas – pergunto – caso o doente recuse algo que é mesmo fundamental, terá que haver força?... A enfermeira responde: *não, isso não*. *Existe comunicação; explica-se, argumenta-se... Se não for aceite, é comunicado ao médico e são feitos registos, fica tudo registado nas notas de enfermagem; o médico também regista, e, se for algo que ponha em risco, redige-se um documento, em que eles assinam, com termo de responsabilidade, que não querem aquele tratamento*. *Se estiver consciente e orientado; noutros casos será alguém responsável, como os familiares*.

Pelo seu lado, a enfermeira Angelina informou que tenta *justificar*, e, confessa: *agora, não sei como vai ser: não estou a ver a necessidade de pedir um consentimento ao doente por causa de uma injeção*. *Normalmente quando o doente vai ao hospital aceita os tratamentos*. *O consentimento que nós temos para assinar é mais para tratamento cirúrgico, ou outras coisas mais invasivas*.

O enfermeiro Rui reconhece que *é complicado*, e, acrescenta: *as pessoas costumam confiar*. *Tem que se tentar explicar aquilo que se vai fazer, mas é complicado, se ele não percebe nada do que eu digo nem eu percebo nada do que ele diz... é muito complicado*. *Se o doente olhar para mim e eu notar na cara dele que ele não quer tomar uma injeção e que não me vai deixar dar, eu não o vou obrigar, obviamente*. *Também há um feedback de... face...* Mas, aí vai ter que existir um assumir da responsabilidade... E, da parte de quem? – pergunto-lhe. O enfermeiro responde: *no dia-a-dia, perante o doente: “ó senhor, não-sei-qué, vai fazer determinada medicação”*. *E nós fazemos... Através da face e através dos gestos, somos capazes de perceber o que o doente quer ou não quer...*

Posição diferente tem o enfermeiro José. Para este enfermeiro, *tem que ser com um intérprete*. *Nos casos em que tem que explicar uma acção, como por exemplo um exame invasivo*. *Pois, vai ter que ser com a ajuda de uma interpretação ou caso o doente esteja orientado e nós consigamos falar...*

O enfermeiro Jorge diz que procura *traduzir aquilo para inglês...* *Agora, quando não é inglês, não me aventuro*. *Isso é com o médico*. Mas, num acto terapêutico qualquer, no âmbito da enfermagem? – pergunto. Ele responde: *não se faz nada*. *Há hora da medicação, uma pessoa dá a medicação*. *Eles perguntam o que é que é, nós explicamos, e fica-se por aí*. *“Que medicamento é este? Ah, isto é para aquilo, ou para aquilo.” Pronto, explicamos o que é que é...*

Reconhecendo que é difícil e complicado obter o consentimento informado de um doente estrangeiro, os enfermeiros referiram que, para explicar o procedimento (duração, vantagens e riscos e consequências previsíveis e tratamentos alternativos), tentam utilizar formas de comunicação alternativas à oralidade, nomeadamente, recorrendo a gestos, desenhos ou a pessoas que trabalhem no serviço e que os possam desenrascar, ou até tentar encontrar um intérprete, cuja existência não foi confirmada por todos os enfermeiros. Porém, a crer na enfermeira Teresa, estas alternativas apenas são consideradas em casos especiais, como naqueles em que pode haver risco de vida para o doente; fora estes casos, presume-se que os doentes aceitam os tratamentos.

Esta presunção não é reconhecida como um meio correcto de agir, e há quem duvide da sua legalidade (enfermeira Alice). Este é um problema sobretudo de ordem ética, que é agravado quando os doentes são idosos (os pacientes estrangeiros que encontrei na UCCI-SCMP possuíam, em média, 83 anos de idade), e podem não ter lucidez para compreender a informação (Simard 1996). Independentemente desta condição, como defende Noël Simard, a informação sobre o procedimento é primordial. Ora, perante as dificuldades em fazer chegar a informação aos pacientes estrangeiros – e idosos –, é esta prerrogativa que está em questão. Pelas respostas dadas pelos enfermeiros, somos levados a acreditar que os enfermeiros não têm o hábito de pedir o consentimento informado aos pacientes. As respostas obtidas dão a entender que o pedido do consentimento informado não é comum na prática da enfermagem e atribui-se ao médico esse trabalho.

Em conclusão, os enfermeiros reconhecem que a obtenção do *consentimento informado* junto da população estrangeira é um *problema complicado* porque a *comunicação é difícil*. Para o resolver, *tentam explicar o procedimento*, essencialmente, por *gestos*, *arranjar um intérprete*, ou até recorrer a um *dicionário* ou a ajuda utilizando o *telefone*.

Em relação à pergunta sobre como o enfermeiro pensa contribuir para melhorar a comunicação com os doentes de outras origens nacionais, a enfermeira Sofia referiu que, *se não conseguir comunicar com eles verbalmente recorr[e] à linguagem não verbal, tipo, com gestos. Se conseguir arranjar um intérprete...* Pergunto-lhe se sabe se há intérpretes. Ela responde que não sabe. Continuo, perguntando-lhe se, com os recursos que nomeou não conseguisse comunicar com o paciente. Segundo ela, *arranjava-se sempre uma maneira. Nem que seja com a ajuda de um dicionário, ou ir à Internet. Temos acesso à Internet e podemos traduzir as palavras que queremos, escrevê-las num papel, depois...* E se for uma necessidade imediata? – pergunto. *Se for um caso de vida ou morte, acho que temos que actuar, mesmo que não... Ele também ia perceber que estávamos a fazer alguma coisa para o salvar...*

A enfermeira Susana diz que tenta *perceber a língua deles, mais ou menos*. E recorre a *pessoas que percebam, se houver naquele momento*, acrescentando que recorreria fosse a quem fosse. Pergunto-lhe se há algum intérprete a que possa recorrer, mesmo no hospital onde trabalha. Ela responde que não: *não há. Eu nunca vi. Eu sei que há uma auxiliar que fala. É a única que conheço. Ela é moldava, mas sabe uma coisinha de búlgaro, ucraniano... mais ou menos, ela vai ajudando nessa situação. Se forem ingleses falo inglês, mas com os de Leste, não sei falar... Se houver ali alguém... Mas, não há intérpretes, ou se há, nunca o vi, só se estiver por lá escondido, na morgue (ri-se)...*

A enfermeira Inês começa por referir que nunca teve problemas desse tipo, acrescentando que fala *um bocado primitivo, às vezes. Se calhar não me consigo expressar da melhor maneira. Mas, para melhorar, acho que um cursinho fazia bem...*

Por seu turno, a enfermeira Alice acha que *também é a pessoa estar disposta a isso. Uma pessoa sem disponibilidade, não é igual. Temos que estar um bocadinho disponíveis para essa situação. Tentando que haja uma relação de... Conforme a situação teremos que optar.*

A enfermeira Teresa diz que recorre a *gestos e ao tradutor*.

A enfermeira Maria também refere que tenta *através de gestos... O mais normal é encontrar doentes ingleses, e, com uma palavrinha ou outra, acabamos por conseguir comunicar*. Pergunto-lhe se há alguém a quem possa recorrer. Ela diz que *na equipa, nem todos falam inglês, nem todos falam o alemão...* e acrescenta que *no hospital, há quem fale...* Perguntei-lhe se tinha conhecimento da existência de um intérprete, mesmo via telefone. A enfermeira respondeu que não sabia e que não conhecia esse facto.

A enfermeira Helena disse que *normalmente tenta-se comunicar por gestos, por demonstração do que se quer fazer, por utilizar os objectos – se for medir a tensão mostro-lhe o aparelho – pronto, tento comunicar verbalmente, se posso, ou senão, tento por gestos. Também tento pedir sempre ajuda, e, pronto, também seria ideal que, quando vamos para um país estrangeiro, devia partir de nós, e não do país... Se, eu vou para lá de férias, tenho que ser eu que me preocupo em saber qual é a língua que eles falam, e procurar saber a língua, pelo menos, isso é a minha forma de estar. Tenho que saber, se eu for precisar de ajuda, como é que eu vou comunicar, qual é a língua que eu tenho que falar. Muitas vezes deparo-me com situações de estrangeiros que chegam cá e que não sabem falar uma palavra que seja. Pronto, eu não digo que eles devam falar correctamente a língua, mas que, da mesma forma que eu vou para fora e procuro saber, se calhar, como é que se diz “ajude-me”, “obrigado”, e tento adequar-me, se calhar, eles também, quando vêm para o nosso país, deviam de... principalmente aqueles que cá residem, deviam tentar, ao máximo... Eu, até sou um bocado apologista de que, pelo menos o inglês, que é uma linguagem, chamemos-lhe, universal... universal no sentido que, na grande maioria dos países fala-se inglês, eu até não me importo de falar inglês*

com os estrangeiros. Eu, ainda assim, encontro muita gente que nem fala o inglês, e acaba por ser um bocado irritante. Eles não falam português, inglês, ainda vamos tentando francês, não percebem espanhol... é complicado, e, eu até acho que temos que ser políglotas e que temos que inglesar, espanholar e afrancesar a nossa conversa com toda a gente. Quando somos avaliados, na nossa formação, não está em sítio nenhum que nós tenhamos que saber qualquer tipo de língua. Nós somos avaliados na nossa... Por isso é que eu digo, quando as pessoas, às vezes, vêm de férias, devem ter o cuidado de saber o que se fala lá (no destino), “será que há palavras que eu posso entender? Não? Então, vou procurar saber”, mesmo que seja, sei lá, através de pequenas palavras.

A enfermeira Anabela partilha da mesma posição crítica. Segundo ela: *tento falar a língua deles. Embora não concorde muito com isso, mas tento. Porque, ponho-me no lugar da pessoa que ali está, que está num país diferente, com uma língua diferente, e, na maioria das situações, tento falar a língua deles. Se não souber... linguagem gestual... é universal.* A enfermeira reconhece que estas estratégias não são suficientes, mas que tenta *desenrascar-se*. Pergunto-lhe se há algum intérprete para essas situações. Ela responde que *isso era o ideal, mas, nós não temos nenhum tradutor disponível. No meio hospitalar, pelo menos que eu tenha conhecimento aqui em Portimão, não temos nenhum tradutor.* Confronto-a com o facto de a enfermeira Teresa ter dito que havia um tradutor no hospital. A sua reacção foi de surpresa: *se há, é uma novidade para mim.*

A enfermeira Sara diz que tenta falar a língua do doente ou ver se há quem traduza. Ela revela que *às vezes, há. Alemão..., países de Leste... Às vezes... Quando não é o caso, tento gesticular, tenho que fazer com que o doente gesticule aquilo que me quer dizer...* A enfermeira confessa que *é muito difícil* e que, *há situações em que não [sabe] mais o que h[á]-de fazer.* Informou que já tentou apresentar *por meio de imagens, várias situações, em que a pessoa pode apontar, se estiver consciente para isso, pode apontar aquilo que...* “sim, não”, onde – *pernas, braços, cabeça...*, mas, reconhece que as imagens só funcionam quando é fácil identificar o local do mal.

A enfermeira Sónia diz que usa *linguagem gestual*. Também informa que não tem conhecimento da existência de qualquer intérprete.

Já a enfermeira Luísa diz que a melhor maneira *é comunicar, falar na sua língua, se puder ser. Se não puder comunicar na língua porque não a sei, eu tenho muitos gestos para comunicar e fazer-me entender. Se nós estivermos abertos à comunicação do outro, é fácil sabermos comunicar.*

Por sua vez, a enfermeira Marisa diz que tenta comunicar *por gestos... senão, peço ajuda a alguém, porque assim, o doente sente-se mais,... pensa que estamos mais disponíveis. Tem a ver com a empatia.*

A enfermeira Angelina refere também diz que recorre a gestos. Ela informa que tenta *saber o que é que ele [o doente] está a dizer. Da melhor forma possível. Sem estar a julgar aquela pessoa.* Pergunto-lhe o que faz caso não consiga entender o doente ou vice-versa. Ela responde, com humor, que faz *um desenho*. Ou, então, tem *que arranjar, ver o que é que ele quer dizer e fazer-[se] entender também.*

O enfermeiro Rui diz que tenta falar em inglês, e, se o doente não o perceber, fala em português, e, *se ele não entender português, através de gestos...* Pergunto-lhe se, além de recorrer a gestos, há alguma pessoa a quem possa recorrer. Ele diz que não.

O enfermeiro José diz que tenta aprender outras línguas, e que esta é uma área de aprendizagem que lhe interessa.

O enfermeiro Jorge responde com maior clareza: *recorro a gestos, desenhos, ou recorro a alguém.*

A análise quantitativa do conteúdo destas respostas revela um padrão semelhante ao que foi encontrado em relação à pergunta anterior. Assim, os enfermeiros referiram que *tentam falar a língua* do doente, especialmente o *inglês* ou tentam *comunicar* por *gestos*, ou, ainda, *recorrer* a alguma *pessoa* que faça de intérprete, como um *colega* ou alguém que esteja presente.

Pelas respostas dos enfermeiros vemos que as dificuldades de comunicação com os doentes estrangeiros provocam problemas sérios durante a prestação dos cuidados, que podem mesmo pôr em questão a tradução das informações necessárias à efectivação das transacções entre os modelos explicativos sobre a saúde e a doença. Estas disparidades podem justificar-se, também, pela discordância nas relações interculturais nos serviços de saúde, provocadas, em especial, pela pouca representatividade das minorias étnicas no funcionalismo das instituições. Assim, é inevitável que as minorias étnicas sejam tratadas pelos profissionais a partir de um quadro cultural diferente do deles.

O problema da comunicação com doentes estrangeiros tem sido muito estudado pelos investigadores (e.g. Chen 2003). Num trabalho relativamente recente de Lisa Cooper e Neil Powe (2004), as disparidades na comunicação com doentes estrangeiros devem-se, em particular, i) a uma política de saúde que não reforça a diversidade através, por exemplo, da criação de programas de recrutamento de estudantes pertencentes às minorias para integrarem as escolas (de enfermagem, neste caso); ii) a falta de uma orientação do sistema de saúde para melhorar as capacidades dos prestadores para estabelecer relações com pacientes pertencentes a minorias étnicas; e iii) a falta da incorporação do treino em competência cultural na educação dos profissionais de saúde.

O recurso a gestos para comunicar os procedimentos não é suficiente para informar o paciente sobre o procedimento de enfermagem. Vimos que estes gestos não são estruturados e não constituem uma linguagem em si (como a enfermeira Anabela dá a entender); são apenas sinais fragmentados que não servem para comunicar informações complexas (cf. Birdwhistell, apud Le Breton 1992). Esta gestualidade apenas comunica unidades mínimas da significação. Birdwhistell chama a estas unidades “quinemas”, que não possuem, em si, uma significação. É apenas pela ligação de vários quinemas que podemos ansiar a construir uma *gramática gestual*. O quinema só adquire significação quando os movimentos da palavra e do gesto se encaixam como um sistema, não podendo ser estudados separadamente. Mesmo que fosse linguagem gestual, esta também não é universal, pois também varia conforme as linguagens orais e escritas.

O recurso a pessoas para fazerem de intérpretes, como colegas ou outros funcionários, tais como médicos ou auxiliares, também traz riscos quanto à interpretação das mensagens sob a perspectiva de profissionais que não dominam os conceitos da enfermagem, conforme foi constatado por Elderkin-Thompson et al (2001), que estudaram o papel destes intérpretes na perspectiva inversa, isto é, os enfermeiros como tradutores nas relações entre os médicos americanos e a minoria étnica espanhola. Um estudo recente, sugere que a dotação dos serviços com intérpretes profissionais pode ajudar a melhorar os cuidados de enfermagem em contextos multiculturais e aumentar a satisfação dos doentes em relação ao cuidado (Bagchi 2010).

Em resposta à pergunta sobre se o enfermeiro tem dificuldades em relacionar-se com doentes que não falem português, a enfermeira Sofia disse que ainda não tinha passado por uma situação dessas, mas acha *que, para comunicarem, ambas as partes devem fazer por isso; tem que haver compreensão das duas partes. Se o enfermeiro não percebe não tem culpa de não falar a língua deles, porque a pessoa estrangeira não está no país dela, e o enfermeiro não tem culpa. Nem ela tem culpa de não estar no país dela. Se fôssemos obrigados a falar a língua dela e não soubéssemos, aí tínhamos culpa*. Pergunto-lhe se o que falha é a escola, que poderia prepará-los para estas situações. Segundo a enfermeira: *a escola de enfermagem não tem que nos preparar para saber línguas. Acho que tem que partir da minha vontade, de conhecer mais línguas, para saber falar com os estrangeiros que possa vir a cuidar. Mas, acho que o enfermeiro não é obrigado a... Uma pessoa tem que saber a língua de origem dela, não há nenhuma lei que nos obrigue a falar outras línguas*. Digo-lhe que, tradicionalmente, a enfermagem está habituada a trabalhar em ambientes internacionais, como em cenários de guerra, como é o caso da Cruz Vermelha. E pergunto-lhe se, no caso particular do Algarve, que é uma região que recebe muitos estrangeiros, não acha que se

justificaria o enfermeiro estar preparado para comunicar noutras línguas. A enfermeira concorda, mas mantém a sua posição anterior: *imagine, agora aparecia um alemão, e eu sentia essa necessidade. Aí, eu ia buscar a informação que eu precisasse. Se eu quisesse aprender mais, ia aprender para um instituto.*

A enfermeira Susana reconhece que tem dificuldade especialmente em comunicar com doentes oriundos dos países do Leste da Europa.

A enfermeira Inês diz que não tem problemas, porque experimenta o mesmo em relação ao sotaque algarvio. A ter problemas, *só se for alguma língua que eu não domine completamente.*

Já a enfermeira Alice diz que não tem problemas em comunicar com os doentes estrangeiros, porque tenta *arranjar alguém que fale a mesma língua, porque uma linguagem não verbal acaba sempre por ter lacunas. Normalmente tentamos contactar com... Temos intérpretes. No hospital, temos pessoas referenciadas que... Mas isso nunca aconteceu. Mas isso também se corresponde a um doente que seja afásico. O que eu quero dizer é que, o facto de não falar uma língua, para mim, é como não falar. O mesmo acontece nesta situação dos doentes estrangeiros, mas há doentes que não falam. Há alguns que não são capazes de se expressar verbalmente. É uma situação muito mais difícil, porque, nós, muitas vezes, não conseguimos perceber o que as pessoas querem, muitas vezes dificulta... pedimos para as pessoas apontarem. Quando a pessoa se queixa de uma dor, normalmente a pessoa que está a contactar comigo tem a percepção de que eu não percebo... Os doentes são afásicos e não se conseguem expressar, e nós temos que arranjar maneira e..., às vezes é inglório. Há situações em que ficamos sem perceber realmente se era aquilo que a pessoa queria. O que é que faz, nessas alturas? – pergunto. Depende. Se não tiver nada escrito na folha de papel não é a mesma coisa que a pessoa não sinta dores. Há coisas que a gente não está a perceber, e, nestas coisas a pessoa vai insistir, o próprio doente. Portanto, o que se faz é levar ali o tempo que for necessário, porque, a pessoa vai chegar lá... O que fazemos nesta situação concreta é saber se o doente tem dores, se precisa disto, se precisa daquilo. E, às vezes, o próprio doente acaba por arranjar maneira de se explicar. Outras vezes é inglório, chegamos ao fim e não sabemos se realmente era aquilo que... Notando que a enfermeira está a extrapolar da pergunta, repito-a: quando a língua é desconhecida, como é que age? Ela responde que *há sempre maneiras de conseguir comunicar com o doente. A linguagem gestual é uma linguagem universal. Há sempre maneiras de conseguir contornar a situação. Neste momento até já há tradutores. Basta pegar no telefone e telefonar para entrar em contacto com a pessoa. Neste momento, a comunicação não é uma coisa que traga assim tantos problemas como isso, há é que se arranjar caminhos alternativos. Há maneiras de conseguir contornar a situação. Já me aconteceu várias vezes. Doentes de quem não percebia a língua, agarrei no telefone, há um número que nós ligamos, e que há um tradutor que está disponível 24 horas por dia. Pergunto-lhe se esse tradutor é dos**

serviços de saúde, do próprio Ministério. Ela responde que não tem a certeza, porque *o número está... Por acaso, eu não tenho o número conosco, nós, aqui, não temos assim tantos doentes estrangeiros... normalmente temos ingleses, e aí torna-se muito mais fácil do que se for outra língua qualquer, mas, o número, acho que é do Ministério da Saúde.*

A enfermeira Teresa diz que não tem dificuldades, mas acrescenta que *depende da língua.*

Em sentido contrário, a enfermeira Maria reconhece que tem dificuldade, *apesar de, no caso dos doentes ingleses, [conseguir] percebê-los embora não cons[iga] exprimir uma ou outra ideia...*

Resposta idêntica tem a enfermeira Helena. Ela reconhece que *é muito complicado.* Pergunto-lhe se tem alguém a quem recorrer. Também ela fala da existência de *uma linha de atendimento telefónico, em que é possível ter um tradutor. Nós temos lá a indicação telefónica, mas, aqui na Misericórdia não temos esse contacto.* A enfermeira acrescenta que se trata de *um centro, localizado em Lisboa. Deve ser tipo um centro de atendimento geral, nacional. Acho que está ligado ao Ministério da Saúde. Nós temos, porque, ao nível da triagem, mais agora, com as situações de romenos, russos, pronto, no Algarve, com a quantidade desses estrangeiros todos. Nessa altura é possível ligar o número, temos lá o contacto e fazemos a chamada, dizemos que temos um doente de certa nacionalidade, que não conseguimos falar com ele e eles arranjam o tradutor, têm lá xis tradutores, e pedem para falar com a pessoa...* Pergunto-lhe se esse recurso funciona caso seja necessário no momento em que está a prestar cuidados. A enfermeira diz que, nessas situações, *não [tem] essa opção.* Segundo ela, *não podemos recorrer a intérprete, se houver a possibilidade de recorrer a uma pessoa que sabe falar aquela língua, ou, se perceber que temos que pedir ajuda, como, no caso do Auxiliar ucraniano que há na Unidade, recorreremos. Nessas situações dá jeito. Noutras vezes, lá no hospital, também temos médicos, que são holandeses. Muitas vezes, são uma mais-valia e nós vamos ter com eles, porque, senão, não conseguimos.*

Por sua vez, a enfermeira Anabela responde que, por vezes, tem dificuldade.

A mesma posição é tida pela enfermeira Sara. Para ela, *às vezes, é complicado. Às vezes, é complicado. É muito complicado...* Pergunto-lhe se já se viu nessa situação mais do que uma vez, e ela responde que já teve *muitos casos desses.*

Contrariamente, a enfermeira Sónia refere: *até hoje ainda não tive nenhum tipo de dificuldade. Eu tenho uma pessoa em casa, que ajudava, na altura, ajudava os médicos na Urgência a falar com os doentes que vinham da Ucrânia, porque é ucraniana. Até hoje, em dez anos de trabalho, nunca me apareceu ninguém com... que falasse... Só de um ucraniano, que eu não conseguia falar com ele, na altura trabalhava na Medicina, mas, tirando isso não tive dificuldades. Mais uns do que outros, mas, não sei, pois, pode acontecer.* Pergunto-lhe se esse problema pode pôr em causa a interação

terapêutica. A enfermeira diz que não: *não está em causa. Eu não tomo uma atitude sem saber o que é que eu hei-de ir fazer a seguir, não é? Sem ter consciência do que irei fazer... Portanto, é assim, pôr em causa a vida do utente, não. Se eu vir que tenho dificuldade e que tenho que recorrer a outra pessoa, para me ajudar, recorro.* A enfermeira refere, ainda, que não conhece nenhum intérprete que ajude nessas situações.

