

O PROFISSIONAL DE SAÚDE DO OUTRO LADO DO CUIDADO SEGUNDO A TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA¹

Nayra Michele Anjos Amorim*
Francisca Georgina Macedo de Sousa**
Ana Maria Ribeiro dos Santos***
Henriqueta Ilda Verganista Martins Fernandes****
Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo*****

RESUMO

Objetivou-se compreender os significados que profissionais de saúde atribuem às experiências de ser paciente ou acompanhante decorrentes de adoecimento ou hospitalização. Estudo descritivo, de abordagem qualitativa realizado com 17 participantes utilizando-se entrevista não estruturada para coleta de dados e análise temática para interpretação dos mesmos à luz da Teoria da Incerteza na Doença de Michel. Foram identificados doze temas inter-relacionados com os pressupostos da Teoria e inseridos em um diagrama conceitual. O Quadro de Estímulos foi representado pelos Temas: Marcadores de experiência profissional no processo de adoecimento e hospitalização; Estratégias qualificadoras para as relações de cuidado; Valorização do profissional assistente pelo reconhecimento de práticas de cuidado. Desqualificadores do cuidado: produzindo insegurança, angústias e incertezas; Adversidades do profissional-acompanhante: estigmatização e comprometimento do cuidado; Melhor não saber demarcaram a Avaliação Cognitiva. Como mecanismos de *coping* os temas: Significados e sentimentos inerentes ao ser acompanhante e do outro lado do cuidado que confluíram para a adaptação. A experiência de paciente/acompanhante foi permeada por incertezas que eram exacerbadas pela condição de ser profissional da saúde. Isto permitiu compreender que adequadas atitudes e comportamentos no cuidado proporcionam minimização de incertezas influenciando positivamente no tratamento e recuperação da saúde.

Palavras-chave: Incerteza. Hospitalização. Teoria de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A doença provoca no indivíduo sentimentos de “menos” valor, de fragilidades, de abandono, de dependência de cuidados, de prisão ao leito e de submissão às limitações provocadas pelos sintomas da doença e pelo tratamento⁽¹⁾. Quando a doença se alia a hospitalização o corpo é esvaziado de simbolismos pela intervenção médica. Nesse processo o “sujeito tende a se sentir cada vez mais invadido e longe de si, de seu lugar de ser”^(2,148). Portanto, ao adoecer os indivíduos vivenciam experiências, que na maioria das vezes, são negativas por representar ameaças à vida, aliada a sentimentos de frustrações, angústias e incertezas⁽³⁾.

Os profissionais de saúde, rotineiramente assumem o papel de ser-cuidador. Entretanto, em algum momento da vida poderá ocupar a condição de ser-

cuidado ou ter um familiar recebedor da assistência em saúde que ele, profissionalmente, está habituado a desempenhar. Passar de uma condição de ser-cuidador para ser cuidado, mediante adoecimento e/ou hospitalização própria ou de um familiar, foi definido como fenômeno a ser compreendido pela investigação.

De acordo com a Teoria da Incerteza na Doença de Michel a experiência da doença pode ser permeada de incerteza, o que por sua vez, pode influenciar a adaptação ao momento específico e, assim, exacerbar uma fragilidade e instabilidade psicossocial. Esta teoria aborda as incertezas, ansios e dúvidas do próprio doente, de seus cuidadores e familiares em relação a um problema de saúde vigente, na sua fase aguda ou crônica⁽⁴⁾.

Ao desconhecer o que lhes reserva o futuro, a incerteza na doença apresenta-se como estado cognitivo, no qual o indivíduo é incapaz de atribuir um

¹Derivada de Dissertação de Mestrado profissional da saúde a acompanhante e paciente: do outro lado do cuidado vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão/UFMA

*Enfermeira, Mestre em Enfermagem. E-mail: nayramichelle@hotmail.com

**Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, Criança e Adolescente – GEPSFCA/Universidade Federal do Maranhão – UFMA
E-mail: fgeorginasousa@hotmail.com

***Enfermeira, Doutora em Ciências, Professora Adjunta da Universidade Federal do Piauí/UFPI
E-mail: anamisantos@hotmail.com

****Enfermeira, Doutora em Educação, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem do Porto/Portugal. Membro do Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde - CINTESIS – Universidade do Porto/Portugal.
E-mail: ildafemandes@esenf.pt

*****Enfermeira, Doutora em Ciências de Enfermagem, Professora da Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. Investigadora Integrada do CINTESIS, Universidade do Porto/Portugal. E-mail: ceu@esenf.pt

significado aos acontecimentos relacionados a ela. Vivenciando a nova situação, os indivíduos utilizam-se da incerteza para angariar recursos e mecanismos de enfrentamento e adaptação, resultado almejado ao final do processo⁽⁴⁾. Ressalta-se que a incerteza pode influenciar a adaptação ao momento específico e, assim, exacerbar uma fragilidade e instabilidade psicossocial.

Incerteza na doença refere-se à incapacidade de determinar o sentido dos acontecimentos relacionados com a doença, de atribuir valores definitivos aos objetos e eventos, e prever, com precisão, os resultados. Reflete um ato cognitivo neutro até que sejam determinadas suas implicações⁽⁴⁾. Quase sempre não bem tolerada, a incerteza na doença é geralmente caracterizada como um importante estressor e as pessoas – ou a maioria delas - buscam formas de reduzir essa incerteza e/ou aprender métodos que facilitem lidar com ela, tais como recursos sociais e profissionais^(4,5).

A partir dessas implicações, a incerteza pode ser interpretada como positiva ou negativa transformando-se em dois pensamentos: oportunidade ou ameaça. O medo do desconhecido, a falha e ausência de comunicação, a não informação e demais fatores manifestados na doença, em especial no tratamento e/ou na hospitalização são estressores e nestes casos, a incerteza representa um perigo para o estado de saúde do doente e pessoas de seu convívio. Nessas situações um maior conhecimento da doença pode subsequenciar depressão, definhamento e não adesão terapêutica, em que o melhor é não saber⁽⁵⁾. A forma interpretativa do momento vivenciado e as estratégias intrapsíquicas desenvolvidas podem reduzir a incerteza, se avaliada como oportunidade. Nesse sentido, deveria culminar na adaptação à situação.

