Percepção «Significativa» dos Cuidados de Enfermagem pelos Utentes Hospitalizados *

Maria Isabel Dias Marques **

O conhecimento da prática de enfermagem, desenvolvido com base nos elementos que o utente hospitalizado nos fornece acerca dos seus juízos sobre os cuidados de enfermagem, permite-nos reflectir sobre os comportamentos dos enfermeiros e conhecer os efeitos psico-emocionais da prestação de cuidados de enfermagem.

O presente artigo refere-se a um estudo das percepções significativas ou juízos polarizados acerca dos cuidados de enfermagem dos utentes hospitalizados em três serviços de um Hospital Central. Dos resultados obtidos verificámos que alguns utentes apresentaram juízos polarizados sobre cuidados de enfermagem, revelando mais juízos favoráveis do que desfavoráveis. A formulação desses juízos permite-nos identificar o «valor» atribuído aos cuidados de manutenção e à capacidade de diagnóstico dos enfermeiros. O desconforto físico e o desconforto emocional foram, entre outras, condições mediadoras desses juízos.

Introdução

As exigências de qualidade dos cuidados de saúde têm vindo a crescer, assim como o recurso jurídico-legal em defesa dos direitos de quem os utiliza. Frequentemente ouvem-se críticas e queixas desagradáveis da parte dos utilizadores, as quais não contribuem para uma imagem de qualidade dos cuidados. Isso é demonstrado nos resultados obtidos por DUARTE (1996), em que as pessoas referem a necessidade de apoio psicológico a contrastar com a falta de compreensão, sobretudo dos profissionais de saúde mais jovens, com que se deparam.

A satisfação dos utentes dos cuidados hospitalares é influenciada pela satisfação com os cuidados de enfermagem, e esta por sua vez constitui um factor importante na decisão do utente voltar ou não ao hospital (WILLIAMS, 1997).

As expectativas de cuidados de enfermagem variam de utente para utente e dependem de vários factores, nomeadamente do referencial socio-educativo e cultural, da personalidade, do estado de saúde, entre outros. A sua concretização baseia-se na experiência consciente e subjectiva que o utente vivencia durante o contacto inter-relacional que estabelece com o Enfermeiro. Essa experiência subjectiva é resultante do desenvolvimento de um processo complexo de transformação e interpretação da informação sensorial (cuidados de enfermagem) percepcionada pelo utente e adquirida no meio ambiente através dos órgãos sensoriais.

* Síntese da investigação realizada no IV Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto.

** Enfermeira, Mestre em Ciências de Enfermagem, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca.

Referimo-nos ao fenómeno de percepção dos cuidados de enfermagem. Trata-se de um fenómeno de natureza social (percepção social), constituindo um processo de *cognição social* (RODRIGUES, 1996) caracterizado pela interpretação e atribuição dos significados aos cuidados de enfermagem e pela formação de juízos sobre características dos enfermeiros. Refere-se a um processo complexo que envolve variáveis que se interpõem desde o momento da estimulação sensorial até à tomada de consciência do que foi responsável por essa estimulação.

RODRIGUES (1996: 210) apresenta um modelo de análise do processo perceptivo de natureza social ou processo de *cognição social*. A análise do processo perceptivo põe em evidência a natureza cognitiva do fenómeno de cognição social (Ibidem: 210). O processo perceptivo desenvolve-se em duas fases: uma *fase pré-psicológica* do fenómeno, que inclui como componentes o *estímulo distante* e as *condições mediadoras*; e uma *fase psicológica do fenómeno perceptivo*, a qual implica *processos psicológicos* e o *percepto*.

1º - *Fase pré-psicológica*:

a) *Estímulo distante* é o objecto da percepção com características próprias, reais num determinado momento, aquando da interacção da pessoa que percebe (o utente) e da que é percebida (o Enfermeiro), constituindo a acção emanada pela pessoa percebida (cuidados de enfermagem). A acção emanada pelo percebido é definida pelo conjunto de comportamentos percebidos, presumivelmente desencadeados por ele na interacção de ambos. Para que este estímulo atinja os órgãos sensoriais é necessária a intervenção de *condições mediadoras*.

b) *Condições mediadoras* são todas as condições do ambiente físico percebidas pela pessoa onde ocorreu a acção do percebido, o local e outras condições presentes e situacionais inerentes ao contexto, registadas pela pessoa que percebe, que influem na nitidez e na transmissão da acção percebida, como por exemplo: o registo da variável tempo (hora), a posição da pessoa que percebe, a presença de observadores (se estava acompanhado ou não no momento), a situação pessoal descrita pela pessoa que percebe no momento em que registou a ocorrência. São também consideradas condições mediadoras as expressões comportamentais (faciais, verbais e não verbais) e as características físicas da pessoa percebida. A identificação de propriedades estruturais da acção percebida, isto é, todas as características definidoras da acção percebida, também são *condições mediadoras*.

Todas as *condições mediadoras* e estimuladoras dos órgãos sensoriais supracitadas possibilitam a transformação do *estímulo distante* em *estímulo próximo*, sinalizando a *fase "pré-psicológica"*, fase em que acontece o registo da acção da pessoa percebida, originando *a "fase psicológica"*, na qual se produz o significado da acção da pessoa percebida (atribuição dos significados aos cuidados de enfermagem).