A enfermeira Luísa refere que não tem dificuldade, mas, acrescenta, *se eu estiver noutra país, eu é que tenho a obrigação de me integrar, na cultura, na língua.* Procuo esclarecer esta última frase e pergunto-lhe se um doente estrangeiro tem obrigação de se integrar cá. A enfermeira, após um momento de silêncio, responde: *tem. Mas, eu não tenho a ver com o que é que ele pensa, se tem que se integrar ou não. Eu é que tenho que fazer a minha parte.*

A enfermeira Marisa também diz que não tem dificuldade. Ela informa: *o pouco inglês que sei, aplico-o. E, quando não sei a terminologia, faço gestos, falo português e inglês, tudo junto, e, consigo relacionar-me bem com os doentes estrangeiros. Até é uma forma de eu praticar o meu inglês.*

Contrariamente, a enfermeira Angelina admite que *às vezes, é muito complicado, especialmente se for algum daqueles clientes que falem daquelas línguas de Leste, e depois não falam inglês, e é difícil perceber. Acaba sempre por vir uma palavra ou outra e a gente vai conseguindo ver o que é que falta, onde é que dói.* Pergunto-lhe se, no caso dos doentes ingleses não sente dificuldade. A enfermeira diz que sim, pois, não fala muito bem inglês, mas, apesar disso, encontra sempre pessoas que falam inglês. Ela acrescenta: *quem diz o inglês, diz o francês. Mas, às vezes há línguas que... Há línguas que não entendo, enquanto há outras de que sempre se sabe alguma coisa.*

O enfermeiro Rui refere que tem dificuldades e que se lhe aparecer uma situação desse não sabe *como lidar com ela. Provavelmente, teria que recorrer ao chefe do Serviço, para ele ajudar em relação a essa situação.*

O enfermeiro José diz que depende dos doentes, pois, consegue falar espanhol e inglês. Se se deparar com um doente alemão, diz que tem que recorrer *a códigos alternativos, como aproximar as coisas,* e reconhece que *é muito complicado* e que, se puder recorre a alguém que o ajude, embora duvide que haja alguém expressamente destacado para essa ajuda.

Finalmente, o enfermeiro Jorge diz que *uma pessoa desenrasca-se quase sempre, ou em inglês, ou um francês assim a desenrascar, uma pessoa quase sempre se entende. Normalmente, encontramos sempre. Mesmo alemão, que eu não percebo nada, mas, há lá uma médica, que nós tentamos encontrar quase sempre, para nos explicar o que é que eles querem, às vezes, por desenhos. Mas, mesmo assim tenho-me desenrascado quase sempre bem. Ou por gestos, ou por um desenho...* Pergunto-lhe se, além desse caso, da existência de uma médica alemã, que é casual, tem mais meios aos quais recorrer.

O enfermeiro informa que não, mas que, normalmente, se desenrasca sempre bem: *Há lá muita gente. Há sempre alguém que desenrasca. Se não for uma médica é um auxiliar. Há auxiliares ucranianos e desses países de Leste. Há sempre alguém que desenrasca... Normalmente há lá sempre alguém. É um calhas... não está nada programado. É um desenrasque.*

Os enfermeiros revelam que têm dificuldade em relacionar-se com doentes que não falem português, tal como os estudos sobre este assunto tinham mostrado (Sousa 2006; Ramos 2001, 2008).

Alguns enfermeiros consideram que o doente é que deve adaptar-se ao país onde está, não competindo ao enfermeiro saber falar a língua deles. Nos casos em que os enfermeiros não sabem falar a língua dos doentes, a interacção é complicada e, por vezes, não vêm saída.

Há enfermeiros que estabelecem uma comparação de semelhança entre os doentes estrangeiros e os doentes afásicos. Estes enfermeiros parecem confundir a sua compreensão sobre o que o doente quer dizer com a compreensão do doentes sobre o que o enfermeiro diz, ou ainda a compreensão recíproca. De facto, os doentes afásicos – tive a oportunidade de me relacionar com alguns durante o trabalho de campo – percebem perfeitamente o que lhes dizemos, nós é que temos dificuldade em percebê-los. Penso que aqui, a não ser nas situações em que é necessário haver redundância sobre a mensagem, não está em risco a obtenção do consentimento informado, pois, do paciente, normalmente, espera-se um “sim” ou um “não”, que ele pode comunicar com acenos da cabeça. O caso em que não há compreensão de parte a parte é muito mais problemático, simplesmente, porque a interpretação das acções e das reacções está em questão. Nestas alturas, o desenrasque parece ser a estratégia comum para lidar com as dificuldades de comunicação com os doentes estrangeiros.

No geral, os enfermeiros referem não ter dificuldades quando se trata de doentes ingleses. Mas, mesmo nestes casos, pode haver lugar a incompreensão. Numa entrevista realizada a um fisioterapeuta sobre a comunicação terapêutica com o Sr. Scholtes – que fala inglês, alemão e francês –, ele referiu que os enfermeiros têm *uma certa dificuldade em interagir com o doente. Não compreendem, não se preocupam em compreender. Posicionam-no, fazem a parte deles. Se ele gosta, gosta; se não gosta, queixa-se à esposa, a esposa vem queixar-se dizendo que em Portugal não há... lei.* Esta informação foi corroborada pela esposa do doente. Ela conta que, numa situação em que lhe estavam a dar banho, a enfermeira lhe disse para mexer as pernas. Ele não as mexeu nem disse nada, porque, como depois confessou à esposa, não conseguia e

não tinha meio de se fazer compreender junto da enfermeira. Então, a enfermeira, *elle a laissé comme ça, à lui. J'étais pas contente quand il m'a dit. Pas content. C'était une jeune femme, une infirmière... Ça, est arrivé, quand meme, deux foi, deux fois, elle-là, elle a dit dans la douche, deux fois même, "bouge tes jambes". Mais à ce moment-là il arrivait pas à les bouger. Et, alors, elle a fait, comme on dit?... (fazendo o gesto de empurrar). Empurrou-o? – pergunta. Voilà. Elle était... méchante, méchante. Voilà.*

A análise quantitativa do conteúdo total das respostas fornecidas pelos enfermeiros revela que foram utilizadas 23.229 categorias para representar a saúde e a doença no contexto multicultural da prestação de cuidados de enfermagem na UCCI-SCMP (ver Tabela 13). As perguntas que resultaram em menor número de categorias questionavam sobre a definição de saúde (869) e sobre a definição de doença (1087). No plano oposto, a perguntas em que os enfermeiros utilizaram mais categorias foram as que questionaram sobre os modelos teóricos aprendidos que influenciam a prática dos enfermeiros (2654) e sobre os resultados que os enfermeiros esperam obter com os procedimentos que executam (2237).

Tabela 13 – Análise categorial quantitativa do conteúdo total das entrevistas

Categorias	Sub-categorias	Indicadores	Frequência		
4. Representação linguística	4.1. Modelo explicativo da saúde e da doença	4.1.1. Representação da saúde	869	869	14846
		4.1.2. Representação da doença	1087	1087	
		4.1.3. Modelo etiológico	1649	5054	
			1626		
			1779		
		4.1.4. Modelo terapêutico	2654	7836	
			2237		
			1282		
1663					
5. Representação prática	5.1. Interação terapêutica enfermeiro-paciente estrangeiro	5.1.1. Rituais de instituição	1148	3049	3049
			1901		
6. Comunicação com doentes estrangeiros	6.1. Relação experiência de doença – experiência de cuidado	6.1.1. Comunicação intercultural	2054	5334	5334
			1550		
			1730		

A primeira situação remete para dois aspectos: as duas questões que motivaram respostas com menor número de categorias referem-se a formulações, que, pela sua natureza objectivante, são limitadas por balizas bem definidas; os enfermeiros utilizaram menos categorias nestas duas questões porque se apoiaram num discurso consagrado que impede a dispersão (no caso da definição de doença, como vimos, as balizas são as mesmas que servem para delimitar a definição de saúde). Mesmo quando lhes foi pedido para justificarem as suas respostas, os enfermeiros não se alongaram nas suas razões, remetendo para o facto de se apoiarem na definição promovida pela OMS.

A dispersão das posições individuais dos enfermeiros pode justificar o maior número de categorias utilizadas para descrever os modelos teóricos nos quais inspiram a sua prática. Este resultado concorda com o que oportunamente foi dito sobre a diversidade de modelos adoptados pelos enfermeiros devido à natureza individual dos processos de filiação ideológica. Os enfermeiros deram explicações extensas sobre o facto de adoptarem tal ou tal modelo, mostrando que esta adopção merece mais empenho na descrição do que, por exemplo, a adopção das definições de saúde e de doença. Da mesma maneira, o elevado número de categorias utilizadas para descreverem os resultados esperados pela aplicação dos seus procedimentos também remete para a justificação da sua visão sobre o cuidado, que está relacionada com a interpretação do mesmo a partir das referências teóricas referidas na resposta à pergunta sobre os modelos teóricos adoptados. Ou seja, ao reflectirem sobre os resultados esperados com os seus procedimentos, os enfermeiros reflectiram, igualmente, sobre as razões que os levam a adoptar determinado modelo teórico, que, como vimos remete para abordagens diferenciadas sobre os resultados que esperam obter.

Considerando que o enfermeiro não fala por falar, o número de categorias utilizadas nas respostas reflecte o seu nível de implicação com o problema levantado pela pergunta. Apoiando-nos neste pressuposto, consideramos, então, que os enfermeiros se preocupam especialmente em justificar a sua posição em relação ao cuidado (visão e resultados esperados), seguindo-se a preocupação em explicarem como obtêm o consentimento informado dos doentes estrangeiros. Este resultado relaciona a justificação da sua visão sobre o cuidado com a legitimidade prática dessa mesma visão e mostra que esta estrutura delinea o âmbito das suas principais preocupações acerca da sua função no contexto multicultural de cuidados. Por outras palavras, inconscientemente, os enfermeiros consideram que, em última instância, é o consentimento informado dos pacientes que legitima o seu modo de interpretar o cuidado, e, por correspondência, o seu papel.

Podemos ver, portanto, que as interpretações dos enfermeiros reflectem níveis de implicação diferentes consoante o problema com que se deparam. Assim, por ordem decrescente, e tendo como unidade de problematização as diferentes perguntas, as preocupações dos enfermeiros reflectem-se na seguinte hierarquização taxonómica integrada:

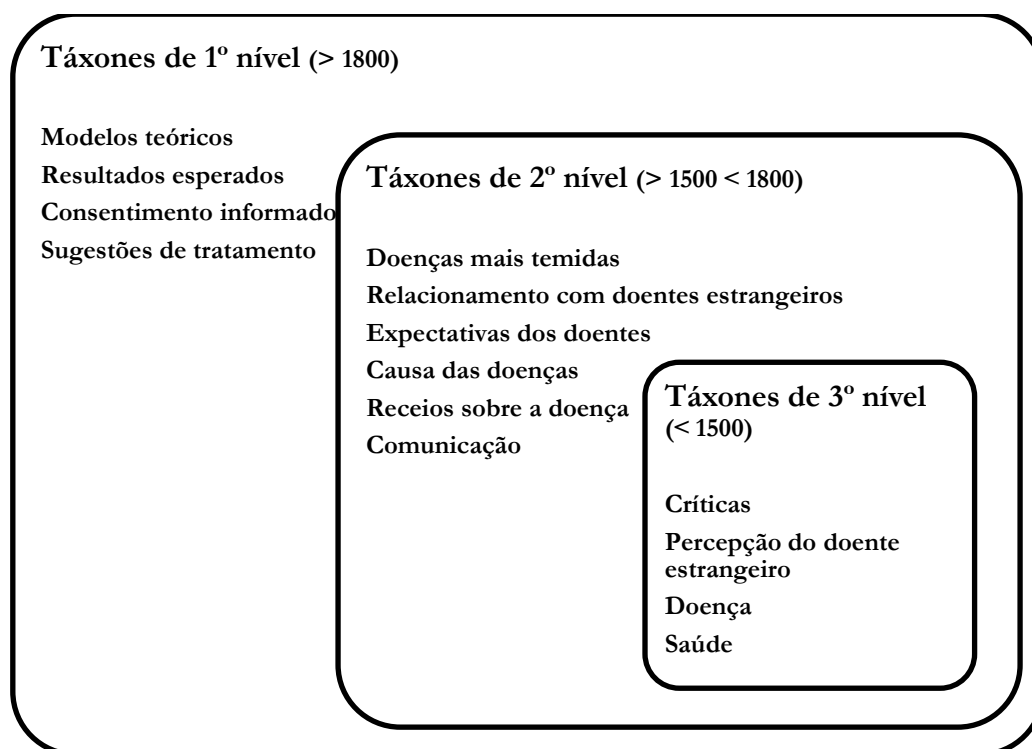


Ilustração 14 – Taxonomia hierarquizada das preocupações dos enfermeiros

Esta hierarquia representa o esquema de ancoragem das representações sobre a saúde e a doença tidas pelos enfermeiros no contexto multicultural da prestação de cuidados na UCCI-SCMP. Numa segunda análise, reparamos que a taxonomia coloca em planos opostos as âncoras dos modelos teóricos da saúde e da doença e das definições de saúde e doença estabelecidas pela OMS. Se considerarmos que o primeiro táxone reflecte a adopção de uma visão particular sobre a saúde e a doença e o segundo reflecte a aceitação de uma visão pretensamente universal, então, podemos concluir que os enfermeiros ancoram as suas representações sobre a saúde e a doença, simultaneamente, a partir da aceitação pessoal e “livre” de uma visão particular e do respeito por uma visão universal “recomendada” pela OMS. Sendo assim, o enfermeiro desenvolve a sua prática no contexto multicultural da UCCI-SCMP entre os planos individual e institucional da

interpretação da saúde e da doença, que, como se comprova, constituem a estrutura essencial para o enfermeiro se pensar a si próprio. De outro modo, os enfermeiros situam a enfermagem – e o seu papel social – entre os modelos incutidos pela *chrestomathia* e o modelo imposto pela sub-política da OMS, e, toda a problemática da prestação de cuidados é influenciada pela estrutura formada pela relação entre estes dois pólos. Ou seja, o modelo etiológico-terapêutico é construído a partir da interpenetração das duas escalas de visão sobre a saúde e a doença.

Se considerarmos, agora, as categorias de análise como unidades de análise, os resultados mostram que os enfermeiros se preocupam, em primeiro lugar, com a comunicação com doentes estrangeiros (1778 categorias por pergunta, em média), seguida da representação linguística da saúde e da doença (1650) e da representação prática (1525). Isto significa que a estrutura do modelo etiológico-terapêutico referida acima é especialmente problemática quando os enfermeiros vêem pôr-se à prova a comunicação terapêutica com doentes estrangeiros. Sendo a comunicação a base das interações terapêuticas, a relação comunicacional com os doentes estrangeiros apresenta-se como um verdadeiro teste às suas visões sobre a enfermagem, já que, como vimos quando analisámos as respostas às últimas três perguntas da entrevista, é em especial na interacção com doentes estrangeiros que o enfermeiro identifica os maiores entraves à realização dos seus procedimentos. Por outras palavras, a dificuldade da comunicação com os doentes estrangeiros leva os enfermeiros a questionar as suas competências relacionais e até a sua legitimidade para cuidar, em virtude de não ser possível obter o consentimento informado, a não ser, como vimos, por recurso a estratégias que, em si, não possuem significância, como é o caso dos gestos. No plano oposto, a representação prática é aquela que os enfermeiros menos problematizam. Este resultado pode explicar-se pela sua convicção de que aquilo que fazem reflecte o seu empenho máximo na realização dos procedimentos.

Sendo assim, a estrutura dos cuidados de enfermagem complexifica-se pela dupla estruturação das duas oposições salientadas pela análise de conteúdo: de um lado desta estrutura temos as representações estruturantes e do outro temos as representações estruturadas. A dupla estruturação é regulada pelo modelo de qualidade imposto na UCCI-SCMP, que estabelece a ordem entre as influências às quais o enfermeiro está sujeito através da definição dos rituais de instituição, onde se reflecte a interpenetração, nos dois sentidos, das representações estruturantes e das representações estruturadas (ver Ilustração 15).

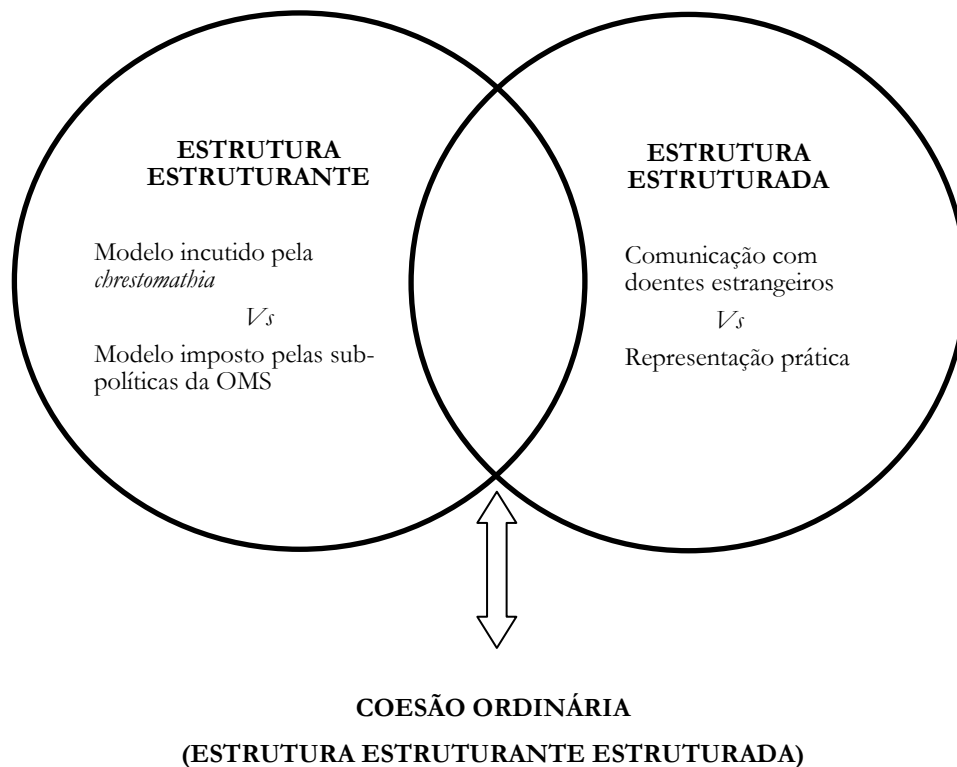


Ilustração 15 – Estrutura dos cuidados de enfermagem na UCCI-SCMP

Em última análise, a ordem estabelecida pelo modelo de qualidade do cuidado de enfermagem é a dimensão visível da ideologia biopolítica do modelo de cuidados continuados integrados que configura a interferência entre as representações estruturantes e as representações estruturadas, limitando a criatividade dos sujeitos pela esquematização dos cenários de cuidado numa coesão ordinária e ajustando as sub-políticas supranacionais à biopolítica nacional. Esta configuração institucional regula o jogo de relações possível entre as representações apreendidas pelos enfermeiros através das instituições socializadoras e as representações impostas pela biopolítica do Estado, transformando o heterogêneo em homogêneo ao retirar poder de soberania ao sujeito para desempenhar o seu papel livremente, incluindo-o, assim, numa dramaturgia cuja lógica de governabilidade se aproxima da *raison d'État* mas não se confunde com ela. A configuração dos cuidados de enfermagem mostra-se, portanto, como o reflexo de uma dramaturgia cuja função primeira é impedir que a soberania dos sujeitos enfermeiros provoque desorganização e transformar o caos em ordem. O caos oculto manifesta-se numa ordem aparente (no sentido de algo que aparece), o que torna as estruturas reciprocamente generativas, conferindo à realidade

do cuidado um carácter, simultaneamente, visível e invisível, prático e teórico, social e cognitivo. Sendo assim, a realidade do cuidado de enfermagem na UCCI-SCMP, apresenta-se como um *caosmos* (cf, Guattari 1992) enquadrado num modelo de governância *glocal* (cf. Blatter et al 2009), visto que resulta da negação da heterogeneidade pela afirmação da homogeneidade no âmbito de uma biopolítica localmente aplicada mas inspirada em sub-políticas supranacionais.

C – AS REPRESENTAÇÕES DA SAÚDE E DA DOENÇA TIDAS PELOS ENFERMEIROS

A análise mostra que as representações da saúde e da doença tidas pelos enfermeiros são produzidas pela relação entre a variedade dos modelos teóricos aprendidos e a uniformidade do modelo prático imposto. Por conseguinte, a realidade da prestação de cuidados de enfermagem – e, por consequência, o papel do enfermeiro – na UCCI-SCMP resulta de um consenso erigido sobre uma tensão estrutural entre o que as instituições *chrestomathicas* e a instituição de saúde pensam sobre a saúde e a doença. Os modelos aprendidos reflectem-se em variações individuais na representação da saúde e da doença e são utilizados pelos enfermeiros como bases de legitimação para definirem as suas possibilidades de jogar o jogo nessa estrutura tensional, através de atitudes de resistência à homogeneidade do modelo imposto e da reivindicação de soberania na construção da realidade do cuidado. Esta reivindicação faz-se pela adopção do modelo biomédico como meio de afirmação profissional face à dominação do médico na estrutura da realidade clínica, utilizando-se a sua própria estratégia de jogo, cuja eficácia está comprovada. Como consequência, os enfermeiros pretendem representar objectivamente a doença como uma verdade revelada pela racionalidade biomédica, rotulando a diversidade pessoal e cultural das interpretações sobre a doença como subjectivas e isentas de racionalidade, embora eles próprios representem a saúde e a doença a partir de interpretações subjectivas reflectidas na heterogeneidade das suas disposições sobre o cuidado. A descrição do modelo imposto e dos modelos aprendidos permite-nos argumentar em favor desta hipótese.

Com efeito, vimos que o modelo imposto provoca tensões entre o que o enfermeiro entende sobre a enfermagem e o que o legislador determina. Esta tensão original decorre da mudança de visão sobre o papel do enfermeiro imposta pelo modelo de cuidados continuados integrados. Neste modelo, o enfermeiro é entendido como elemento

de uma equipa onde as suas funções são limitadas, essencialmente, à administração da medicação e ao registo de informação. Enquadrado nesta nova realidade, o enfermeiro critica, em especial, a burocratização da sua função, que lhe retira tempo para interagir com o doente. Esta mudança de funções reflecte-se na reconstrução dos processos identitários da profissão, traduzida, simultaneamente, na diminuição do âmbito da sua intervenção no cuidado e no aumento do âmbito de intervenção do auxiliar. Como resultado de tal transformação, os enfermeiros experimentam a perda de centralidade no processo do cuidado, como, aliás, é sinalizado pela diminuição do pessoal de enfermagem por força da mudança da instituição de hospital para UCCI. Mais do que uma simples mudança de tipologia, a alteração do estatuto da instituição significa uma modificação da interpretação da estrutura saúde-doença.

Regulando-se pelo princípio base da beneficência, os enfermeiros apoiam-se numa conceptualização universal dessa estrutura, contrariando a inevitável diferença de interpretações sobre a saúde e a doença que a diversidade cultural necessariamente reflecte. Objectivando a saúde na noção central de bem-estar conforme foi definida em 1946 pela OMS, os enfermeiros exercem o seu papel apoiados numa concepção anacrónica do bem que os impede de ver o cuidado no âmbito de uma medicina de reabilitação. A noção de bem-estar não se coaduna com a inspiração reabilitadora dos cuidados continuados integrados, a qual defende uma modificação do foco de intervenção da enfermagem da saúde para a funcionalidade, significando que o enfermeiro deve passar a olhar para condição de vida das pessoas, que vai muito além do âmbito da saúde e está mais ajustada à concepção do cuidado conforme defendido na CIF.