Diante do exposto, o problema da presente pesquisa foi delimitado pela vivência do profissional de saúde na condição de paciente ou como acompanhante de familiar doente a partir do seguinte questionamento: Como os profissionais de saúde vivenciam/vivenciaram as experiências de paciente ou acompanhante de familiares nas relações de cuidado determinadas pelo processo saúde-doença e hospitalização? Para respondê-lo definiu-se como objetivo: compreender os significados que profissionais de saúde atribuíram às experiências de ser paciente ou acompanhante decorrentes de adoecimento ou hospitalização.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa que utilizou a Teoria da Incerteza na Doença de Michel, como referencial teórico.

Os participantes foram selecionados obedecendo-se aos critérios: ser profissional de saúde e ter vivenciado um processo de internação hospitalar devido a algum problema de saúde próprio ou de algum familiar. A técnica metodológica utilizada para captação dos participantes foi a Bola de Neve, que fornece um conjunto de contatos potenciais com o objetivo de compreender melhor determinado tema e é eficaz para construir amostragem em pesquisa qualitativa⁽⁶⁾. Seguindo a técnica bola de neve participantes iniciais indicaram novos participantes que, de semelhante forma, vivenciaram a condição de paciente ou acompanhante de familiar num processo de adoecimento e hospitalização. Dezesete (17) profissionais da saúde (Enfermeiro, Fisioterapeuta, Médico e Técnicas de Enfermagem) se constituíram como participantes.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de dezembro de 2014 a abril de 2015, cuja produção foi apoiada pela entrevista não estruturada na modalidade não dirigida gravada por dispositivo eletrônico, mediante autorização dos participantes e norteada pela questão: descreva sua experiência quando submetido a cuidados dos profissionais de saúde em virtude de adoecimento e hospitalização ou quando acompanhou familiar nessa condição.

Todos os termos sobre os quais trata a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram impreterivelmente seguidos. Obteve-se aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, com o parecer número 866.679 e a participação do pesquisado oficializou-se por meio de assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

Os discursos foram transcritos e analisados conforme os preceitos da Análise Temática⁽⁷⁾, operacionalizado em três etapas: na Pré-Análise, foram realizadas leituras exaustivas das entrevistas e definido o *corpus* de análise para em seguida ser organizado e formuladas hipóteses; na exploração do material ocorreu a identificação de palavras e expressões significativas e agrupamento dos dados brutos num total de 626 unidades de sentido; Na etapa de tratamento e interpretação dos resultados foram construídos doze(12) temas mediante aglutinação dos núcleos de sentido. Para esta etapa, considerou-se o pressuposto da TID^(4,5), no qual o ser humano é

considerado um sistema aberto, que influencia e é influenciado por questões internas e externas a ele, que podem ser produtores de desequilíbrio e estresse e, conseqüentemente, de incerteza diante de uma nova situação. Posteriormente, os temas construídos na pesquisa foram inter-relacionados com os conceitos e elementos estruturais da TID e inseridos em um diagrama conceitual.

RESULTADOS

A Teoria da Incerteza tem em sua estrutura conceitual três componentes: os antecedentes que influenciam a incerteza; a avaliação cognitiva da incerteza e as estratégias de *coping* para enfrentá-la. Estes componentes possibilitam avaliar a incerteza como ameaça ou como oportunidade, produzindo um estado de lida e adaptação à situação, sendo a última, a condição esperada.

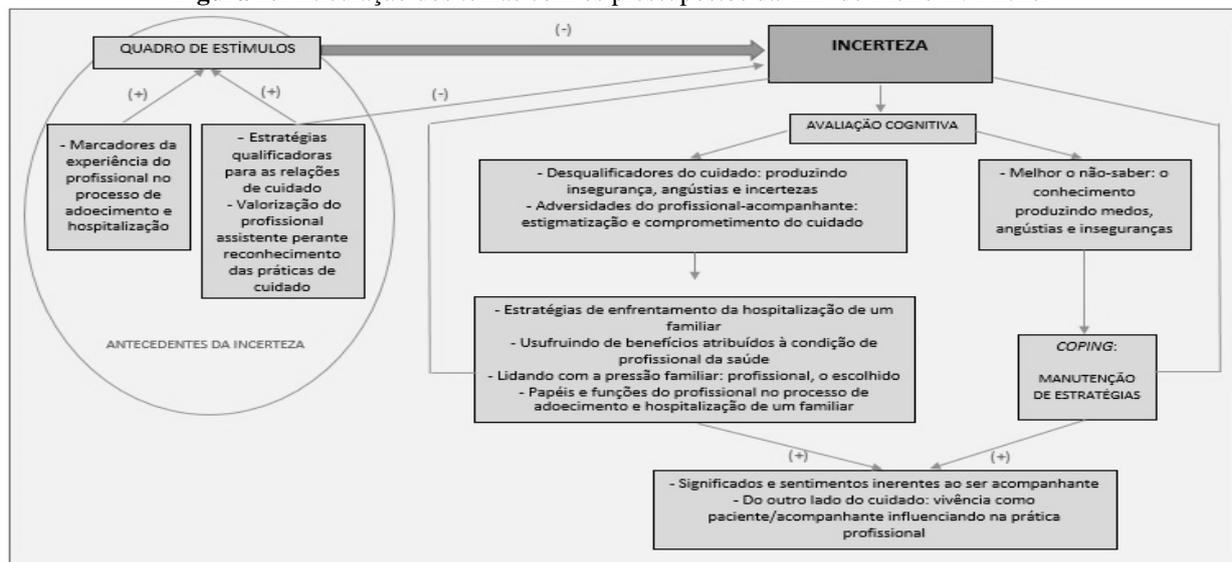
No diagrama conceitual da TID, a incerteza é um processo que inter-relaciona o quadro de estímulos, a avaliação cognitiva e a adaptação.