2º - *Fase psicológica*:

Estímulo próximo é o estímulo que atinge o organismo da pessoa que percebe através dos órgãos sensoriais; é o resultado do processo «*captado pelo aparelho humano como por uma máquina fotográfica*» (Ibidem: 211), dando origem à "*fase psicológica*" do fenómeno perceptivo; é nesta fase que os *processos psicológicos* começam a actuar activamente. Os *Processos psicológicos* ou *processos cognitivos* implicam valores, atitudes, necessidades, interesses, tendências cognitivas, estereótipos, possíveis disfunções mentais, atribuição diferencial de causalidade, que contribuem para a formação do *percepto*, isto é, a acção da pessoa percebida com atribuição de significado pela pessoa que percebe, que poderá ou não corresponder ao *estímulo distante*.

Perceber, compreender e julgar uma pessoa são, por um lado, actividades resultantes do processo perceptivo, naturalmente sujeitas aos condicionalismos da percepção, nomeadamente: factores externos, inerentes à selectividade perceptiva; factores internos, relativos aos que interagem na forma como se percepciona a realidade, tais como a acuidade dos órgãos sensoriais, a motivação, a expectativa, a memória,

as experiências prévias, as necessidades, as características pessoais, entre outras (MONTEIRO e SANTOS, 1997). Aquelas actividades são, por outro lado, influenciadas por factores específicos, nomeadamente, por factores psicológicos como valores, atitudes, necessidades, interesses e juízos perceptivos.

O utente é uma pessoa que percepciona os cuidados de enfermagem e atribui-lhes significados. Ele formula juízos "ingénuos" ou informais acerca dos cuidados, sendo os mesmos influenciados pela categorização social. A categorização social é um processo que resulta da interacção social recolhida do exterior e a sua organização interna activada pelo utente.

A atribuição de significados (diferenças de valor) a diferentes estímulos sociais (pessoas) é considerado um dos princípios fundamentais da categorização social (TAJFEL, 1982).

A categorização social poderá produzir consequentemente a *polarização dos juízos* sociais, que consiste na atribuição de um peso especial a certos estímulos sociais. O peso especial diz respeito ao referencial de valores que orientam os juízos. TAJFEL diz que a *polarização de juízos* vem de pessoas que possuem sentimentos intensos em relação a um *objecto*. Estas pessoas, face a esse objecto, tendem a exagerar, isto é, assumem tendências extremas favoráveis ou desfavoráveis (Ibidem).

A percepção de cuidados de enfermagem resultante da atribuição de significados aos cuidados com referência de sentimentos intensos, ou seja, com a revelação de juízos polarizados favoráveis ou desfavoráveis, traduz a percepção «significativa» dos cuidados de enfermagem.

O conhecimento da prática de enfermagem desenvolvido com base nos elementos que o utente nos fornece acerca dos seus juízos «ingénuos» sobre os cuidados, cuja formulação se baseia na forma como ele categoriza os estímulos sociais e como escolhe e define simbolicamente as dimensões de grandeza física e as dimensões de «valor», nos termos das quais categoriza (TAJFEL, 1982), permite-nos reflectir sobre os comportamentos dos enfermeiros e conhecer os efeitos psico-emocionais da prestação de cuidados de enfermagem.

Considerámos útil a realização do estudo «Percepção *significativa* dos cuidados de enfermagem pelos utentes hospitalizados» por possibilitar uma maior compreensão do fenómeno da percepção de cuidados de enfermagem e por ser mais um contributo para a exploração de uma vasta e complexa área, com expressão de fenómenos humanos ainda oculta, principalmente no meio hospitalar, onde o consumo de cuidados é grande, a utilização é contínua e por vezes prolongada.

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório e descritivo norteada pelos seguintes objectivos:

- Identificar a percepção «significativa», pelos utentes hospitalizados, dos cuidados de enfermagem que utilizaram durante a sua hospitalização;
- Analisar o "contexto" (condições mediadoras) que originou a percepção significativa (juízos polarizados) de cuidados de enfermagem.

Com estes objectivos pretendemos responder às questões que se seguem, as quais constituíram o principal eixo orientador do nosso trabalho:

- Qual a percepção «significativa» dos utentes hospitalizados dos cuidados de enfermagem que utilizaram durante a sua hospitalização?
- Em que «contexto» foi gerada a percepção «significativa» de cuidados de enfermagem pelos utentes hospitalizados?

Na elaboração deste trabalho seguimos como orientação o modelo de percepção social (RODRIGUES,1996) referido anteriormente, por possibilitar a identificação, nos discursos dos utentes entrevistados, dos indicadores necessários à construção de categorias e à compreensão do fenómeno de percepção social inerente à percepção «significativa» de cuidados de enfermagem.

Opção metodológica

O campo de investigação eleito para recolha de dados foi um Hospital Central, em três serviços com hospitalização completa. São eles Cirurgia, Medicina e Ortopedia/Traumatologia.

Entrevistámos 47 utentes adultos, de ambos os sexos, conscientes e orientados, sem problemas que afectassem a sua capacidade cognitiva, sem problemas psiquiátricos diagnosticados, falavam a língua portuguesa, estavam hospitalizados nos três serviços acima referidos e tinham informação da sua alta clínica. Os utentes foram entrevistados no dia da sua alta.