A manutenção do organismo no centro da vida das pessoas mostra uma visão redutora sobre o cuidado e contraria a pretensão holística do mesmo. A manutenção desta visão biomédica está associada à noção de objectividade, embora, como se pode perceber, as definições de saúde e de doença não são realidades objectivas, mas sim “entidades conceptuais médicas” (Feinstein 1973, citado por Good & Good 1981:170) que são aceites dogmaticamente (Engel 1977, apud Pfifferling 1981:213) pelos profissionais como evidências, e assumem a forma de “modelos da” realidade e “modelos para” a realidade, isto é, são considerados, simultaneamente, representações directas da realidade e moldes para a produção da realidade (Good & Good 1981:178), razão pela qual as doenças e os sintomas são reconhecidos como realidades cuja explicação deve fazer-se em referência a casos previamente identificados. Esta atitude médica apoiada na adicção pela tecnologia (Ingelfinger 1978, 1980; Marcum 2008), entendida como meio de relevância das evidências

(Ingelfinger 1978, apud Pfifferling 1981:214), faz emergir a bioestatística como modelo epistemológico da verdade. A combinação do reducionismo com o objectivismo reflecte-se em constelações etiológico-terapêuticas predominantes do tipo ontológico-exorcístico e endógeno-alopático (Laplantine 1992 [1986]). A doença aparece no corpo como uma alteridade, um *onthos*, que é preciso extirpar por uma terapêutica contrária, e, a *técnica* da enfermagem deve servir para ajudar a repor o equilíbrio dos valores bioestatísticos. O normal e o patológico são entendidos, portanto, como realidades contrárias. O normal será o bem-estar e o patológico o mal-estar, e, este, reflecte-se em sinais que podem ser sintomas da presença de uma agente patogénico. Contudo, aqui encontram-se dois problemas aparentemente irresolúveis para esta racionalidade baseada no sintoma: se o patológico significa que a pessoa está mal, e, se para estar-mal a pessoa tem que ter disso consciência, o que é que acontece quando a pessoa se sente bem mas o agente patogénico está no corpo? Esta pergunta foi realizada aos enfermeiros, e, eles responderam que, através da bioestatística é possível saber a verdade. Porém, eles não souberam responder ao facto de a avaliação bioestatística só acontecer se a pessoa procurar ajuda na medicina, o que, por sua vez, remete para duas questões: primeiro, a pessoa normalmente não recorre ao médico se se sente bem; segundo, a crer na avaliação de Arthur Kleinman (1978), apenas uma minoria da população que procura ajuda se dirige à medicina profissional. Esta última realidade parece não ser incluída na problemática profissional da saúde e da doença. O outro problema consiste no contrário, isto é, será que a consciência do mal-estar significa necessariamente a presença de uma patologia? Então, que dizer dos hipocondríacos? Mais, se o bem-estar for alargado às esferas psicológica e social, o que é que significa estar socialmente mal? Será que os pobres, os excluídos e marginalizados são doentes crónicos? E se o são, como é que um médico ou um enfermeiro pode fazer com que eles se sintam socialmente bem, se não houver *evidência* estatística da presença de uma patologia?

A combinação entre bem-estar e objectividade é um paradoxo radical. Se a objectividade pressupõe uma visão a partir do exterior, como é que se pode avaliar um estado subjectivo? Mais, como se faz para avaliar objectivamente uma ideia como a de bem, com todas as suas conotações éticas, morais, filosóficas, enfim, culturais?

A interpretação do cuidado de enfermagem a partir de uma perspectiva objectivista também está presente na atitude universalista perante a diversidade cultural. Os enfermeiros espelham a sua visão sobre os doentes estrangeiros no modo como entendem ser vistos por estes, ou seja, como enfermeiros, olham para os doentes estrangeiros como se de doentes nacionais se tratassem. Este aspecto leva-os a não considerarem a diversidade

cultural como factor de diferenciação das perspectivas dos doentes sobre o papel do enfermeiro, razão pela qual eles não acham necessário reflectir sobre a sua maneira de prestarem cuidados a doentes estrangeiros. Trata-se, aqui, de uma questão primordial, visto que se articula com a impossibilidade de comunicação, cuja realidade foi assumida pela maior parte dos enfermeiros. A não consideração da diversidade cultural nos pontos de vista sobre o cuidado juntamente com a dificuldade de comunicar com doentes estrangeiros resulta na imposição de procedimentos cuja justificação pode, simplesmente, não ser compreendida. Neste contexto, a obtenção do consentimento informado está posta em causa. Além disso, essa obtenção parece não ser um procedimento comum, e só é considerada em casos especiais (entendidos como situações que impliquem risco de vida). Perante esta realidade, impõe-se uma pergunta: que ética tem lugar aqui? A questão motiva a realização de uma crítica da ética do cuidado, muitas das vezes traçada à revelia da realidade étnica. Pretensamente universalista, a ética é, de facto, fragmentada conforme as ideologias dominantes, tal como Gilles Bibeau (2000) refere, e está posta em xeque pela mestiçagem ideológica característica das sociedades multiculturais (Laplantine & Nous 1997, citados por Bibeau 2000:145), já que ela, para existir, tem que se basear num consenso, cujos termos só têm razão de ser em referência a um contexto (Sosso & Eboko 2002), e não apenas numa lógica vitalista, muitas das vezes responsável pela justificação da violência por negação da soberania do sujeito (Massé 2000; Zimmermann 2000). A ética está intimamente ligada com a definição de saúde (Susser 1974), visto que é em nome desta que se justificam os actos dos enfermeiros e dos profissionais de saúde em geral.

Vemos, portanto, que a ordem representada pela organização institucional dos cuidados de enfermagem é aparente, e mascara uma desordem marcada pela diversidade de pontos de vista sobre o cuidado em contexto multicultural, caracterizados pela predominância do modelo biomédico. Sendo assim, e trinta e quatro anos depois, as críticas de George Engel (1977) ainda têm toda a razão de ser. As representações da saúde e da doença tidas pelos profissionais de saúde estão, ainda, dependentes do objectivismo, do reducionismo e do dualismo característicos do modelo biomédico. A dimensão social da vida humana é secundarizada nos cuidados de enfermagem. Isto, por duas razões: não se reconhece o papel dos hábitos e dos estilos de vida como determinantes dos casos de morbilidade, nem se reconhece que a doença é, na verdade, um conceito, tal como Nietzsche referia, e que, portanto, “é uma entidade abstracta à qual o homem dá um nome” (Sournia 1997:359) cujo sentido varia, primeiramente, entre o profissional e o leigo e, em segundo lugar, entre as culturas.

Considerando que os enfermeiros são indivíduos que jogam o jogo aplicando interpretações próprias das regras que aprenderam e que lhe são impostas pelo campo, a raiz dos problemas causados pelo carácter biomédico das suas representações da saúde e da doença têm que ser encontradas na Unidade e nas instituições que os formaram para vestir esse papel. Ora, como vimos, a concepção biomédica da saúde e da doença está relacionada com a tendência para a tecnicidade e a cientificidade da enfermagem, e, esta tendência mostra-se tanto nos modelos aprendidos como na transformação dos papéis a desempenhar no campo, marcada pela perseguição de um estatuto mais próximo do médico. Nesta articulação entre a escola e a UCCI, que lugar cabe à biopolítica do Estado?

Conforme Michel Foucault mostrou, as instituições são o verdadeiro lugar onde se sente o poder da agenda política do Estado. Ora, parece que, conforme Hans Vermeulen referiu, as instituições “condicionam significativamente o conteúdo das políticas de integração” (citado por Penninx & Martiniello 2010:144). O Estado liberal, ao entregar ao mercado a gestão dos produtos políticos, sob a justificação de não interferir com as relações de competitividade, tornou-se num mero observador e, as instituições definem as suas dramaturgias ao abrigo de uma autonomia administrativa cuja finalidade é criar valor. Este quadro institucional transforma-se num terreno fértil para se deturpar o sentido da vontade de poder, que, de acordo com Nietzsche, significa criação. Ora, amiúde, a vontade de poder descamba em vontade de domínio, e, as dramaturgias, ao invés de caminharem no sentido da criação vão de encontro à manutenção de um *status quo* dominante. No meio desta luta pelo poder, a sociedade – e neste caso particular, os estrangeiros – parecem ser colocados fora das pretensões principais das instituições.

Com efeito, tanto as escolas como as instituições de saúde têm a responsabilidade de dotar os alunos e os funcionários com competências que promovam a integração e a inclusão. O paradigma epistemológico positivista não consegue resolver este problema. A realidade – em especial a humana – é muito mais misteriosa do que o nosso cérebro consegue entender. Pela experiência que tenho na docência a enfermeiros, e pelo testemunho da situação apresentada no terceiro exemplo que abriu a introdução deste trabalho, a formação dos enfermeiros, neste caso particular, bem entendido, consiste em ensiná-los a contar, calcular, ver e tocar. Este problema reflecte-se na sua prática, pois, como uma das enfermeiras referiu: *é pelo facto de os docentes terem ensinado mais um aspecto que o utilizamos*. Ou seja, os enfermeiros praticam conforme o que aprendem. Uma mentalidade objectivista como esta tem tendência a encontrar fora de si apenas filosofias destituídas de fundamento científico. Nietzsche responde a esta arrogância dizendo que se são os

objectivistas que acabam por definir o “dever-ser”, então são eles os verdadeiros filósofos, pois, estes “são os que dirigem e legislam. [...] São eles que determinam o sentido e o porquê da evolução humana, [...] estendem mãos criadoras para o futuro, e para esta tarefa tudo o que existiu serve-lhes de meio, de utensílio, de martelo. Para eles, “conhecimento” é *criação*, a sua obra consiste em legislar, a sua vontade de verdade é vontade de *poder*.” (citado por Deleuze 1994:50).

Será por causa da manutenção deste *saber-poder* que os enfermeiros não conhecem a CIF? Visto que a linguagem desta Classificação se adequa precisamente ao tipo de enfermagem que se realiza na UCCI-SCMP, porque é que esta instituição não forma os enfermeiros neste aspecto? Não inclui ela a formação profissional no seu modelo de qualidade como um dos processos que geram valor? A aprendizagem desta linguagem não ajudaria os enfermeiros a compreender melhor qual é o seu papel no âmbito dos cuidados continuados integrados, um problema que foi identificado pelo próprio Provedor da Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Portimão?⁸⁰

Todas estas perguntas merecem resposta. Entretanto, vamos testemunhando a dificuldade que os enfermeiros denotam em fazer com que os doentes estrangeiros expressem, sem constrangimentos, o seu sofrimento, que, devido às limitações de ordem linguística, vai permanecendo indecifrável (Singy 2003).

Depois da interpretação dos resultados – que encontrou os princípios de sentido das forças – esta avaliação, cujo objectivo é encontrar os princípios dos valores na vontade de poder (Nietzsche, apud Deleuze 1994:22-3), permite-nos perceber como a globalização é, de facto, uma glocalização, pois, a ideologia da mundialização, apoiada num pensamento de unidade, choca com pluralismos e complexidades que transformam a sua base transnacional em ideologias particulares que fluem como utensílios de instrumentalização do biopoder e são ajustadas à vontade de poder do aparato que torna efectiva a governabilidade do Estado (Busino 2006). Neste contexto, a pergunta posta por Annelise Riles (2010) tem toda a razão de ser: “Is the Law Hopeful?”. De facto, considerando que o Estado se divorcia de regular o funcionamento das instituições, em especial as que formam para a enfermagem, que esperança podemos ter na sua intervenção para resolver este

⁸⁰ Numa entrevista concedida dia 14 de Janeiro ao jornal Barlavento pelo Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Portimão, este lamenta o facto de haver técnicos que ainda não haviam percebido a filosofia dos cuidados continuados (cf. Rodrigues 2008).

problema? O que se passa é que as ficções passam das mãos do professor para o estudante (Riles 2010), e deste, para a realidade do cuidado.

Considerando o quadro neoliberal da agenda política do Estado, este dispersou mais poder e responsabilidade no mercado do que na coordenação dos bens e serviços públicos (Dale & Robertson 2007), como a saúde e a educação. Devido a este “constitucionalismo económico”, (cf. Jayasuryia 2001, apud Dale & Robertson 2007) tais bens e serviços são gradualmente despolitizados e, os últimos passam a assumir-se como espaços de excepção, dentro dos moldes teóricos definidos para o Estado de excepção (cf. Agamben 2005 [1942]).

Esta avaliação pode ser negligenciada pelo homem são e adulto (Merleau-Ponty 2003 [1948]:42), mas isso explica-se, pelo facto de, nas palavras da esposa do senhor Scholtes, Madame Nadine Vandebuerie, *quand on est malade on pense, et, quand on est bien, on ne pense pas. On pense pas quand on est bon.*

CONCLUSÃO

A realidade do multiculturalismo em Portugal suscita a questão de sabermos como se integram as populações estrangeiras nos serviços de saúde. Considerando que as representações da saúde e da doença moldam as atitudes dos enfermeiros perante a realidade dos cuidados, procurou-se, com este trabalho, perceber como eles representam a saúde e a doença no contexto multicultural de prestação de cuidados da Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Portimão. Para atingir este fim foram levantados indicadores que permitissem definir o conceito de multiculturalidade no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem na Unidade, foi caracterizada a documentação e os serviços acessíveis ao doente estrangeiro, foi descrito o processo de integração do doente estrangeiro nos serviços por parte dos enfermeiros, e, entrevistaram-se os enfermeiros sobre as representações que possuem sobre o processo terapêutico e sobre a saúde e a doença, descreveram-se as práticas dos enfermeiros em situações concretas de prestação de cuidados de saúde a doentes estrangeiros e identificaram-se reacções dos doentes estrangeiros que revelaram problemas de comunicação e/ou discordância em relação ao processo terapêutico.

O trabalho de campo decorreu durante cerca de um ano, ao longo do qual se fez a observação participante e se aplicaram entrevistas semi-directivas aos enfermeiros. Durante a observação, descobriu-se que o modelo de cuidados continuados integrados impõe aos enfermeiros novos rituais institucionais. Esta mudança reflecte-se em transformações da sua identidade profissional provocando resistência ao modelo, que desafia os enfermeiros a alterar as suas representações da saúde e da doença e o seu próprio papel no contexto da prestação de cuidados. Observou-se, também, que, apesar de acolher doentes estrangeiros, a Unidade não dispõe de qualquer forma de informação nos seus idiomas.

As respostas dos enfermeiros às entrevistas mostraram que eles se apoiam na definição de saúde proposta em 1946 pela OMS para objectivarem a saúde e a doença, respectivamente, como bem-estar e como mal-estar. Desta definição, os enfermeiros reforçam a natureza orgânica da manifestação de doença, relevando a dimensão física do indivíduo em relação às psicológica e social. Este pendor traduz-se numa visão biomédica apoiada em constelações etiológico-terapêuticas que relevam a objectividade da doença e a centralidade do organismo como balizas para a interpretação da realidade do cuidado. Por

força desta perspectiva, os enfermeiros têm tendência a olhar para o doente indistintamente, sem reconhecerem a diversidade psicológica e cultural das interpretações sobre a saúde e a doença. Daqui resulta que os enfermeiros não realizam um trabalho de adaptação do cuidado à nacionalidade dos doentes, impondo uma visão ética pretensamente universal às diferentes realidades étnicas que encontram. Esta atitude traduz-se em desadequações ao nível do cuidado e da comunicação com os doentes, onde, a incompreensão da linguagem e a presunção do consentimento emergem como principais problemas, que podem mesmo questionar a legitimidade do princípio de beneficência.

As desadequações entre as representações da saúde e da doença tidas pelos enfermeiros e a multiculturalidade do contexto de prestação de cuidados da UCCI-SCMP resultam da proximidade da enfermagem ao modelo biomédico, que interpreta a estrutura da realidade clínica como um cenário regulado pela objectividade e pelo reducionismo da vida à existência orgânica. Esta interpretação resulta da conceptualização da biomedicina como um saber imune às contingências históricas, que, negando o papel da subjectividade na construção social da realidade, coloca-se, juntamente com a verdade, fora da própria realidade social. A construção social desta estrutura é da responsabilidade, simultânea, das instituições formadoras, que incutem a sua representação nos futuros enfermeiros, e das instituições profissionais, que impõem a sua representação na forma de rituais e esquemas conexionais.

Em conclusão, as representações da saúde e da doença tidas pelos enfermeiros são moldadas pelas instituições onde eles se fazem e se realizam e que são concebidas como lugares de produção da verdade absoluta, associando o saber à sua vontade de poder dentro de uma lógica de governabilidade aparentemente exterior à biopolítica do Estado, transformando as suas políticas neoliberais multiculturalistas em práticas autoritárias assimilacionistas.

São várias as vantagens de um trabalho deste tipo: primeiro, pela pesquisa que fiz, este é o único trabalho descritivo sobre as representações da saúde e da doença tidas pelos enfermeiros que utiliza a observação participante como método principal; segundo, este trabalho é produto da audácia em introduzir a antropologia numa unidade de estudo caracterizada por um tradicional hermetismo, especialmente, por se tratar de uma instituição de saúde dirigida para o internamento; terceiro, a perspectiva adoptada posiciona-se de maneira crítica em relação às representações da saúde e da doença, perspectivando estas como produtos da biopolítica do Estado e interpretando os princípios de sentido nas forças do poder e avaliando os princípios dos valores na vontade de poder;

quarto, reflecte sobre a implicação da globalidade na localidade e da localidade na globalidade, permitindo discernir os modos de regulação biopolítica transnacionais e nacionais e mostrando a abrangência actual dos aparatos de poder reguladores da vida das populações e dos indivíduos; quinto, ajuda a perceber as funções relativas das dramaturgias que definem a realidade dos cuidados de enfermagem, relevando o papel das escolas e o dos serviços de saúde; sexto, foca a diversidade cultural como realidade que desafia o *status quo* institucional e que justifica a utilidade central da antropologia nas escolas e nos serviços de saúde, enquanto disciplina que forma para o relativismo cultural e analisa as relações entre as ideologias e as éticas.

Como qualquer estudo sobre as representações, este não escapa à necessidade de partir para um plano comparativo. Ou seja, a avaliação do ajustamento da biopolítica dramatizada pelas instituições à realidade do multiculturalismo obriga à descrição das representações sobre a saúde e a doença tidas pelas populações estrangeiras. Pela comparação entre as visões, simultaneamente profissionais e nacionais com as visões leigas e estrangeiras seria possível perceber, em concreto, onde se encontram as discrepâncias. Esta comparação motiva a realização de um trabalho de descrição das representações da saúde e da doença tidas pelos doentes estrangeiros, onde seja possível aplicar a mesma metodologia. Trata-se de um caminho que o futuro poderá tornar incontornável.

BIBLIOGRAFIA

AAVV, 2004, *Bridging the Cultural Divide in Health Care Settings: The Essential Role of Cultural Broker Programs*. Georgetown, National Center for Cultural Competence.

ABDELMALEK, Ali e Jean-Louis GÉRARD, 1999 [1995], *Ciências Humanas e Cuidados de Saúde: Manual para profissionais de saúde*. Lisboa, Instituto Piaget.

ABREU, Wilson, 2003, *Saúde, doença e diversidade cultural*. Lisboa, Instituto Piaget.

ABRIC, Jean-Claude, 2009 [1989], “L’étude expérimentale des représentations sociales”, em Denise Jodelet, *Les Représentations Sociales*. Paris, PUF, 205-223.

ACKERKNECHT, Erwin, 1946, "Natural Diseases and Rational Treatment in Primitive Medicine", *Bulletin of the History of Medicine*, 19: 467-497.

AGAMBEN, Giorgio, 2005, “Bataille e o paradoxo da soberania”, *Outra travessia*: 91-94.

AGAMBEN, Giorgio, 2007 [1995], *Homo Sacer – o poder soberano e a vida nua I*. Belo Horizonte, Editora UFMG.

AGAMBEN, Giorgio, 2005 [1942], *State of Exception*. Chicago e Londres, The University of Chicago Press.

AGAMBEN, Giorgio, 1999 [1994], *The Man Without Content*. Stanford, Stanford University Press.

AGAMBEN, Giorgio, 2004 [2002], *The Open: man and animal*. Stanford, Stanford University Press.

AKULOVA, Maryia, [s/d], “Declaration of the Rights of Man and of the Citizen and its critique by Bentham and De Gouges”, em <<http://www.tiengiang.edu.vn/FileUpload/Vanban/File8120.pdf>> (acesso em 21/01/2011).

ALAIN, 1895, "L'Accord pour la vie", *Le Nouvelliste*, em <<http://alinalia.free.fr/spip.php?article17>> (acesso em 12/12/2010).

ALEXANDER, Margaret e Phyllis RUNCIMAN, 2003, *ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurses – Report of the Development Process and Consultation*. Genebra, International Council of Nurses.

ALLUE, Marta, 1999, “La douleur en direct”, *Anthropologie et Sociétés*, 23 (3) : 117-137.

- ALMEIDA, José, 1999, *Respeito à autonomia do paciente e consentimento livre e esclarecido: uma abordagem principialista da relação médico-paciente*. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz.
- ALONSO, M. e M. ÁLVAREZ, 2004, “El modelo de Virginia Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería”, em Marian Bello (coord.), *Guía de Práctica Clínica de Cuidados Críticos de Enfermería*, Hospital Txagorritxu, 22-31.
- ALTHUSSER, Louis, 1976, “Idéologie et appareils idéologiques d’État (Notes pour une recherche)”, em *Positions (1964-1975)*. Paris, Les Éditions sociales, 67-125.
- APPADURAI, Arjun, 2002 [2000], “Os novos territórios da cultura: mundialização, incerteza cultural e violência”, em *As Chaves do Século XXI*. Lisboa, Instituto Piaget, 203-206.
- ARENDT, Hannah, 2001 [1958], *A Condição Humana*, Lisboa, Relógio D’Água.
- ARENDT, Hannah, 1998 [1949], *Origens do Totalitarismo*. São Paulo, Companhia das Letras.
- ARMSTRONG, David, 1984, “The Patient’s View”, *Soc. Sci. Med.*, 18 (9): 737-744.
- ASCH, Solomon, 1946, “Forming Impressions of Personality”, *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 41 (3): 258-290.
- ASHER, Richard, 1947, “The dangers of going to bed”, *British Medical Journal*, ii: 967-8.
- ATAÍDE, João e Maria TORRES (coord.), 2010, *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo – 2009*. Oeiras, Serviço de Estrangeiros e Fronteiras.
- AUGE, Marc, 1994 [1984], “Ordre biologique, ordre social; la maladie, forme élémentaire de l’évènement”, em Claudine Herzlich e Marc Augé (dir.), *Le sens du mal: Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines, pp. 35-91.
- AUGE, Marc, 1994 [1992], *Não-Lugares: Introdução a uma antropologia da sobremodernidade*. Venda Nova, Bertrand.
- AUGOUSTINOS Martha et al, 2006, *Social Cognition: An Integrated Introduction*. Londres/Thousand Oaks/Nova Deli, Sage Publications.
- BAGCHI, Ann, 2010, “Using Professionally Trained Interpreters to Increase Patient/Provider Satisfaction: Does It Work?”, *Mathematica Policy Research, Inc.*, 6: 1-4.
- BANTING, Keith et al, 2006, “Do Multiculturalism Policies erode the welfare state? An empirical analysis”, em Keith Banting e Will Kymlicka (eds.), *Multiculturalism and the Welfare*

State: Recognition and Redistribution in Advanced Democracies. Oxford, Oxford University Press, 49-91.

BARIGOZZI, Francesca e Rosella LEVAGGI, 2005, “New Developments in Physician Agency: the Role of Patient Information”: 1-16, em <www2.dse.unibo.it/wp/550.pdf> (acesso em 12/11/2010).