O quadro de estímulos precede a percepção da incerteza e se refere aos estímulos percebidos pelo indivíduo capazes de influenciá-la com relação

implícita com as capacidades cognitivas inerentes às percepções do indivíduo, à familiaridade com os acontecimentos e à relação entre o esperado, o experimentado e os eventos hospitalares relacionados. Diz respeito a compreensão da existência de sintomas que fogem do estado normal de saúde e as concepções atípicas que podem sugerir a instalação da doença. A familiaridade com os acontecimentos diz respeito ao reconhecimento de uma situação habitual ou já vivenciada enquanto que novos tratamentos ou procedimentos são capazes de gerar incertezas.

O quadro de estímulos na estrutura conceitual da TID configura-se como antecedentes da incerteza e foi definido pelos seguintes temas: Marcadores da Vivência do Profissional no Processo de Adoecimento e Hospitalização; Estratégias Qualificadoras para as relações de cuidado e Valorização do profissional assistente perante reconhecimento das práticas de cuidado. As experiências vivenciadas pelos profissionais da saúde na condição de paciente ou acompanhante de familiar foram expressos em 12 temas construídos a partir de um exercício analítico e aglutinador apoiado no referencial teórico da TID e inseridos no diagrama conceitual que revelam os pressupostos da incerteza na doença.

Figura 1. Articulação dos temas com os pressupostos da TID de Merle H. Michel



Tema 1. Marcadores da Vivência do Profissional no Processo de Adoecimento e Hospitalização

O adoecimento e a hospitalização vividos pelo profissional da saúde, parece situá-lo num evento surpreendente que envolve por um lado medo, insegurança e ansiedade, e por outro, é delimitado pelo

conhecimento que possibilita identificar riscos, agravamentos, conseqüências e melhoras. Desse modo, o profissional de saúde doente ou como acompanhante consegue analisar as informações recebidas da equipe de saúde e compará-las ao atual estado clínico.

Há momentos, em que estar doente ou ser acompanhante de familiar doente, parece comprometer a razão, o discernimento e o conhecimento científico colocando-o num embate dicotômico: estar doente, ser familiar/accompanhante e ser profissional. É possível que prevaleça a emoção em detrimento da razão subsequente à emergência de sentimentos de vulnerabilidade e fragilidade frente ao processo de adoecimento. Pode-se evidenciar perda do papel de profissional, sobrepondo-se o papel de familiar, uma vez que os laços afetivos são mais fortes e importantes do que as habilidades técnicas e os conhecimentos científicos.

Frente ao vivenciado, o profissional de saúde na condição de paciente ou de acompanhante, deixa prevalecer um ou outro comportamento e pela afetividade, deixa sobressair a postura familiar, por vezes subjetiva. Em outros, faz uso de conhecimentos técnico-científicos na tentativa de preservar e garantir a vida. Assumindo essa postura, ele analisa, identifica riscos, condena erros, contesta condutas e, se necessário, intervém. Pelo sentimento de incerteza, insegurança e preocupação, prevalece a postura profissional, observadora, atitudinal e crítica.

Tema 2. Estratégias Qualificadoras para as Relações de Cuidado

Nesse tema, o cuidado foi descrito como produto da interseção das dimensões técnicas, relacionais e humanas. Foram qualificadores do cuidado, dispensar atenção pautada no olhar atento e na escuta, na valorização das queixas do paciente e do familiar acompanhante, no diálogo, na existência de relações horizontais harmoniosas, humanas, com proximidade, pessoalidade e envolvimento. Atitudes subjetivas e tratar o próximo como gostaria de ser tratado foram reconhecidas como potenciais estratégias e, sobretudo, manifestação do cuidado eficaz. Vivenciando o papel de familiar acompanhante, o profissional reconhece que o cuidado envolve o doente, o acompanhante e a família devendo ser essa dimensão valorizada nas práticas de atenção à saúde. À vista disso, o profissional determina que ações técnicas, procedimentais, somadas às atitudes subjetivas, se traduzem numa efetiva atitude de cuidado.

Tema 3. Valorização do Profissional Assistente pelo Reconhecimento de Práticas de Cuidado

No que se refere à área de saúde, a enfermagem foi pontuada como a profissão que atua veementemente na prestação do cuidado, tendo-o como objeto e produto de sua prática. Destacaram que a enfermagem

é temporalmente e assistencialmente mais próxima do paciente. Nesse sentido, trabalhadores que desempenham seu papel com valorização da vida, respeito e responsabilidade, têm seu valor reconhecido. Do mesmo modo, a dedicação, o empenho e o compromisso dos profissionais promovem seu reconhecimento e valorização por parte daqueles que vivenciam o adoecimento e/ou a hospitalização.

A Avaliação Cognitiva como dimensão conceitual da TID é definida como a capacidade de processamento de informação de um indivíduo. Ansiedade, fadiga, diagnósticos de doença e alguns tratamentos, por exemplo, podem reduzir a cognição, dificultar o discernimento e a percepção do padrão de sintomas, exacerbando incertezas. A relação entre o esperado e o vivenciado também provoca incertezas. Isso é claramente perceptível quando o indivíduo se mostra preparado para determinada terapêutica, entretanto, diferentes condutas são adotadas. Foram inseridos na Avaliação Cognitiva sete temas: Desqualificadores do Cuidado: produzindo insegurança, angústias e incertezas; Adversidades do Profissional/accompanhante: estigmatização e comprometimento do cuidado; Estratégias de enfrentamento da hospitalização de um familiar; Usufruindo de benefícios atribuídos à condição de profissional de saúde; Lidando com a pressão familiar: profissional – é o escolhido; Papéis e funções do profissional no processo de adoecimento e hospitalização de um familiar; Melhor o não saber: o conhecimento produzindo medos, angústias e inseguranças.