Procurámos saber através da utilização de entrevistas se os utentes viveram experiências significativas de cuidados de enfermagem, de forma agradável e/ou desagradável, tentando especificar o que pensaram e sentiram acerca dessas experiências.

Para identificação das experiências agradáveis, tentámos explorar os momentos vivenciados durante a hospitalização em geral e em particular na utilização de cuidados de enfermagem de forma muito agradável, tentando especificar o que pensaram e sentiram acerca dessa experiência.

Para explorar experiências desagradáveis, tentámos identificar situações vividas por eles durante a hospitalização, passíveis de grande sofrimento. Caso os utentes especificassem alguma situação, nós procurávamos saber o que sentiram, se pediram ajuda e como foram correspondidos. E ainda, tentámos saber se aconteceu, na sua perspectiva, algo muito desagradável, procurando especificar.

O número de entrevistas não foi planeado por nós, ele foi determinado pela necessidade que tivemos de explorar relatos específicos sobre percepção significativa de cuidados de enfermagem.

Após a recolha do material em bruto, fizemos a transcrição das entrevistas e das notas de campo. Esta operação permitiu-nos a familiarização com os dados e o avanço na análise (BOGDAN e BIKLEN, 1994: 206). Os temas surgiram dos dados e transcreveram-se das entrevistas, como referem BRYMAN e BURGESS (1994).

O tratamento dos dados colhidos foi feito através da análise de conteúdo dos discursos produzidos pelos utentes seleccionados nas entrevistas. Optámos por seguir as técnicas de análise de conteúdo do tipo temático e frequencial, dado que é o método que proporciona o estudo das percepções e significados atribuídos aos fenómenos vivenciados em determinado contexto (BARDIN, 1979).

Inicialmente, foram construídas categorias abertas com o objectivo de conceptualizar os dados para uma primeira tentativa de interpretação (STRAUSS e CORBIN, 1990), após o que se elaboraram categorias correspondentes a grupos de elementos com características comuns e identificados com um título genérico, originando assim as categorias e subcategorias identificadas no seguimento do processo de análise.

Com interesse em assegurar a validade do nosso estudo, seguimos os procedimentos inerentes ao processo de triangulação, conforme nos refere LESSARD-HEBERT *et al.* (1990). Após a fragmentação do texto por categorias e subcategorias, pedimos a três pessoas independentes com experiência em investigação para confirmação.

Apresentação e discussão dos resultados

O resultado da apreciação geral dos discursos produzidos pelos 47 utentes permitiu-nos verificar que a sua maioria apresentou discursos com avaliação positiva e com tendência para a generalização.

Verificámos que a maioria dos utentes entrevistados (28 utentes) revelaram percepção de cuidados de enfermagem sem polarização de juízos, ou seja, interpretaram e atribuíram significados aos cuidados de enfermagem sem referência de sentimentos intensos. Menos de metade dos utentes (19 utentes) revelaram percepção de cuidados de enfermagem com polarização de juízos, ou seja, interpretaram e atribuíram significados aos cuidados de enfermagem com referência de sentimentos intensos ou percepção significativa dos cuidados de enfermagem.

Após o tratamento e análise da informação fornecida pelos 19 utentes, construímos as categorias inerentes à percepção significativa de cuidados de enfermagem e respectivas condições mediadoras.

Percepção Significativa de Cuidados de Enfermagem

A *percepção significativa de cuidados de enfermagem* refere-se aos resultados obtidos através dos relatos dos 19 utentes que produziram discursos, com especificação de experiências vividas de forma significativa (agradável e ou desagradável), em particular, com um enfermeiro, sobre a utilização de cuidados de enfermagem durante a sua hospitalização. Estes 19 utentes apresentaram 24 revelações de experiências significativas; 15 utentes revelaram experiências agradáveis e 9 revelaram experiências desagradáveis; 5 utentes apresentaram relatos de experiências agradáveis e desagradáveis.

Trata-se dos resultados obtidos através dos discursos desses utentes que apresentaram «*polarização*» de juízos inerentes à interpretação dos cuidados de enfermagem de forma especial (juízos favoráveis e juízos desfavoráveis).

Percepção significativa é o resultado da elaboração de juízos avaliativos de cuidados de enfermagem, com determinadas influências associadas à atribuição de sentimentos intensos a esses cuidados, ou seja, *polarização de juízos* (TAJFEL, 1982: 70) sobre cuidados de enfermagem e comportamentos dos enfermeiros.

Construímos a categoria inerente às *Percepções significativas de cuidados de enfermagem* organizadas pelos utentes e *vividas de forma agradável e/ou desagradável.* Nos indicadores que obtivemos estão explicitamente descritas as seguintes características: o papel da memória na formação de impressões sobre os enfermeiros; juízos avaliativos; sentimentos de gratidão e preferências na escolha do enfermeiro.

Alguns indicadores revelaram uma avaliação do tipo afectivo, moral e instrumental. Estes juízos avaliativos são bem evidentes nos discursos de alguns utentes:

a) Juízos morais:

– "*foi muito bonito o que ela* (a enfermeira) *fez (...) isso foi muito bom pela positiva (a enfermeira providenciou um copo de leite pelas 0,30 horas, no acolhimento)*" (E4).

b) Juízos instrumentais:

– "*o enfermeiro não me deu nenhuma resposta para aliviar as minhas preocupações*" (E13).

c) Juízos afectivos:

– "*tem aqui um enfermeiro de quem eu gostei muito*"(E5).