BASTOS, José e Susana BASTOS, 1999, *Portugal Multicultural*. Lisboa, Fim de Século.

BATAILLE, Georges, 1989, “La structure psychologique du fascisme”, *Hermès*, 5-6: 137-160.

BATAILLE, Georges, 1995 [1928], *Historia del ojo*. Ediciones Coyoacán.

BATAILLE, Georges, 1993, *The Accursed Share: Volumes II and III: The History of Eroticism and Sovereignty*. Nova Iorque, Zone.

BATESON, Gregory, 1971 [1936], *La cérémonie du Naven*. Paris, Minuit.

BATESON, Gregory, 1996 [1991], *Une Unité sacrée - Quelques pas de plus vers une écologie de l'esprit*. Paris, Seuil.

BATESON, Gregory, 1977, *Vers une écologie de l'esprit*. Paris, Seuil.

BAUBY, Jean-Dominique, 1998, *Le Scafandre et la Papillon*. Paris, Pocket.

BEACH, Mary et al, 2006, “The role and relationship of cultural competence and patient-centeredness in health care quality”, em <www.cmwf.org> (acesso em 21/01/2011).

BEAUCHAMP, Tom e James CHILDRESS, 1994 [1978], *The Principles of biomedical ethics*. Nova Iorque, Oxford University Press.

BECKER, Howard, 2007, “The Politics of Presentation: Goffman and Total Institutions”, *RBSE*, 6 (16): 24-34.

BENDA, Julien, 2003 [1927], *La Trahison des Clercs*. Paris, Grasset.

BENELLI, Sílvio, 2003, “Dispositivos disciplinares produtores de subjetividade na instituição total”, *Psicologia em Estudo*, 8 (2): 99-114.

BENELLI, Sílvio e Abílio COSTA-ROSA, 2003, “Geografia do poder em Goffman: vigilância e resistência, dominação e produção de subjetividade no hospital psiquiátrico”, *Rev. Estudos de Psicologia*, 20 (2): 35-49.

BENOIST, Jean (dir), 1996, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Paris, Karthala.

- BENOIST, Jean, 2002, “La maladie entre nature et mystère” em Raymond Massé e Jean Benoist (dir.), *Convocations thérapeutiques du sacré*, Paris, Karthala, 477-489.
- BENOIST, Jean, 1981, “Sur la Contribution des Sciences Humaines à l’Explication Médicale”, *Anthropologie et Sociétés*, 5 (2): 5-15.
- BENOIST, Jean, 1993, *Anthropologie médicale en société créole*. Paris, PUF.
- BENOIST, Jean e Pascal CATHEBRAS, 1993, “The Body: from an Immateriality to another”, *Social Sciences and Medicine*, 36 (7): 857-865.
- BENTHAM, Jeremy, 1843, *Anarchical Fallacies*, em John Bowring (ed.), *Works*, vol.2, em <www.law.georgetown.edu/.../Bentham_Anarchical_Fallacies.pdf> (acesso em 24/11/2010).
- BENTHAM, Jeremy, 1824, *The Book of Fallacies*. Londres, John and H. L. Hunt.
- BENTHAM, Jeremy, 2004 [1816], *Chrestomathia*. Paris, Cahiers de l’Unebévue.
- BERGER, Catherine, 1999, “La dimension sociale de la mémoire”, em <<http://www.univ-paris13.fr/CRIDAF/TEXTES/CBlm.PDF>> (acesso em 8/11/2010).
- BERGER, Peter e Thomas LUCKMANN, 1966, *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. Garden City/NY, Anchor Books.
- BERGSON, Henri, 1939 [1896], *Matière et Mémoire*. Paris, PUF.
- BERNARD, Claude, 1966 [1865], *Introduction à l’étude de la médecine expérimentale*. Paris, Éditions Garnier-Flammarion.
- BERNARD, Jean, 1994, *A Bioética*. Lisboa, Instituto Piaget.
- BIBEAU, Gilles e Ellen CORIN (eds.), 1994, *Beyond Textuality: Ascetism and Violence in Anthropological Interpretation*. Berlim/Nova Iorque, Mouton de Gruyter.
- BIDERMAN, Maria, 1998, “Dimensões da palavra”, *Filologia e Linguística Portuguesa*, 2: 81-118.
- BIRMAN, Joel, 1999, “Os sentidos da saúde”, *Physis*, 9 (1): 7-12.
- BLANCHETTE, Louis-Philippe, 2006, “Michel Foucault: Genèse du biopouvoir et dispositifs de sécurité”, *Lex Electronica*, 11 (2): 1-11.
- BLATTER, Joachim et al, 2009, “Acceptance of Dual Citizenship: Empirical Data and Political Contexts”, *Working Paper Series “Glocal Governance and Democracy” 02*. Lucerna: Institute of Political Science of University of Lucerne.

- BLIKSTEIN, Izidoro, 1995, *Kaspar Hauser ou a fabricação da realidade*. S.Paulo, Cultrix.
- BLISS, Mary, 2003, "Should elderly patients be made to sit in chairs?", *British Medical Journal*, 327: 997.
- BOJE, David, 2003, "Victor Turner's Postmodern Theory of Social Drama: Implications for Organization Studies", em http://business.nmsu.edu/~dboje/theatrics/7/victor_turner.htm (acesso em 8/11/2010).
- BONVIN, François, 2007 [1993], "Le malade objet", em Pierre Bourdieu (coord.), *La Misère du Monde*. Paris, Éditions du Seuil, 1341-1355.
- BOORSE, Christopher, 1977, "Health as a Theoretical Concept", *Philosophy of Science*, 44 (4): 542-573.
- BOORSE, Christopher, 1975, "On the Distinction between Disease and Illness", *Philosophy and Public Affairs*, 5: 49-68.
- BORRELL-CARRIÓ, Francesc et al, 2004, "The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice and Scientific Inquiry", *Ann. Fam. Med.*, 2 (6): 576-582.
- BOURDIEU, Pierre, 1977, *Algérie 60, structures économiques et structures temporelles*, Paris, Minuit.
- BOURDIEU, Pierre, 1972, *Esquisse d'une théorie de la pratique. Précédée de trois études d'ethnologie kabyle*. Geneve, Droz.
- BOURDIEU, Pierre, 1979, *La distinction: critique sociale du jugement*. Paris, Minuit.
- BOURDIEU, Pierre, 1997, *Méditations Pascaliennes*. Paris, Seuil.
- BOURDIEU, Pierre, 1989, *O Poder Simbólico*. Lisboa, Difel.
- BOURDIEU, Pierre, 1998 [1982], *O que Falar quer Dizer*. Lisboa, Difel.
- BOURDIEU, Pierre, 1994, *Raisons pratiques sur la théorie de l'action*. Paris, Seuil.
- BOURDIEU, Pierre, 1977 [1970], *Reproduction in Education, Society and Culture*. London, Sage.
- BOURDIEU, Pierre e Jean-Claude PASSERON, 1976, *A Reprodução: Elementos para uma Teoria do Sistema de Ensino*. Lisboa, Vega.
- BOURDIEU, Pierre e Terry EAGLETON, 1994, "Doxa and Common Life: An Interview" em Slavoj Žižek (ed.) *Mapping Ideology*. Londres, Verso, 265-277.

- BOUVET, Armelle e Monique SAUVAIGE (dir.), 2005, *Penser autrement la pratique infirmière: pour une créativité éthique*. Paris, De Boeck.
- BRAUNSTEIN, Jean-François, 2000, “Canguilhem avant Canguilhem”, *Rev. Hist. Sci.*, 53, (1): 9-26.
- BROWN, Phil, 1995, “Naming and Framing: The social Construction of Diagnosis and Illness”, *Journal of Health and Social Behavior*, Edição Extra: 34-52.
- BURNS, J. H., 2005, “Happiness and Utility: Jeremy Bentham’s Equation”, *Utilitas*, 17 (1): 46-61.
- BUSINO, Giovanni, 2006, “Les sciences sociales et les défis de la mondialisation”, *Revue européenne des sciences sociales*, XLIV (134), em <<http://ress.revues.org/281>> (acesso em 13/01/2011).
- CAETANO, Sílvia, 2005, Representações de género e de etnia: Estudo realizado em manuais de educação física do 3º ciclo do ensino básico, em <sigarra.up.pt/fadup/publs_pesquisa.show_publ_file?pct_gdoc_id=4202> (acesso em 21/01/2011).
- CALDWELL, Luke, 2009, “Genesis and Order in the Chaosmos: Will to Power as Creative Cosmology,” *intersections*, 10 (1): 495-505.
- CAMPOS, Alexandra e Mariana OLIVEIRA, 2010, “Mais de mil queixas por erro e negligência na saúde foram feitas desde 2002”, em <http://www.publico.pt/Sociedade/mais-de-mil-queixas-por-erro-e-negligencia-na-saude-foram-feitas-desde-2002_146945> (acesso em 29/11/2010).
- CANCLINI, Néstor, 2002 [2000], “Caminhamos para culturas híbridas?”, em *As Chaves do Século XXI*. Lisboa, Instituto Piaget, 207-213.
- CANGUILHEM, Georges, 2007 [1966], *Le Normal e le Pathologique*. Paris, PUF.
- CANGUILHEM, Georges, 2009 [1977], *Idéologie et Rationalité dans l’Histoire des Sciences de la Vie*. Paris, Bibliothèque des textes philosophiques.
- CANG-WONG, Celeste et al, 2009, “Nursing Responses to Transcultural Encounters: What Nurses Draw on When Faced with a Patient from Another Culture”, *The Permanente Journal*, 13 (3): 31-37.
- CANNON, Walter, 1939 [1932], *The wisdom of the body*, Nova Iorque, Norton Pubs.

- CANNON, Walter, 1926, “Physiological regulation of normal states: some tentatives concerning biological homeostatics, em Auguste Pettit (ed.) *À Charles Richet: ses amis, ses collègues, ses élèves*, Paris, Éditions Médicales, 91-93.
- CANUEL, Mark, 2002, *Bentham and the Rule of Belief*. Boston, American Political Science Association.
- CARAPINHEIRO, Graça, 1986, “A saúde no contexto da sociologia”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, 1: 9-22.
- CARAPINHEIRO, Graça, 1998, *Saberes e poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto, Afrontamento.
- CARBONNELLE, Sylvie, 2006, “Jalons pour une Analyse Critique des Représentations de la Maladie”, *Bruuxelles Santé*, N.º Spécial: 11-21.
- CARRICABURU, Danièle e Patrice COHEN, 2002, “L’anthropologie politique de la santé. Une pratique engagée de la recherche. Un entretien avec Didier Fassin.” *Innovations et sociétés*, 2: 9-16.
- CARRICABURU, Danièle e Patrice COHEN, 2005, “Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie”, em Francine Saillant e Serge Genest, *Anthropologie médicale. Avantages locaux, défis globaux*. Québec/Paris, Les Presses de l’Université Laval, 383-399.
- CASELL, Eric, 1976, “Disease as an “it”: concepts of disease revealed by patient’s presentation of symptoms”, *Social Science and Medicine*, 10: 143-146.
- CASSIRER, Ernst, 1944, *An Essay on Man*. New Haven, Yale University Press.
- CEQUAL, IPQ e UMP, 2004, *Manual de Gestão da Qualidade para Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, em <http://www.ipq.pt/backfiles/MGQ_UCCI.pdf> (acesso em 23/11/2010).
- CHALIFOUR, Jacques, 1993, *Eiseigner la relation d’aide*. Canadá, Gaëtan Morin Editeur.
- CHALIFOUR, Jacques, 1989, *La relation d’aide en soins infirmiers: une perspective holistique-humaniste*. Paris, Lamarre.
- CHARTIER, Roger, 1991 [1989], “O Mundo como Representação”, *Estudos Avançados*, 11 (5): 173-191.
- CHEN, Alice (ed.), 2003, *Language Barriers in Health Care Settings: An Annotated Bibliography of the Research Literature*. Woodland Hills, The California Endowment.

- CIEZA, Alarcos e Gerold STUCKI, 2008, “The International Classification of Functioning Disability and Health: its development process and content validity”, *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 44: 303-313.
- CLEARY, Paul, 2003, “A Hospitalization from Hell: A Patient’s Perspective on Quality”, *Ann Intern Med.*, 138: 33-39.
- COELHO, Maria e Naomar FILHO, 2002, “Conceitos de Saúde em discursos contemporâneos de referência científica”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 9 (2): 315-333.
- COHEN, Anthony, 1989, “A Tradição britânica e a questão do outro”, em Martine Segalen (org.), *L’Autre et le Semblable*. Paris, Presses du CNRS, 35-51.
- COLBY, Benjamin e Pierre VAN DEN BERGE, 1961, “Ethnic relations in south eastern Mexico”, *American Anthropologist*, 63: 722-792.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise, 1998, “Using anthropology to analyse healthcare situations”, *Nurs Inq.*, 5 (3): 126-39.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise, 1990, “L’apport de l’anthropologie aux soins infirmiers”, *Anthropologie et Sociétés*, 14 (1): 115-123.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise, 1999, *Promover a vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa/Porto/Coimbra, Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- COMELLES, Josep, 1997, “The Fear of (One's Own) History. On the Relations Between Medical Anthropology, Medicine and History”, *DYNAMIS*, 17: 37-68.
- CONQUERGOOD, Dwight, 1989, “Poetics, Play, Process, and Power: The performative turn in anthropology”, *Text and Performance Quarterly*, 1: 82-95.
- CONSELHO DE ENFERMAGEM, 2010, “Enfermagem de Reabilitação e Cuidados Continuados: consolidação de premissas antigas ou um novo desafio?”, *Enfermeiros*, 33: 22-27.
- CONSONNI, Manuela, 2009, “Primo Levi, Robert Antelme, and the Body of the Muselmann”, *Partial Answers: Journal of Literature and the History of Ideas*, 7 (2): 243-259.
- COOPER, Lisa e Neil POWE, 2004, “Disparities in patient experiences, health care processes, and outcomes: The role of patient–provider racial, ethnic, and language concordance”, *The Commonwealth Fund*, em <www.cmwf.org> (acesso em 11/01/2011).

- COSTA, Paulo, 2004, *Políticas de Imigração e as novas dinâmicas da cidadania em Portugal*. Lisboa, Instituto Piaget.
- CRESPO, Jorge, 1990, *História do Corpo*. Lisboa, Difel.
- D'ANDRADE, Roy, 1995, *The Development of Cognitive Anthropology*. Cambridge, Cambridge University Press.
- DALE, Roger e Susan ROBERTSON, 2007, “New Arenas of Global Governance and International Organisations: Reflections and Directions”, em Kerstin Martens *et al.* (eds.), *Transformations of the State and Global Governance*. London, Routledge, 217-228.
- DAPRERI, Catherine, 2004, “Dire la maladie: regard philosophique et anthropologique”, *Ethique & Santé*, 1: 22-25.
- DAWSEY, John, 2005, “Victor Turner e antropologia da experiência”, *Cadernos de Campo*, 3: 163-176.
- DE BEAUVOIR, Simone, 1949, *Le deuxième sexe: 2-L'expérience vécue*. Paris, Gallimard.
- DE CHAMPS, Emmanuelle, 1999, “The Place of Jeremy Bentham's Theory of Fictions in Eighteenth-century Linguistic Thought”, em eprints.ucl.ac.uk/647/1/3.The_Place_of_Jeremy_Bentham.pdf (acesso em 03/01/2011).
- DE COPPET, Daniel, 2002 [1992], “Comparison, a universal for anthropology – from “representation” to the comparison of values”, em Adam Kuper (ed.), *Conceptualizing Society*. Canadá/USA, Routledge, 59-74.
- DEAN, Jodi, 2009, *Democracy and Other Neoliberal Fantasies: Communicative Capitalism and Left Politics*. Durham, Duke University Press.
- DEEGAN, James e Gary FINE, 1996, “Three principles of serendip: insight, chance, and discovery in qualitative research”, *Qualitative Studies in Education*, 9 (4): 434-447.
- DEL REY, Francisco, 2008, *De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. Concepciones presentes en el ejercicio profesional*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá, em http://dspace.uah.es/jspui/bitstream/10017/2700/1/Tesis_De%20la%20pr%C3%A1ctica%20a%20la%20teor%C3%ADa.pdf (acesso em 20/12/2010).
- DELEUZE, Gilles, 1985, “Les intercesseurs”, *L'Autre Journal*, 8.
- DELEUZE, Gilles, 1992, “Postscript on the Societies of Control”, *October*, 59: 3-7.

- DELEUZE, Gilles e Félix GUATTARI, 1987, "Introduction: Rhizome", em *A Thousand Plateaus*. Minneapolis, University of Minnesota.
- DELEUZE, Gilles, 1994, *Nietzsche*. Lisboa, Edições 70.
- DELEUZE, Gilles, 1990, *Pourparlers 1972-1990*. Paris, Éditions du Minuit.
- DELFOUR, Jean-Jacques, 1998, "De l'ontologie et autre textes sur les fictions de J. Bentham", *Arobase: journal des lettres & sciences humaines*, 3 (2): 1-5.
- DENZIN, Norman, 1989, *Interpretive Biography (Qualitative Research Methods)*. Newbury Park/Londres/Nova Deli, Sage Publications.
- DEPARTMENT OF HEALTH GOVERNEMENT OF WESTERN AUSTRALIA, [s/d], "Introduction to Clinical Governance—A Background Paper", *Information Series*, 1.1.
- DERRIDA, Jacques, 1996, *A Voz e o Fenómeno*. Lisboa, Edições 70.
- DERRIDA, Jacques, 1977, "Limited Inc. abc...", *Glyph*, 2: 162-254.
- DIAS, Ana e Silvina SANTANA, 2009, "Cuidados integrados Um novo paradigma na prestação de cuidados de saúde", *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, 8 (1): 12-20.
- DIAS, Fernando, 2004, *Relações grupais e Desenvolvimento Humano*. Lisboa, Instituto Piaget.
- DONATI, Pierpaolo, 2004, "La relation comme objet spécifique de la sociologie: Une théorie sociologique générale est-elle pensable?", *Revue du Mauss*, 24: 233-254.
- DONATI, Pierpaolo, 1983, *Introduzione all sociologia relazionale*. Milão, Franco Angeli.
- DONZE, Pierre-Yves, 2005, "Les systèmes hospitaliers contemporains, entre histoire sociale des techniques et business history", *Gesnerus*, 62: 273-287.
- DORVIL, Henri, 1985, "Types de sociétés et de représentations du normal et du pathologique: la maladie physique, la maladie mentale", em Jacques Dufresne et al (dir.), *Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie*. Québec, Les Presses de l'Université du Québec, Presses de l'Université de Lyon, 305-332.
- DOUGLAS, Mary, 2004 [1986], *Como Pensam as Instituições*. Lisboa, Instituto Piaget.
- DREHER, Melanie e Neil MACNAUGHTON, 2002, "Cultural Competence in Nursing: Foundation or Fallacy?", *Nursing Outlook*, 50 (5): 181-186.
- DUVEEN, Georges, 2000, "Introduction", em Serge Moscovici, *Social Representations – explorations in social psychology*. Cambridge, Polity Press, 1-17.

EBOKO, Fred et al, 2004, “Inégalités et Santé : des disparités récurrentes à un projet global ?”, *Face à Face*, 4: 4-8.

EDDY, David, 2011, “The Origins of Evidence-Based Medicine—A Personal Perspective”, *American Medical Association Journal of Ethics*, 13 (1): 55-60.

EDDY, Melissa, 2010, “Merkel: German multiculturalism 'utterly failed'”, *Associated Press*, em <http://www.huffingtonpost.com/2010/10/17/angela-merkel-germany-immigration-multicultural-society_n_765696.html> (acesso em 18/10/2010).

EDWARDS, Susan, 1998, “An anthropological interpretation of nurses' and patients' perceptions of the use of space and touch”, *Journal of Advanced Nursing*, 28 (4): 809-817.

EDWARDS, Steven, 1996, “What are the limits to the obligations of the nurse?”, *Journal of Medical Ethics*, 22: 90-94.

EHNFORSS, Margareta e Alain JUNGER, 2007, “Nursing interventions based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). (Tutorial)” em Association for Common European Nursing, Diagnoses, Interventions and Outcomes (ACENDIO), “Nursing Communication in Multidisciplinary Practice”, 26-30.

EIZIRIK, Marisa, [s/d], “Educação e produção de verdade”, *Perspectiva*, 24: 141-151.

EK, Richard et al, 2007, “Revisiting Foucault through Reading Agamben: Implications for Workplace Subjectification, Desubjectification and the Dark Side of Organizations”, em <<http://www.management.ac.nz/ejrot/cmsconference/2007/proceedings/theopenstream/fougere.pdf>> (acesso em 2/12/2010).

ELDERKIN-THOMPSON, Virginia *et al*, 2001, “When nurses double as interpreters: a study of Spanishspeaking patients in a US primary care setting”, *Social Science & Medicine*, 52: 1343–1358.

DUTRA, Eliana e Jean-Yves MOLLIER (org.), 2006, *Política, Nação e Edição – O Lugar dos Impressos na Construção da Vida Política: Brasil, Europa e Américas nos Séculos XVIII-XX*. São Paulo, Annablume.

ELIAS, Norbert, 2004 [1987], *A Sociedade dos Indivíduos*. Lisboa, Dom Quixote.

ELIAS, Norbert, 2001 [1982], *A Solidão dos Moribundos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.

ELIAS, Norbert, 1993, *Mozart, Sociologia de um génio*. Lisboa, Edições Asa.

ELIAS, Norbert, 2006 [1939], *O Processo Civilizacional – Investigações sociogenéticas e psicogenéticas*. Lisboa, Dom Quixote.

- ELIAS, Norbert, 1994, *Teoria Simbólica*. Oeiras, Celta.
- EMERY, Fred, 1959, *Characteristics of Socio-Technical Systems*. Londres, Tavistock Institute of Human Relations.
- ENGEL, George, 1997, “From Biomedical to Biopsychosocial: Being Scientific in the Human Domain”, *Psychosomatics*, 38: 521-528.
- ENGEL, George, 1997 [1988], “How much longer must medicine’s science be bound by a seventeenth century world view?”, *Psychother Psychosom*, 66: 57-62.
- ENGEL, George, 1973, “Personal theories of disease as determinants of patient-physician relationships”, *Psychosomatic Medicine*, 35: 184-5.
- ENGEL, George, 1977, “The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine”, *Science*, 196 (4286): 129-136.
- ENGELHARDT, H. Tristram, 1986, “The lessons of finitude”, *West J Med*, 145: 187-188.
- ENTIDADE REGIONAL TURISMO DO ALGARVE, 2009, *Balanço do Ano Turístico 2009 – Algarve*. Faro.
- ESTEVES, António, 1986, “A investigação-acção”, em Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (org.), *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto, Afrontamento, 251-278.
- EVANS, David, 2003, “Hierarchy of evidence: a framework for ranking evidence evaluating healthcare interventions”, *Journal of Clinical Nursing*, 12: 77–84.
- FABREGA, Horacio, 1977, “Perceived illness and its treatment: A naturalistic study in social medicine”, *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 31: 213-219.
- FABREGA, Horacio, 1974, “Problems Implicit in the Cultural and Social Study of Depression”, *Psychosomatic Medicine*, 36 (5): 377-398.
- FABREGA, Horacio, 1989, “The Self and Schizophrenia: A Cultural Perspective”, *Schizophrenia Bulletin*, 15 (2): 277-290.
- FABREGA, Horacio, 1973, *Disease and Social Behavior*. Cambridge, MIT Press.
- FABREGA, Horacio, e Peter MANNING, 1973, “An Integrated Theory of Disease: Ladino-Mestizo Views of Disease in the Chiapas Highlands”, *Psychosomatic Medicine*, 35 (3): 223-239.
- FABREGA, Horacio, e Martine ZUCKER, 1977, “Comparison of Illness Episodes in a Pluralistic Setting”, *Psychosomatic Medicine*, 39 (5): 325-343.