Tema 4. Desqualificadores do Cuidado: produzindo insegurança, angústias e incertezas

Esse tema foi delimitado por insatisfações quanto ao diálogo entre os profissionais assistentes e os que vivenciam o processo de doença/hospitalização caracterizando-o como deficiente, inadequado e, por vezes, ausente. Estas situações são geradoras de sofrimentos e angústias que aliadas à insensibilidade, à impessoalidade, ao distanciamento e o desinteresse pelas queixas do doente foram caracterizados como desqualificadores do cuidado. As barreiras burocráticas para a efetivação da internação do familiar em setor compatível com suas necessidades clínicas, envolvendo condições estruturais e aspectos organizativos da instituição de saúde também foram revelados como desqualificadores do cuidado.

As insatisfações emergentes do tratamento, foram apontadas como reais e passíveis de conflitos entre pacientes/acompanhantes e os profissionais assistentes

e resultam em comprometimento do processo de cuidado e no prejuízo das interações. Essa condição desemboca numa situação de crise e perturbação do serviço, além de potencializar angústias e incertezas dos afetados pela doença. Somadas a estas questões, o reconhecimento da probabilidade de iatrogenias faz com que o profissional de saúde, doente ou como acompanhante de familiar, tema suas ocorrências e apresente-se receoso face à identificação de erros, descaso, imprudências, imperícias e negligências do profissional assistente. Ao presenciá-las, vivencia insatisfações e aflições, sentimento de indignação e revolta. Aflições, desconfiças e inseguranças foram nutridas por suspeitas quanto à qualidade da formação profissional dos trabalhadores da saúde e pela divulgação midiática de erros inerentes à prática de cuidado.

Tema 5. Adversidades do Profissional/Acompanhante: estigmatização e comprometimento do cuidado

Por não aceitar qualquer tipo de cuidado, em alguns momentos, o profissional da saúde se identifica, fundamenta suas colocações e toma atitudes. Contudo, tal fato nem sempre é satisfatoriamente recebido por parte dos trabalhadores. Alguns integrantes das equipes foram descritos como austeros, desconfiados e agressivos ao lidar com pacientes e acompanhantes sabidamente profissionais da área da saúde. Então, o doente ou acompanhante teme que seu reconhecimento como profissional da saúde possa ser interpretado como ameaça e intimidação. Como defesa e na tentativa de aliviar tensões, suprime a própria identidade profissional, evita reclamações, solicitações e críticas. Evidencia-se que, nem sempre, o fato do paciente ou acompanhante trabalhar na área da saúde é positivamente aceito por terceiros, pois a experiência profissional, que lhe confere conhecimentos técnico-científicos, pode soar como ameaça por parte de quem presta cuidados.

Tema 6. Melhor não saber: o conhecimento produzindo medos, angústias e inseguranças

De posse da capacidade de identificar sinais de piora, de perigo e de riscos na assistência hospitalar, o profissional doente/acompanhante tem potencializado sentimentos de angústia, incerteza, insegurança e medo. A experiência e conhecimento que lhe confere a condição de profissional de saúde permite-lhe identificar erros e falhas no cuidado em saúde e reconhecer atitudes de descuido. Essa condição faz com que ele seja invadido por preocupações e, que, seria melhor “não saber”, assim seria poupado da

exacerbação de sentimentos gerados por conhecimentos específicos.

Tema 7. Estratégias de enfrentamento da hospitalização de um familiar

A experimentação de angústias inerentes à vivência da hospitalização pode fragilizar tanto o paciente quanto seu familiar. Circunstancialmente, algumas estratégias são mecanismos de conforto, facilitando o enfrentamento, que somados aos qualificadores de cuidado são produtores de segurança por ajudá-lo a suportar o sofrimento diante da doença e da hospitalização.

A busca de controle face ao ameaçador pode ser classificada em duas categorias: o enfrentamento centrado na emoção e o centrado no problema. O primeiro deriva de processos protetores e defensivos, nos quais o indivíduo tenta regular a própria resposta emocional e ao se defrontar com o problema, é capaz de manifestar atitudes de esquivas e negação. O segundo, centrado no problema, caracteriza-se por esforços direcionados para sua alteração ou administração e/ou melhoria do relacionamento entre as pessoas e o meio. De um jeito ou de outro, o manejo e a modificação da situação produtora de insegurança objetivam adaptação à realidade. Contudo, as duas formas de enfrentamento estão inter-relacionadas, podendo ser simultaneamente utilizadas diante de um mesmo evento. Outra estratégia de enfrentamento relativa ao adoecimento e à hospitalização refere-se à espiritualidade como base fortalecedora e meio promotor de suporte e resiliência.

Tema 8. Usufruindo Benefícios Atribuídos à Condição de Profissional da Saúde

O tema sugeriu que ter livre acesso ao familiar doente, facilidade na aquisição de informações, de presenciar cirurgias, conhecer profissionais das diversas subáreas da saúde e a eles poder recorrer, discutir com a equipe assistencial as condutas terapêuticas e realizar procedimentos e cuidados diretos se caracterizaram como benefícios da condição de ser profissional da saúde. Usufruir desses benefícios configurou-se em garantias para agir com alguma liberdade na avaliação de problemas e na busca de soluções.

Tema 9. Lidando com a pressão familiar: profissional é o escolhido

A família usualmente elege o familiar profissional da saúde como acompanhante. Para a família, ele é qualificado para reconhecer riscos, entender e discutir

com outros profissionais diagnósticos/prognósticos e atuar na resolução de problemas. Dessa maneira, o profissional reconhece a própria capacidade e impõe a si a sua presença constante, pois acredita ser o único capacitado para intervir, se necessário. Em virtude dessas situações, por vezes, ele se culpa quando o resultado é indesejado. Estas demandas desembocam em desgaste multifacetado - físico e emocional - daquele que assume o papel de acompanhante, acarretando sobrecarga de responsabilidades.