A tarefa recordação sobre a impressão formada e armazenada pelos utentes está bem explícita nos seus discursos:

– "*eu fiquei chocado (...) jamais esquecerei a figura* (da enfermeira) (...) *porque me marcou pela negativa*" (E6).

A memória desempenha um papel importante na formação de impressões; nela ficam armazenadas as informações que foram interpretadas e organizadas (processo de categorização) previamente sobre a pessoa alvo, nas quais por vezes são baseados os julgamentos (CAETANO,1997).

Os sentimentos de gratidão constituem igualmente um elemento que se inclui na formação dos juízos perceptivos. Conforme podemos verificar no discurso de um dos nossos informantes:

– "*eu não sei como hei-de agradecer* (ao enfermeiro)" (E5).

No processo de cuidados de enfermagem, o sentimento de gratidão manifestado pelo utente poderá reforçar o tipo de relação que o enfermeiro estabelece com ele, tornando-a mais profícua e, consequentemente, o reconhecimento do trabalho do enfermeiro, o que possibilita a sua realização profissional.

As preferências reveladas pelos utentes são dirigidas ao enfermeiro que proporcionou a experiência agradável, baseadas nos sentimentos de confiança. Confirma essa afirmação a seguinte expressão:

– "*nesse* (enfermeiro) *eu tenho confiança, se tivesse que escolher um enfermeiro, era esse que escolhia*" (E29).

A percepção significativa de cuidados de enfermagem possibilita a expressão de preferência dirigida neste caso ao enfermeiro que proporcionou a experiência agradável. Escolher o seu terapeuta, assim como o estabelecimento de cuidados de saúde, é um direito do utente (SERRÃO, 1997).

Condições Mediadoras das Percepções Significativas de Cuidados de Enfermagem

Os utentes transmitiram algumas *condições mediadoras* dos juízos que formularam, favoráveis e desfavoráveis, resultantes da percepção agradável e da percepção desagradável. Referimo-nos às seguintes: *Cuidados de enfermagem valorizados na percepção significativa, comportamentos dos enfermeiros atribuídos na percepção significativa de cuidados de enfermagem, atributos dos enfermeiros na percepção significativa de cuidados de enfermagem, autopercepções na percepção significativa de cuidados de enfermagem e período do dia na percepção significativa de cuidados de enfermagem.* Estas foram as categorias que construímos relativas às referidas condições mediadoras.

a) *Cuidados de enfermagem valorizados na percepção significativa*

Nos discursos dos utentes foram transmitidas algumas informações sobre a situação de cuidados vivida de forma significativa, o que nos permitiu determinar algumas características definidoras de cuidados de enfermagem, nomeadamente as relativas aos *cuidados de manutenção* e aos *cuidados de reparação,* que constituem indicadores das condições que mediaram os juízos (RODRIGUES, 1996). A Figura 1 mostra-nos os vários cuidados de enfermagem que foram valorizados na percepção significativa.

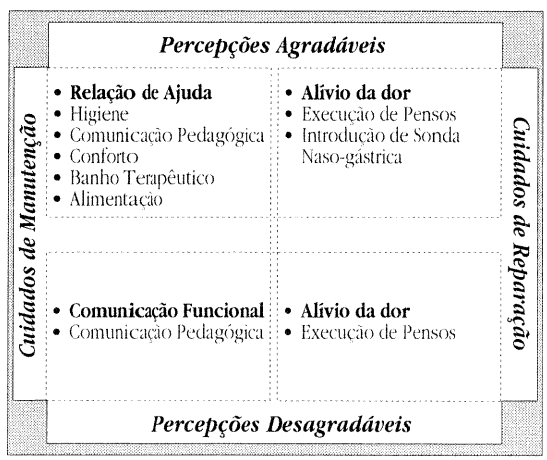

Figura 1 – Cuidados de enfermagem valorizados

Verificámos que a situação de cuidados, vivida de forma agradável e/ou desagradável, que determinou alguns julgamentos com mais indicadores foi a inerente aos *Cuidados de manutenção.*

Os *cuidados de manutenção* são os cuidados da vida que estão na origem da prática de cuidados; estes situam-se na prática de enfermagem numa realidade ampla, envolvendo uma dimensão afectiva, com implicação de gestos de ternura, de intimidade, de amparo e solicitude (COLLIÈRE, 1989). Eles obtiveram um peso especial na sua valorização pelos utentes que revelaram percepções significativas.

Os *cuidados de manutenção* valorizados na *percepção agradável* foram os seguintes: *Relação de ajuda, higiene, comunicação pedagógica, conforto, banho terapêutica e alimentação.* Dos vários cuidados percebidos, realçámos a relação de ajuda que obteve mais indicadores.

Os utentes reconheceram esse tipo de ajuda, o qual, na sua perspectiva, contribuiu para uma experiência agradável.

São evidências que confirmam essa afirmação a seguinte expressão:

- "*houve uma enfermeira que me ajudou muito, um dia em que eu estava muito stressado, eu queria era ir embora daqui, porque estava farto disto, e essa pessoa ajudou-me muito, esteve a falar comigo (...) na altura senti que estava a precisar de conforto e de alguém com quem falar e desabafar (...) a pessoa espontaneamente decidiu ajudar-me (...) a atitude da pessoa é que me encantou*" (E12).