- FAGAN, Andrew, 2006, “Escaping the Cultural Context of Human Rights *Human Rights & Human Welfare*, 6: 193-202.
- FAINZANG, Sylvie, 1999, “La construction culturelle de la norme et de la pathologie”, *Confrontation entre science et vivant*, 1: 9-12.
- FAINZANG, Sylvie, 2000, “La maladie – un objet pour l’anthropologie sociale”, *Revue Électronique du CERCE*, 1, em <<http://alor.univ-montp3.fr/cerce/revue.htm>> (acesso em 11/11/2010).
- FAINZANG, Sylvie, 2001, “L’anthropologie médicale dans les sociétés occidentales. Récents développements et nouvelles problématiques”, *Sciences sociales et santé*, 19 (2): 5-28.
- FAINZANG, Sylvie, 2005, “When doctors and patients lie to each other. Lying and power within the doctor - patient relationship”, em Els Van Dongen e Sylvie Fainzang (dir.), *Lying and Illness. Power and Performance*, Amsterdão, Hel Spinois, 36-55.
- FARIAS, Norma e Cassia BUCHALLA, 2005, “A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas”, *Rev Bras Epidemiol*, 8 (2): 187-193.
- FASSIN, Didier, 2000, “Entre politiques du vivant et politiques de la vie: pour une anthropologie de la santé”, *Anthropologie et Sociétés*, 24 (1): 95-116.
- FASSIN, Didier, 2006, “La biopolitique n’est pas une politique de la vie”, *Sociologie et sociétés*, 38 (2): 35-48.
- FASSIN, Didier, 2000, “La globalisation et la santé: Éléments pour une analyse anthropologique”, em Bernard Hours (dir.), *Systèmes et Politiques de Santé. De la Santé Publique à l’Anthropologie*, Paris, Karthala, 25-40.
- FASSIN, Didier, 1996, *L’espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris, PUF.
- FASSIN, Didier, 2000, *Les enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises*. Paris, Karthala.
- FASSIN, Didier, e Dominique MEMMI, 2004, “Le Gouvernement de la vie, mode d’emploi”, em Didier Fassin e Dominique Memmi (eds.), *Le Gouvernement des corps*. Paris, EHESS, 9-33.
- FAVA, Giovanni e Nicoletta SONINO, 2008, “The Biopsychosocial Model Thrity Years Later”, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77: 1-2.

- FELDMAN, Jacqueline, 2002, "Objectivité et subjectivité en science. Quelques aperçus", *Revue européenne des sciences sociales*, XL (124), em <<http://ress.revues.org/577>> (acesso em 21/01/2011).
- FERMI, Patrick, 1998, "La notion de représentation culturelle", em <<http://patrick.fermi.free.fr/rculture.htm>> (acesso em 31/01/2011).
- FERREIRA, Manuela, 2004, "Formar melhor para um melhor cuidar". Viseu, Escola Superior de Enfermagem de Viseu: 123-137.
- FLAMENT, Claude, 2009 [1989], "Structure et dynamique des représentations sociales", em Denise Jodelet (dir.), *Les Représentations Sociales*. Paris, PUF, 224-239.
- FOUCAULT, Michel, 2005 [1969], *A Arqueologia do Saber*. Coimbra, Almedina.
- FOUCAULT, Michel, 2005 [1966], *As Palavras e as Coisas*. Lisboa, Edições 70.
- FOUCAULT, Michel, 1972, *Histoire de la Folie à l'Âge Classique*. Paris, Éditions Gallimard.
- FOUCAULT, Michel, 1999 [1976], *História da Sexualidade 1 – A Vontade de Saber*. Rio de Janeiro, Edições Graal.
- FOUCAULT, Michel, 1998 [1984], *História da Sexualidade 2 – O uso dos prazeres*. Rio de Janeiro, Edições Graal.
- FOUCAULT, Michel, 2007 [1979], *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro, Graal.
- FOUCAULT, Michel, 2004, *Naissance de la Biopolitique – Cours au Collège de France, 1978-1979*. Paris, Gallimard, Seuil.
- FOUCAULT, Michel, 2007 [1963], *Naissance de la Clinique*. Paris, PUF.
- FOUCAULT, Michel, 1999 [1975], *Vigiar e Punir – Nascimento da Prisão*. Petrópolis, Vozes.
- FRANKLIN, Karl, 1996, "K.L. Pike on Etic vs Emic: A review and interview", *Summer Institut of Linguistics*.
- FREIDSON, Eliot, 1983, "Celebrating Erving Goffman", *Contemporary Sociology*, 12 (4): 359-362.
- FREIDSON, Eliot, 1960, "Client Control and Medical Practice", *The American Journal of Sociology*, 65 (4): 374-382.
- FREIDSON, Eliot, 1988 [1970], *Profession of Medicine – A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago/Londres, The University of Chicago Press.

- FREIRE, Leticia, 2006, “Seguindo Bruno Latour: notas para uma antropologia simétrica”, *Comum*, 11 (26): 46-65.
- FREIRE, Paulo, 1997, *Pedagogia da Autonomia – Saberes necessários à prática educativa*. São Paulo, Paz e Terra.
- GADAMER, Hans-Georg, 1997 [1993], *O Mistério da Saúde: O Cuidado da Saúde e a Arte da Medicina*. Lisboa, Edições 70.
- GAGNON, Eric, 1999, “La Communication, l’Autre, l’Indicible: De l’entraide des malades”, *Anthropologie et Sociétés*, 23 (2): 61-78.
- GAINES, Atwood e Robbie DAVIS-FLOYD, 2004, “Biomedicine”, em Melvin Ember e Carol Ember (eds.), *Encyclopedia of Medical Anthropology*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 95-109.
- GALDWIN, Thomas, 1970, *East is a Big Bird – Navigation & Logic on Pulumat Atoll*. Cambridge, Harvard University Press.
- GASPAR, Maria e Jorge JESUÍNO, 2009, “Os enfermeiros como cidadãos organizacionais: desenvolvimento de uma medida para avaliação dos comportamentos de cidadania organizacional em contexto hospitalar”, *Pensar Enfermagem*, 13 (1): 24-38.
- GHEORGHE, Nicolae e Thomas ACTON, 1994, “Dealing with Multiculturality: Minority, Ethnic, National and Human Rights”, *CSCE ODIHR Bulletin*, 3 (1): 28-40.
- GIANNANGELO, Kathy et al, 2005, “ICF: Representing the Patient beyond a Medical Classification of Diagnoses”, *Perspectives in Health Information Management*, 2 (7).
- GIDDENS, Anthony, 1984, *The Constitution of Society - Outline of the Theory of Structuration*. Berkeley/Los Angeles, University of California Press.
- GIROUX, Elodie, 2010, *Après Canguilhem – définir la santé et la maladie*. Paris, PUF.
- GOBBI, Mary, 2004, “Nursing competences for comment”, em *Tuning Educational Structures in Europe – A pilot study by and for higher education institutions supported by the European Commission in the framework of the Socrates programme*, em <www.medscape.com/viewarticle/576193_6> (acesso em 23/01/2009).
- GOFFMAN, Erving, 1979, “Footing”, *Semiotica*, 25: 1-29.
- GOFFMAN, Erving, 1961, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York, Anchor.

- GOLDIM, José, 2000, “Princípio do Respeito à Pessoa ou da Autonomia”, em <<http://www.bioetica.ufrgs.br/autonomi.htm>> (acesso em 13/02/2008).
- GOLIN, Carol et al, 2007, “Accessing the Patient’s World: Patient-Physician Communication about Psychosocial Issues”, em Jo Earp et al (ed.), *Patient Advocacy for Health Care Quality: Strategies for Achieving Patient-Centered Care*, Jones & Bartlett, Inc. Pub., 185-213.
- GOOD, Byron, 1998 [1994], *Comment faire de l’anthropologie médicale? Médecine, rationalité et vécu*. Paris, Le Plessis-Robinson.
- GOOD, Byron e Mary-Jo Good, 1981, “The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice”, em Leon Eisenberg, e Arthur Kleinman (eds.), *The Relevance of Social Science for Medicine*. Londres/Dordrecht/Boston, D. Reidel Publishing Company, 165-196.
- GOODY, Jack, 1998, *A Lógica da Escrita e a Organização da Sociedade*. Lisboa, Edições 70.
- GRIZE, Jean-Blaise, 2009 [1989], “Logique naturelle et représentations sociales”, em Denise Jodelet (dir.), *Les Représentations Sociales*. Paris, PUF, 170-186.
- GRØNSETH, Anne, 2009, “Three approaches to the study of health, disease and illness; the strengths and weaknesses of each, with special reference to refugee populations”, *NAKMI*: 1-20.
- GUATTARI, Félix, 1992, *Chaosmose*. Paris, Galilée.
- GUYON, Mali, 1986, “Soigner, une démarche de type anthropologique”, *Antropologia medica*, 3: 55-62.
- HABERMAS, Jürgen, 1990, *O Discurso filosófico da modernidade*. Lisboa, Dom Quixote.
- HABERMAS, Jürgen, 1987 [1968], *Técnica e Ciência como Ideologia*. Lisboa, Edições 70.
- HACKING, Ian, 2004, “Between Michel Foucault and Erving Goffman: between discourse in the abstract and face-to-face interaction”, *Economy and Society*, 33 (3): 277–302.
- HACKING, Ian, 2003 [2000], *The Social Construction of What?*. Cambridge/Londres, Harvard University Press.
- HAHN, Robert e Atwood GAINES (ed.), 1985, *Physicians of Western Medicine*, Dordrecht, D. Reidel Publishing Company.
- HALBWACHS, Maurice, 1994 [1925], *Les Cadres Sociaux de la mémoire*. Paris, Albin Michel.

- HALL, Edward, 2005 [1966], *A Dimensão Oculta*. São Paulo, Martins Fontes.
- HALL, Stuart, 1997, *Representation – Cultural representations and Signifying Practices*. Londres/ Thousand Oaks/Nova Deli, Sage Publications.
- HALLOWELL, A. Irving, 1941, "The Social Function of Anxiety in a Primitive Society", *American Sociological Review*, 6: 869-881.
- HARRE, Rom, 2009 [1989], "Grammaire et lexiques, vecteurs des représentations sociales", em Denise Jodelet (dir.), *Les Représentations Sociales*. Paris, PUF, 149-169.
- HARRIS, Marvin, 1976, "History and Significance of the Emic/Etic Distinction", *Annual Review of Anthropology*, 5: 329-350.
- HARRIS, Marvin, 1975, "Why a perfect knowledge of all the rules that one must know to act like a native can-not lead to the knowledge of how natives act", *J. Anthropol. Res.*, 30: 242-251.
- HEADLAND, Thomas et al (eds.), 1990, *Emics and Etics: The Insider/Outsider Debate*. Londres, Sage Publications.
- HEIDEGGER, Martin, 1980 [1973], *Carta sobre o Humanismo*. Lisboa, Guimarães & Co. Editores.
- HEIDEGGER, Martin, 2003, *O Conceito de Tempo*. Lisboa, Fim-de-Século.
- HEINICH, Nathalie, 2001 [1997], *A Sociologia de Norbert Elias*. Lisboa, Temas & Debates.
- HELLER, Richard e John PAGE, 2002, "A population perspective to evidence based medicine: "evidence for population health", *J Epidemiol Community Health*, 56: 45-47.
- HELMAN, Cecil, 1981, "Disease versus illness in general practice", *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 31: 548-552.
- HERZLICH, Claudine, 2005, "A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença", *Physis*, 15 (Suplemento): 57-70.
- HERZLICH, Claudine, 2004 "Saúde e Doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública", *Physis*, 14 (2): 383-394.
- HERZLICH, Claudine e Marc AUGE (dir.), 1994 [1984], *Le sens du mal: Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris, Éditions des Archives Contemporaines.
- HERZLICH, Claudine, 2005 [1969], *Santé et Maladie – Analyse d'une représentation sociale*. Paris, Éditions de l'EHESS.

- HEWES, Gordon, 1955, “World Distribution of *Certain* Postural Habits”, *American Anthropologist*, 57 (2): 231-244.
- HEWSTONE, Miles, 2009 [1989], “Représentations Sociales et causalité”, em Denise Jodelet (dir.), *Les Représentations Sociales*. Paris, PUF, 272-294.
- HOFFMAN, Axel, 2007, “Voyage au pays du normal et du pathologique”, *Santé conjugée*, 41: 44-52.
- HOLLOWAY, Geoff, 1994, “Susto and the career path of the victim of an industrial accident: a sociological case study”, *Soc. Sci. Med.*, 38 (7): 989-997.
- HORTONEDA, Jeanine, 2005, “Sécurité, territoire, population et Naissance de la biopolitique de Michel Foucault Contrechamp”, *EMPAN*, 59: 61-70.
- HOURS, Bernard (dir.), 2001, *Systèmes et Politiques de Santé. De la Santé Publique à l'Anthropologie*. Paris, Karthala.
- HOURS, Bernard e Monique SELIM, 2000, “Pratiques et Axiologiques de l'Anthropologie face à la Domination Politique”, *Anthropologie et Sociétés*, 24 (2): 111-127.
- INGELFINGER, Franz, 1980, “Arrogance”, *N Engl J Med*, 303: 1507-1511.
- INGELFINGER, Franz, 1978, “Management medicine: The doctor's job today”, em *The Great Ideas Today*, Chicago, Encyclopedia Britannica, 104-175.
- INNIS, Harold, 1977 [1951], *The Bias of Communication*. Toronto, University of Toronto Press.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2009, “Em 2009, Portugal manteve a tendência de envelhecimento demográfico”, em <www.alea.pt/html/actual/pdf/actualidades_54.pdf> (acesso em 15/11/2010).
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2005, “Estimativas de População Residente: Em 2005, população portuguesa continua a envelhecer”, em <www.alea.pt/html/actual/pdf/actualidades_46.pdf> (acesso em 15/11/2010).
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2008, “Anuários Estatísticos Regionais – 2008”, em <http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=56947778&DESTAQUESmodo=2> (acesso em 15/11/2010).

INSTITUTO NACIONAL PARA A REABILITAÇÃO, 2010, “Aplicação e implementação da CIF”, em <<http://www.inr.pt/content/1/54/aplicacao-implementacao-cif>> (acesso em 12/01/2011).

INSTITUTO NACIONAL PARA A REABILITAÇÃO, 2010, “CIF uma mudança de paradigma”, em <<http://www.inr.pt/content/1/52/cif-uma-mudanca-paradigma>> (acesso em 12/01/2011).

INSTITUTO NACIONAL PARA A REABILITAÇÃO, 2011, “Componentes da CIF”, em <<http://www.inr.pt/content/1/53/componentes-cif>> (acesso em 12/01/2011).

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2005, *International Classification for Nursing Practice – Version 1.0*. Genebra, International Council of Nurses.

JÄGER, Ludwig, 2009, “A Língua Cria o Mundo”, *Scientific American*.

JAN, Saira, 2010, “Patient Perspective, Complexities, and Challenges in Managed Care”, *J Manag Care Pharm.*, 16 (1-b): S22-S25.

JELSMA, Jennifer, 2009, “Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health: A literature survey”, *J Rehabil Med*, 41: 1–12.

JETTE, Alan, 2006, “Toward a common language for function, disability, and health”, *Phys Ther.*, 86: 726–734.

JEZEWSKI, Mary, 1990, “Culture brokering in migrant farm worker health care”, *Western Journal of Nursing Research*, 12 (4): 497–513.

JODELET, Denise, 2006, “Culture et pratiques de santé”, *Nouvelle Revue de Psychologie*, 1: 219-239.

JODELET, Denise, 2009 [1989], “Représentations sociales: un domaine en expansion”, em Denise Jodelet (dir.), *Les Représentations Sociales*. Paris, PUF, 47-78.

JOSÉ, José et al, 2002, *Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções*. Lisboa, ICS.

KALITZKUS, Vera e Peter MATTHIESSEN, 2009, “Narrative-Based Medicine: Potential, Pitfalls, and Practice”, *The Permanente Journal*, 13 (1): 80-6.

KARSENTI, Bruno, 1998, “Techniques du corps et normes sociales: de Mauss à Leroi-Gourhan”, *Intellectica*, 1-2 (26-27): 227-239.

KATON, Wayne e Arthur KLEINMAN, 1981, “Doctor-patient negotiation and other social science strategies in patient care”, em Leon Eisenberg e Arthur Kleinman (eds.), *The Relevance of Social Science for Medicine*, Dordrecht/Boston/Londres, D. Reidel Publishing Company, 253-279.

KIRMAYER, Laurence, 2009, “Cérebros, corpos e pessoas em movimento: a nova psiquiatria cultural e as ironias da globalização”, em Elsa Lechner (org.), *Migração, Saúde e Diversidade Cultural*. Lisboa, ICS, 63-83.

KLEINMAN, Arthur et al, 1978, “Culture, illness and care: Clinical lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research”, *Annals of Internal Medicine*, 88: 251-8.

KLEINMAN, Arthur, 1987, “Anthropology and psychiatry. The role of culture in cross-cultural research on illness”, *The British Journal of Psychiatry*, 151: 447-454.

KLEINMAN, Arthur, 1978, “Concepts and Model for Comparison of Medical Systems as Cultural Systems”, *Soc. Sci & Med*, 12: 85-93.

KLEINMAN, Arthur, 1998, “Experience and Its Moral Modes: Culture, Human conditions, and disorder”, em <http://www.tannerlectures.utah.edu/lectures/documents/Kleinman99.pdf> (acesso em 21/01/2011)

KLEINMAN, Arthur e Peter BENSON, 2006, “Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it”, *PLoS Med*, 3 (10): 1673-1676.

KUBERSKI, Philip, 1994, *Chaosmos – Literature, Science, and Theory*. Albany, State University of New York Press.

KUHN, Thomas, 1996 [1962], *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago, The University of Chicago Press.

KUKATHAS, Chandran, 2003, *The Liberal Archipelago: A Theory of Diversity and Freedom*. Oxford/Nova Iorque, Oxford University Press.

KUNZE, Nádia, 2009, “Recensão a Manicômios, Prisões e Conventos. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001”, *Revista HISTEDBR*, 33: 289-294.

KUPER, Adam (ed.), 1992, *Conceptualizing Society*. Londres/Nova Iorque, Routledge.

KUTEEV-MOREIRA, J. Paulo, 2006, “Qualidade em Saúde: Que cadeia de valor e impacto financeiro?”, em

<<http://www.jasfarma.pt/artigo.php?artigo=4&numero=92&publicacao=ms>> (acesso em 12/01/2011).

KYMLICKA, Will, 2004, “Culturally Responsive Policies”, em <hdr.undp.org/en/reports/global/.../hdr2004_will_kymlicka.pdf> (acesso em 13/12/2010).

KYMLICKA, Will, 2008, “États du multiculturalisme”, *Raison Publique*, 9: 31-45.

LAPANE, Kate et al, 2007, “Misperceptions of Patients vs Providers Regarding Medication-related Communication Issues”, *The American Journal Of Managed Care*, 13 (11): 613-618.

LAPLANTINE, François, 2009 [1989], “Anthropologie des systems de représentations de la maladie: de quelques recherches menées dans la France contemporaine réexaminées à la lumière d’une expérience brésilienne”, em Denise Jodelet (dir.), *Les Représentations Sociales*. Paris, PUF, 297-318.

LAPLANTINE, François, 1984, “Jalons pour une anthropologie des systèmes de représentations de la maladie et de la guérison dans les sociétés occidentales contemporaines”, *Histoire, économie et société*, 3 (4): 641-650.

LAPLANTINE, François, 1992 [1986], *Anthropologie de la maladie*. Paris, Payot.

LARSSON, Inga. et al, 2007, “Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study”, *Scand J Caring Sci*, 21: 313–320.

LASZLO, Janos, 1997, “Narrative Organisation of Social Representations”, *Papers on Social Representations*, 6 (2): 155-172.

LATOUR, Bruno, 1990, “Visualisation and Cognition: Drawing Things Together”, em Michael Lynch and Steve Woolgar (eds.), *Representation in Scientific Practice*. Cambridge, MIT Press, 19-68.

LATOUR, Bruno e Steve WOOLGAR, 1979, *Laboratory Life: the construction os scientific facts*. Londres, Sage Publications.

LATOUR, Bruno, 2001 [1994], *Le métier de chercheur: regard d’un anthropologue*. Paris, INRA.

LATOUR, Bruno, 1993, *We have never been modern*. Cambridge, Harvard University Press.

LAVAL, Christian, 1995, “Fiction et utilité chez Jeremy Bentham”, em <http://www.centrebentham.fr/Articles/Fiction_utilite.pdf> (acesso em 12/11/2010).

- LAVAL, Christian, 2006, “La chaîne invisible”, *Revue d'études benthamiennes*, em <<http://etudes-benthamiennes.revues.org/63>> (acesso em 12/11/2010).
- LAVAL, Christian, 1993, “Le «Sense of Interest» de Jeremy Bentham”, *Économies et Sociétés*, 12 (18): 147-169.
- LAVAL-JEANTET, Marion, 2005, “Approche thérapeutique de la prise d'iboga dans l'initiation au Bwiti vécue par les Occidentaux”, *Psychotropes*, 10 (3-4): 51-69.
- LEACH, Edmund, 1978 [1976], *Cultura e comunicação: a lógica pela qual os símbolos estão ligados*. Rio de Janeiro, Zahar.
- LE BRETON, David, 1995, *Anthropologie de la Douleur*. Paris, Métailié.
- LE BRETON, David, 1992, *La Sociologie du Corps*. Paris, PUF.
- LE GOFF, Jacques, 1997, *As Doenças têm História*. Lisboa, Terramar.
- LEAKEY, Richard, 2010, “Understanding humans: serendipity and anthropology”, em Mark de Rond e Iain Morley (ed.), *Serendipity: Fortune and the Prepared Mind*. Cambridge, Cambridge University Press, 27-44.
- LECHNER, Elsa (org.), 2009, *Migração, Saúde e Diversidade Cultural*. Lisboa, ICS.
- LEIGHTON, Alexander et al, 1957, *Explorations in Social Psychiatry*. Nova Iorque, Basic Books.
- LEININGER, Madeleine, (org.), 1994, *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, and Practices*. Columbus, Greyden Press.
- LEININGER, Madeleine, 2002, “Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices”, *J Transcult Nurs*, 13: 189-192.
- LEMKE, Thomas, 2000, “Foucault, Governmentality, and Critique”, em <<http://www.andosociology.net/resources/Foucault%2C+Governmentality%2C+and+Critique+IV-2.pdf>> (acesso em 01/09/2010).
- LEONARDI, Matilde et al, 2007, “Functioning and Disability in Ageing Population in Europe: what policy for which interventions?” em <<http://www.macrosgroup.it/turin2007/07-Leonardi.pdf>> (acesso em 09/09/2010).
- LEROI-GOURHAN, André, 1987, *Evolução e Técnicas: I – O Meio e as Técnicas*. Lisboa, Edições 70.

LEROY, Marie-Laure, 2006, “Jeremy Bentham, Chrestomathia”, *Revue d'études benthamiennes*, 1 (1), em <<http://etudes-benthamiennes.revues.org/170>> (acesso em 23/10/2010).

LÉVI-STRAUSS, Claude, 1982 [1949], *As estruturas elementares do parentesco*. Petrópolis, Vozes.

LEWIS, Gilbert, 1981, “Cultural influences on illness behavior: a medical anthropological approach”, em Leon Eisenberg e Arthur Kleinman (eds.), *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dordrecht/Boston/Londres, D. Reidel Publishing Company, 151-162.