Considerando as oportunidades na busca por informação e as possibilidades de atitudes participativas em condutas e procedimentos, que a família elege o profissional da saúde como acompanhante. Nele confia e dele cobra decisões.

Tema 10. Papéis e Funções do Profissional no Processo de Adoecimento e Hospitalização de um Familiar

Dois categorias abrangem as funções do profissional emergentes do processo de adoecimento e hospitalização - suporte para o familiar doente e família e supervisor técnico dos cuidados. Não obstante, é desafiado a exercer seu controle emocional para manter a família organizada emocionalmente e de demonstrar confiança e segurança. Como acompanhante elenca como seu dever proteger a família, e para tal, pode assumir duas formas de comportamento: o compromisso de expor a realidade do quadro clínico, de livrá-lo de riscos, de orientá-lo e de fornecer esclarecimentos e orientações quanto a rotinas e procedimentos (como são feitos, para que servem, qual o resultado). Nesse papel, questionamentos, exigências e cobranças de práticas de cuidado são naturalmente frequentes. Se necessário for, mediante a constatação de irregularidades e riscos, realizam intervenções. Em situações em que percebem ameaças à integridade e à saúde do familiar doente, são capazes de infringir normas institucionais, não esperam passíveis as providências dos profissionais assistentes e tomam atitudes embasadas pelo conhecimento.

Entretanto, quando a emoção sobrepuja a racionalidade, alguns profissionais fogem do seu papel de conhecedor e suprimem a realidade numa tentativa de atenuar a dor, a preocupação e o padecimento.

As estratégias de *coping* é o terceiro componente da TID. Por meio desse processo as pessoas – ou a maioria delas - buscam formas de reduzir a incerteza e/ou aprender métodos que facilitem lidar com ela. Nesse sentido, é esperado um estado de lida e adaptação e duas são as vertentes possíveis: a incerteza

como oportunidade ou como ameaça. Portanto, o *coping* , é o desfecho para a incerteza no modelo conceitual da TID. Foram inseridas nesse componente dois temas: Significados e Sentimentos Inerentes ao Ser Acompanhante e Do outro lado do cuidado: vivência como paciente/accompanhante influenciando na prática profissional.

Tema 11. Significados e Sentimentos inerentes ao Ser Acompanhante

Diante das especificidades experimentadas e do indivíduo que a vivenciou, o processo de adoecimento e hospitalização pode ser avaliado de diversas formas e ter diferentes significados. Para uns, quando a incerteza é percebida como evento aversivo e associada a resultados psicossociais negativos, a experiência é marcada pela angústia/ansiedade. Para outros, quando o desempenho cognitivo e de enfrentamento foram satisfatórios, a vivência pode significar aprendizado e aquisição de novas habilidades e comportamentos.

Tema 12. Do Outro Lado do Cuidado: a vivência como paciente/accompanhante influenciando na prática profissional

A incerteza é um componente importante na experiência da doença enquanto que as estratégias de enfrentamento possibilitam a adaptação e reflete um processo evolutivo que pode se alterar com o tempo e durante o curso da doença. A experiência de profissionais da saúde na condição de pacientes/accompanhantes, permitiu um redirecionamento do olhar das próprias práticas laborais que, ao perceberem a fragilidade da vida, valorizaram com maior veemência, a vida de terceiros. Nesse sentido, a adaptação é ampliada na forma de ver, sentir e agir em prol de outrem.

DISCUSSÃO

A incerteza vivenciada pelos profissionais da saúde na condição de paciente ou acompanhante é dependente de alguns fatores constituintes⁽⁴⁾ denominados quadro de estímulos, evidenciados no tema Marcadores da vivência do profissional no processo de adoecimento e hospitalização. Nele foram revelados elementos que influenciam a capacidade cognitiva do indivíduo envolvido, destacando-se a suspeita e percepção de sintomatologias específicas, a familiaridade com o evento e a relação entre o que é esperado, o que é experienciado e os eventos relacionados. Sob esse aspecto, o entendimento do evento que se apresenta é dependente da cognição do

indivíduo, determinando a capacidade de processamento da informação e compreensão da situação⁽⁴⁾, isto é, esses estímulos compõem e estruturam um esquema cognitivo para compreender os eventos, numa tentativa de avaliar e justificar o que se apresenta.

Quando há incapacidade de determinar o sentido dos acontecimentos, de atribuir valores definitivos a eles e de prever com precisão os resultados, define-se a incerteza. Ao se deparar com a circunstância, uma mescla de interpretações e comportamentos se manifesta. Nesse momento, o profissional da saúde, na condição de acompanhante ou paciente, se vê atônito por julgar ter sido vítima de uma situação inimaginável e inesperada.

Ao identificar sinais e sintomas patológicos, bem como remissões e/ou agravamentos do quadro clínico do convalescente – capacidade inerente ao conhecimento sobre doenças e suas manifestações -, tem aumentado o limiar da incerteza quanto a diagnósticos, condutas terapêuticas e prognósticos, em conformidade com o que pressupõe a TID. A familiaridade com os eventos e a coerência entre o que se espera e o que se vivencia no adoecimento, por sua vez, podem influenciar o grau da incerteza. O reconhecimento, por parte do indivíduo de acordo com o vivenciado e a percepção da congruência entre o esperado e o vivenciado são capazes de amenizá-la; ao passo que a não-familiaridade e a incompatibilidade entre o que se deseja e o que se depara a maximizam⁽⁴⁾. Para o profissional da saúde, a familiaridade com a patologia, com o ambiente, com as pessoas envolvidas, bem como a identificação de um cuidado compatível com as exigências da condição que se apresenta, se revelam como redutores da incerteza. Há, assim, concepção de estabilidade e confiança, ao passo que pode ser adquirida uma compreensão segura dos eventos relacionados⁽⁵⁾. Por outro lado, o contrário acontece quando o indivíduo se depara com o desconhecido e com um dispensar de práticas de cuidados em discrepância com as necessidades reais.