A relação de ajuda pressupõe um «*estar em relação*» de forma profunda. O enfermeiro não se limita a executar uma tarefa, mas fornece ao utente condições para ele satisfazer as suas necessidades de forma independente (LAZURE, 1994).

No processo de cuidados de enfermagem, a relação de ajuda tem como objectivo diminuir a ansiedade e elevar a energia dos utentes, para que eles satisfaçam adequadamente as suas necessidades. É uma ajuda psicológica que requer qualidades humanas.

A *comunicação funcional* foi o tipo de *cuidados de manutenção* que obteve mais indicadores na atribuição de «valor» de *forma desfavorável.*

No nosso estudo, encontrámos alguns utentes que transmitiram juízos perceptivos desfavoráveis acerca das trocas informais de informação que estabeleceram com alguns enfermeiros. Um dos relatos que obtivemos mostra essa evidência:

– "*(...) fiquei chocado no dia que me disseram que ia ser operado, não estava preparado psicologicamente*" (E8).

Entre aqueles, uma utente revelou sentimentos relativos ao que observou na relação entre uma enfermeira e a «colega» do quarto. Conforme podemos verificar no seu discurso:

– "*não gostei da atitude de uma enfermeira, porque tratou muito mal a minha colega do lado (...) a enfermeira respondeu-lhe: «você é muito egoísta»*" (E37).

O enfermeiro, quando está em interacção com um utente, não se encontra isolado; ele está inserido num contexto social, onde existem observadores que percepcionam os seus comportamentos.

b) *Comportamentos dos Enfermeiros atribuídos na percepção significativa de cuidados de enfermagem.*

Esta categoria refere-se aos *comportamentos dos enfermeiros atribuídos* pelos utentes que relataram experiências significativas (alvo de juízos favoráveis e desfavoráveis). Na figura 2 podemos verificar os vários tipos de comportamentos dos Enfermeiros atribuídos na percepção significativa.

Figura 2 – Comportamentos dos enfermeiros

Dos comportamentos atribuídos na *percepção agradável*, verificámos que os comportamentos verbais incluíram mais indicadores que os não verbais.

Os comportamentos verbais incluem o seguinte: a *expressão de partilha, expressão de preocupação pelo utente e expressão de boa disposição.* São comportamentos que favorecem a interacção enfermeiro – utente.

A *expressão de partilha* foi a subcategoria que mais indicadores incluiu. No desenvolvimento do processo de cuidados, este comportamento verbal permite que o utente se sinta acompanhado e apoiado pelo enfermeiro, na satisfação das suas necessidades fundamentais. Podemos dizer que se trata de um ingrediente necessário ao desenvolvimento de uma atitude de ajuda, o qual promove a estreita colaboração do utente na conquista pela sua independência.

As expressões dos utentes traduzem claramente os elementos que identificam essa atitude de partilha:

– "*um enfermeiro disse-me: «e que tal a gente lavar a cabeça»*" (E5).

Os *comportamentos não verbais* incluem a *expressão de carinho pelo toque e a expressão facial agradável.* Destes, a *expressão de carinho pelo toque* foi o que incluiu mais indicadores.

Alguns utentes perceberam de forma significativa o toque pela parte de alguns enfermeiros; segundo eles, despertou-lhes emoções e sensibilizou-os para o estabelecimento de uma interacção carinhosa.

A seguinte expressão traduz com clareza essa afirmação:

– "*uma enfermeira (...) foi capaz de me confortar, passando a mão pela testa, explicando com palavras meigas o motivo (...) foi muito agradável*" (E25).

O toque é considerado «*uma das formas mais importantes da comunicação humana: além de transmitir sentimentos, pode contribuir para reduzir o medo e a ansiedade do outro, proporcionando o bem estar físico e psicológico*» (Silva e Junior, 1996; citados por FIGUEIREDO *et al.*, 1998:151).

O toque consiste numa acção que envolve movimentos corporais com estimulação cutânea interactiva, entre quem toca e quem é tocado. Por conseguinte, a pele é o órgão de recepção de estímulos sensoriais particularmente eleito para, através do toque, possibilitar carinho com significado humano. A esse toque podemos chamar o *toque terapêutico* (KRIEGER, 1995).

Abordámos os comportamentos dos enfermeiros atribuídos pelos utentes que revelaram juízos polarizados com relevância hedónica, baseados nas experiências agradáveis. São comportamentos essenciais à prática de cuidados de manutenção, com a função de mobilizarem as forças libertadoras do indivíduo, promovendo a continuidade da vida (COLLIÈRE, 1989).

No que diz respeito aos comportamentos dos enfermeiros atribuídos na *percepção desagradável*, encontrámos *comportamentos verbais*, *comportamentos não verbais* e *comportamentos inerentes à indisponibilidade no atendimento.*

Os comportamentos verbais incluem os seguintes comportamentos: zombaria, desconfiança e desrespeito. São comportamentos imprudentes que interferem na interacção enfermeiro – utente de forma desfavorável. O comportamento ao qual é atribuído um significado desfavorável quando percebido pelo utente, mesmo que não tenha sido intencional; mas sendo percebido dessa forma, poderá produzir, consequentemente, um certo afastamento ou o evitamento do contacto com a pessoa alvo desses juízos.

Nos comportamentos não verbais dos enfermeiros atribuídos de forma desfavorável estão incluídos os seguintes comportamentos: humor alterado, recusa do toque, expressão facial provocadora e gesto incomodativo.