LIPOWSKI, Zbigniew e Anne STEWART, 1973, “Illness as Subjective Experience”, *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 4 (2): 155-171.

LIPOWSKI, Zbigniew, 1970, “Physical illness, the individual, and the coping process”, *Psychiatry and Medicine*, 1: 90-102.

LIPOWSKI, Zbigniew, 1969, “Psychosocial Aspects of Disease”, *Ann Intern Med December*, 1 (71): 1197-1206.

LOCK, Margaret, 1993, “Cultivating the body: anthropology and epistemologies of bodily practice and knowledge”, *Annu. Rev. Anthropol.*, 22: 133-55.

LOPES, Felipe, 2009, “Bourdieu e Goffman: Um ensaio sobre os pontos comuns e as fissuras que unem e separam ambos os autores a partir da perspectiva do primeiro”, *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 9 (2): 389-407.

LOS, Maria, 2004, “The Technologies of Total Domination”, *Surveillance & Society*, 2 (1): 15-38.

LOUX, Françoise, 1981, *L'ogre et le dent*. Paris, Berger-Levrault.

LOWRY, Christopher, 2007, “Kymlicka’s Comprehensive Liberalism: Autonomy or Well-Being?”, em <http://www.christopherlowry.org/docs/conferences/2007_NASSP_Kymlicka's_Comprehensive_Liberalism.pdf> (acesso em 30/11/2010).

LUHMANN, Niklas, 1995 [1975], *Poder*. Barcelona, Anthropos.

LATIF, Lydia e Nazirah HASNAN, 2007, “The applications of International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) by World Health Organization (WHO)”, *JUMMEC*, 10 (2): 16-21.

- LYOTARD, Jean-François, 1999 [1954], *A Fenomenologia*. Lisboa, Edições 70.
- M'BOKOLO, Elikia, 2002 [2000], “Que democracia para o futuro?”, em *As Chaves do Século XXI*. Lisboa, Instituto Piaget, 337-355.
- MACDONALD, Marilyn, 2007, “Nurse–Patient Encounters: Constructing Harmony and Difficulty”, *Advanced Emergency Nursing Journal*, 29 (1): 73–81.
- MACHAQUEIRO, Mário, 2002, “Políticas da Identidade”, *Ethnologia*, 12-14: 337-354.
- MACHEREY, Pierre, 2009, *De Ganguilhem à Foucault – la force des normes*. Paris, La Fabrique.
- MAGALHÃES, Justino, 2006, “O Manual Escolar no Quadro da História Cultural: para uma historiografia do manual escolar em Portugal”, *Sísifo*, 1: 5-14.
- MANNHEIM, Karl, 1956 [1929], *Idéologie et utopie: Une introduction à la sociologie de la connaissance*. Paris, Librairie Marcel Rivière et Cie.
- MARCUM, James, 2008, “Perspectives in Biology and Medicine”, 51 (3): 392–405.
- MARCUSE, Herbert, 1948, “Existencialism: remarks on Jean-Paul Sartre’s *L’être et le Néant*”, *Philosophy and Phenomenological Research*, 8 (3): 309-336.
- MARKL, Hubert, 1983, *Biociências: O que podemos saber? O que devemos fazer? O que podemos esperar?*. São Paulo, Ed. Hucitec.
- MARKOVÁ, Ivana, 2000, “Ideas and their Development: A Dialogue between Serge Moscovici and Ivana Marková”, em Serge Moscovici, *Social Representations – explorations in social psychology*. Cambridge, Polity Press, 224-286.
- MARQUES, António, 1997, “Representação e Linguagem”, *Revista da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas*, 10: 13-24.
- MARQUES, Rui, 2003, *Políticas de gestão da diversidade étnico-cultural: Da assimilação ao multiculturalismo*. Lisboa, Observatório da Imigração.
- HILLIX, William e Melvin MARX, 1995 [1963], *Sistemas e Teorias em Psicologia*. São Paulo, Cultrix.
- MASLOW, Abraham, 1943, “A Theory of Human Motivation”, *Psychological Review*, 50: 370-396.
- MASSE, Raymond, 2000, “L’anthropologie au défi de l’éthique”, *Anthropologie et Sociétés*, 24 (2): 5-11.

- MASSE, Raymond, 2001, “La santé publique comme projet politique et projet individuel”, em Bernard Hours (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*. Paris, Les Éditions Karthala, 41-66.
- MASSE, Raymond, 2006, “Les sciences humaines et les enjeux contemporains de la santé”, em *Médecine et sciences humaines. Sciences humaines en médecine: formation et collaboration*. Actas do Colóquio de 4 de Maio de 2006, realizado na CHUV, Lausanne. Berna: Schweizerische Akademie der Geistes-und Sozialwissenschaften, 93-103.
- MATEUS, Augusto (Coord.), 2004, *A Economia Portuguesa e o alargamento da União Europeia*, em <www.qren.pt/download.php?id=117> (acesso em 22/01/2011).
- MATSUURA, Kōichirō, 2002 [2000], “Prefácio”, em *As Chaves do Século XXI*. Lisboa, Instituto Piaget.
- MAUSS, Marcel, 1936, “Sociologie et anthropologie: Les techniques du corps”, *Journal de Psychologie*, XXXII (3-4).
- MBEMBE, Achille, 2003, “Necropolitics”, *Public Culture*, 15 (1): 11–40.
- MCEWEN, Melanie e Evelyn WILLS, 2007, *Bases Teóricas para Enfermagem*. Porto Alegre, Artmed.
- MCKENNA, Hugh, 1997, *Nursing Theories and Models*. Nova Iorque, Routledge.
- MCKINLAY, John, 1981, “Social Network influences on morbid episodes and the career of help seeking”, em Leon Eisenberg e Arthur Kleinman (eds.), *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dordrecht/Boston/Londres, D. Reidel Publishing Company, 77-107.
- MCLUHAN, Marshall, 1962, *La galaxie Gutenberg*. Montréal, HMH.
- MCLUHAN, Marshall, 1967, *The Medium is the Massage: An Inventory of Effects*. Londres, Penguin Books.
- MECHANIC, David, 1972, “Sociology and Public Health: Perspectives for Application”, *Am J Public Health*, 62 (2): 146-151.
- MEILLASSOUX, Claude, 1976 [1975], *Mulheres, celeiros e capitais*. Porto, Afrontamento.
- MELEIS, Afaf, 2007, *Theoretical nursing: development and progress*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- MERLEAU-PONTY, Maurice, 2003 [1948], *Palestras*. Lisboa, Edições 70.

- MERTON, Robert e Elinor BARBER, 2004, *The Travels and Adventures in Serendipity: A Study in Sociological Semantics and the Sociology of Science*. Princeton, Princeton University Press.
- MINISTÉRIO DAS FINANÇAS E DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, 2009, “Grandes Opções do Plano 2009”, em <<http://www.parlamento.pt/OrcamentoEstado/Documents/gop/gop2009.pdf>> (acesso em 24/02/2010).
- MORIN, Edgar, 2002 [2000], “Reforma do pensamento e da educação do século XXI”, em *As Chaves do Século XXI*. Lisboa, Instituto Piaget, 287-291.
- MORLEY, Peter e Roy WALLIS, 1978, *Culture and Curing: Anthropological Perspectives on Traditional Medical Beliefs and Practices*. Pittsburgh, University of Pittsburgh Press.
- MORRIS, David, 2000, *Doença e Cultura na Era Pós-moderna*. Lisboa, Instituto Piaget.
- MOSCOVICI, Serge, 1986, "L'ère des représentations sociales", em Willem Doise e Augusto Palmonari (dir.), *L'étude des représentations sociales*. Neuchâtel-Paris, Delachaux et Niestlé, 34-80.
- MOSCOVICI, Serge, 1976 [1961], *La Psychanalyse: son image et son public*. Paris, PUF.
- MOSCOVICI, Serge, 2005 [1969], “Préface”, em Claudine Herzlich, *Santé et Maladie – Analyse d'une représentation sociale*. Paris, Éditions de l'EHESS, 7-12.
- MOSCOVICI, Serge, 2000, *Social Representations – explorations in social psychology*. Cambridge, Polity Press.
- MOURA, Maria, 2002, “Identidades/desidentidades: um diálogo civilizado com a “louca da casa”, *Ethnologia*, 12-14: 357-363.
- MUELLER, Martin et al, 2008, “Identification of ICF categories relevant for nursing in the situation of acute and early post-acute rehabilitation”, *BMC Nursing*, 7 (3): 1-8.
- MUSSI, Fernanda, 2005, “Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem”, *Acta Paul Enferm*, 18 (1): 72-81.
- NIETZSCHE, Friedrich, 2000 [1881-1887], *A Gaia Ciência*. Lisboa, Guimarães Editores.
- NIETZSCHE, Friedrich, 1962 [1872], *Philosophy in the Tragic Age of the Greeks*. Chicago, Regnery.
- NORDENFELT, Lennart, 1987, *On the nature of health – an actiontheoretic approach*. Nova Iorque, Kluwer Academic Publishers.

NORDENFELT, Lennart, 2007, “Understanding the concept of health”, em <<http://www.fil.lu.se/HommageaWlodek/site/papper/NordenfeltLennart.pdf>> (acesso em 12/12/2010).

OGDEN, Charles, 1932, *Bentham's Theory of Fictions*. Londres, Kegan Paul.

OLIVEIRA, Ana et al, 2005, *A Mediação Sócio-Cultural: Um Puzzle em Construção*. Lisboa, ACIME.

OLIVER, Kelly, 2007, “Stopping the Anthropological Machine: Agamben with Heidegger and Merleau-Ponty”, *PhaenEx*, 2 (2): 1-23.

OE, 2009, “Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro (RNCCI)”, em <<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RNCCI - v.FINAL Referencial do Enfermeiro - Abril 2009.pdf>> (acesso em 12/01/2011).

OE, 2010, “Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®”, em <<http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Paginas/ClassificacaoInternacionalPraticaEnfermagem.aspx>> (acesso em 12/01/2011).

OE, 2003, “Competências do enfermeiro de cuidados gerais”, em <www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf> (acesso em 12/01/2011).

OE, 2006, “Entrevista à Dr.^a Carmen Pignatelli, Secretária de Estado Adjunta e da Saúde”, em <www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/24C1504C.../0/Roe21_Ministério.pdf> (acesso em 12/01/2011).

OE, 2009, “Linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE: Programa da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Ordem dos Enfermeiros”, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf> (acesso em 12/01/2011).

OE, 2007, “Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde”, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf> (acesso em 12/01/2011).

OMS/DGS, 2004, *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa, Ministério da Saúde.

OMS/DGS, 2003, *CIF-Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde Classificação Detalhada com definições: Todas as categorias com as suas definições, inclusões e exclusões*. Lisboa, Ministério da Saúde.

OMS/DGS, 2004, *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa, Ministério da Saúde.

ORIÁ, Mônica et al, 2007, “Sunrise model: análise a partir da perspectiva de Afaf Meleis, R *Enferm UERJ*, 15 (1): 130-5.

PAUL, Benjamin (ed.), 1955, *Health, culture and community: Case Studies of Public Reactions to Health Programs*. Nova Iorque, The Russell Sage Foundation.

PAUL, Benjamin, 1958, “The Role of Beliefs and Customs in Sanitation Programs”, *Sanitation Programs*, 48 (11): 1502-1506.

PENNINX, Rinus e Marco MARTINIELLO, 2010, “Processos e políticas (locais) de integração: Estado do conhecimento e ilações”, em Maria Marques (coord.), *Estado-Nação e Migrações Internacionais*. Lisboa, Livros Horizonte, 127-159.

PENZ, Kelly e Sandra BASSENDOWSKI, 2006, “Evidence-Based Nursing in Clinical Practice: Implications for Nurse Educators”, *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 37 (6): 250-254.

PESSINI, Leo, 2007, “Bioética e cuidado do bem-estar humano: ética, humanização e vocação como desafio para os profissionais da saúde”, em <<http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/BIOET009.pdf>> (acesso em 23/11/2010).

PIFFERLING, John-Henry, 1981, “A cultural prescription for medicocentrism”, em Leon Eisenberg e Arthur Kleinman (eds.), *The Relevance of Social Science for Medicine*, Dordrecht/Boston/Londres, D. Reidel Publishing Company, 197-222.

PIERRE-EVRARD, Clette, 2001 [1996], “Prática e ética dos cuidados de enfermagem”, em *A saúde face aos Direitos do Homem, à ética e às normas*. Lisboa, Instituto Piaget, 45-50.

PIERRET, Janine, 2003, “The illness experience: state of knowledge and perspectives for research”, *Sociology of Health & Illness*, 25: 4-22.

- PIKE, Kenneth, 2003, “Reminiscences by Pike on Early American Anthropological Linguistics”, em Mary Wise et al (eds.), *Language and life: essays in memory of Kenneth L. Pike*. Dallas, SIL International and University of Texas at Arlington, 31-54.
- PIKE, Kenneth, 1967, *Language in Relation to a Unified Theory of the Structure of Human Behavior*. The Hague/Paris, Mouton.
- PIRBHAI, Adnan, 2003, “Communication in the Clinical Encounter: Dealing with the Disparities”, *Einstein J. Biol. Med.*, 20: 19-22.
- PLAKE, Kimberly, 2003, “A Course on Chronic Illness: Learning the Patient’s Perspective”, *American Journal of Pharmaceutical Education*, 67 (1): 31-42.
- POLUKHIN, Elena, 2007, “Culturally sensitive care”, *Minnesota Physician*, XX, 11: 1-3.
- PORTER, Michael, 1996, “What is Strategy?”, *Harvard Business Review*, Novembro-Dezembro: 61-78.
- PORTER, Michael, 1986, *Competition in Global Industries*. Boston, Harvard Business School Press.
- PORTER, Michael, 1998 [1985], *Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*. Nova Iorque, The Free Press.
- POTTER, Jonathan, 1996, *Representing Reality – Discourse, Rhetoric and Social Construction*. Londres/Thousand Oaks/Nova Deli, Sage Publications.
- PUSSETTI, Chiara, 2009, “Psicologias indígenas: da antropologia das emoções à etnopsiquiatria”, em Elsa Lechner (org.), *Migração, Saúde e Diversidade Cultural*. Lisboa, ICS, 85-119.
- RABINOW, Paul, 2009, “Foucault’s Untimely Struggle: Toward a Form of Spirituality”, *Theory Culture Society*, 26 (6): 25-44.
- RABINOW, Paul e Nikolas ROSE, 2003, “Foucault today”, em Paul Rabinow e Nikolas Rose (ed.), *The essential Foucault: selections from the essential works of Foucault, 1954-1984*. Nova Iorque, New Press, 2003, vii – xxxv.
- RAMOS, Natália, 2001, “Comunicação, cultura e interculturalidade: para uma comunicação intercultural”, *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 35 (2): 155-178.
- RAMOS, Natália, 2008, “Multiculturalidade e Comunicação em Saúde”, em AAVV. *Multiculturalidade, Perspectivas da Enfermagem, Contributos para Melhor Cuidar*. Lisboa, LusoCiência, 67-81.

- RATTAN, Raj, 2002, “Clinical Governance”, em Raj Rattan et al, *Clinical governance in general dental practice*. Oxford, Radcliffe Publishing Ltd, 16-27.
- REVEYRAND, Odile, 1983, “Étiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles”, *Chronique Scientifique*: 144-148.
- RILES, Annelise, 2010, “Is the Law Hopeful?” em <http://scholarship.law.cornell.edu/clsops_papers/68> (acesso em 04/01/2011).
- RIVERS, William e Elliot SMITH, 2003 [1924], *Medicine, Magic and Religion: The FitzPatrick lectures Delivered Before the Royal College of Physicians of London 1915 and 1916*. Londres, Routledge.
- ROCHA, Acílio, 2005, *Sartre e Foucault: Da linguagem à experiência radical, ou as aporias de um debate*. Lisboa, Universidade Nova de Lisboa.
- ROCHA-TRINDADE, Maria, 2003, “A realidade da imigração em Portugal”, em *A Realidade da Imigração em Portugal* (Actas do I Congresso sobre Imigração). Lisboa, ACIME, pp. 171-198.
- ROCHA-TRINDADE, Maria, 1995, *Sociologia das Migrações*. Lisboa, Universidade Aberta.
- RODRIGUES, Elisabete, 2008, “Há técnicos do Ministério da Saúde que ainda não perceberam filosofia dos cuidados continuados”, em <<http://www.barlavento.pt/index.php/noticia?id=20963&tnid=8>> (acesso em 12/01/2011).
- ROOSENS, Eugeen, 2002, “The Reuniting of the Wendat Nation. Globalisation, localization and cultural hybridization”, *Ethnologia*, 12-14: 99-110.
- ROPER, Nancy et al, 2001 [1980], *O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney*. Lisboa, Climepsi Editores.
- ROSSI, Ilario, 1999, “Société en mouvement, soins en mutation”, *L'Écrit*, 20: 1-12.
- RUBEL, Arthur, 1964, "The Epidemiology of a Folk Illness: Susto in Hispanic America", *Ethnology*, 3 (3): 268–283.
- RUBEL, Arthur e Carmelle MOORE, 2001, “The Contribution of Medical Anthropology to a Comparative Study of Culture: Susto and Tuberculosis”, *Medical Anthropology Quarterly*, 15 (4): 440–454.
- RUBEL, Arthur, 1984, *Susto, a folk illness*. Berkeley/Los Angeles, University of California Press.

- RUMELHARD, Guy, 1998, “Santé et pouvoir de rétablissement – Concept populaire, concept scientifique, concept socio-politique: une analyse en vue d’une éducation”, *Aster*, 27: 125-143.
- SACKS, Oliver, 2000 [1984], *Perna para que te quero*. Lisboa, Relógio d’Água.
- SAILLANT, Francine e Eric GAGNON, 1999, “Vers une anthropologie des soins?”, *Anthropologie et Sociétés*, 23 (2): 5-14.
- SCML, 2005, *Manual de Gestão da Qualidade para Cuidados Continuados Intergrados: I. Manual da Qualidade Tipo / II. Manual de Instrumentos*, Projecto Qual_Idade 2005, em <www.ipq.pt/backfiles/MGQ_UCCI.pdf> (acesso em 23/10/2010).
- SARTRE, Jean-Paul, 1999 [1943], *L’être et le Néant*. Paris, Gallimard.
- SAVIDAN, Patrick, 2010 [2009], *O Multiculturalismo*. Mem Martins, Publicações Europa-América.
- SCALLY, Gabriel e Liam DONALDSON, 1998, “Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England”, *BMJ*, 317: 61–65.
- SCHEPER-HUGHES, Nancy, 2002, “Disease or deception: Munchausen by Proxy as a weapon of the weak”, *Anthropology & Medicine*, 9 (2): 153-173.
- SCHEPER-HUGHES, Nancy, 1995, “The Primacy of the Ethical: Propositions for a Militant Anthropology”, *Current Anthropology*, 36 (3): 409-440.
- SCHEPER-HUGHES, Nancy e Margaret LOCK, 1987, “The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology”, *Medical Anthropology Quarterly*, 1 (1): 6 – 41.
- SCHUR, Edwin, 1971, *Labeling deviant behavior - its sociological implications*. Nova Iorque, Harper & Row.
- SEARLE, John, 1996 [1995], *The Construction of Social Reality*. Londres, Penguin Books.
- SEATON, Lesley, 2010, *Cultural Care in Nursing: a Critical Analysis*, em <<http://utsescholarship.lib.uts.edu.au/dspace/bitstream/handle/2100/1130/02Whole.pdf?sequence=4>> (acesso em 04/01/2011).
- SELYE, Hans, 1936, “A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents,” *Nature*, 138: 32.

- SELYE, Hans, 1946, “The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation”, *Journal of Clinical Endocrinology*, 6: 117-231.
- SELYE, Hans, 1973, “Homeostasis and Heterostatis”, em <http://general.utpb.edu/FAC/eldridge_j/KINE6362/ancillaryfiles/homeostasisandheterostasis.pdf> (acesso em 06/08/2009).
- SEMIN, Gun, 2009 [1989], “Prototypes et représentations sociales”, em Denise Jodelet (dir.), *Les Représentations Sociales*. Paris, PUF, 259-271.
- SEQUEIRA, Carlos, 2007, *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra, Quarteto Editora.
- SETTON, Maria, 2002, “A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea”, *Revista Brasileira de Educação*, 20: 60-70.
- SEVERO, Cristine, 2004, “Linguagem e sociedade: algumas reflexões sobre determinismo”, *Working Papers em Lingüística*, 8: 127-140.
- SHAVER, Kelly, 1975, *An Introduction to attribution processes*. Cambridge, Winthrop Publishers, Inc.
- SHWEDER, Richard, 1997, “A Rebelião Romântica da antropologia contra o Iluminismo, ou de como há mais coisas no pensamento para além da razão e da evidência”, *Educação, Sociedade & Culturas*, 8: 135-188.
- SILVA, Margarida e João GRAVETO, 2008, “Modelo Conceptual Versus “Modelo Oculto” para a (na) Prática da Enfermagem”, *Pensar Enfermagem*, 12 (2): 67-70.
- SIMARD, Noel, 1996, “Dilemmes éthiques des soins aux personnes âgées”, *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 2 (2): 38-57.
- SINGY, Pascal, 2003, “Santé et migration: Traduction idéale ou idéal de traduction?”, *La linguistique*, 1 (39): 135-150.
- SLIWA James et al, 2002, “Rehabilitation-specific communication skills training: Improving the physician-patient relationship”, *Am J Phys Med Rehabil*, 81: 126–132.
- SMITH, Lindsay e Denise HARRIS, 1999, “Clinical governance — a new label for old ingredients: quality or quantity?”, *British Journal of General Practice*: 339-340.
- SMITH, Robert e Ruth HOPPE, 1991, “The Patient's Story: Integrating the Patient and Physician-centered Approaches to Interviewing” *Annals of Internal Medicine*, 115: 470-477.

- SOSSO, Maurice e Fred EBOKO, 2002, “L’Éthique médicale comparée: Universalité et Africanité”, *Face à Face*, 4: 37-44.
- SOURNIA, Jean-Charles, 1997, “O Homem e a doença”, em Jacques Le Goff, *As doenças têm história*. Lisboa, Terramar, 359-361.
- SOUSA, José, 2006, *Os imigrantes ucranianos em Portugal e os cuidados de saúde*. Lisboa, ACIME.
- SOUSA, Maria, 2010, “Mensagem de abertura”, *Enfermeiros*, 33: 22-27.
- SPERBER, Dan, 2009 [1989], “L’étude anthropologique des représentations: problèmes et perspectives”, em Denise Jodelet (dir.), *Les Représentations Sociales*. Paris, PUF, 133-148.
- SPERBER, Dan, 1974, *O simbolismo em geral*. São. Paulo, Editora Cultrix.
- SROUR, Robert, 1998, *Poder, cultura e ética nas organizações*. Rio de Janeiro, Elsevier.
- STAMM, Tanja, 2005, Conceptualising the patient perspective of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), em <http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=975677217&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=975677217.pdf> (acesso em 07/01/2011).
- STANKOS, Mary e Benyamin SCHWARZ, 2007, “Evidence-Based Design in Healthcare: A Theoretical Dilemma”, *Interdisciplinary Design and Research e-Journal*, 1 (1): 1-15.
- STOECKLE, John e Arthur BARSKY, 1981, “Attributions: uses of social science knowledge in the “Doctoring of primary care”, em Leon Eisenberg e Arthur Kleinman (eds.), *The Relevance of Social Science for Medicine*, Dordrecht/Boston/Londres, D. Reidel Publishing Company, 223-240.
- STRAUSS, Anselm, 1992, *La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris, Éditions de l’Harmattan.
- STUCKI, Gerold e Alarcos CIEZA, 2008, “The International Classification of Functioning Disability and Health in physical and rehabilitation medicine”, *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 44: 299-302.
- STUCKI, Gerold et al, 2002, “Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice”, *Disability & Rehabilitation*, 24 (5): 281-282.
- SUSSER, Mervyn, 1974, “Ethical components in the definition of health”, *Int J Health Serv.*, 4 (3): 539–548.