O quadro de estímulos também sofre interferências dos prestadores de estrutura, uma vez que estes ajudam o indivíduo a interpretá-lo. São representados por uma figura de autoridade⁽⁴⁾, no caso, profissionais da saúde assistentes, por suporte social e pela educação. Os temas “Estratégias qualificadoras para as relações de cuidado” e “Valorização do profissional assistente perante reconhecimento das práticas de cuidado” abordam a capacidade influenciadora desses prestadores de estrutura no limiar de incerteza.

Os trabalhadores da saúde responsáveis pelos cuidados são figuras de autoridade e de credibilidade, cuja experiência profissional é estimada pelo doente e por sua família e com os quais as pessoas podem obter informações substanciais a respeito de estados de doença próprio ou de algum familiar^(4,5). Podem, assim, intencionalmente ajudar indivíduos e famílias na auto estruturação em relação à hospitalização, auxiliando na interpretação dos eventos da doença – causa, intensidade e duração dos sintomas - educando e fornecendo pistas sobre os aspectos físicos do tratamento, eficácia e expectativas.

É importante ressaltar que o suporte social auxilia, sobremaneira, na tomada de decisões e, por conseguinte, na redução ou ampliação do espectro de incertezas⁽⁴⁾. Entretanto, na ausência desse suporte, também cabe aos profissionais assistentes prestar apoio social adotando comportamentos de cuidado humanístico. Nesse sentido, a pessoalidade, o acolhimento, adequadas formas de tratamento, o empenho, o compromisso, o fornecimento de informações e a atenção holística se revelaram como qualificadores do cuidado. O profissional que assim trabalha tem reconhecida a sua importância e o seu valor de cuidador. Estas habilidades amenizam temores e insatisfações. Para tanto, os profissionais devem estabelecer relações dialógicas e trocas afetivas visando, sobretudo, atender as necessidades e condições reais das famílias⁽⁶⁾ e dos pacientes, vislumbrando o cuidado integral firmados na valorização e inclusão da família, assim como os vínculos de proximidade e afetividade e ajuda frente às demandas iminentes⁽⁹⁾. Por conseguinte, perceber que recebeu atenção necessária da equipe no processo de atenção à saúde, controla aflições e minimiza a tensão, gerando satisfação e evidenciando o cuidado⁽¹⁰⁾.

Embora a incerteza frequentemente seja dirigida a um evento negativo, ela reflete um ato cognitivo neutro até que, somados aos estímulos, surjam implicações que a determinem. Nessa perspectiva, vários fatores inerentes à incerteza permeiam as múltiplas facetas do processo de adoecimento e hospitalização e se configuram como ameaça. Dois temas evidenciaram essa concepção: Desqualificadores do cuidado: produzindo insegurança, angústias e incertezas e Adversidades do profissional-acompanhante: estigmatização e comprometimento do cuidado. Os discursos que permitiram a construção desses temas pontuaram a indefinição diagnóstica, e as barreiras na comunicação (manifestadas na ambiguidade, na inconsistência, na falta de informações e de feedback

por parte dos profissionais assistentes) e foram caracterizados como potencializadores da incerteza. Em suma, as barreiras na comunicação, associadas ao distanciamento e à impessoalidade nas relações, caracterizam frieza e desatenção⁽¹⁰⁾, proporcionam sensação de fragilidade e incapacidade, são geradores de estresse e insatisfação⁽¹¹⁾ sendo caracterizados como atitudes de descuidado.

Apesar da importância do prestador de cuidados de saúde para ajudar o indivíduo a aprender sobre seus sintomas, problemas, recursos diagnósticos e terapêuticos, muitos relataram insatisfação com o processo de comunicação, especialmente sobre como e que tipo de informação é partilhada com eles e as dificuldades de comunicação quando os pacientes e os prestadores priorizam preocupações diferentes.

A submissão a um ambiente meramente técnico com rotinas desconhecidas, a suspeita da qualidade da capacitação dos trabalhadores da saúde, bem como o receio de iatrogenias, descaso e estigmatização foram fatores capazes de exacerbar a incerteza. Por outro lado, em circunstâncias em que o conhecimento torna a situação ainda mais negativa, manter o estado de incerteza é preferível e é visto como um evento positivo⁽⁴⁾. Tal parâmetro é bem exemplificado no tema Melhor o não-saber, no qual o conhecimento é produtor de medos, angústias e inseguranças. Em outras palavras, não saber é melhor do que saber. Ao se deparar com a situação, o indivíduo a avalia e determina um valor à incerteza vivida como resultado do processo de adoecimento e hospitalização, ou seja, se é vista como um evento negativo ou positivo, como uma ameaça ou uma oportunidade^(4,5).

Em ambas as vertentes e com o objetivo de controlar a incerteza, é necessária a adoção de mecanismos de *coping* ou de enfrentamento como estratégia para lidar com situações difíceis possibilitando o ajustamento para lidar com as demandas emergentes de situações estressantes e adaptação às circunstâncias adversas⁽¹²⁾. De modo geral, o *coping* “motiva pessoas, grupos e comunidades a buscarem soluções viáveis, sustentáveis, geradoras de empoderamento, fortalecimento e de resiliência”^(13;136).

Quando a incerteza é interpretada como positiva, o *coping* atua como mantenedor de estratégias capazes de sustentá-la. Entretanto, quando percebida como ameaça, o *coping* atua mobilizando estratégias que a amortizem⁽⁴⁾. Os mobilizadores estratégicos de enfrentamento são constituídos pela vigilância, por ações diretas e pela prevenção. Os temas Estratégias de

enfrentamento da hospitalização de um familiar, usufruindo de benefícios atribuídos à condição de profissional da saúde, lidando com a pressão familiar: profissional, o escolhido e Papéis e funções do profissional no processo de adoecimento e hospitalização de um familiar, tratam sobre as referidas estratégias.