Os comportamentos não verbais têm grande importância na comunicação, eles expressam melhor as emoções e os sentimentos (JUAN, 1991). Trata-se de emoções e sentimentos percepcionados que podem constituir um estímulo real, imaginário ou simbólico (RUILOBA, 1994).

O rosto é uma parte do nosso corpo mais expressiva e a parte que o utente observa com mais atenção. Para ele é importante que o rosto dos enfermeiros mostre adequadamente as emoções e os sentimentos (JUAN, 1991).

A *indisponibilidade no atendimento* foi uma subcategoria dos comportamentos atribuídos na *percepção desagradável*, que obteve mais indicadores. Revela o pedido de ajuda dos utentes através do toque de campainha e a ausência de resposta pela parte dos enfermeiros.

São evidências desse comportamento a seguinte expressão:

- "*toquei 3 vezes e não me atenderam* (os enfermeiros) *até à hora das visitas, estive cerca de duas horas e meia à espera*" (E6).

O atendimento na hora é valorizado favoravelmente pelos utentes, permitindo-lhes confiança nos cuidados de enfermagem e consequentemente segurança através da diminuição da ansiedade.

c) *Atributos dos Enfermeiros na percepção significativa de cuidados de enfermagem.*

Esta categoria diz respeito aos atributos dos Enfermeiros, ou seja, que se referem às atribuições que os utentes efectuaram aos comportamentos dos enfermeiros. Isto é, traduz a explicação que os utentes fizeram dos comportamentos dos enfermeiros percebidos na situação vivida por eles de forma significativa.

Os atributos resultaram da ideia que o utente tem de discernir uma situação e através dela uma predisposição para o comportamento por parte do enfermeiro, conforme explica SOUSA (1997:144), de que são exemplos os julgamentos favoráveis atribuídos na *percepção agradável: os enfermeiros têm capacidade de diagnóstico, são humanos, têm vocação para a enfermagem, são simpáticos, são disponíveis, são expontâneos, são experientes e prontos no atendimento*; e julgamentos desfavoráveis atribuídos na *percepção desagradável: os enfermeiros são pouco disponíveis, são pouco experientes, são submissos e são vingativos* (Figura3).

Trata-se de julgamentos funcionais elaborados pelos utentes, atribuídos aos comportamentos dos enfermeiros, sem o conhecimento da verdadeira causa que subjaz aos mesmos.

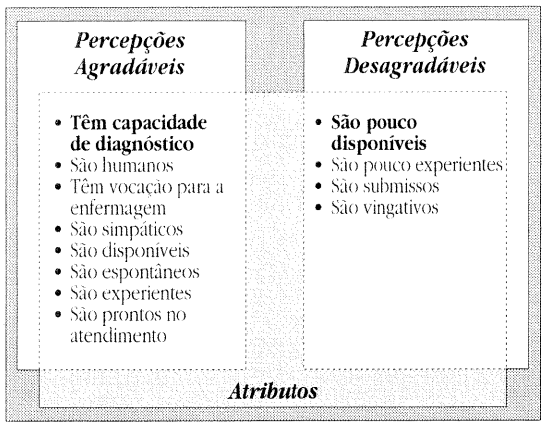

Figura 3 – Atributos dos enfermeiros

Os enfermeiros que foram julgados favoravelmente foram apreciados essencialmente pela sua *capacidade de diagnóstico*; este foi o atributo com mais indicadores. Refere-se a um atributo técnico que envolve capacidades inerentes ao perfil de um enfermeiro autónomo que interiorizou a sua actuação independente, conseguindo, de certo modo, torná-la visível através dos seus comportamentos. São atributos que revelam determinadas habilidades no desenvolvimento do processo de cuidados, mais especificamente, a observação e avaliação diagnóstica que pressupõe saberes técnico-científicos.

Os dados que colhemos nos discursos dos utentes provam essa constatação:

– "*penso que ela* (a enfermeira) *se apercebeu que eu ia passar concerteza mal a noite*" (E4).

Jones e Nisbett, em 1972, sugeriram que a pessoa que percebe tende a atribuir as causas do comportamento partindo das características pessoais da pessoa percebida e não das características situacionais (citados por SOUSA, 1997). Na base destas tendências podem estar factores perceptivos e cognitivos, o que ROSS em 1977, designa por *erro fundamental* (Ibidem, 1997).

d) *Autopercepções na percepção significativa de cuidados de enfermagem*

Esta categoria refere-se às manifestações percepcionadas pelo próprio utente acerca do seu estado de saúde na percepção agradável e desagradável. Isto é, traduz a explicação que os utentes fizeram dos seus próprios comportamentos na experiência significativa.

Foram identificados indicadores relativos às autopercepções na percepção agradável e indicadores para a percepção desagradável. Para distribuir os indicadores encontrados na *percepção agradável*, foram construídas várias subcategorias, entre as quais salientamos: *desconforto físico, desconforto emocional, e necessidade de informação.* Destas, a que engloba mais indicadores é a do *desconforto físico*, seguida do *desconforto emocional.*

Os indicadores encontrados na *percepção desagradável* foram distribuídos pelas seguintes subcategorias: *Desconforto físico, desconforto emocional, desconfiança, necessidade de informação, preocupação com o outro e postura incorrecta.* A subcategoria que mais indicadores engloba é a do desconforto físico, à semelhança da situação anteriormente descrita.