- SUSSER, Mervyn, 1990, "Disease, illness, sickness; impairment, disability and handicap", *Psychological Medicine*, 20: 471-473.
- SZASZ, Thomas, 2006, "Secular humanism and "scientific psychiatry"", *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 1: 5.
- SZCZESNIAK, Konrad, 2005, "O retorno da hipótese de Sapir-Whorf", *Ciência Hoje*, 36 (214): 63-65.
- TAMBIAH, Stanley, 1990, "Multiple orderings of reality: the debate initiated by Lévy-Bruhl", em *Magic, science, religion, and the scope of rationality*. Cambridge, Cambridge University Press, 84-110.
- TAYLOR, Charles, 1998 [1994], *Multiculturalismo*. Lisboa, Instituto Piaget.
- TAYLOR, Ross, 1999, "Partnerships or power struggles? The 'Crown' review of prescribing", *British Journal of General Practice*: 340-341.
- TERENZI, Paolo, 2008, "Relación social y realismo crítico en la obra de Pierpaolo Donati", *RES*, 10: 39-52.
- TTTIEV, Mischa, 1979 [1963], *Introdução à Antropologia Cultural*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- TOCK, Rebacca, 2010, "The Value of Disease, Illness, and Symptoms", *Emergent Australasian Philosophers*, 3: 1-16.
- TODOROV, Tzvetan, 1988, "Le Projet Universaliste", *Anthropologie et Sociétés*, 12 (1): 5-11.
- TOKUNAGA, Akio, 2008, "The attempt of the practical application of International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) as a tool for collaboration among various professionals: A perspective on its applicability to "individualized educational support plan", *NISE Bulletin*, 9: 1-25.
- TORPEY, John, 1998, "Aller et venir: le monopole étatique des "moyens légitimes de circulation" ", *Cultures & Conflits*, 31-32: 2-24.
- TORPY, Janet et al, 2006, "Evidence-Based Medicine", *JAMA*, 296 (9): 1192.
- TORSVIK, Malvin e Marianne HEDLUND, 2008, "Cultural encounters in reflective dialogue about nursing care: a qualitative study", *Journal of Advanced Nursing*, 63 (4): 389-396.
- TREMBLAY, Marc-Adélar, 1982, "L'anthropologie de la santé en tant que représentation", em Fernand Dumont e Yves Martin (dir.), *Imaginaire social et représentations*

collectives. Mélanges offerts à Jean-Charles Falardeau. Québec, Les Presses de l'Université Laval, 253-273.

TREMBLAY, Marc-Adélar, 1983, “La santé en tant que phénomène global”, em Purushottam Joshi e Gaston-René de Grâce (dir.), *Conceptions contemporaines de la santé mentale.* Montréal, Décarie Éditeur, 49-89.

TURNER, Bryan, 1992, *Regulating bodies: essays in medical sociology.* Nova Iorque, Routledge.

TURNER, Victor, 1979, “Frame, Flow and Reflection: Ritual and Drama as Public Liminality”, *Japanese Journal of Religious Studies*, 6 (4): 465-499.

TURNER, Victor, 1975, “Symbolic Studies”, *Annual Review of Anthropology*, 4: 145-161.

TURNER, Victor, 1987, *The Anthropology of Performance.* Nova Iorque, PAJ Publications.

TURNER, Victor e Edward BRUNER (eds.), 1986, *The anthropology of Experience.* Urbana/Chicago, University of Illinois Press.

TURNER, Victor, 1969, *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure.* Chicago, Aldine Publishing.

TUSSEAU, Guillaume, 2002, “Jeremy Bentham et les Droits de l’Homme: Un Réexamen”, *Rev. trim. dr. h.:* 407-431.

TWADDLE, Andrew, 1981, “Sickness and the sickness career: some implications”, em Leon Eisenberg e Arthur Kleinman (eds.), *The Relevance of Social Science for Medicine,* Dordrecht/Boston/Londres, D. Reidel Publishing Company, 111-133.

UNESCO, 2005, *Convention sur la Protection et la Promotion de la Diversité des Expressions Culturelles.* Paris, UNESCO.

UNESCO, 2002, *Déclaration Universelle de l’UNESCO sur la Diversité Culturelle.* Paris, UNESCO.

UMCCI, 2009, “Cuidados Continuados: Política e Estratégia da Qualidade”, em <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/RNCCI.PoliticaEstrategiaQualidade_Mar2009.pdf> (acesso em 03/12/2010).

UMCCI, 2009, “Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), em <www.rncci.min-saude.pt> (acesso em 03/12/2010).

- VALA, Jorge, 1986b, “Sobre as representações sociais – para uma epistemologia do senso comum”, *Cadernos de Ciências Sociais*, 4: 5-30.
- VAN GENNEP, Arnold, 1909, *Les rites de passage*. Paris, Nourry.
- VANDENBERGHE, Frédéric, 1999, "The Real is Relational": An Epistemological Analysis of Pierre Bourdieu's Generative Structuralism”, *Sociological Theory*, 17 (1): 32-67.
- VASHEM, Yad, [s/d], “Muselmann”, em <http://www1.yadvashem.org/odot_pdf/Microsoft%20Word%20-%206474.pdf> (acesso em 22/12/2010).
- VERMEULEN, Hans, 2002, “The Concept of Ethnicity Illustrated with Examples from the Geographical Region of Macedonia”, *Ethnologia*, 12-14: 81-98.
- VIEIRA, António B., 1995, *Ensaio sobre a evolução do homem e da linguagem*. Lisboa, Fim de Século.
- VIGNAUX, Georges, 1995, *As Ciências Cognitivas*. Lisboa, Instituto Piaget.
- VON BERTALANFFY, Ludwig, 1950, “The Theory of Open Systems in Physics and Biology”, *Science*, 111 (2872): 23-29.
- WACQUANT, Loïc, 2004, “Esclarecer o Habitus”, *Revista Sociologia*, 14: 35-41.
- WARREN, Judith e Amy COENEN, 1998, “International Classification for Nursing Practice (ICNP): Most-frequently Asked Questions”, *JAMIA*, 5: 335–336.
- WATSON, Jean, 2006, “Caring Theory as an Ethical Guide to Administrative and Clinical Practices”, *JONA'S Healthcare Law, Ethics, and Regulation*, 8 (3): 87-93.
- WATSON, Jean, 2007 [1988], *Nursing – Human Science and Human Care: A Theory of Nursing*. Sudbury, Jones and Bartlett Publishers.
- WATZLAWICK, Paul et al, 1993, *Pragmática da Comunicação Humana*. São Paulo, Cultrix.
- WATZLAWICK, Paul, 1991 [1977], *A realidade é real?* Lisboa, Relógio d'Água.
- WAXLER, Nancy, 1981, “The Social Labeling Perspective on Illness and Medical Practice”, em Leon Eisenberg e Arthur Kleinman (eds.), *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dordrecht/Boston/Londres, D. Reidel Publishing Company, 283-306.
- WEINSTEIN, Raymond, 1982, “Goffman's Asylums and the Social Situation of Mental Patients”, *Orthomolecular Psychiatry*, 11 (4), 267-274.

- WHORF, Benjamin, 1988, “Language, Thought, and Reality”, em Lee Bowie et al (ed.), *Twenty Questions: An Introduction to Philosophy*. Nova Iorque, Harcourt.
- WITTGENSTEIN, Ludwig, 1968 [1921], *Tractatus Logico-Philosophicus*. São Paulo, Companhia Editora Nacional.
- WOLTON, Dominique, 2004 [2003], *A Outra Globalização*. Lisboa, Difel.
- WOOLF, Steven, 1999, “The Need for Perspective in Evidence-Based Medicine”, *JAMA*, 282 (24): 2358-2365.
- XAVIER, Roseane, 2002, “Representação social e ideologia: conceitos intercambiáveis?” *Psicologia & Sociedade*, 14 (2): 18-47.
- YOUNG, Robert, 2007 [1996], “The Idea of a Chrestomathic University”, em *Torn Halves: Political Conflict in Literary and Cultural Theory*. Manchester, Manchester University Press, 184-221.
- ZIMMERMANN, Francis, 2000, “L’Inhumanité de la Bioéthique dans l’Espace Public Français”, *Anthropologie et Sociétés*, 24 (2): 57-72.
- ŽIŽEK, Slavoj, 2006 [2002], *Bem-Vindo ao Deserto do Real*. Lisboa, Relógio d’Água.
- ŽIŽEK, Slavoj, 2006 [2004], *Elogio da Intolerância*. Lisboa, Relógio d’Água.
- ŽIŽEK, Slavoj, 2009, *First as Tragedy, Then as Farse*. Londres/Nova Iorque, Verso.
- ŽIŽEK, Slavoj, 2010, *Living in The End Times*. Londres/Nova Iorque, Verso.
- ZOLA, Irving, 1963, “Problems of Communication, Diagnosis, and Patient Care: The Interplay of Patient, Physician and Clinic Organization”, *Journal of Medical Education*, 38: 829-838.

LISTA DE FIGURAS

Ilustração 1 – Fluxo de referenciação das unidades da RNCCI	61
Ilustração 2 – Organograma da UCCI-SCMP	86
Ilustração 3 – Planta da UCCI	92
Ilustração 4 – Actividades do enfermeiro no dia-a-dia na UCCI-SCMP.....	152
Ilustração 5 – Agentes envolvidos nas actividades do enfermeiro	155
Ilustração 6 – Elementos de referência na actividade do enfermeiro	157
Ilustração 7 – Categorias nucleares da representação da enfermagem na UCCI-SCMP.....	158
Ilustração 8 – Categorias referidas com mais frequência pelos enfermeiros para representar a saúde	177
Ilustração 9 – Categorias referidas com mais frequência para representar a doença.....	189
Ilustração 10 – Categorias referidas com mais frequência para explicar as causas da doença..	200
Ilustração 11 – Categorias referidas com mais frequência para descrever as atitudes pessoais perante a doença.....	212
Ilustração 12 – Oposição estrutural dos juízos explicativos das críticas dos doentes	233
Ilustração 13 – Síntese do modelo explicativo da saúde e da doença	241
Ilustração 14 – Taxonomia hierarquizada das preocupações dos enfermeiros.....	274
Ilustração 15 – Estrutura dos cuidados de enfermagem na UCCI-SCMP	276

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Grandes teorias de enfermagem e representações da saúde e da doença	52
Tabela 1 (cont.).....	53
Tabela 2 – Métodos e técnicas utilizados para cumprir os objectivos do projecto.....	71
Tabela 3 – Categorização do problema de estudo	72
Tabela 4 – Adaptação da lista de descritores do sistema sócio-técnico às categorias de análise.....	74
Tabela 5 – Adaptação das perguntas da entrevista às categorias de análise	75
Tabela 6 – Matriz da análise de concordância dos conteúdos das entrevistas	77
Tabela 7 – Matriz da análise categorial quantitativa do conteúdo das entrevistas.....	78
Tabela 8 – Actividades de enfermagem e intermutabilidade com as tarefas dos auxiliares	115
Tabela 9 – Definições de saúde e respectivas justificações.....	175
Tabela 10 – Definições de doença e respectivas justificações.....	188
Tabela 11 – Expectativas dos enfermeiros em relação aos procedimentos que executam e padrão das respostas	226
Tabela 12 – Críticas aos procedimentos e respectivas razões	231
Tabela 13 – Análise categorial quantitativa do conteúdo total das entrevistas	272

APÊNDICE 1 – AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO PROJECTO



Exmo. Senhor:
Dr. José Carlos Pinto da Costa
Largo da Republica nº 29

8300-111 Silves

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência
3519/HMP/JA-MB

Data
03/12/2007

Assunto: Tese de doutoramento

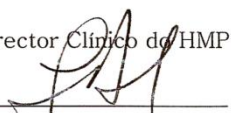
Exmo. Senhor:

Venho, por este meio, manifestar a concordância do Hospital da Misericórdia de Portimão com o pedido de apoio à investigação para realização de tese de doutoramento.

Pode contar com toda a colaboração que necessitar por parte da instituição, bem como com o meu empenho pessoal em todas as questões que entender como necessário.

Com os melhores cumprimentos,

Director Clínico do HMP



(Dr. João Amado)

APÊNDICE 2 – GRELHA DE REGISTO DE DADOS DA OBSERVAÇÃO

...ª SESSÃO		
DIA:	HORA INÍCIO:	HORA TÉRMINO:
LOCAL:		
PARTICIPANTES PRINCIPAIS:		
NOTAS SUBSTANTIVAS Duração (...)		
NOTAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS		

APÊNDICE 3 – LISTA DE DESCRITORES DO CONTEXTO INSTITUCIONAL

Descritores / Categorias	Questões / Subcategorias	
1. Estrutura física		
1.1. Lotação da Unidade	1. Qual a lotação da Unidade?	
1.2. Espaços e funcionalidades	2. Quais são os espaços da Unidade e quais as suas funcionalidades?	
2. Recursos humanos		
1.1. Enfermeiros	2. Quantos Enfermeiros trabalham na Unidade?	
2.1. Médicos	3. Quantos Médicos trabalham na Unidade?	
3.1. Auxiliares da Acção Médica	4. Quantos Auxiliares da Acção Médica trabalham na Unidade?	
4.1. Fisioterapeutas	5. Quantos Fisioterapeutas trabalham na Unidade?	
5.1. Terapeuta da Fala	6. Qual a importância da Terapeuta da Fala para a reabilitação dos pacientes?	
6.1. Psicóloga	7. Qual a importância da Psicóloga para a reabilitação dos pacientes?	
7.1. Assistente Social	8. Qual a importância da Assistente Social para a reabilitação dos pacientes?	
8.1. Animadora sócio-cultural	9. Qual a importância da Animadora sócio-cultural para a reabilitação dos pacientes?	
3. Organização e funcionamento da Unidade		
3.1. Admissão, transferência e óbito	11. Quais os procedimentos a seguir nos momentos da admissão, transferência e óbito?	
3.2. Visitas	12. Qual o horários das visitas e seu regime?	
3.3. Alimentação	13. Como se organiza a alimentação dos pacientes?	
3.4. Reposição de material de consumo clínico, farmacêutico e esterilização	14. Como se faz a reposição de material de consumo clínico e farmacêutico e a esterilização?	
3.5. Circuitos de roupa e lixos	3.5.1. Roupa limpa	15. Qual o circuito percorrido pela roupa limpa?
	3.5.2. Roupa suja	16. Qual o circuito percorrido pela roupa suja?
	3.5.3. Lixos	17. Qual o circuito percorrido pelos lixos?
4. Organização do serviço de enfermagem		
4.1. Organização dos cuidados	18. Como se organiza a terapêutica?	
4.2. Terapêutica		
4.3. Utilização / manutenção do carro de unidose	19. Como se utiliza/mantém o carro de unidose?	
4.4. Registos de enfermagem	20. Como se processam os registos de enfermagem? Quais os parâmetros de registo?	
4.5. Classificação da carga de trabalho de enfermagem	21. Como se classifica a carga de trabalho de enfermagem?	
5. Principais funções dos enfermeiros		
5.1. Enfermeiros	22. Quais são as principais funções dos enfermeiros?	
5.2. Enfermeiro Coordenador	23. Quais são as principais funções do Enfermeiro Coordenador?	
6. Protocolos em vigor na Unidade		
6.1. Protocolos	24. Quais são os protocolos clínicos em vigor na unidade?	

APÊNDICE 4 – GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-DIRECTIVA REALIZADA AOS ENFERMEIROS

1. O que pensa que é a saúde?
2. O que pensa que é a doença?
3. Segundo a sua perspectiva, o que é que causa as doenças?
4. O que receia mais sobre a doença?
5. Que tipos de doenças teme mais?
6. No seu curso deve ter aprendido alguns modelos teóricos de cuidado. Há algum que inspire a sua prática diária?
7. Que resultados espera obter com os procedimentos terapêuticos que executa?
8. Pensa que as suas práticas terapêuticas são criticadas pelos doentes?
9. Considera que as suas acções vão de encontro às expectativas dos doentes?
10. Como acha que os doentes estrangeiros a vêem?
11. Recebe sugestões de tratamento por parte dos doentes?
12. Como é que se obtém o consentimento informado de um doente estrangeiro?
13. Como pensa contribuir para melhorar a comunicação com os doentes de outras origens nacionais?
14. Tem dificuldades em relacionar-se com doentes que não falem português?

APÊNDICE 5 – ENTREVISTAS DIRECTIVAS

Entrevista à Assistente Social

Objectivo: Perceber a actividade do Assistente Social na SCMP-UCCI, no âmbito do Apoio Integrado

1. O Decreto-Lei n.º 101/2006 refere que o diagnóstico da situação de dependência constitui o suporte da definição dos planos individuais de intervenção, obedecendo a um instrumento único de avaliação da dependência, a definir por despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Esse instrumento de avaliação já é conhecido? Se sim, está, de algum modo, condizente com as recomendações da OMS, nomeadamente, com o seu modelo de classificação da incapacidade (CIF)?
2. O modelo da CIF não poderia ser adoptado para classificar o grau de incapacidade das pessoas? Por favor, justifique.
3. O Decreto-Lei n.º 101/2006 define a integração de cuidados como *a conjugação das intervenções de saúde e de apoio social, assente numa avaliação e planeamento de intervenção conjuntos*. Como é que o Assistente Social contribui para avaliar e planear a intervenção de saúde?
4. A mesma fonte refere que *os cuidados continuados integrados (...) assentam nos paradigmas da recuperação global e da manutenção, entendidos como o processo activo e contínuo* e que incluem a *reabilitação, a readaptação e a reintegração* da pessoa dependente. O Assistente Social intervém a estes três níveis, ou salienta-se em algum? Por favor, descreva o modo como o Assistente Social intervém neste contexto dos cuidados continuados integrados.

5. Ainda no mesmo Decreto, refere-se que os princípios que suportam a RNCCI são, entre outros 1) a prestação individualizada e humanizada de cuidados e 2) a equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede. Por favor, explique a função do Assistente Social no cumprimento destes princípios na Unidade.
6. Visto que a necessidade de cuidados de apoio social é proposta pelo responsável da ECL, como toma conhecimento dessa necessidade? O que é o “cuidado de apoio social”?
7. Aquando da preparação da alta, a Assistente Social deve contribuir para elaborar a informação social que habilite a elaboração do plano individual de cuidados. O que é a informação social? De que modo esta informação pode contribuir para elaborar o plano individual de cuidados? Em que aspectos toca?
8. De que modo o Assistente Social pode potenciar a criação de novos recursos que possam ser necessários no percurso do doente?
9. Pode-se considerar, com toda a propriedade, que a SCMP-UCCI é uma Unidade de Apoio Integrado, isto é, tem uma resposta de intervenção integrada, contribuindo para criar condições de autonomia às pessoas?

OBRIGADO

Entrevista ao Médico

Objectivo: Perceber a perspectiva do médico especialista em Medicina Física e de Reabilitação sobre o modelo de reabilitação aplicado na Unidade.

1. Disse, numa altura, que, na Misericórdia, “o trabalho de fisioterapia é diferente, é mais em grupo, mais direccionado para a funcionalidade, para a realização pessoal do doente”. Qual a similaridade entre a funcionalidade e a realização pessoal?
2. As actividades por estimulação consistem em quê? Quais os seus benefícios na reabilitação das pessoas que estão internadas na Unidade?
3. Visto que a equipa multidisciplinar tem uma Animadora Sócio-Cultural, não será da sua função realizar, no contexto do plano individual de intervenção, essas actividades de estimulação?
4. Que défices encontra ao modelo de reabilitação aplicado na Unidade? O que seria necessário para haver uma reabilitação e reinserção verdadeiramente globais?
5. O Decreto-Lei n.º 101/2006 refere que *a unidade de média duração e reabilitação tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa*. Considera que o ambiente de cuidado da Unidade é suficiente para a reabilitação integral da pessoa? Que propostas faz para melhorar o modelo de reabilitação em CCI?
6. O mesmo Decreto refere que o diagnóstico da situação de dependência constitui o suporte da definição dos planos individuais de intervenção, obedecendo a um instrumento único de avaliação da dependência, a definir por despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Esse instrumento de avaliação já é conhecido? Se sim, está, de algum modo, condizente com as recomendações da OMS, nomeadamente, com o seu modelo de classificação da incapacidade (CIF)?
7. O modelo da CIF não poderia ser adoptado para avaliar a situação de dependência das pessoas na sua integralidade? Por favor, justifique.

OBRIGADO

Entrevista ao Responsável pela política de Qualidade da SCMP-UCCI

Objectivo: Perceber as políticas de qualidade em saúde da UCCI.

1. Segundo o Decreto-Lei n.º 101/2006, “continuidade de cuidados” significa *sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social*. Como é que a Unidade se integra nessa sequencialidade?
2. Considera que a Unidade ajuda a cumprir o objectivo de melhorar as condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, contribuindo para melhorar a sua qualidade de vida?
3. Exemplifique como é que, na Unidade, se pode falar da existência de *prestação individualizada e humanizada de cuidados*.
4. Exemplifique como é que a Unidade garante o direito da pessoa em situação de dependência: à preservação da identidade, à informação, à não discriminação e ao consentimento informado das intervenções efectuadas.
5. Na Portaria n.º 155/2009, que criou o Departamento da Qualidade na Saúde, em 16 de Fevereiro de 2009, definiram-se como prioridades estratégicas de actuação, entre outras, a informação transparente ao cidadão e a gestão da mobilidade internacional de doentes. Como é que estas prioridades são levadas à prática na Unidade?
6. Segundo o Departamento da Qualidade na Saúde, os princípios que regem a sua acção são: a orientação para o cidadão, a objectividade, o compromisso, a inovação, a evidência científica, a melhoria contínua, a qualidade e a procura da excelência. Como é que estes princípios podem ser traduzidos na prática da prestação de cuidados na Unidade?
7. Uma orientação da acção do Departamento da Qualidade na Saúde consiste em submeter os profissionais de saúde *a uma exigência de actualização de conhecimentos, que necessita do contributo de importantes esforços profissionais e institucionais, para enfrentarem o*

importante desafio de distinguirem os aspectos que têm que ser incorporados na prática clínica, na organização dos cuidados ou na gestão das instituições, à luz das melhores e mais recentes evidências científicas. Como é que esta orientação se segue na prática da UCCI?

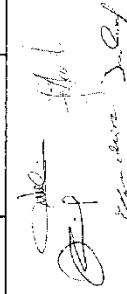
8. No Despacho n.º 14223/2009, de Junho de 2009, que aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, considera-se que o Plano Nacional de Saúde 2004 -2010 *identifica uma escassa cultura de qualidade associada a um défice organizacional dos serviços de saúde, assim como a falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão e o insuficiente apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica.* Como é que se combatem estes problemas na Unidade?
9. O modelo de promoção e gestão da qualidade utilizado é de aplicação obrigatória? Se não, que modelo utilizam? Foi construído por quem? O modelo de avaliação aplicado traduz a perspectiva de quem?
10. Que avaliação – em que escala – tem sido atribuída à Unidade? Quem avalia? Como?
11. A Política de Qualidade da SCMP-UCCI inclui “criar valor para os clientes e suas famílias.” Que mais-valias são obtidas para haver essa criação de valor?
12. Qual a constituição da cadeia de valor da Unidade?
13. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde, os pilares da “governança clínica” são: Processos de melhoria contínua da qualidade; Liderança na equipa clínica; Prática baseada na evidência; Disseminação de ideias, práticas, inovações “in/out”; Programas de Redução do Risco Clínico; Política de Gestão de Eventos Adversos; Registo/actuação em função das queixas dos doentes; Detecção precoce da má performance clínica; Programas de desenvolvimento de staff; Qualidade da informação clínica recolhida. Lendo com atenção, nota-se uma similaridade com os princípios que regem a acção do Departamento da Qualidade na Saúde, da Direcção-Geral de Saúde. Pode-se concluir que a qualidade em saúde e a governança clínica concorrem no mesmo sentido? Justifique.