A vigilância é intrapsiquicamente incentivada por alto grau de incerteza e, estar atento quanto às ameaças, é um dos meios efetivos para seu controle⁽⁴⁾. Para o profissional-paciente ou profissional-acompanhante, observar atentamente os trabalhadores da saúde se justifica pela desconfiança quanto às práticas de cuidados. Isto considerado, realiza, quando necessário, intervenções diretas, utilizando-se para isso de conhecimentos que lhe são inerentes. A condição de profissional da saúde também atua como elemento de importante valor, intrinsecamente relacionada à obtenção de facilidades e vantagens.

É considerando as oportunidades na busca por informação e as possibilidades de atitudes participativas em condutas e procedimentos, que a família elege o profissional da saúde como acompanhante, pois nele confia e dele cobra decisões. Ter alguém de confiança conduzindo todo o processo contribui para o enfrentamento da situação. A constatação de práticas cuidativas oportunas, corretas, livres de riscos, aliada aos recursos sociais que envolvem o apoio da família e o suporte mobilizam a incerteza, amenizando-a e são vitais para lidar com a incerteza e o enfrentamento do momento experimentado⁽⁴⁾.

A incerteza é um componente importante na experiência da doença e afeta drasticamente a adaptação, entretanto, quando as estratégias de enfrentamento em qualquer avaliação são bem-sucedidas, ocorre a adaptação⁽⁴⁾. Nesse processo, a espiritualidade foi revelada como importante estratégia para o enfrentamento da incerteza na doença, pois aviva esperanças, mobiliza e gera expectativas positivas, funciona como moderador e mediador de aflições e medos proporcionando autoconfiança, fortalecimento e esperança⁽¹⁴⁾.

Os indivíduos reavaliam o que é importante em suas vidas e seus valores. Apreciam a fragilidade da vida e tornam-se mais conscientes da sua fugacidade. Essa visão foi alcançada pelos participantes do estudo. De acordo com o tema Do outro lado do cuidado: vivência como paciente/acompanhante influenciando na prática profissional, a experiência de profissionais da saúde na condição de pacientes ou acompanhantes

de familiares, permitiu um redirecionamento do olhar de suas próprias práticas laborais e parece valorizar, com maior veemência, a vida de terceiros. Nesse sentido, a adaptação é estendida na forma de ver, sentir e agir em prol de outrem.

Diante das especificidades da circunstância experimentada e do indivíduo que a vivenciou, o processo de adoecimento e hospitalização pode ser avaliado de diversas formas e ter diferentes significados. Nesse âmbito, está inserido o tema Significados e sentimentos inerentes ao ser acompanhante. Para alguns, quando a incerteza é percebida como um evento aversivo e associada a resultados psicossociais negativos, a experiência é marcada pela angústia emocional ou psicológica, ansiedade e depressão⁽⁴⁾. Para outros, cujo desempenho cognitivo e de enfrentamento foram satisfatórios, a vivência significa aprendizado, além de oportunidade para reflexões e rearranjos de pensamentos, julgamentos e comportamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as probabilidades interpretativas alguns elementos podem direcionar a compreensão da incerteza como ameaça ou oportunidade. Por conseguinte, mobilizadores estratégicos são necessários para o enfrentamento da situação. Em conformidade com os pressupostos da TID, a convivência com a incerteza é prenúncio de um novo senso de ordem e a adaptação a um novo contexto depende das particularidades vivenciadas e internalizadas por cada indivíduo.

Os resultados da pesquisa revelaram que as percepções de relações verticais em detrimento às relações horizontais, comprometimento do processo de comunicação paciente/acompanhante/profissional, ocorrência de erros e o risco de iatrogenias caracterizaram, para os receptores da atenção em saúde, atitudes de descuidado. Em contrapartida, dispensar atenção, preocupação, responsabilização, envolvimento, proximidade, fornecimento de

informações concisas, práticas subjetivas, transmissão de segurança, confiança e suporte emocional foram caracterizados como cuidado efetivo. Isto é, o descuidado exacerba a incerteza, enquanto que o cuidado a reduz. Assim a incerteza pode ser um evento significativo para avaliação dos serviços de saúde e do desempenho profissional. Níveis aumentados de incerteza podem denunciar deficiências e insatisfações quanto às práticas de saúde. Portanto, a qualidade do serviço exige adequadas atitudes e comportamentos dos profissionais que devem voltar-se para maior conforto físico e psicoemocional do acompanhante/paciente, de forma que estar doente e/ou hospitalizado seja o menos traumático possível. Mediante suporte, esclarecimentos e segurança, há minimização de incertezas, influência positiva no tratamento/recuperação da saúde do indivíduo e alcance do que é por todos esperado: saúde e/ou adaptação consciente à nova condição.

Por fim, vale ressaltar que a pesquisa contribuiu para repensar práticas, avaliar e modificar a organização dos sistemas de cuidados e aprimorar práticas e posturas dos profissionais no sentido de acolher e respeitar valores, crenças e expectativas que são singulares a cada ser humano. Revelou a expressão das experiências de profissionais da saúde na condição de pacientes ou acompanhantes de familiares hospitalizados, entretanto, a ampliação de caminhos para novas discussões exige a realização de novos estudos com o intuito de reforçar o que está do outro lado do cuidado e traduzir-se em adequações de um cuidado atento às singularidades e necessidades individuais de forma direcionada, holística e, por conseguinte, humana.

Acredita-se que seus resultados permitirão a reflexão dos envolvidos e proporcionará qualificação das condutas de trabalho, direcionando-os a maior envolvimento e comprometimento no processo de cuidar apoiado no cuidado humano e competente na saúde.