As autopercepções ou auto-atribuições (DESCHAMPS e CLÉMENCE, 1990) dos utentes que viveram situações significativas dizem respeito à explicação dos seus comportamentos face à percepção agradável e à percepção desagradável. Segundo PHANEUF (1996), numa perspectiva de enfermagem, define-se a percepção do estado de saúde pelo próprio utente como as manifestações subjectivas de dependência de cuidados de enfermagem.

Os utentes explicaram os seus próprios comportamentos em termos situacionais. Esta tendência é explicada por SOUSA (1997: 150) e está associada ao *erro fundamental* da atribuição (efeito actor-observador).

Com base nos dados obtidos, relativamente às autopercepções dos utentes, tanto as inerentes à percepção agradável como as inerentes à percepção desagradável verificámos que o *desconforto físico e o desconforto emocional* são as duas subcategorias que englobam mais indicadores. Destas, o *desconforto físico* foi a que obteve mais indicadores.

Desconforto físico é um estado de "*mal estar físico*" subjectivo manifestado de várias formas, conforme a sua origem. O desconforto físico na percepção agradável está associado a determinados factores, nomeadamente: dor, manutenção da perfusão de soro em via periférica, estado febril, imobilidade

no leito e fraqueza. Na percepção desagradável, ele está associado à dor e ao estado febril.

Para ambas as percepções significativas, a dor foi a origem do desconforto físico mais evidenciada pelos utentes, conforme podemos verificar nos seus discursos:

- "*Aconteceu que eu estava muito aborrecido com tanta dor (...) eu estava a torcer-me muito*" (E28).

WALLACE e APPLETON (1994) consideram que a promoção do bem-estar dos utentes os torna mais poderosos e revela, pela parte do enfermeiro, uma forma distinta de estar com o utente.

O *desconforto emocional* foi descrito pelos utentes para explicar os seus comportamentos. O desconforto emocional, inerente à percepção agradável, está associado aos seguintes factores: estado "nervoso", carente, vulnerável, medo, hospitalização, saturação pela sujeição de repetição dos procedimentos técnicos. O desconforto inerente à percepção desagradável está associado à tristeza e ao medo.

O desconforto emocional relacionado com o medo foi a unidade que mais indicadores obteve para ambas as situação significativas.

O relato de um utente constitui evidência dessa afirmação:

- "*ele* (o enfermeiro) *fez-me isso* (deu apoio psicológico na introdução de uma sonda naso-gástrica) (...) *porque viu que eu estava com medo e ele talvez quisesse dar-me ajuda para eu não sofrer tanto*" (E28).

Desconforto emocional é um estado de desequilíbrio ou desarmonia interior produzido por determinadas emoções (LAZURE, 1994). As emoções acontecem como resposta a um determinado contexto. E essas respostas são expressas de variadas formas, dependendo de sujeito para sujeito.

e) *Período do dia na percepção significativa de cuidados de enfermagem*

Os indicadores obtidos relativos a esta categoria foram distribuídos por 3 períodos do dia: manhã, tarde e noite.

O período do dia que mais indicadores reuniu, foi o período da *noite*, distribuídos pelas percepções agradável e desagradável, tendo-se verificado um maior número de indicadores na percepção agradável.

A noite é o período do dia que sugere silêncio, a fim de satisfazer uma das necessidades fundamentais, dormir e repousar. O silêncio e a escuridão poderão gerar sentimentos de incerteza, ignorância, tristeza, sofrimento.

Vários factores poderão contribuir para a formulação dos juízos no período da noite. Por exemplo, o estado de saúde dos utentes (MACDAVID, 1980), a agudização do sofrimento psicológico associado à hospitalização, os ritmos circadianos, a própria dinâmica dos serviços, a noite e tudo o que poderá estar associado a ela.

A hospitalização constitui um factor que produz insegurança psicológica na pessoa, que poderá agravar-se com a noite, devido ao silêncio, à inactividade, à dificuldade em dar continuidade aos seus rituais e manter os seu ritmos circadianos, ao mal estar ou ao desconforto associado ao seu estado de saúde, ao facto de estar afastado da família e não poder partilhar com ela os momentos íntimos, etc.

Conclusão

A revelação da percepção significativa (juízos polarizados: favoráveis e desfavoráveis) de cuidados de enfermagem por parte de 19 utentes entrevistados permitiu-nos identificar e analisar algumas condições mediadoras que favoreceram os juízos através das suas atribuições, nomeadamente: as características definidoras dos cuidados de enfermagem, os comportamentos dos enfermeiros e os seus atributos, as autopercepções dos próprios utentes que revelaram esses juízos e o período do dia em que ocorreram as percepções significativas.

Constatámos que os utentes formularam mais juízos com referência de sentimentos intensos na utilização de cuidados de manutenção, atribuindo um «valor» favorável à relação de ajuda e um «valor» desfavorável à comunicação funcional, o que nos leva a acreditar que os cuidados de manutenção têm um valor significativo para os utentes, principalmente quando deles necessitam.

Na percepção agradável os comportamentos dos enfermeiros mais valorizados foram a expressão de partilha e expressão de carinho pelo toque; enquanto que, na percepção desagradável, os comportamentos mais valorizados foram os comportamentos inerentes à indisponibilidade dos enfermeiros no atendimento.