OBRIGADO

APÊNDICE 6 – MATRIZ DA QUALIDADE DA UCCI-SCMP

SCMP - UCCI **Matriz Global de Gestão** **2ª Revisão**
Aprovado a 21/01/2010

Processo	Código	Indicador	Fórmula de Cálculo	P	Objectivo	Responsável
Admissão e Acolhimento		Realização da avaliação clínica inicial	data da avaliação menos data da admissão	T	60% das ocorrências inferior a 1 dia	DC
Admissão e Acolhimento		Realização da avaliação de enfermagem inicial	data da avaliação menos data da admissão	T	60% das ocorrências inferior a 1 dia	ERP
Admissão e Acolhimento		Realização da avaliação funcional inicial	data da avaliação menos data da admissão	T	60% das ocorrências inferior a 3 dias	MF
Prestação de cuidados		Elaboração do Plano Individual de Intervenção	data da elaboração do PII menos a data de admissão	T	80% das ocorrências inferior a 3 dias	DC
Prestação de Cuidados - Cuidados Clínicos	PC02SP1	Revisão terapêutica Periódica	Diferença de dias entre revisões terapêuticas	T	UC RT 15 dias UMDR 30 dias	DC
Prestação de Cuidados - Cuidados de Enfermagem	PC02SP2	Incidência de úlceras de pressão	(N.º de UP que surgem durante o internamento / n.º total de clientes internados) * 100	T	< 10%	ERP
Prestação de Cuidados - Cuidados de Enfermagem	PC02SP2	Incidência de IACS	(N.º de IACS que surgem durante o internamento / n.º total de clientes internados) * 100	T	< 30%	ERP
Prestação de Cuidados - Cuidados de Enfermagem	PC02SP2	Quedas registadas no internamento	(N.º de quedas durante o internamento / n.º total de clientes internados) * 100	T	< 10%	ERP
Prestação de Cuidados - Cuidados de Reabilitação	PC02SP3	Avaliação Escala MIF/MAF	(somatório avaliação final menos somatório avaliação inicial) / N.º de clientes avaliados	T	> 10 pontos	MF



Prestação de Cuidados - Apoio Social	PC02SP4	Evolução da Situação Social dos clientes com idade \geq 65 anos	((Avaliação final menos avaliação inicial) / N.º de clientes avaliados) * 100	T	> 15%	AS
Prestação de Cuidados - Apoio Psicológico	PC02SP5	Tempo previsto de acompanhamento psicológico dos clientes com necessidade (1h por semana)	(N.º Total de acompanhamentos não cumpridos / N.º total de acompanhamentos previstos) * 100	T	> 80 %	PSI
Prestação de Cuidados - Apoio Psicológico	PC02SP5	Avaliação do estado mental dos clientes	(n.º total de clientes com agravamento do estado mental / n.º total de clientes avaliados) * 100	T	< 20 %	PSI
Prestação de Cuidados - Alimentação e Dietética	PC02SP6	Avaliação Quantitativa da Ingestão Alimentar (MUST)	(N.º de clientes com avaliação "C" / N.º total de clientes avaliados) * 100	T	> 70%	DIE
Prestação de Cuidados - Animação Sociocultural	PC02SP7	Grau médio de participação dos clientes presentes nas actividades de animação sociocultural	Somatório do grau de participação nas actividades / N.º total de participantes	T	\Rightarrow 2	PSI
Alta	PC03	Motivo de alta	(N.º de clientes com alta por "obtenção de objectivos" / N.º Total de altas) * 100	S	> 80%	GQ
Alta	PC03	Tempo médio de internamento	(Tempo de internamento por cliente / N.º total de clientes) * 100	A	UC < 31 dias UMDR < 91 dias	GQ
Gestão da Qualidade	PS04	Nível de satisfação de clientes	Média do grau de satisfação (global)	A	\Rightarrow 3	GQ

[Handwritten signatures and initials]

Gestão da Qualidade	PS04	Nível de satisfação de familiares	Média do grau de satisfação (global)	A	=> 3	GQ
Gestão da Qualidade	PS04	Nível satisfação de colaboradores	Média do grau de satisfação (global)	A	=> 3	GQ
Gestão da Qualidade	PS04	N.º de Não Conformidades detectadas em Auditoria Interna	Varição do N.º de NC entre auditorias	A	Redução do N.º de NC	GQ
Gestão Administrativa e Financeira	PS05	Desvio orçamental	Porcentagem de variação orçamental	A	< 10%	RAF
Gestão Administrativa e Financeira	PS06	Resultado líquido anual	Apuramento contabilístico do Resultado líquido anual	A	Resultado anual positivo	RAF
Gestão Administrativa e Financeira	PS06	Taxa de ocupação do internamento da UCCI	(N.º diárias mensais efetivas / N.º máximo de diárias mensais) * 100	M	=> 85%	RAF
Gestão de Pessoas		Nível de desempenho dos colaboradores	(N.º de colaboradores com avaliação igual ou superior a 6 / N.º total de colaboradores avaliados) * 100	A	80%	RRH
Gestão de Pessoas		Número de acidentes de trabalho por ano	Número de acidentes de trabalho	A	< 4	RRH
Gestão de Infra-estruturas	PS07	N.º de avarias em equipamentos	N.º de avarias em equipamentos	S	<15	CSG
Gestão de Infra-estruturas	PS07	Nível de desempenho de prestadores de críticos	(N.º prestadores classificados "C" / N.º total de prestadores classificados) * 100	A	< 20%	CSG
Gestão de compras e logística		Nível de desempenho de fornecedores críticos	(N.º fornecedores classificados "C" / N.º total de fornecedores classificados) * 100	A	< 20%	RCL
Gestão de compras e logística		Varição de quantidades de consumos por sector	desvio de quantidades consumidas face às quantidades pré-definidas	T	< 10%	RCL

[Handwritten signature]

APÊNDICE 7 – QUADROS ESTATÍSTICOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

1. Diário de Enfermagem

Quadro 1 – Actividades do enfermeiro no dia-a-dia

Categoria	Frequência	Frequência Acumulada
Cuidar	65	> 20
Administrar	54	
Informar	46	
Registar	40	
Avaliar	38	
Alimentar	30	
Posicionar	28	< 20
Comunicar	18	
Ajudar	12	< 10
Observar	9	
Colher	6	< 5
Vigiar	3	
Reabilitar	2	

Quadro 2 – Agentes envolvidos nas actividades do enfermeiro no dia-a-dia

Categoria	Frequência	Frequência Acumulada
Doentes	341	> 300
Enfermeiros	79	$\geq 50 < 80$
Auxiliares	50	
Família	29	> 20 < 30
Médicos	26	
Instituição	14	> 5 < 20
Equipa	12	
Coordenadora	6	

Quadro 3 – Elementos de referência na actividade do enfermeiro

Categoria	Frequência	Frequência Acumulada
Pensos	29	> 20
Feridas	24	
Dependência	22	
Sonda	18	> 10 < 20
Urina	13	
Insulina	12	
Protocolo	12	
Úlceras de pressão	11	> 5 < 10
Terapêutica	9	
Dor	8	
Glicémia	8	
Prescrição	8	
Consentimento	6	≤ 5
Saúde	5	
Diabetes	5	
Corpo	5	
Dificuldades	5	
Capacidades	5	
Processos	5	
Análises	5	
Tensões	5	
Vida	3	
Doença	3	
Fisioterapia	2	
Cultura	1	

2. Entrevistas

Quadro 4 – Categorias referidas com mais frequência pelos enfermeiros para representar a saúde

Unidades de Significação (t-869)	Frequência (n)
Ser/é/seja/são/serão/será	57
Bem-estar/estar-bem	30
Estar/está/estarem/estão/esteja/estou/estarmos	23
Pessoa/s	22
Ter/tem/temos/tiver/termos/tenha	18
Saúde	16
Físico/s/a/fisicamente/	14
Doença	13
Psicológico/psíquico/psiquicamente/mental	10
Doente	9
Sentir/sente/sentirem-se	9
Pode/pode-se	8
Haver/havendo/há	8
Nível/is	7
Ausência	6
OMS	5
Equilíbrio	5
Ver/veja/vemos	5
Vida	4
Sintomas	4
Experiência	4
Social/is	3
Algo	3
Alteração/ões	3

Quadro 5 – Categorias referidas com mais frequência pelos enfermeiros para representar a doença

Unidades de significação (t-1087)	Frequência (n)
Ser/é/seja/será/são	102
Estar/está/esteja/estão/estiver/estarem/estamos/estarmos/estou	56
Ter/temos/tem/tenha/termos/tiver/tenho/tinha/tendo/tive/tenhamos	48
Pessoa/s	38
Físico/s/a	38
Doença/s	37
Poder/pode/podia/-se/podemos	35
Doente/s	25
Saúde	25
Bem	21
Nível/is	18
Psicológico/a/psíquico	18
Bem-estar	16
Haver/há/havendo	15
Sentir/sente/sentir-se/em-se	14
Vida	10
Dizer/diz/digo	10
Saber/sei/sabe/sabemos	9
Vai/vai-lhe	8
Sintoma/s	7
Alterar/altere	7
Equilíbrio	7
Patologia/s	6
Alteração/ões	6
Desequilíbrio	6
Definição	6
Ausência	6
Emocional	6
Experiência/s	6
Fazer/faz/faça	6
Problema/s	5
Fisicamente	5
OMS	5
Social/is	5
Ver/veja	5
Consegue	5
Contrário	4
Estado	4
Organismo	4
Afectado/a	4
Definir/define	4
Psíquico/a	4
Saudável/eis	4
Causar/am	4
Condição	3
incapacidade	3
Situações	3
Manifestar/manifesta-se	3
Sinais	3
Combater	3
Medicação	3
Capacidade	3
Cultura	3
Reflecte/-se	3

Quadro 6 – Categorias referidas com mais frequência pelos enfermeiros na etiologia da doença

Unidades de significação (t-1649)	Frequência (n)
Ser/é/seja/será/for	195
Poder/pode/poderão/podem/pode-se/podemos/poderá/podem-se/pode-nos/possa	97
Ter/tem/temos/tenha/mos/tendo/tive/tenham/tinha/tenho/tiver/têm/termos	75
Doença/s	74
Estar/está/esteja/estão/estivermos/estou/estiver/estarem/estamos/está-me	72
Pessoa/s	60
Físico/a/s	39
Nível/eis	35
Haver/há/-de/havendo/haja/hei-de	30
Doente/s	29
Saúde	27
Psicológico/a	23
Causa/s/	22
Coisa/s	22
Bem	22
Factores	20
Bem-estar	17
Meio	17
Social/ais	17
Vida	15
Vai	15
Sentir/-se/sente/sentirem-se	14
Desequilíbrio	14
Saber/sabe/sabemos/sei	12
Ambiente	12
Alterar/altera/altere/alterando	12
Alteração/ões	11
Existe	11
Fazer/feito/faz/fazemos/faça	11
Afectar/a/afectado/a/s	11
Dizer	10
Ver/vemos/veja	10
Causar/causado/causam/causadas	10
Envolve/-nos	9
Equilíbrio	9
Externo/s/a/s	9
Manifestar/manifesta-se/manifestam-se	9
Emocional	8
Patologia	8
Organismo/s	8
Sintoma/s	8
Acabamos/acaba/m	8
Problema/s	7
Conseguir/consegue/conseguimos	7
Exterior/es	7
Situação/ões	7
Definição	7
Agente/s	7
Ausência	6
Algo	6
Sociedade	6
Partir	6
Psíquico/a	6
Experiência/s	6
Provocar/provoca/provocando/provoque	6
Viver/vive	6
Dia-a-dia	5
Estado	5
Corpo	5
Fisicamente	5
OMS	5
Risco/s	5
Genético/as	5

Quadro 7 – Categorias referidas com mais frequência pelos enfermeiros sobre os receios acerca da doença

Unidade de Significação (t – 1626)	Frequência (n)
Ser/é/será/seja/sou/será/somos/são	108
dor	41
Ter/temos/tem/termos	33
Estar/está/estão/estou/estiver/estamos/esteja/estando	31
Doença/s	21
Poder/podem-se/podemos/poderá/podem/poderia	20
Pessoa/s	19
há	16
vida	15
sofrimento	13
acho	11
morte	10
Situação/ões	10
Saber/sei/sabemos/sabe/sabermos	10
Dependente/s	9
Doente/s	9
Assusta/-me	8
dependência	8
incapacidade	7
psicológica	6
ficar	6
receio	6
fazer	5
saúde	5
perda	5
Viver/vivem/vive	5
estado	4
consciência	4
coisas	4
normal	4
família	4
dar	4
diabetes	4
ver	3
cura	3
indolor	3
durante	3
poder	3
apoio	3
complicado	3
sociedade	3
familiar	3
eutanásia	3
Morrer/morra	3
Sentir/se	3

Quadro 8 – Categorias referidas com mais frequência pelos enfermeiros sobre as doenças que mais temem

Unidade de Significação (t – 1779)	Frequência (n)
Ser/é/são/seja/sou	96
Ter/tenho/tem/temos/teve/tive	46
Doença/s	44
Cancro/s/ tumor/ neoplasia/cancerígenas/oncológicas	26
Estar/em/está/estão	26
Haver/há	20
Poder/pode/poderá/possam/podem-se/poderem	20
Pessoa/s	23
Dor	16
Tratamento/s/ Terapêutica/terapia	13
Medo	13
Doente	11
Vida	10
Dependência	8
Morrer/morreu/morre/morte	7
Quimioterapia	7
Psicológico/s/ psiquiátrico/a	7
Provocar/m	7
Temer/teme/temia/temo	7
Incapacidade	6
Profissional	5
Assusta	5
Dependente/s	5
Radioterapia	5
Físico/a	5
Viver	4
Tratar/trata	4
Irreversível	3
Curável	3
Súbitas	3
Alzheimer	3
Prolongar	3
Degenerativa/s	3
AVC	3

Quadro 9 – Categorias referidas com mais frequência pelos enfermeiros sobre os modelos teóricos que inspiram a sua prática

Unidade de Significação (t – 2654)	Frequência (n)
Ser/é/são/era/sou/foi/éramos/sejam/somos/será/fomos/sendo/seria/seja	163
Ter/tem/tenho/temos/termos/tive/tenha	48
CIPE	24
Modelo/s	36
Está/estiver/estou/estamos	31
Doente/s	29
Enfermeiro/a/s	19
Saber/sei/souber/sabe/sabendo	18
Nancy Roper	18
Enfermagem	15
Registo/s	12
Vida	11
Serviço/s	10
Aplico/aplicado/aplicamo-los/aplicam/aplica-o	9
Prática/s	9
Medicação	8
Situação/ões	8
Internacional/ais	8
Fundamentos	7
Virginia Henderson	6
Barlavento	6
Cultura/s	6
Vários/as	6
Aprendi/aprende/mos/aprendeu	6
Unidade	5
Base	5
Actividades	5
Notas	5
Auxiliar	5
Profissional	4
Classificação/ões	4
Conhecer/conheço	4
Escola	3
Formação	3
Vocação	3
Teóricos	3
Linguagem	3
Saúde	3

Quadro 10 – Categorias referidas com mais frequência pelos enfermeiros sobre as suas expectativas em relação aos procedimentos que executam

Unidade de Significação (t – 2237)	Frequência (n)
Ser/é/são/seja/será/era/sejam/sendo	156
Doente/s	35
Ter/tem/tenho/tenha	32
Estar/está/estão/esteja/estou	31
Pessoa/s	24
Vida	23
Cuidado/s	19
Qualidade	17
Bem-estar	16
Pode/m	16
Enfermeiro/a/os	15
Enfermagem	15
Ajudar/ajudá-los	15
Doença	14
Acho	14
Factores	10
Pessoas	10
Tentar	10
Dar	9
Hospital	9
Risco	8
Ver	7
Equipa	7
Saúde	7
Dor	6
Fazer	6
Prevenção	6
Médico	6
Reabilitação	6
Profissional/ais	6
Medidas	5
Sufrimento	5
Ajuda	5
Sei	5
Físico	4
Social	4
Complicações	4
Conforto	4
Momento	4

Quadro 11 – Categorias referidas com mais frequência pelos enfermeiros sobre as críticas dos doentes em relação aos procedimentos

Unidade de Significação (t – 1282)	Frequência (n)
Ser/é/seja/somos/são	81
Não	51
Pessoa/s	31
Ter/têm/temos/tenho/tem	29
Eu	26
Doente/s	21
Sim	19
Fazer/fez/faço/fazemos	15
Ele/s	13
Enfermeiro/a/s	12
Eu	11
Nós	10
Crítica/s	8
Dizer	8
Estar/está	8
Trabalho	7
Experiência	6
Postura	5
Bem	5
Enfermagem	5
Sei	5
Acho	4
Confiança	4
Vocação	4
Avaliação	4
Penso	4
Humana	4
Relação	4
Pode	4
Formação	3
Avaliados	3
Críticas	3
Técnica	3
Contexto	3
Negativas	2
Modelos	2

Quadro 12 – Categorias referidas com mais frequência pelos enfermeiros sobre se as suas acções correspondem às expectativas do paciente

Unidade de Significação	Frequência (t - 1663)
Ser/é/são/seja	119
Não	59
Doente/s	36
Ter/têm/tem/tenho	33
Achar/acho/acha/acham	32
Eu	29
Enfermeiro/a/s	28
Sim	27
Ele/s	23
Está/estão/estou/estava	22
Expectativa/s	20
Médico	15
Pessoa/s	14
Fazer	10
Poder/posso	10
Ajudar/ajude	8
Vocação	5
Objectivos	4
Sabem	4
Tento	4
Enfermagem	4
Sufrimento	4
Aliado	3
Cama	3
Facto	3
Equipa	3
bem-estar	2
Formação	2
Dor	2
Internamento	2
Avaliar	2

Quadro 13 – Categorias referidas com mais frequência pelos enfermeiros sobre a visão que os doentes estrangeiros têm sobre eles

Unidade de Significação	Frequência (t - 1148)
Não	79
Ser/é/são/era	52
Ter/têm/tem/tenho/tive/teve/tido/tinha/temos	36
Estrangeiro/a/s	31
Doente/s	22
Enfermeiro/a/s	19
Eu	16
Acho	15
Sistema	15
Saúde	13
Sim	13
País	11
Português/eses	9
Diferença/s	8
Está	7
Inglês/es	7
Sei	6
Experiência	5
Expectativas	5
Diferente	4
Eles	4
Pessoa	4
Cultura	4
Hospital	4
Habitados	4
Exigentes	3
Nacionalidade	3
Enfermagem	3
Linguagem	3
Relação	3
Cuidados	3
Pode	3
Espera	3
Respeito	2

Quadro 14 – Categorias referidas com mais frequência pelos enfermeiros sobre se recebe sugestões de tratamento por parte dos doentes

Unidade de Significação	Frequência (t - 1901)
Ser/é/são/seja/será	86
Não	72
Ter/tem/temos/tenho	42
Eu	40
Fazer/faz/faça/faço	30
Pessoa/s	29
Doente/s	25
Dizer/diz	24
Estar/estão/está	21
Ele/s	16
Pode/m	13
Nós	11
Tratamento	10
Sabem	10
Utente	10
Sim	9
Médico	9
Explicar	8
Prática	5
Saúde	5
Fundamentos	5
Doença	5
Tentar	5
Ver	4
Penso	4
Enfermagem	4
Vida	4
Sentir	4
Medicação	4
Banho	4
Adaptar	4
Prescrições	3
Social	3
Aceito	3
Tento	3
Depende	3
Informadas	3
Informação	3

Quadro 15 – Categorias referidas com mais frequência pelos enfermeiros sobre o modo de obtenção do consentimento informado de doentes estrangeiros

Unidade de Significação	Frequência (t - 2054)
Ser/é/são/somos/seja	85
Ter/tem/tenho/temos/tinha	39
Doente	32
Consentimento/s	26
Pessoa/s	17
Explicar	17
Fazer	15
Sei	15
Tentar/tentamos/tento	15
Informado	13
Língua/linguagem	12
Pode/posso	12
Está/estão	11
Falar	10
Dar	9
Intérprete	9
Inglês	8
Injecção	8
Tratamento/s	8
Gestos	7
Perceber	6
Médico	6
Arranjar	6
Enfermeiro/a/s	6
Problema	5
Situações	5
Complicado	5
Comunicação	5
Enfermagem	5
Difícil	4
Medicação	4
Cirurgia	4
Português	4
Dicionário	3
Aconteceu	3
Procedimento	3
Acaso	3
Assinar	3
Tratamentos	3
Nacionalidades	3
Telefone	2
Exame	2
Papel	2
Colega	2
Necessidade	2
Explicado	2
Mão	2
Contrário	2
Percebe	2
Conceitos	2
Pedir	2
Recorrer	2
Verbal	2
Dificuldades	2
Próprio	2
Adequar	2
Embaixada	2
Explicar-lhe	2

Quadro 16 – Categorias referidas com mais frequência pelos enfermeiros sobre o modo como tentam melhorar a comunicação com doentes estrangeiros

Unidade de Significação	Frequência (t – 1550))
Ser/é/seja/são	63
Falar/falam/fala/falo	36
Temos/tenho/tem	21
Saber/sei	21
Língua/s/linguagem	20
Tentar/tento	16
Inglês	15
Comunicar	12
Situação/ões	12
Doente/s	11
Gestos	9
Português	9
Tradutor/intérprete	9
Estar/está	9
Pessoa	8
Hospital	6
Recorrer/recurso	6
Fazer	5
País	5
Dizer	5
Equipa	5
Entender	5
Existe	5
Pode	5
Acaso	4
Conhecimento	4
Ajuda	4
Conseguir	4
Telefone	3
Calhar	3
Palavras	3
Gente	3
Hospitalar	3
Enfermeiro	3
Colegas	3
Gestual	3
Estrangeiros	3
Internet	2

Quadro 17 – Categorias referidas com mais frequência pelos enfermeiros sobre têm dificuldades em relacionar-se com doentes que não falem português

Unidade de Significação	Frequência (t – 1730)
Não	89
É/são	65
Ter/temos/tenho/tem	62
Falar/falam/falo/falem	23
Pessoa/s	23
Doente/s	18
Saber/sci/sabe/sabia	17
Língua	17
Estar/está/estou	14
Línguas/linguagem	13
Inglês/ingleses	12
Recorrer/recorro	9
Situação	8
Complicado	7
Estrangeiros	7
Conseguir/consigo	6
Perceber	6
Situações	6
País	6
Dizer/diz	6
Intérprete/s/tradutores	6
Conseguimos/consigo	5
Enfermeiro	5
Alemão	5
Ministério	5
Culpa	5
Desenrascar/desenrasca/desenrascado	5
Sim	4
Saúde	4
Fazer	4
Problemas	4
Tradutor	4
Cuidados	4
Arranjar	4
Gestos	3
Tentamos	3
Comunicação	3
Dificuldade	3
Ucraniano	3
Comunicar	2
Inglório	2
Ajudar	2
Algarve	2
Contornar	2
Recorro	2
Alternativos	2
Percebo	2
Francês	2
Cultura	2
Terapêutica	2
Atendimento	2
Português	2
Aprender	2