THE HEALTH PROFESSIONAL EXPERIENCE ON THE OTHER SIDE OF CARE

ABSTRACT

The objective of understanding the meanings that health professionals attributed to experiences to be patient or companion arising from illness or hospitalization. Descriptive study of qualitative approach conducted with 17 participants using unstructured interview for data collection and analysis for the interpretation of the same theme in light of uncertainty in Illness - Theory of Michel. Twelve interrelated themes have been identified with the assumptions of the theory and inserted into a conceptual diagram. The framework of stimuli was represented by themes: Markers of professional experience in the process of illness and hospitalization; Award for relations strategies of care; Assistant professional appreciation for the recognition of care practices. Care disqualifiers: producing insecurity, anxieties and uncertainties; Adversity-professional escort: stigmatization and commitment of care; Better not to know mark Cognitive assessment. As coping mechanisms themes:

meanings and feelings inherent in being an escort and the other side of caution that converged on the adaptation. The patient experience/escort was permeated by uncertainties that were exacerbated by the condition to be health professionals. This allowed understand that appropriate attitudes and behaviors in the care they provide minimization of uncertainty impacting positively on the treatment and recovery of health.

Keywords: Uncertainty. Hospitalization. Nursing Theory.

EL PROFESIONAL DE SALUD AL OTRO LADO DE LA ATENCIÓN SEGÚN LA TEORÍA DE LA INCERTIDUMBRE EN LA ENFERMEDAD

RESUMEN

El objetivo fue comprender los significados que profesionales de salud atribuyen a las experiencias de ser paciente o acompañante resultante de enfermedad o hospitalización. Estudio descriptivo, de abordaje cualitativo realizado con 17 participantes utilizando entrevista no estructurada para recolección de datos y análisis temático para su interpretación a la luz de la Teoría de la Incertidumbre en la Enfermedad de Mishel. Fueron identificados doce temas interrelacionados con los supuestos de la Teoría e insertados en un diagrama conceptual. El Cuadro de Estímulos fue representado por los Temas: Marcadores de experiencia profesional en el proceso de enfermedad y hospitalización; Estrategias calificadoras para las relaciones de cuidado; Valoración del profesional asistente por el reconocimiento de prácticas de cuidado. Descalificadores del cuidado: produciendo incertidumbre, angustias e inseguridad; Adversidades del profesional-acompañante: estigmatización y compromiso del cuidado; Mejor que no se sepa demarcó la Evaluación Cognitiva. Como mecanismos de afrontamiento (*coping*) los temas: Significados y sentimientos inherentes al ser acompañante y Al otro lado del cuidado que confluyeron para la adaptación. La experiencia de paciente/acompañante fue acompañada por incertidumbres que eran agravadas por la condición de ser profesional de la salud. Esto permitió comprender que actitudes adecuadas y comportamientos en el cuidado proporcionan disminución de incertidumbres influyendo positivamente en el tratamiento y la recuperación de la salud.

Palabras clave: Incertidumbre. Hospitalización. Teoría de Enfermería.

REFERÊNCIAS

- Hoch AL, Costa EPC, Oliveira MAMO. A vivência da família de pacientes hospitalizados com doença crônica: a perspectiva do principal cuidador. RIES. 2015; 4(1):39-55. Disponível em: <file:///C:/Users/pse/Downloads/333-2837-1-PB.pdf>.
- Barreto RA, Santana JPC, Linhares JS, Rollemberg MRBS, Andrade, SBC. A arte de grupos de discussão sobre a hospitalização. Estudos de Psicanálise. 2015; 43:145–52. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372015000100015.
- Santos LF, Oliveira LMAC, Barbosa MA, Siqueira KM, Peixoto MKAV. Reflexos da hospitalização da criança na vida do familiar acompanhante. Rev. Bras Enfer. 2013; 66(4):473-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000400002>.
- Michel MH. The measurement of uncertainty in illness. Nurs Res 1981; 30(5):258-63. Available in: https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Citation/1981/09000/The_Measurement_of_Uncertainty_in_Illness.2.aspx.
- Michel MH. Uncertainty in Illness. Journal of Nursing Scholarship. 1988; 20(4):225-32. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x>.
- Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Temáticas 2014; 22 (44):203-20. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144>.
- Mínayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>.
- Ilha S, Dias MV, Backes DS, Backes MTS. Vínculo profissional-usuário em uma Equipe da Estratégia Saúde da Família. Cienc. Cuid. Saúde. 2014; 13(3): 536-62. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v13i3.19661>.
- Xavier DM, Gomes GC, Salvador MS. The family caregiver during the hospitalization of the child: coexisting with rules and routines. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2014; 18(1):68-74. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140010>.
- Silva RC, Barros CVL. Comunicação terapêutica relacionada ao cuidado humanizado e a segurança do paciente em unidade hospitalar. Rev. Saúde Ciências em Ação 2015; 1(1):13-25. Disponível em: <http://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaICS/article/view/110>.
- Oliveira MA, Soares E. Communication in the interpersonal relationship nurse/patient with an indication for kidney transplant. Rev. Cienc. Cuid. Saude. 2016; 15(4):647-54. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v15i4.29365>.
- Umann J, Guido LA, Silva RM. Stress, coping and presenteeism in nurses assisting critical and potentially critical patients. Rev. Esc. Enferm. USP. 2014; 8(5): 891-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140005000016>.
- Juliano MCC, Yunes MAM. Reflections on the social support network as a mechanism for the protection and promotion of resilience. Ambiente & Sociedade. 2014; 17(3): 135-154. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-753X2014000300009>.
- Santos WJ, Giacomini KC, Pereira JK, Fimmo JOA. Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. Cienc. Saúde Colet. 2013; 18(8):2319-28. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800016>.

Endereço para correspondência: Francisca Georgina Macedo de Sousa. Rua dos Sabiás, 12 Condomínio Porto Alegre Apartamento 1004. São Luís – MA Brasil CEP: 65075-360. Telefone: (98) 9982159674. E-mail: fgeorginasousa@hotmail.com

Data de recebimento: 03/09/2017

Data de aprovação: 29/06/2018