O atributo dos enfermeiros mais valorizado pelos utentes que revelaram percepção agradável foi capacidades de diagnóstico. O atributo dos enfermeiros mais valorizado pelos utentes que revelaram percepção desagradável foi pouca disponibilidade.

Os utentes que revelaram juízos polarizados apresentaram como explicação dos seus próprios comportamentos, nas percepções agradável e desagradável, o desconforto físico e o desconforto emocional, como factores situacionais (condições mediadoras) que favoreceram esses juízos, o que nos leva a considerar que o desconforto físico e o desconforto emocional favorecem a formulação dos juízos polarizados.

A noite foi o período do dia atribuído em que ocorreu o maior número de registo de juízos polarizados. Este resultado permite-nos colocar a seguinte questão: Será que os utentes no período da noite estavam mais despertos ou receptivos aos estímulos, captando-os de forma especial e consequentemente atribuindo-lhes significados com referência de sentimentos intensos? Consideramos que esta questão poderá abrir a porta a uma investigação para obter uma resposta.

Julgamos necessária uma avaliação cuidada do utente para que se possa intervir eficazmente no sentido da promoção do seu bem estar físico e emocional, promovendo condições que favoreçam juízos favoráveis de cuidados de enfermagem e, consequentemente, contribuir para a fertilização do terreno que propicia a representação da enfermagem.

Na prestação de cuidados de enfermagem, o enfermeiro está continuamente a ser observado, daí a sua exposição aos julgamentos desta natureza. Torna-se necessário, por isso, reflectirmos sobre a conduta dos enfermeiros e revermos os seus comportamentos perante os utentes.

Bibliografia

BARDIN, Laurence – *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70, 1991.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari – *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos.* Porto: Porto Editora, 1994.

CAETANO, António – Formação de impressões. In VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedita - *Psicologia Social.* 3ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 1997. pp. 89-111.

BRYMAN, A.; BURGESS, G. – *Analyzing qualitative.* Londres: Ed. Rountledge. 1994.

COLLIÈRE, Marie-Françoise – *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.* Damaia: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. 1989.

DESCHAMPS, J.C.; CLÉMENCE, A. – *L' atribution: causalite et explication au quotidien.* Paris: Delachaux et Niestlé. 1990.

DUARTE, Susana Filomena Cardoso – *Cultura médica, representação social da doença e saúde.* Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. (Dissertação do Curso de Mestrado em Saúde Pública). 1996

FIGUEIREDO, Nébia Maria A. de; MACHADO, William César A.; PORTO, Isaura Setenta; FERREIRA, Márcia de Assunção (1998) – A dama de branco transcendendo para a vida/morte através do toque. In MEYER, Dogmar Estermann *et al.* – *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da Enfermagem Contemporânea.* Porto Alegre: Artemed. pp. 137-169.

JUAN, L. Cibanal – *Interrelacion del profesional de enfermería com el paciente.* Barcelona: Ediciones Doyma. 1991.

KRIEGER, D. – *O toque terapêutico: versão moderna da antiga técnica de imposição das mãos.* S. Paulo: Cultrix. 1995.

LAZURE, Hélène – *Viver a relação de ajuda.* Lisboa: Lusodidata. 1994.

LESSARD-HÉBERT, Michelle; GOYETTE, Gabriel; BOUTIN, Gérald – *Investigação Qualitativa: Fundamentos e práticas.* Lisboa: Instituto Piaget, (Tradução de Maria João Reis). 1990.

McDAVID, John W; HARARI, Herbert – *Psicologia e comportamento social.* Rio de Janeiro: Editora Interciência. 1980.

MONTEIRO, Manuela; SANTOS, Milice Ribeiro dos – *Psicologia*, 1º Vol. Lisboa: Porto Editora, 1997, pp. 264-289.

PHANEUF, Margot – *La planification des soins: un sistème intègré et personallisé.* Montréal: Chenelière/ McGraw Hill, 1996.

RODRIGUES, Arold – *Psicologia Social.* 16ª ed., Petrópolis: Vozes, 1996.

RUILOBA, J. Vallejo – *Introdução a la psicopatologia y la psiquiatria*, 3ª ed. Barcelona: Masson-Salvat Medicina, 1994.

SEP – *Regulamento do exercício Profissional dos Enfermeiros* (Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, D.R. I Série-A), 1996.

SERRÃO, Daniel – Direitos das pessoas doentes: uma revolução tranquila e benfazeja. *Servir*, 45, (4), Julho/ Agosto. 1997. pp.176-180.

SOUSA, Elizabeth (1997) – Atribuição: da inferência à estratégia de comportamento, In VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedita – *Psicologia Social*, 3ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. pp. 161-164.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. – *Basics of qualitative research.* Newbury Park: Sage, 1990.

TAJFEL, Henri – *Grupos humanos e categorias sociais.* Vol. 1. Lisboa: Livros Horizonte, 1982.

WALLACE, C. L.; APPLETON, C. – Nursing as the promotion of well-being: The client's experience. *Journal of advanced nursing*, Oct. 22, pp. 285-289. Flórida, USA (Atlantic University), 1994.

WILLIAMS, Susan Ann – *The relation ship of patients' perceptions of holistic nurse caring to satisfaction whith nursing care. J. Nurs Care Qual*, 11(5), 1997, pp.15-29.